

Entre el dilema de la salud y la condición discapacitante: las prácticas sexuales en parapléjicos

Edith Yesenia Peña Sánchez y Lilia Hernández Albarrán
Instituto Nacional de Antropología e Historia

Resumen

El impacto de la salud y la condición discapacitante en la sexualidad de las personas que presentan paraplejía adquirida es una problemática poco abordada desde las ciencias sociales y en particular desde la antropología. Esta situación requiere ser reflexionada y analizada desde las esferas de la subjetividad del individuo, imaginarios sociales, ideológicos, políticos, económicos y cotidianos entre otros tantos ámbitos donde se replantean los discursos sexualizantes y la relación que guarda la modificación del esquema corporal con las prácticas y representaciones sexuales que genera un grupo de personas con paraplejía adquirida del estado de Colima. En este trabajo se aplicó una entrevista semiestructurada sobre la aproximación y atracción sexual, estimulación y excitación sexual y las estrategias para el desarrollo del ejercicio sexual, observándose modificaciones en la percepción sobre la sexualidad que se adecua a la condición discapacitante donde la mayoría de las veces ya no se centra en la función fisiológica de la respuesta sexual o en la nulificación de una vida sexual.

Palabras clave

Sexualidad, salud y paraplejía.

Summary

The sexual disability and impact on health presented among persons with acquired paraplegia is an issue relatively ignored by the social sciences, especially anthropology. Therefore, there is a need for reflection and analysis from the perspective of the individuals themselves, social imagery, ideology, politics, economics, and daily interaction with other fields in which sexual discourse is being redefined. This, in addition to the relation between the modification of body *schema* and the sexual practices and representations generated by groups of persons with ac-

quired paraplegia from the state of Colima. To this end, a semi-structured interview was carried out regarding sexual approach and attraction, sexual stimulation and arousal, as well as strategies for the development of sexual practices. Modifications are observed in the perception regarding sexuality as adapted to a handicapped condition that, in most cases, does not center on the physiological function of sexual response or the nullification of sex lives.

Key words

Sexuality, health and paraplegia.

Introducción

Abordar la sexualidad y específicamente las representaciones y prácticas sexuales en personas con lesión de médula espinal adquirida¹ de tipo parapléjico² —más allá de los alcances que brindan las ciencias biomédicas dirigidas a la atención y recuperación de capacidades anatómo-funcionales y psicológicas—, resulta complejo, pues el resultado del conocimiento anterior a la lesión entreteje un discurso hegemónico sobre la salud y el cuerpo, la forma de percibir la respuesta sexual sus potencialidades, beneficios y alteraciones. Esto conlleva, la mayoría de las veces, a la apropiación de este discurso como la base natural y necesaria para el ejercicio de la sexualidad, por lo que se tiende a comparar la situación anatómica y fisiológica actual a través del *continuum* normalidad-anormalidad, que no contempla el impacto de la condición discapacitante en esferas de la subjetividad personal, imaginarios sociales, ideológicos, políticos, económicos y cotidianos: ámbitos, entre muchos otros, en los que se replantea el discurso de la sexualidad. De ahí la necesidad de reflexionar: ¿cómo se significa y percibe el cuerpo y sujeto sexuado antes y después de una lesión de tipo parapléjico? ¿Qué relación guarda la modificación del esquema corporal con las actuales prácticas y representaciones sexuales que genera un grupo de personas con paraplegia adquirida?

¹ La lesión medular se define como el daño en médula espinal de diferente grado y extensión, secundario a trauma, neoplasia, degeneración y defecto congénito, donde la transmisión y la recepción de mensajes nerviosos para el control del movimiento, funciones y percepción del cuerpo son alterados desde la altura de la lesión [Peña, 2001a:3].

² Discapacidad física provocada por una lesión medular que se caracteriza por la parálisis y probable pérdida de sensibilidad en ambas extremidades inferiores o del pecho hacia abajo, según tipo y nivel de lesión [ibid.:3].

El comportamiento sexual humano

A lo largo de la historia de los diferentes grupos humanos ha existido un sinfín de discursos que generan una dirección o delimitan el ámbito sexual de nuestra especie, encontrando así múltiples posturas ideológicas, filosóficas, protocientíficas y científicas. Expresiones que se mezclan en la plasticidad comportamental y que permiten entrever los polimorfismos de la sexualidad humana, donde la biología potencializa las capacidades sexuales mientras que la cultura y sociedad construyen y regulan la sexualidad. Este *continuum* sexo-sexualidad es uno de los procesos bioculturales más problematizados a lo largo de la historia humana, pues ha sido un eje de dirección en la organización sociocultural que deviene de una serie de eventos tanto biológicos como aquellos resultados de la cultura. Abarca desde el origen y aparición del sexo en las especies que nos antecedieron, la anatomía y fisiología sexual y reproductiva hasta la organización social y gestión de los cuerpos sexuados donde se integra la legitimación y regulación de las prácticas sexuales, por lo que se justifica la pertinencia de un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario para explicar dicho proceso. En ese sentido, es innegable que el estudio de la conformación del sujeto sexuado se ubica dentro de un modelo integral de la antropología sexual que describe, compara y analiza los procesos de sexualización,³ representaciones⁴ y prácticas⁵ que constituyen la expresión de las formas de cada sociedad para explicar su realidad y construir verdades que conduce a la toma de decisiones y actuares específicos, en las diferentes esferas que estructuran el comportamiento social humano y que dan cuenta de lo dinámico de los procesos sociohistóricos y de la complejidad de nuestra construcción en sujetos sexuados [Peña, 2003]. Bajo este tenor, la sexualidad se significa culturalmente a través de una construcción vivencial y racional que los diferentes grupos humanos generan y que sus individuos integran a partir de experiencias de percepción e interacción desarrolladas en diferentes

³ Son referentes ideológicos de los que parte cada cultura para problematizar el cuerpo, roles y experiencias relacionadas con la sexualidad, que establecen un orden, que en nuestra cultura tiene como modelo hegemónico a un cuerpo sano, reproductivo y productivo, que funcionan como ejes normalizantes al marcar patrones de simbolización, significación, representaciones y prácticas respecto al cuerpo y sujeto sexuado. A esto se le denomina proceso de sexualización, considerado como uno de los múltiples elementos del macroproceso de socialización.

⁴ Sistema de nociones, creencias, orientaciones y actividades que los conjuntos sociales expresan respecto de una realidad social determinada, donde se sintetizan contenidos ideológicos-culturales que obedecen a procesos sociohistóricos concretos [Osorio, 1994:8].

⁵ Es el conjunto organizado de comportamientos y acciones rutinarias o eventuales que los grupos sociales llevan a cabo en diferentes esferas de lo social [*Ibid.*:8].

ámbitos: biológico, psicosocial y sociocultural, donde cobra importancia el constructo social que condiciona el imaginario y las acciones en torno a la sexualidad, cuyas denominaciones y nociones varían pero aparecen recurrentemente las siguientes constantes: cuerpo,⁶ género,⁷ erotismo,⁸ reproducción⁹ y vinculación socio-afectiva.¹⁰ Estos ejes se ubican en los discursos sexualizantes que conforman la manera en que culturalmente se normalizan las prácticas y representaciones en torno al cuerpo, sexo y sexualidad, discursos que sumergen al individuo en procesos de sexualización dinámicos para cada grupo humano, lo que permite generar múltiples sujetos sociales y sexuales.

Los referentes de normalización social en nuestra cultura a nivel jurídico, educativo y moral, devienen de discursos que se apoyan en ciencias e ideologías, con los cuales se pretende generar un sistema específico de racionalidades¹¹ que se espera que los individuos desarrollen, refuercen y reproduzcan en colectividad mediante sus acciones, para dar sentido y explicar lo propio y lo diferente: principio que opera en la interacción

⁶ Es la base física perceptible de comunicación y construcción que permite, de entrada, marcar simbólicamente diferencias entre los dos esquemas corporales que presenta nuestra especie (sexo), que se significan social y culturalmente al ratificarlos, negarlos, transformarlos o cambiarlos, de acuerdo con las necesidades particulares de cada grupo o individuo [Peña, 2003:42].

⁷ Se considera que, preferentemente, representa la diferencia en la forma como serán socializados los seres humanos, con las particularidades específicas de cada grupo cultural, por ejemplo, en nuestra cultura se observa una correspondencia directa entre sexo (hombre-mujer) y roles de género (masculino y femenino) clarificando lo que se espera de sus papeles sociales, que han incidido en el proceso histórico de la organización social, distribución del poder y accesibilidad social. Otros grupos culturales presentan en sus sistemas de racionalidades tres o cuatro formas genéricas para socializar a sus integrantes [*ibid.*].

⁸ Conjunta necesidades y experiencias placenteras y displacenteras que permiten la generación de códigos particulares para el ejercicio de la sexualidad por los diferentes grupos, que pueden actuar como detonantes de estímulos sexuales. Esta condición ha permitido la proliferación de discursos sobre la respuesta sexual humana, la sobrevaloración o subvaloración de algunas partes del cuerpo, prácticas eróticas y, como efecto, la manipulación en la construcción colectiva de saberes y conocimientos que insertamos en nuestra forma habitual de interpretar y sentir lo sexual [*ibid.*].

⁹ Se relaciona con las expectativas para dejar o no descendencia, que en el caso humano y sus grupos sociales se permea dentro de un proceso normativo y simbólico que delimita y legitima su práctica no sólo a una realidad biológica [*ibid.*].

¹⁰ Refiere a las formas de atracción, de apareamiento, institucionalizadas o no, y a los modos de obtención de pareja, el parentesco y otros tipos de reciprocidad e intercambio. En general es indicativo de las relaciones interpersonales que pueden modificarse y cambiar durante la interacción humana para el establecimiento de redes sociales [Peña, 2001b:12].

¹¹ Conjunto de sentidos, significados y orientaciones diferenciales que operan implícita o explícitamente, en las representaciones y las prácticas, que nos explican formas de actuar y pensar [Osorio, 1994:9].

de las personas, en la necesidad de organizarse en los ámbitos social e identitario, que se hace patente al integrar a cada individuo a un grupo a través de sus propios procesos de socialización¹² y normalización.¹³ En conjunto, se da la estructura y las pautas de la construcción de los sujetos sociales, lo que genera una compleja red dialéctica entre potencialidades¹⁴ y vulnerabilidades,¹⁵ que tenderán a explicar, dar sentido y valorar, dentro de lo conocido, "lo diferente", tratando de brindar coherencia y equilibrio a su presencia, pues es indiscutible que el ser humano tiene contacto con la plasticidad del cuerpo y ha percibido y manipulado su diferencia ahora reconocida como diversidad. Lo anterior permite el florecimiento de un sinnúmero de discursos legitimados cada uno de ellos sobre el cuerpo, que en culturas como la nuestra se toma como base de conocimiento del cuerpo a la salud¹⁶ mediante el discurso biomédico que construye clasificaciones,¹⁷ mismas que contribuyen a precisar lo que se considera "distinto", basado en el *continuum* normalidad-anormalidad: principio de comparación y problematización del cuerpo y sexo.

Entre el dilema de la salud y la condición discapacitante: cuerpo y sujeto sexuado

El estudio de la sexualidad humana bajo el discurso biomédico conocido sociohistóricamente como *scientia sexualis* e ideologías como la judeo-cristiana, que contienen raíces reduccionistas y esencialistas, respectivamente, de alguna manera se conjugan para sostener el carácter de lo sexual como una máxima de normalización de conocimientos

¹² Proceso por el cual los individuos que forman parte de una sociedad aprenden los códigos, normas y valores culturales, con los que interaccionan unos con otros, pautas que dan dirección a su comportamiento en colectividad [Peña, 2003:38].

¹³ Proceso por el cual los sujetos apropian e internalizan los patrones o normas de comportamiento que un grupo social ha establecido [*Ibid.*:35].

¹⁴ La potencialidad reúne una consistencia de atributos y cualidades que se categorizan como arquetipos, así como fuerzas y condiciones que son nodales para la identificación-diferenciación, estatus, roles y acceso a la estructura de oportunidades [Rodríguez, 2001:7].

¹⁵ La vulnerabilidad conjunta características "riesgo" que generan desventaja o problemas para el desempeño y la movilidad social, que actúan como obstáculos para la adecuación a los cambiantes escenarios sociales, desequilibrios que se gestan desde el ámbito internacional, nacional, comunitario, familiar hasta el individual [*Ibid.*:7].

¹⁶ Condición de equilibrio biológico y psicosocial que presenta el individuo.

¹⁷ Se utilizan las categorías de Philip Wood aceptadas por la Organización Mundial de la Salud, que presenta, en su propuesta de Clasificación Internacional de Disfunciones, Discapacidades y Minusvalías, unicidad al tomar en cuenta el nivel biológico, personal-funcional y algunas condicionantes sociales [OMS, 1983; ONU, 1989].

y dogmas que se retoman como la base de las representaciones de la sexualidad que pasan por el embudo de un cuerpo sexuado. Como ejemplo básico se ubican las formas y funciones del cuerpo sexuado que constituyen sistemas de binomios de carácter "natural", como sería: sexo-procreación, sexo-genitalidad y coito-orgasmo, que dan un eje de sentido a la construcción del sujeto sexuado que se internaliza en una compleja red de discursos, interacciones y experiencias sociales, que se reflejarán desde la conformación y desarrollo del esquema corporal (manera de percibir el cuerpo por sus formas y funciones), la imagen corporal (representación que cada individuo conforma de su propio cuerpo donde además del esquema biológico funcional se ubica el sentido de apropiación, valor e interacción, basada en los referentes socioculturales que se integran para poder interpretarse), la percepción y significados del cuerpo sexuado, hasta el cuestionamiento o aceptación de la bipolarización de las conductas humanas a través del "sexo-género" y finalmente de la "identidad".

Ciertamente, el cuerpo visible preocupa y adopta un carácter polémico a partir de su gran variabilidad, por lo que es valorado y su expresión se manifiesta a lo largo de una serie de reguladores sociales y culturales que yuxtaponen rasgos y características, donde la corporeidad en su conjunto formará parte de la base conceptual de salud y bienestar, ya que el cuerpo es una fuente de comunicación que permite la interacción con otros o con quienes queremos vincularnos. A la vez, genera estereotipos colectivos y condiciona la autopercepción del individuo, también será un indicador de variabilidad e integración.

En el caso del lesionado medular con paraplejía adquirida, indiscutiblemente se presenta una ruptura en el esquema corporal, lo cual impacta su imagen y, por consecuencia, genera una pérdida de autoestima que llega a afectar su actitud social y sexual, es decir, al romperse el esquema e imagen corporal (cuerpo natural —biológico— y cuerpo estimado —sociocultural—, respectivamente) el individuo con lesión medular revalora su corporeidad con referencia a la previa, lo que se ratifica con el esquema de pensamiento unilineal del saber médico hegemónico con el que tiene contacto para conocer su situación. Estos elementos dan origen al estereotipo funcional-corporal del discapacitado, cuya deficiencia biológica condiciona su capacidad de realizar actividades en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, según los consensos estadísticos, funcionales e ideológicos sobre el cuerpo que imperen en cada cultura.

En nuestro caso, desde que se presenta la condición discapacitante de la persona con paraplejía adquirida requiere invariablemente de interven-

ción de carácter médico-clínico para estabilizar la salud y rehabilitar funcionalmente al sujeto sobre el manejo de sus "capacidades residuales", proceso que se considera crítico, inevitable e insuficiente, pues no contempla una rehabilitación integral,¹⁸ que reforzaría y motivaría nuevos procesos de socialización y estrategias para el desarrollo de redes domésticas, sociales y culturales, que implícitamente contienen la problematización del cuerpo, salud y sexualidad. Sin embargo, se le resta importancia a la sexualidad, porque consideran que es lo que menos preocupa a la persona con paraplejía y que, si sobrevive, tendrá mucho tiempo para redescubrirla. Así, la sexualidad se enmarca en un primer momento como un aspecto no prioritario, pero que al paso del tiempo será fundamental en la vida personal y social del lesionado medular. Es decir, con esta nueva condición se replantean diversos ámbitos que van de lo individual a lo familiar y social como cambios en el esquema e imagen corporal, donde se observa el impacto de la condición discapacitante no sólo en la falta de movimiento y sensibilidad sino en manifestaciones de la respuesta sexual, además, el aumento de las necesidades económicas debido a los insumos personales, medicación y adecuaciones del espacio donde se desenvuelve la cotidianidad doméstica, cambios en el manejo del tiempo para su autocuidado, atención y socialización, apoyo familiar para la suficiencia personal y traslado espacial, modificaciones en la jerarquía familiar, independencia e intimidad, entre otras cosas. Ello también condiciona al individuo para que genere sus propias estrategias de supervivencia y subsistencia en su contexto bajo su extraordinaria forma de vida.

De esta manera, al presentar diversos impedimentos, el discapacitado rompe la regla de la normalidad respecto a su componente biológico funcional, lo que limita y estigmatiza la posibilidad de sus acciones, ya que el estereotipo social sobre el "cuerpo sano" llega a sustituir a la persona que, al disolverse en una construcción colectiva, amenaza su propia identidad [Casado, 1995]¹⁹ y lo remite a una concentración categórica de *grupo de discapacitados*. Así, se les asigna un lugar social como grupo vulnerable mediante criterios biomédicos y sociales que se ratifican, pues se observa que los discursos intervienen para que el individuo acepte "ser discapacitado", permitiendo su interacción social dentro de los paráme-

¹⁸ En algunos casos, los tratamientos presentan exploraciones sobre el control de esfínteres y la respuesta sexual, para iniciar una rehabilitación sexual.

¹⁹ La identidad integra el punto de vista de sus actores sociales sobre su unidad, ubicación en el mundo y límites [Giménez, s/f].

tros de la normalización imperante que replantean sus roles, así como en algunos casos su identidad. La forma en que la sociedad los percibe y reintegra va a la par con su condición discapacitante, que a través del discurso sobre la salud se llega a construir como filtro de percepción sobre el cuerpo que impacta todo tipo de relación que el sujeto establezca con su medio —estándar normalizador del cuerpo sexuado y sus prácticas cuyos elementos cuestionan a la persona con paraplejía, enfrentándose a sí mismo y con los demás, observándose que la condición es percibida como padecimiento que se codifica en una enfermedad llamada “discapacidad”. Entonces, ésta es apreciada como una adversidad, un fracaso del saber biomédico que no encontró una cura total a la condición, donde el sujeto, al ver modificado su esquema corporal a nivel funcional, introyecta un sentido de falta de salud que comparte con el colectivo, aunque en realidad se encuentre sano.

Contextualizando la muestra

Se contactó a un grupo de personas (11 mujeres y 39 hombres) mayores de edad (entre 18 y 60 años) con paraplejía adquirida²⁰ pertenecientes a diferentes asociaciones de discapacitados del estado de Colima. El criterio de inclusión fue que hubieran tenido relaciones sexuales previas a su lesión, con y sin coito, que se encontraran en etapa de socialización (donde el sujeto esté físicamente estable) y no padecieran enfermedades que condicionaran sus prácticas sexuales, como diabetes, hipertensión arterial y cardiopatía coronaria. A los integrantes de este grupo se les realizaron visitas domiciliarias para aplicarles un cuestionario realizado bajo la propuesta de Osvaldo Quijada [1977], a la vez que se realizó una entrevista a profundidad sobre cuerpo, salud y prácticas sexuales antes y después de la condición discapacitante.

El cuestionario contempló los siguientes puntos:

- Aproximación y atracción sexual. Se refiere al acercamiento entre los individuos con fines de obtención de contacto sexual, donde cada aspecto definido para dicho fin sufre la influencia positiva o negativa del medio y su diversa gama de condicionamientos que el individuo presenta sobre sus gustos o preferencias sexuales. La atracción se refiere a las formas de cortejo y apareamiento de los individuos, se incluye la galantería o coquetería, que igualmente es sometida a estereotipos y condicionamientos.

²⁰ El 58% presentó nivel de lesión alto, de T3 a T12 (cinco mujeres y 24 hombres) y 42% (seis mujeres y 15 hombres) presentó lesión baja (de L1 a L5).

- Estimulación y excitación sexual. Uno de los problemas que más aqueja a los lesionados medulares es la pérdida de las capacidades sexuales. La estimulación y la excitación juegan un papel fundamental, porque permiten en conjunto no sólo conocer qué capacidades psico-senso-motoras quedaron presentes sino conocer su cuerpo y hasta la reconstrucción de la imagen corporal, que se capitaliza en la autoestima. En ese sentido, la estimulación tiene un papel decisivo en la percepción que relaciona al individuo con su medio, además de los factores internos (memoria e imaginación) a los cuales se hace referencia. Por su parte, la respuesta sexual incluye la excitación, la cual se manifiesta en niveles graduales y puede llevar a un sujeto a sentir placer y obtener un orgasmo, sea de connotaciones fisiológicas o de desencadenamientos psicológicos, punto medular que preocupa a los discapacitados por el hecho de sentir que ya no pueden responder sexualmente, cuando en realidad existe una serie de capacidades emergentes, técnicas y prácticas que se desconocen por falta de información.
- Estrategias para el desarrollo de prácticas sexuales. Esta parte integra la historia de las prácticas sexuales del individuo antes y después de haber sufrido la lesión medular y cómo este resuelve sus necesidades sexuales.

Características sociodemográficas y económicas de la muestra

Conforme al estudio realizado se encontró que la edad media de la muestra es de 34.7 años (32.2 para mujeres y 35.41 para hombres); la edad media en que los individuos adquirieron la lesión es de 25.6 años (23.63 años en mujeres y 26.20 años en hombres) y el tiempo de supervivencia a la lesión medular se ubica con una media de 9.08 años, que van de 1 a 21 años de vivir con la condición discapacitante.

Respecto a las variables socioeconómicas y demográficas, se observa que 50% de la muestra no cuenta con medio alguno de ingreso, y por lo menos 48% percibe entre uno y tres salarios mínimos mensuales. Tales datos resultan alarmantes, pues si lo comparamos con la ocupación, por lo menos 52% no tiene ocupación alguna y otro 48% es estudiante u obtiene ingresos mediante el comercio. Este contexto refleja que no existen, para la muestra de estudio, opciones viables y estables de trabajo y, en consecuencia, de obtención de recursos, por tanto, tienen que depender del apoyo de la familia. Esto se hace patente al establecer que 60% de los individuos parapléjicos viven con sus padres, 34% viven con su pareja, el resto vive con amigos y solamente un caso vive

solo. Estas características se refuerzan al observar la coincidencia en los porcentajes con la condición de estado civil de solteros, casados y divorciados, respectivamente. De acuerdo con los informantes, la prolongación de la condición de soltero se debe, entre otros aspectos, a que no han podido formar una pareja estable debido a problemas económicos, de traslado e independencia familiar, que afectan su intimidad y su relación con otras personas.

Asimismo, 8% de la muestra cuenta con una profesión, mientras que 92% oscila entre saber leer y escribir hasta estudios de educación media superior. Aunque el factor educativo puede ser un elemento que se considere socialmente indispensable para contar con un mejor medio laboral, en el caso de la discapacidad, de acuerdo con los informantes, este factor rara vez influye debido a la falta de oportunidades laborales para este sector poblacional en su estado.

En conjunto, las variables antes descritas nos permiten observar un panorama sobre las condiciones de vida de la muestra, en el sentido de que antes de la lesión se contaba con estudios escolares y algún trabajo que les brindara cierta estabilidad de expectativas económicas y competencias sociales, pero al sufrir la lesión esta condición viene a constituirse como un factor que modifica las funciones motoras del cuerpo y, por tanto, la movilidad espacial impacta su interacción social. Se considera en términos de productividad y del ámbito laboral que la persona no es óptima en su desempeño, por tanto, es difícil encontrar algún medio laboral que los "acepte" o que se considere pueda desempeñar. En consecuencia, al no contar con un medio de captación de recursos, en algunos casos buscan otros, por lo que el comercio y negocios propios son estrategias frecuentes. Desafortunadamente, esta solución está limitada al apoyo familiar y a contar con algún recurso previo. Ante este contexto, es lógico que la mitad de la muestra no cuente con ocupación laboral alguna, sin embargo, es necesario contemplar que no sólo tiene influencia la movilidad sino además la independencia con que cuenta el individuo una vez que adquiere la lesión y la forma en que su ámbito familiar reintegra a la persona en sus roles. Otro factor que influye en este sentido es el estado civil, y si tomamos en cuenta que más de 50% son solteros que viven con sus familiares, no es extraño, por tanto, que exista una dependencia económica, laboral e incluso en la toma de decisiones. Se encontró en las entrevistas en profundidad que los individuos adquieren un rol dependiente, sea de la familia, los hijos o el cónyuge y en algunos casos de interdependencia, con apoyo de estas redes sociales y de amistades.

Tiempo de inicio y reinicio del ejercicio sexual pre y postlesión

En este trabajo partimos de un concepto multidimensional que pone de manifiesto que toda práctica y representación sexual es una construcción cultural que el individuo significa y a lo largo de sus experiencias la modifica, integrando nuevos elementos, además de que dichas experiencias están unidas la mayoría de las veces a las formas de socialización genérica, de vinculación afectiva y expectativas de vida que desembocan y conforman un proceso integral en el sujeto, que difícilmente se puede reducir a una mera función biológica. Por estas razones comenzaremos este punto describiendo las características de edad y tiempo de inicio y/o reinicio de las prácticas sexuales según el género.

Al realizar una exploración sobre la sexualidad de los individuos que conforman la muestra, se encontró que una de las primeras prácticas que realizan para identificar las consecuencias de la lesión en su respuesta sexual fisiológica es *la masturbación*, misma que es utilizada como técnica de autoconocimiento corporal o en pareja. Ante esta panorámica se observó que existe una diferencia en la práctica por género antes de la lesión: en los hombres, 84.61% la practicaban con más frecuencia a edades muy tempranas, a diferencia de las mujeres, de las que sólo 36.36% la usó alguna vez. Sin embargo, una vez que se presenta la lesión, tan sólo la mitad de los hombres (43.50%) y 18.18% de mujeres la utilizaron nuevamente. En ese sentido, encontramos explicaciones que se pueden contextualizar por la entrevista, en las que expresan los temores que la masturbación ocasiona en su condición: "para qué hacerlo si sé que no me funciona", "me da miedo revisarme", "no siento". Sin embargo, otros casos reportan que: "me es grato ver que puedo imaginar y recordar al tocarme", "no tengo mayor problema", "cuando lo hago me brincan las piernas y no las puedo controlar, lo que me da gusto y miedo". Ante estos testimonios, podemos observar que la masturbación o la autocaricia sexual en postlesión, puede ser un excelente ejercicio de autoconocimiento, pero se encuentra al mismo tiempo una serie de problemas orgánicos y psicológicos como los priapismos, la hiperreflexia, la insensibilidad y la autoestima que se tendrán que resolver o contener, mismos que, en términos de vinculación sexual, llegan a generar en estas personas con paraplejía adquirida incertidumbres y temores al confrontar su respuesta sexual masturbatoria antes y después de la lesión.

Otro dato importante que revela la forma en que se va asumiendo nuevamente la sexualidad es el inicio y tiempo de reinicio de la relación sexual sin coito, pues se considera a la relación sexual como el intercambio

erótico-sexual que se puede realizar entre dos individuos o más, que se ha caracterizado por la presencia de coito entre los mismos. Sin embargo, la literatura científica reporta que existen relaciones que no necesariamente precisan llegar a un coito, razón entre muchas otras por la que tomamos esta variable.

La práctica de la relación sexual sin coito es una de las más ejercitadas antes (100% de las mujeres y 92.3% de hombres) y después de la lesión (90.9% de mujeres y 56.4% de hombres), consideramos que por cuestiones genéricas en el inicio de la práctica son los hombres quienes tuvieron experiencias más tempranas antes de la lesión (desde los ocho años de edad y las mujeres a partir de los 15 años); mientras que el reinicio de esta práctica posterior a la lesión se realiza en un periodo que va desde los dos meses hasta los cinco años, con una media de tiempo diferencial genérico de nueve meses, donde las mujeres están reiniciando relaciones sexuales en una temporalidad más temprana que los hombres.

De igual manera, el inicio y tiempo de reinicio de la práctica de la relación sexual con coito es una de las prácticas más realizadas y solicitadas en nuestra cultura debido a los roles genéricos tradicionales que prevalecen y los estereotipos conformados a partir de la genitalización del sexo, donde la sexualidad multidimensional se encasilla a unas cuantas funciones fisiológicas, llegando a ser estresante para la mayoría de los individuos cumplir con la norma del "coito-orgasmo". A esto se anexa, en nuestro estudio, los déficits funcionales producidos por una paraplejía, pues existe una confrontación entre las condiciones "normales" y el estado en que se encuentra la persona con discapacidad al autoconsiderarse "enfermo" y "asexual", lo que deviene en un deterioro de la salud emocional del individuo y, por tanto, complica su proceso de reintegración social.

En la muestra se encontró que 90.9% de mujeres iniciaron sus relaciones sexuales con coito en una temporalidad que va de los 16 a los 29 años de edad, mientras que 87.1% de los hombres las reiniciaron en un periodo de edad entre los 10 y los 29 años. Se observa una diferencia genérica de inicio de prácticas sexuales anterior a la lesión, teniendo prácticas a edad más temprana en el género masculino. Las características de esta misma práctica postlesión variaron notablemente. En primera instancia, esta práctica disminuyó para ambos sexos, pues sólo el 72.7% de las mujeres la practicaron al igual que el 64.1% de los hombres. La reanudación de dicha práctica sexual se desarrolla desde el primer mes posterior a la lesión y en algunos casos se extiende hasta los nueve años, con una diferencia mínima entre sexos de dos meses de iniciación más temprana de esta práctica en la mujer.

En general, podemos mencionar que en las prácticas sexuales con coito post-lesión son los hombres quienes se consideran los más afectados debido a la representación cultural de la virilidad que imprime la obligatoria percepción de la erección del pene en la respuesta sexual y la exploración y la ejecución de la relación sexual, por tanto no consideran extraño que se presente una disminución de la práctica, ya que tienen problemas con la respuesta sexual perceptible, tal como se aprecia en las siguientes expresiones: "fracasé la primera vez y ya para qué lo hago"; "me da temor darme cuenta que ya no puedo"; "desde que intenté masturbarme y me di cuenta que no funcionó ya no quiero más problemas". Pero también se encuentran algunos hombres que expresan que "existen otras formas de hacer el amor", "disfruto al hacer sentir a mi pareja", "ahora soy mejor amante, lo difícil es encontrar con quién", "eso ya no me interesa, me distraigo trabajando", "me da miedo intentarlo pero algún día tengo que experimentarlo". Testimonios como los anteriores nos hablan de la forma en que se ve cuestionado el estereotipo de concebir la respuesta sexual y ejercer la práctica sexual a partir de los cambios anatómicos y fisiológicos que genera la lesión medular en la respuesta sexual.

Mientras, se observó que el total de las mujeres de la muestra realizó la práctica sexual con coito, ya que aunque la respuesta sexual fisiológica se ve alterada en la movilidad y sensibilidad, ello no impide la percepción de la menstruación, penetración y la posibilidad de la reproducción. Por tanto, la maternidad —que ha sido un factor elemental para la construcción de la identidad femenina— está presente. Sin embargo también existen testimonios que problematizan el ejercicio del coito, como los siguientes: "tengo un problema, no sé si lubrico u orino", "temo que el olor a orina me traiga problemas en una relación sexual", "como no siento no sé si me lastiman" y "en estas condiciones creo que soy más propensa a infecciones, por eso me cuido".

Otra situación que se consideró importante fue el tiempo de reinicio de la segunda práctica sexual postlesión. Se detectó que después del primer intento de una práctica de relación sexual con o sin coito, en el caso de que no se obtuvieran experiencias del todo satisfactorias y que resultaran, por tanto, estresantes, entonces el intento de la práctica de la siguiente relación se prolongaba más tiempo, además de que disminuyó el número de individuos que la realizaron. En este tenor se observa que 90.95% de mujeres y 76.9% de hombres continuaron con el ejercicio de las prácticas sexuales por segunda vez, con un tiempo de diferencia respecto a la primer relación postlesión de una semana hasta más de cuatro años; donde los hombres tardan más tiempo en practicar por segunda vez re-

laciones sexuales con o sin coito. La explicación del porqué disminuyó el ejercicio sexual continuo de una segunda práctica de relación sexual se plasma en los siguientes testimonios: "no tiene caso volver a pasar una vergüenza", "no tengo con quién y me da miedo" y "me dijeron que puedo quedar embarazada". Asimismo, se encuentran individuos que no desean experimentar una relación sexual postlesión cuyas edades son menores de 35 años, y esto se asocia a que sufrieron la lesión a muy temprana edad, donde solo habían experimentado relaciones sexuales sin coito, además de que algunos presentan problemas de incontinencia urinaria y/o anal, lo que se construye como otro factor que causa estrés, desánimo y disminuye e incluso autonulifica el derecho a una vida sexual.

Prácticas sexuales en pre y postlesión

Para un mejor análisis descriptivo de las prácticas sexuales se distribuyeron en tres grupos: aproximación y atracción sexual, estimulación y excitación sexual y técnicas sexuales, donde se incluyen una serie de variables que especifican en cada rubro y cuya presentación se realiza a partir de una escala de frecuencias por temporalidad:²¹

1. *Aproximación y atracción sexual*

El rubro de aproximación y atracción sexual orienta las preguntas hacia las formas de acercamiento y atracción dirigidos a otros individuos a través de elementos biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen el comportamiento de una persona antes y después de la lesión, contemplando cómo el evento fisiológico altera la conducta en pos de la adaptación a la lesión, donde se encontró lo siguiente.

- A partir de la lesión parapléjica, tanto en hombres como en mujeres, existe una búsqueda de pareja de manera permanente, donde aprovechan algunos contextos como las convivencias de discapacitados y las competencias deportivas; esta búsqueda tiene muy diversos objetivos, desde amistades hasta potenciales parejas sexuales. En ese sentido, el deseo sexual también llega a ser una variable de gran importancia cuya frecuencia varía por género. Los hombres indican su presencia cotidiana (de entre uno y ocho días) y las mujeres expresan su presencia frecuentemente (entre ocho y 30 días). En este ámbito del deseo y la búsqueda de pareja se observa que existe una serie de estrategias para la conquista de otras personas, dentro de la cual los entrevistados comentaron tener cerca de

²¹ Escala 1: nunca; 2: más de 365 días; 3: entre 180-365 días; 4: entre 30-180 días; 5: entre 1-30 días y 6: entre 1-8 días.

40% de eficacia para establecer una relación que no necesariamente implique "sexo", mientras que para obtener alguna que conduzca a una relación sexual con "coito" manifiestan obtener resultados de un 20% en promedio. En general, cuando intentan acercarse a alguien el fin es obtener una amistad, a la que en muchas ocasiones tienen como objetivo impresionarla o mostrar sus cualidades. Asimismo, los hombres prefieren tomar la iniciativa, aunque algunos de ellos mencionan que esperan a que un amigo o amiga los presente con la persona que les interesa; dentro de la gama de actitudes que asumen para llamar la atención es ser alegres, simpáticos, en ocasiones dominantes, inseguros, temerosos e ingenuos. Para obtener espacios de convivencia aprovechan las reuniones sociales de todo tipo a las que les es posible asistir, pues la gran mayoría tienen necesidad de compañía; en el caso de los hombres, algunos consideran que el alcohol es un auxiliar en el proceso de conquista. Existe una diferencia genérica en cuanto a considerar si el "amor" es necesario para tener una relación sexual; la mayoría de las mujeres perciben que es un elemento indispensable para ello, y por lo menos la mitad de los hombres piensa que no es necesario.

Respecto al cuerpo, existe una necesidad de cuidar su apariencia, olor y ropa, a lo que se suma el hablar bien. Preocuparse por una presentación adecuada es para agradar con la apariencia y la actitud, pues consideran que la primera impresión cuenta demasiado; también se debe a que ellos saben que en muchos casos su apariencia no es bien vista y que la gente piensa que sus respuestas sexuales pueden estar mermadas. Sobre aquello que les parece atractivo en otras personas, consideran cualidades como la inteligencia, decisión y agresividad; a los hombres les llama mucho la atención que la persona tenga un "buen cuerpo"; en el caso de las mujeres observan zonas como el rostro, el cuello, caderas, muslos y glúteos.

Es de llamar la atención que dentro de las estrategias para obtener relaciones es importante el grupo de amistades o los cónyuges que no tienen discapacidad, puesto que es un ámbito donde sienten confianza y seguridad para desarrollar una relación; posteriormente, consideran a amigos con discapacidad, a desconocidos y, en el caso de los hombres, juegan un espacio importante terapeutas y enfermeras. Consideran que la búsqueda de relaciones que impliquen o no una práctica sexual se complica demasiado debido a problemas con el transporte, falta de dinero, decisión personal (la familia en muchos casos toma decisiones por ellos) y privacidad.

Esta muestra de personas con paraplejia pone especial cuidado en la apariencia física, su olor, ropa y forma de hablar. Éstas se constituyen en

sus estrategias para llamar la atención, además de que es indispensable presentarse limpios y ordenados debido a que existen problemas "íntimos" relacionados con la respuesta sexual. Asimismo, existen dificultades en la interacción social como el traslado, no contar con un ingreso económico y el permiso familiar, por ello, 72% de la muestra piensa que los recursos materiales "facilitan el encuentro sexual", 14% lo consideran "indispensable", 10% dice que "no sirven para nada" y 4% piensan que lo "perjudican". Ante tales problemáticas las actitudes y cualidades que se muestran frente al otro son las estrategias que se eligen para atraerlo, de ahí también que se prefiera a amistades y no a desconocidos para relacionarse sexualmente, considerando la posibilidad de que esta pareja puede ser estable o no —aunque existe preferencia ante la estabilidad de la pareja.

Los participantes han expresado la falta de oportunidades para tener un acercamiento sexual, sin embargo, la mayoría han tenido sus relaciones sexuales con una pareja estable, aunque existe un considerable porcentaje que no ha vuelto a tenerlas; los entrevistados indican que el principal conflicto son ellos mismos, por los problemas fisiológicos que se presentan en la respuesta sexual: erección, lubricación, falta de sensibilidad, incontinencia urinaria y anal, por ello los acercamientos sexuales se prefieren realizar con amistades, ya que permiten la comunicación de algunos de estos problemas y la planificación del acto sexual, conservando objetos de utilización personal; uso de sonda, condones, toallas, papel higiénico; baño previo o posterior a la relación y la disculpa por accidentes de incontinencia, cuando éstos se presentan.

2. Estimulación y excitación sexual

Este rubro contiene las funciones anatomofisiológicas, las respuestas psicosociales que implican gustos y preferencias desarrolladas dentro del contexto personal y sociocultural, donde la presencia de la lesión medular llega a modificar y replantear algunas nociones, concepciones y representaciones dentro de la sociedad en que se vive, de ahí la necesidad de explorar cuáles han sido los cambios vividos en el ámbito bio-psico-social y sus formas de adaptación ante tal evento. En ese sentido, en la muestra se ubicó que un primer paso para la respuesta sexual es la estimulación que se aplica a los sentidos y se amplía aplicando elementos tales como el medio ambiente, la imaginación, el aprendizaje, la representación corporal, lo que se conceptualiza como erótico o excitante dentro de la escala de valores personales y culturales. El fin del estímulo es provocar una reacción que dentro de la respuesta sexual es la excitación misma,

que se verá modificada por la lesión medular y la reconceptualización personal a partir de ella.

Los hombres sexualmente activos de la muestra manifiestan que realizan prácticas sexuales con y sin coito con una frecuencia de una vez cada mes hasta cada seis meses, mientras que las mujeres sexualmente activas presentan una continuidad muy variada en esta práctica, ya que se encuentra una frecuencia de una vez por semana o cada mes hasta cada año. Es necesario puntualizar que al estar alteradas las funciones fisiológicas que desencadenan la respuesta sexual, los individuos no experimentan la sensación del orgasmo fisiológico como refiere la medicina. Sin embargo, comentan que existe otro tipo de experiencia que es conocida en la literatura médica como orgasmo psicósomático o también llamado "orgasmo fantasma", el cual, en el caso de las mujeres, se presenta alguna vez en un lapso de uno a seis meses, mientras que en los varones existe en una frecuencia de una vez por lo menos cada seis meses o un año. Ante el contexto de la lesión que altera funciones sensitivas y fisiológicas, la erección en el caso de los hombres se ve severamente afectada, la cual aparece con una frecuencia media de seis meses a un año, mientras que la lubricación en las mujeres presenta una media que se establece con una frecuencia semanal a mensual.

Respecto a las prácticas sexuales, se observó que entre los principales objetos que utilizan para la erotización sexual están las películas pornográficas, el uso de lubricantes y medicamentos para cuidados del cuerpo (guante y lubricante para defecar antes de iniciar un contacto sexual, y en el caso de los hombres, vasoconstrictores) y el lubricante para que no se roce el pene o la vagina. Sin embargo, 40% indica que no utilizan nada para la estimulación sexual. Asimismo, en este ámbito se encontró que una de las expresiones de la estimulación sexual son las caricias, pero por lo menos 12% de la muestra temen ser tocados y otro porcentaje igual expresa que no tiene sentido que los toquen porque no tienen sensibilidad. Otro elemento que destacan para la erotización son las fantasías sexuales en las que predominan el haber soñado estar con varios hombres o mujeres al mismo tiempo.

La preferencia sexual es otra forma de expresar sus gustos, 58% de la muestra en su ejercicio preferencial postlesión tuvo experiencias sexuales con mujeres —quienes decidieron por esta preferencia eran hombres en un 56% y mujeres un 2%—. El 22% de la muestra tuvo relaciones sexuales con hombres, preferencia que fue compartida por 18% de mujeres y 4% de hombres. El restante 20% no ha vuelto a tener relaciones sexuales con coito. Comparado con los resultados anteriores,

en las experiencias sexuales reportadas prelesión se encontraron sólo dos casos de preferencias homoeróticas y en postlesión éstos habían aumentado, con un caso de prácticas lesboeróticas. Sin embargo, las experiencias sexuales en pre y postlesión se orientan a las preferencias heterosexuales, principalmente.

Asimismo, el conocimiento de la excitación sexual es crucial para el desarrollo de una práctica sexual; al respecto 94% menciona que perciben cuando están excitados, y sólo 6% (hombres) no identifica esta reacción debido a sus condiciones corporales. Como consecuencia de las lesiones a nivel motor y sensitivo que dificultan o nulifican la respuesta sexual por estímulo, se cuestionó si existen molestias cuando se presenta excitación genital, el 26% (nueve hombres y cuatro mujeres) expresó que llegan a percibir inflamación en la zona; 22% no presenta sensaciones superficiales (10 hombres y una mujer); 18% presenta hiperreflexia (nueve hombres); 10% reporta sentir dolor (43 hombres y cuatro mujeres), 6% miedo, 4% incomodidad, 8% reporta no tener molestia alguna y el restante 6% no ha puesto atención a algún malestar que implique la estimulación genital o no lo conoce postlesión.

Se observa entonces que en el rubro de estimulación y excitación sexual, las formas que se utilizan después de la lesión para estimular se basan sobre todo en la imaginación y el recuerdo, principalmente cuando se trata de recibir caricias, más que de otorgarlas; se observa una preferencia predominantemente masculina hacia las películas pornográficas, el sexo oral y la realización del acto sexual con varias mujeres, mientras que las mujeres presentan preferencia hacia las caricias en senos, vagina y ano. Ambos llegan a hacer uso de actividades sexuales "sadomasoquistas", acciones que recobran sentido al necesitar ser estimuladas enérgicamente donde se encuentran áreas corporales de insensibilidad, es decir, se requiere de caricias profundas para percibir algunas sensaciones.

En el proceso de estimulación sexual se observó que después de la lesión medular en el ejercicio sexual las partes menos tomadas en cuenta para la estimulación son el ano, los miembros inferiores y los genitales. Todo ello debido, según lo manifiestan, a la pérdida de sensibilidad y el miedo a ser tocados. No hay que perder de vista que esta población estudiada en sus prácticas sexuales prelesión se orientaba al ejercicio del coito pene-vagina, minimizando al máximo otra serie de prácticas sexuales, por lo que es difícil que el sujeto cambie sus representaciones y prácticas postlesión. Esto implica una adaptación y reintegración a la vida social y sexual que rompe la permeabilidad de su ejercicio sexual anterior y que condiciona su práctica actual por la posibilidad de fallar

en el sexo o en la reproducción, debido a la conceptualización interiorizada de la "genitalización" y del "coito-orgasmo". Entonces, este grupo de individuos crea una serie de estrategias para readecuarse y vivir su sexualidad, tales como la estimulación visual, que permite imaginar o recordar escenas; y la masturbación, en menor escala, que se vuelve para algunos un elemento de exploración y satisfacción sexual ante el miedo y la angustia de la reiniciación de la práctica sexual pero sobre todo de la funcionalidad sexual y la socialización. Es necesario destacar que el hecho de experimentar o tener deseo sexual provoca sentimiento de felicidad, mientras que el reinicio de la vida sexual provoca angustia e intranquilidad. Estos sentimientos poseen una relación directa con el nivel y grado de lesión medular y las consecuencias fisiológicas que éstas tienen en el individuo, así como sus repercusiones sociales tanto en la búsqueda y obtención de pareja, como en la sustentabilidad económica y de sobremanera en el ámbito personal, por todas las adecuaciones, modificaciones y cambios que tiene que ir desarrollando para adaptarse conductualmente a su condición discapacitante.

3. *Técnicas sexuales. Estrategias para el desarrollo de prácticas sexuales*

Este rubro está dirigido al evento del coito y del orgasmo. En esta investigación se ha considerado al coito como una práctica sexual más, por lo que se toma en cuenta aspectos tales como la respuesta fisiológica pre y postlesión, el control de esfínteres, las condiciones que se prefieren para la realización del acto sexual, la experiencia o no del orgasmo y cómo estos aspectos han influido en la respuesta sexual multidimensional actual de la persona con paraplejia.

En este caso se analizó la práctica de diversos tipos de coito y posturas debido a las modificaciones fisiológicas y dificultades motoras que ya se han mencionado y que vienen a cambiar, en consecuencia, las prácticas y estrategias en el momento de realizar un acto sexual. En el caso del coito pene-vagina, se ubica en ambos sexos una frecuencia de entre un mes hasta un año; el coito manual presenta una media de utilización que va de una semana a un mes (en algunas mujeres) y de seis meses a un año (en ambos sexos). El coito bucogenital presenta una frecuencia media de realización de seis meses a un año y en algunos casos de más de un año. Respecto a las posiciones más utilizadas se encontró que la horizontal, lateral y sentados tienen una media que va de una semana a un mes, de seis meses a un año y más de un año dependiendo el nivel de la lesión.

Se encontró una modificación de las prácticas sexuales, pues antes de la lesión señalan varias combinaciones, de las que se deduce que practican

caricias sin coito, así como coito de cualquier tipo, con preferencia por la posición horizontal, lateral, o boca abajo, y el sexo oral. Las posiciones y juegos eróticos postlesión medular arrojaron las siguientes combinaciones: caricias sin coito; posición lateral, horizontal, sentado y boca abajo; coito de algún tipo; sexo anal y oral y un 16% no ha vuelto a reiniciar sus prácticas.

De los individuos participantes, 82% (nueve mujeres y 32 hombres) expresa haber experimentado al menos un orgasmo y el 18% restante (dos mujeres y nueve hombres) nunca lo han sentido. Este último punto es debido a que estos individuos sufrieron la lesión en la adolescencia o la etapa joven-adulto, por lo que no llegaron a experimentar un pleno ejercicio erótico-sexual, mismos que en postlesión se pueden limitar por un gran número de problemáticas personales, familiares y sociales.

Respecto a las medidas de higiene y cuidado tomadas para la realización del acto sexual, reflejan que una de las más socorridas es tomar un baño previo a la práctica sexual, le sigue el uso de condones, uso de posiciones que no los lastimen y tomar un baño después del acto sexual. Destaca que varios hombres mencionan que utilizan el condón como contenedor de orina, aparte de evitar cualquier infección urinaria.

Respecto al esquema corporal y ejercicio sexual, manifiestan una pérdida de movilidad física en un 80% de la cintura para abajo y en un 20% restante del pecho hacia abajo. Mientras que la pérdida de sensibilidad se manifiesta en 42% en cadera, muslos, piernas y pies y en 20% de la cintura hacia abajo; 16% reporta tener sensibilidad superficial y 14% sensibilidad profunda, el restante 8% destaca que no existe sensibilidad del pecho hacia abajo y otros no se han percatado ni habían pensado sobre las partes de su cuerpo que no presentan sensibilidad. Sobre la sensibilidad de los genitales, 36% de los hombres expresó que no tienen sensibilidad en el pene (18% tampoco la percibe en testículos y 2% en próstata); 12% dice desconocer las partes que no tienen sensibilidad; 20% respondió que en ninguna parte de los genitales tienen sensibilidad; 8% siente en todas las partes de los genitales al estímulo profundo y el restante 2% no siente la uretra. En el grupo de mujeres, 12% expresó no tener sensibilidad en labios mayores y menores, 6% no la presentan en vulva y clítoris, 2% sienten en toda la región y otro porcentaje igual comenta no tener sensación alguna.

Sobre la respuesta sexual fisiológica, 58% de los participantes (24 hombres y cinco mujeres) considera fundamental la erección del pene y la lubricación vaginal para la realización del acto sexual y 42% (15 hombres y seis mujeres) lo considera innecesario. Esto se debe a la interiorización

de los estereotipos tradicionales sobre los roles sexuales de hombres y mujeres, sin embargo, las nuevas condiciones y desarrollo de otro tipo de destrezas están abriendo nuevas posibilidades de disfrutar la vida sexual.

Las posiciones y juegos que los integrantes de la muestra realizaron antes de la lesión medular, implicaban la mayoría de las ocasiones el coito de algún tipo, el uso de la posición horizontal y el sexo oral. Se observa ahora que, después de la lesión, se eleva considerablemente el porcentaje de prácticas, tales como las caricias sin llegar al coito, decayendo el uso de la posición horizontal para éste e incorporando prácticas que antes no se realizaban, tales como el sexo anal, la posición sentado y el uso de la posición lateral. Esta incorporación y mayor diversidad en el desarrollo de las prácticas se debe a los déficit en las respuestas sexuales fisiológicas que presentan los paraplégicos, el temor que llegan a sentir ante la posibilidad de reiniciar sus prácticas sexuales y fallar en ellas, y la imposibilidad de obtener placer, característica que se invierte cuando hay altos grados de adecuación y se considera focalizar el placer del otro para sentir en sí mismo.

Percepción del cuerpo y la sexualidad

Ante la ejemplificación de las prácticas sexuales que revisamos en el apartado anterior, se encuentran una serie de discursos, representaciones y saberes que el paraplégico tiene de su cuerpo y de su sexualidad, develándose el hecho de cómo a partir de su discapacidad se vio modificada su corporeidad, respuestas y reacciones sexuales, biológicas, psicológicas y socioculturales.

De esta manera, encontramos que 58% de la muestra considera que el tener una lesión medular dificulta el desarrollo de las prácticas sexuales, mientras que para el 42% restante ello no se lo impide. En ese sentido, la mayoría manifiesta que es difícil obtener pareja si se es lesionado medular, aunque existe un 38% que considera que ello no es problema. Este último porcentaje está formado por individuos casados y personas que se encuentran en un alto grado de socialización gracias, entre otras cosas, a las actividades competitivas que desarrollan a partir del deporte.

Existe una visión predominante sobre el cuerpo que se enlaza con el estereotipo hegemónico de "salud" y "normalidad" que coincide como un patrón al que se apegaba su realidad y percepción antes de la lesión; sin embargo, estos esquemas y discursos sexualizantes y normalizadores son confrontados y comparados con la realidad posterior a la lesión

que, como se ha mencionado, deviene en alteraciones y falta de control de la movilidad y sensibilidad en regiones del cuerpo que van desde el pecho o la cintura hacia las extremidades inferiores, abarcando el área de los órganos genitales, por lo que manifiestan poca o escasa respuesta fisiológica en cuanto a la respuesta sexual a la que se está habituado y problemas con el control de esfínteres. Esta confrontación en la que se asume al cuerpo con un esquema diferente y a la respuesta sexual como fallida refuerza el sentido de "cuerpo enfermo" que lleva inmersa la visión sociocultural de que no es óptimo para el desempeño de actividades en diversos campos (laboral, familiar, social), a los que no escapa la esfera sexual, donde la respuesta sexual "completa" se ha convertido en un hito que viene a reforzar la idea ya planteada de la indispensabilidad de la erección y la lubricación para la realización del acto sexual. Estos individuos, ante las disfunciones de respuesta sexual que presentan debido a la lesión, se ven altamente limitados en su desempeño, lo cual se ha conceptualizado de manera más explícita en el hombre. La práctica sexual está tan centralizada en la penetración vaginal que se desconoce la existencia de órganos como el clítoris y los papeles de la erección, la lubricación femenina y la eyaculación en una relación sexual, esto limita a su vez el ejercicio pleno de su sexualidad, independientemente de todas las demás barreras existentes en términos familiares, sociales y económicos. La desinformación es una de las más grandes barreras por derrotar, ya que la sexualidad es una de las áreas de mayor importancia en el proceso de socialización y adaptación de la persona con discapacidad y en concreto con paraplejía, pues con la alteración del esquema corporal se replantea no sólo la imagen corporal y las funciones fisiológicas en que se trastoca el sexo sino la sexualidad, los roles genéricos, las formas de vinculación social y afectiva, el erotismo y la reproducción. El desarrollo integral de estos individuos depende de sí mismos, pero también de las opciones que la sociedad les proporcione, aspecto que se ve permeado de representaciones que integran sobrevaloraciones y prejuicios según la cultura del grupo donde se desenvuelvan.

Consideraciones finales

La situación entre salud y condición discapacitante para este grupo de personas con paraplejía adquirida implica un estigma ratificado socialmente que se basa en el binomio discapacidad-enfermedad, debido a que se altera la regla funcional positiva que normaliza el cuerpo y sirve de comparación, lo que condiciona la percepción propia y ajena sobre las potencialidades y vulnerabilidades que un individuo puede tener dentro

dentro del discurso de normalización biomédica sobre el cuerpo. Esto se suma a la visión hegemónica de la sexualidad en la que se espera que un cuerpo "sano" (como sinónimo de un desempeño total y óptimo de todas las funciones orgánicas) sea quien realice y ejerza sus prácticas sexuales y con ello logre tener una vida sexual sana dentro del marco de la salud sexual y reproductiva. Ambos imaginarios normalizados y sexualizantes se anteponen a un cuerpo con "capacidades diferentes" de tipo parapléjico, lo que genera una serie de problematizaciones que van más allá de la esfera biológica, impactando la condición al tipo de interacción que realice el individuo. Es decir, su condición discapacitante no suele pasar por alto, de ahí que experimentar nuevamente el ejercicio de una vida sexual se torna un anhelo difícil y temerario. Sin embargo, podemos comentar que se desea percibir y recobrar en primera instancia la sensibilidad y el movimiento en la medida que se va aceptando la condición y realizando cambios de adecuación en su contexto, donde surge la necesidad de explorar el cuerpo y particularmente la respuesta sexual. La mayoría de los entrevistados evocan que esto se debe a su ratificación de los roles de género que les toca jugar, otros indican que el recuerdo de la relación sexual los motiva a experimentar, por lo que generalmente comienzan con autoexploraciones en zonas que consideran eróticas o excitantes, y finalmente algunos se brindan autoplacer. Mencionan que la práctica sexual con pareja es un reto difícil de realizar por los miedos a fracasar en el intento, a tener que fomentar comunicación y confianza que antes no era tan íntima, temor a violentarse e incluso desentenderse de la vida sexual. Mientras que en otros que no tienen pareja y anhelan volver a experimentar sensaciones y respuestas sexuales cuando se percatan de que éstas cambiaron, se observa preocupación, miedo y necesidad de cuestionarse la posibilidad de tener vida sexual, y generan estrategias para lograrla; otros simplemente la nulifican y se niegan a cualquier experiencia de índole sexual. Sin embargo, todos coinciden que existe una condicionante de temor por la posibilidad de fracasar en una relación sexual y por los déficit de su respuesta sexual. A ello se agregan otros elementos que dificultan las prácticas sexuales, como la problemática de encontrar pareja, de comunicar sus necesidades sexuales, no contar con una economía que les permita una calidad de vida óptima y falta de intimidad familiar. Además, la representación social constantemente les confirma que son seres que están excluidos de la participación colectiva, ejemplo de ello es la representación de la salud sobre el cuerpo que se tiene y visualizan los otros, donde todo aquello que presente alguna alteración y no se exprese como "normal"

es objeto de rechazo, más aún si limita la movilidad e independencia personal, social, económica y sexual, porque se necesita atención y cuidados especiales que en el momento del desempeño sexual pueden ser considerados "sucios", "impropios" o "fuera de lo común". Tal es el caso de la falta de control de esfínteres, la utilización de algunos apoyos sexuales, artículos para la higiene sexual y posiciones sexuales. En algunos casos los entrevistados indican que aumenta el costo de algunos servicios como taxis o incluso de sexo-servicio porque se considera una situación extraordinaria lo que genera un cargo extra en la tarifa, cuando la persona que solicita el servicio está en silla de ruedas. Éstas y otras tantas situaciones difíciles de enumerar llegan a generar cuestionamientos y motivar estrategias en el parapléjico para vivir su sexualidad, donde la mayoría se replantea la sexualidad como un aspecto de la vida que no necesariamente se centra en lo fisiológico, es decir, en la respuesta sexual, sino que implica toda una gama de aspectos (biosociales, psicológico-sociales y socioculturales). Dicho replanteamiento conlleva la integración de otras representaciones y prácticas sobre la salud y la sexualidad, que aunque en muchos casos continúan generando conflicto y añoranza de la vida anterior, al mismo tiempo han realizado una recuperación y reconocimiento de su esquema corporal actual, integrando una imagen conciliada con su manera de sentir y relacionarse para vivir la sexualidad como personas sanas con capacidades distintas y retos sexuales excepcionales.

Bibliografía

Casado, Demetrio

1995 *Ante la discapacidad*, Argentina, Lumen, Colección Política, servicios y trabajo social.

Giménez Montiel, G.

s/f "La identidad social y el retorno del sujeto en sociología".

Martin, M. Kāy y Voorhies, Barbara

1978 *La mujer: un enfoque antropológico*, Barcelona, Anagrama.

Organización Mundial de la Salud

1975 *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la Salud*.

1983 *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad*, INSERSO.

Organización de las Naciones Unidas

1989 *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*, México, reimpreso por el Partido Revolucionario Institucional.

Osorio Carranza, Rosa M.

- 1994 "La cultura médica materna y la salud infantil: sistema de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia", tesis de maestría en antropología social, México, CIESAS.

Peña Sánchez, Edith Yesenia

- 2001a "Conducta adaptativa y prácticas sexuales en lesionados medulares del Estado de Colima", tesis de maestría en ciencias médicas, México, Universidad de Colima.

- 2001b "Prácticas sexuales del discapacitado del sistema locomotor y la medicalización del sexo", en *Revista Longevidad*, núm. 12, año 2, mayo.

- 2003 *El entorno del discapacitado y sus sexualidades*, México, INAH-CONACULTA/EDUFAM.

Quijada, Osvaldo

- 1977 *Comportamiento sexual en México: una encuesta reveladora*, México, Tinta Libre.

Rodríguez Vignoli, Jorge

- 2001 *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes*, Santiago de Chile, Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población/CEPAL-ECLAC, Población y Desarrollo, serie 17.

Resumen

La existencia en nuestra cultura, desde hace dos siglos, de un dispositivo de sexualidad fundamentado en una "ciencia del sexo" biomédica y psicologista, tiene como una de sus consecuencias la proliferación de etiquetas clasificatorias que tienden a convertirse en identidades sexuales a las que deben sujetarse los individuos. Dado su carácter etnocéntrico y anacrónico, la sexología contemporánea presenta nuevas categorías de clasificación sexual como universales antropológicos, lo cual ha sido confirmado por el estudio étnico (a partir de sus propias categorías) de otras culturas. Al mismo tiempo, en el seno de nuestras sociedades se dan actualmente formas de praxis sexual que eluden su transposición a las categorizaciones hegemónicas. Del mismo modo, los individuos que practican este nomadismo sexual escapan a la inclusión en identidades sexuales exclusivistas. Se explora aquí el caso de los jóvenes mexicanos que no se identifican por sus prácticas y actitudes sexuales, lo cual abre otra dimensión para el estudio de la diversidad sexual.

Palabras clave

Identidad sexual, nomadismo sexual y jóvenes.