

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

"PROBLEMAS PSICOSEXUALES EN PACIENTES
DISCAPACITADOS FISICOS"

INFORME FINAL DE INVESTIGACION
PRESENTADO

AL HONRABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

NORA ISABEL RAMIREZ ARAUJO

PREVIO A OPTAR AL TITULO DE

PSICOLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1993

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEPOSITO LEGAL
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO

DL
13
T(676)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIO 14-S, 14-F
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760790-84 Y 760965-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía
S E C R E T A R I O

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONO: 760750-94 Y 760980-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico
CIEPe.
archivo

REG. 1902-92

CODIPe. 494-93

DE IMPRESION TRABAJO DE INVESTIGACION

7 de octubre de 1993

Señorita Estudiante
Nora Isabel Ramirez Araujo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEPTIMO (7o.) del Acta TREINTA Y CUATRO NOVENTA Y TRES (34-93) de Consejo Directivo, de fecha 5 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"SEPTIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación: "PROBLEMAS PSICOSEXUALES EN PACIENTES DISCAPACITADOS FISICOS", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

NORA ISABEL RAMIREZ ARAUJO

CARNET No.86-13373

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Walter René Soto Reyes y revisado por la Licenciada Rosa María Villatoro de López.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESION** del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciadado Abraham Cortez Mejia
SECRETARIO



/Lillian

CORIMPIN.CD

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS "M-8, M-9"
CIBUADO UNIVERSITARIA, ZONA 18
TELEFONO: 740790-94 Y 740998-82
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEPs. 263-93.

REG. 1902-92.

INFORME FINAL

GUATEMALA, 17 de septiembre de 1993.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES:


Atentamente me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada ROSA MARIA VILLATORO DE LOPEZ, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION titulado "PROBLEMAS PSICOSEXUALES EN PACIENTES DISCAPACITADOS FISICOS", correspondiente a la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por la estudiante:

| <u>NOMBRE</u> | <u>CARNET No.</u> |
|----------------------------|-------------------|
| NORA ISABEL RAMIREZ ARAUJO | 86-13373 |

Agradeceré se sirva continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LIC. WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



WZC/tnideh.
c. archivo

/Lillian
CORIMPIN.CD

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA-DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIO "N-S, M-2"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 740780-94 Y 740788-84
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEPs. 262-93.

GUATEMALA, 17 de septiembre de 1993.

LICENCIADO
WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES
EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION** titulado "PROBLEMAS PSICOSEXUALES EN PACIENTES DISCAPACITADOS FISICOS", de la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por la estudiante

NOMBRE

NORA ISABEL RAMIREZ ARAUJO

CARNET No.

86-13373

Considero que el trabajo arriba mencionado llena los requisitos del **CENTRO DE INVESTIGACIONES**, por lo que emito dictamen favorable.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICDA. ROSA MARIA VILLATORO DE LOPEZ
DOCENTE REVISOR



RMVdL/tnideh.
c. archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIOS M-5, M-3
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 780790-84 Y 780805-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Archivo

DIR. 207-93

Mayo 5 de 1993

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores Miembros:

Me permito informarles que tuve bajo revisión el informe final de tesis titulado: "PROBLEMAS PSICOSEXUALES EN PACIENTES DISCAPACITADOS FISICOS", realizado por la estudiante NORA ISABEL RAMIREZ ARAJO, con número de carnet 8613373, y del cual he sido asesor.

Considero al respecto que el mencionado trabajo constituye un aporte importante a la Psicología guatemalteca.

Por lo anterior me permito aprobar el informe final, para que continúe los trámites correspondientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciado Walter René Soto Reyes
Colegiado 673

/rmp.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO "M-8, M-3"
CALLE UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 740790-94 Y 740998-94
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
DEDIPs.
archivo

REG. 1902-92

CODIPs. 489-92

DE APROBACION DE PROYECTO Y NOMBRAMIENTO
DE ASESOR

16 de octubre de 1992

Señorita Estudiante
NORA ISABEL RAMIREZ ARAUJO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Ramírez

Transcribo a usted el Punto NOVENO (9o.), del Acta TREINTA Y CINCO NOVENTA Y DOS (35-92), de Consejo Directivo de fecha 7 del mes en curso, que literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación: " **PROBLEMAS PSICOSEXUALES EN PACIENTES DISCAPACITADOS FÍSICOS.**", de la Carrera: **LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**, presentado por:

NORA ISABEL RAMIREZ ARAUJO

CARNET No. 86-13373

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Investigaciones en Psicología, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado **Walter René Soto Reyes.**"

Atentamente,

" **ID Y ENSEÑAD A TODOS** "


Licenciado **Abraham Cortez Mejía**
SECRETARIO



/Lillian

MIS SINCEROS AGRADECIMIENTOS

AL: Lic. Walter Soto

Por su colaboración incondicional

AL Doctor Archelao Martínez

AL Doctor y Asesor Institucional Juan René López

A Los pacientes de Consulta Externa y encamamiento del Departamento de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS.

LA SEXUALIDAD ES UN ASPECTO INHERENTE AL SER HUMANO PARA ALGUNOS ES PREDOMINANTEMENTE FUENTE DE PLACER Y ACEPTACION. PARA OTROS FUENTE DE PROBLEMAS Y CONFLICTOS. CASI TODOS LOS SERES HUMANOS VIVEN Y ACTUAN SIN UN CONOCIMIENTO REAL DE SU SEXUALIDAD Y LA DE LOS DEMAS LO QUE CONLLEVA UNA AFECTACION EN LA VIDA INDIVIDUAL Y SOCIAL.

INTRODUCCION

En nuestro medio como es sabido, el factor SEXUAL, es tomado como un mito-tabú o un tema prohibido de hablar.

Si esto sucede en lo que aparentemente consideramos como "normal", ¿Qué sucederá con el aspecto sexual de aquellas personas que padecen de alguna DISCAPACIDAD FISICA u otra enfermedad incapacitante?, es por eso que se realizó la presente investigación con 80 pacientes con diagnóstico de "Paraplejía", del Departamento de Consulta Externa del Programa de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). En donde se pudo identificar como problemas psicosexuales más frecuentes: Impotencia, Eyaculación Precoz, Mastubación, encontrando también problemas de Fetichismo, lamentablemente la mayoría de pacientes no cuentan con una orientación adecuada al respecto, por parte de profesionales o personas capacitadas, debido a la falta de comunicación, confianza e identificación.

Estos afrontan infinidad de problemas, como lo es el adaptarse a su nueva forma de vida, el aspecto emocional se ve afectado y sus relaciones interpersonales parcialmente deformadas, cuestiones que van nivelándose posteriormente conforme se presenta la aceptación del problema en forma gradual.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con Discapacidad Física, sufren de problemas que afectan su nuevo tipo de vida, entre estos se considera el aspecto de su actividad sexual como uno de los más afectados, ubicándolo dentro del grupo de los desórdenes emocionales.

Los términos sexual y sexualidad se usan tanto respecto a los órganos masculinos como a los femeninos, indicando en los respectivos aparatos, funciones distintas que aseguran la perturbación de la especie y que rigen la aparición de los caracteres sexuales.

Este problema se encuentra relacionado con problemas de Desadaptación Social, Conflictos Familiares concernientes a la aceptación y a la interrelación Hijos-Pareja, Problemas de Autoimagen y otros problemas emocionales como: Ansiedad, Histeria, Depresión, Agresividad, etc..

La problemática por la que atraviesan estos pacientes afectan de una forma u otra a las personas que les rodean convirtiéndose en una problemática social por lo que podemos ubicarlo dentro del área del conocimiento Psicosocial, así mismo por presentar algunas alteraciones orgánicas y/o anatómicas que afectarán su forma de vida en el área biológica relacionandose también con disciplinas como Sociología, Psicología, Medicina y Medicina Física.

JUSTIFICACION

Siendo la sexualidad un aspecto inherente en el ser humano y sabiendo que en nuestro medio la mayoría de personas viven y actúan, sin un conocimiento real sobre esta, se convierte en un tema complejo y de interés para investigar.

La sexualidad en los Discapacitados Físicos, no es totalmente diferente a la de las demás personas, pero si se ve afectada por una gama de conflictos y frustraciones que aparecen posteriormente a un accidente o enfermedad.

En Guatemala, se han realizado trabajos de investigación sobre Discapacitados Físicos, desde el punto de vista de adaptación e integración social, estudiándose superficialmente el aspecto sexual, que también es fundamental en la vida personal del paciente.

Por consiguiente es preciso conocer el tipo de problemas Psicosexuales que esta clase de pacientes presenta para prestarles una adecuada atención, y no existiendo en la actualidad un trabajo que los aborde en forma directa se hace necesaria la realización de esta investigación para el enriquecimiento de nuestro que hacer Psicológico.

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR LA PROBLEMÁTICA PSICOSEXUAL QUE PRESENTAN
LOS PACIENTES CON PARAPLEJIA.

ESPECIFICO

CONOCER LA AFECCIÓN DE RELACIONES INTERPERSONALES EN
LOS PACIENTES CON PARAPLEJIA.

HIPOTESIS

LOS PROBLEMAS PSICOSEXUALES MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES PARAPLEJICOS DEL SEXO MASCULINO QUE OSCILAN ENTRE LOS 25 Y 55 AÑOS, QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL SON: IMPOTENCIA, MASTURBACION, EYACULACION PRECOZ.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

TEORIAS DE LA FORMACION PSICOSEXUAL:

Existen muchas teorías sobre la formación de la sexualidad en los humanos. Es vasta la investigación sobre la formación psicosexual, si bien, apenas es posible o pertinente comentar todas estas teorías en este punto, es importante estar familiarizado con algunas de las contribuciones principales que se han hecho a este conjunto particular de conocimientos.

No existe teoría o hipótesis única que pueda suministrar todas las respuestas, sino que en su conjunto, constituyen un marco en el cual podemos comenzar a comprender la formación de la expresión e identidad sexual.

ESCUELA PSICOANALITICA:

Sigmund Freud (1856-1939), y Erick Erickson (Nacido en 1902), ambos psicoanalistas famosos, crearon su teoría con tendencias Epigenéticas, al fundamentarse en el campo de Biología. la Epigenia es una forma de considerar la formación de las fases, el desarrollo en una

fase depende de completar con buenos resultados la fase inmediatamente anterior.

Sigmund Freud: Las teorías psicoanalíticas de Freud sobre la sexualidad han influido considerablemente sobre el pensamiento occidental en relación a la conducta humana. Escencialmente, la escuela psicoanalítica considera que los impulsos o instintos sexuales son la fuerza motivadora subyacente a gran parte de la conducta que el observador promedio no consideraría que tiene relación alguna con la sexualidad, estos impulsos o instintos sexuales se llaman Líbido.

La baja energía Libidinosa por común significa bajo interés sexual.

La energía sexual da características eróticas en las partes corporales por medio de las cuales se adquiere placer. Según Freud, son cinco las fases que intervienen en el proceso de maduración sexual: La fase Oral, Fálica o de Edipo, Lactancia y la Genital.

Erick Erickson: "Añadió a la teoría psicoanalítica una perspectiva social y cultural que hace más creíble la teoría Freudiana. Erickson, tomó en cuenta los papeles que desempeñan en medio y cultura, en particular sobre las fases de la formación por las que pasa toda persona. También propuso que la formación humana ocurre durante toda la vida. Al dividir la vida en ocho fases, e identificar cada fase por el problema psicológico

que debe resolverse, también elaboró un punto de vista Epigenético sobre la formación psicosexual.

Si bien la teoría de Erickson de la formación psicológica hace hincapié en la fijación de la libido y los cambios que ocurren en esta libido, lo hace dentro del contexto del medio y la cultura, de manera que descuida la teoría Freudiana. Creía en la importancia de la sexualidad o genitalidad y consideraba que para que obtenga un significado social perdurable, la utopía de la genitalidad debe incluir: 1er. Orgasmo Mutuo; 2do. Con una pareja amada; 3ero. del sexo opuesto; 4to. Con la cuál sea capaz y esté dispuesto a compartir la confianza mutua; 5to. Con la cual se sea capaz y se esté dispuesto a regular los ciclos de: a) Trabajo; b) Procreación y c) Recreación. 6to. Para asegurarle también a la progenie todas las fases de una formación satisfactoria.

Si bien talvés parezca que algunos aspectos de la teoría de Erickson muestran prejuicios heterosexuales y culturales, sin duda sus contribuciones y observaciones son interesantes y añaden información pertinente a los marcos de la formación psicosexual".¹

¹ Gotwald, W. y Hottz G. "Sexualidad", Editorial el Manual Moderno México. 1990 1 pp. 416.

TEORIA DEL APRENDIZAJE:

La escuela de los teóricos del aprendizaje afirman que las conductas son sobre todo producto de reforzadores ambientales. Este aprendizaje ocurre de varias formas. Puede enseñarse en forma consciente, a captarse en forma menos consciente por imitación o a través de prueba y error, o condicionada. Los teóricos del aprendizaje afirman que casi ningún componente de la conducta social en humanos ocurre en forma automática; existe siempre un componente de aprendizaje y cuatro formas básicas en que aprendemos:

Condicionamiento Clásico

Condicionamiento Instrumental u

Operante

Aprendizaje por Respuesta Múltiple

Aprendizaje por Comprensión".²

² Idem. pp.417.

CAPITULO II

EVOLUCION DE LA SEXUALIDAD:

Los términos sexual y sexualidad son sumamente amplios. Se usan tanto respecto a los específicos órganos masculinos como a los femeninos; Por lo demás en los respectivos aparatos indican funciones distintas, por una parte, las que aseguran la perpetuación de la especie y por otra, las que rigen la aparición de los caracteres sexuales. A la primera función E. Gley la llama germinal y sexual, en la segunda Hesnard distingue entre genital y erótico; Lo genital es la parte localizada de lo sexual, encaminada al funcionamiento privativo de los órganos genitales. Lo erótico es igualmente un elemento de lo sexual o mejor dicho, es la característica de un ambiente psicológico que con frecuencia parece incluido en la sexualidad aún cuando en ocasiones deje de serlo en un modo todavía incierto, el erotismo consiste en placeres preferentemente de orden subjetivo, o al menos de apetito o necesidades sentidas por el adulto como de naturaleza más o menos manifiestamente sexual.

Gilbert Dreyfus dice (1969), "El sexo es la resultante de la yuxtaposición de siete componentes:

Genético o Cromosómico, Gonadal, Germinal o gonocitario, Gonofórico Interno, Gonofórico Externo o Perineal, Hormonal, Somático o Morfológico General, o de nueve se añade el sexo asignado por el estado civil y la orientación de la libido".³

³ Ajuriaguerra, J. "Manual de Psiquiatría Infantil", 4ta. Edición Barcelona-México pp 316.

CAPITULO III

CONDUCTA SEXUAL:

La sexualidad ha sido siempre un tema fascinante de conversación, legislación y doctrinas, pero solamente en las últimas décadas ha sido un tema de investigación y estudio científico. La sexualidad humana fue tradicionalmente tratada dentro de los discursos Filosóficos, Teológicos y Jurídicos, y en su aspecto puramente anatómico en la medicina, pero nunca fue directa y experimentalmente estudiada en sus aspectos fisiológicos y sociopsicológicos sino hasta mediados del presente siglo.

La sexualidad humana como manifestación de una necesidad y como acto humano, tiene toda la complejidad de la conducta general humana y está determinada por una serie de factores que interaccionan en cada individuo hasta formar dinamismos y pautas particulares de conducta.

La conducta humana y particular la sexualidad, está condicionada por lo Biológico (factores anatomo-fisiológicos) por los condicionantes sociales (sistema de educación, valores ético-religiosos y culturales) y por los mecanismos psicológicos (estructura y psicodinámica de la personalidad).

Sexualidad: Es el conjunto de fenómenos de comportamiento determinados idiosincrásica y culturalmente, a través de los cuales se manifiesta y satisface el impulso sexual de cada individuo.

Impulso Sexual: Es el deseo de descarga y de tensión y creación de la misma, por medio de actos y fenómenos que de modo directo o indirecto incluyen los órganos sexuales y sus reacciones biológicas.

CAPITULO IV

CONDUCTA SEXUAL NORMAL Y ANORMAL:

La conducta sexual normal tiene una amplia gama de acción y es difícil decir cuando converge hacia la conducta anormal. mucho depende de las normas morales, sociales y legales en una cultura o comunidad determinadas. Las ideas acerca de lo que constituye una actividad sexual normal se estan volviendo gradualmente menos rígidas bajo la influencia de la educación.

Las principales miras de la conducta sexual son la reproducción, la demostración del amor hacia la pareja y el alivio de la tensión sexual. Se haya involucrada una secuencia muy constante de procesos fisiológicos que culminan en el orgasmo.

Juego Sexual Precúpula: Así como los alrededores, preparación y servicio de una buena comida son importantes para gozarla y digerirla las circunstancias y conducta del cónyuge o de los compañeros al prepararse para el acto sexual, pueden ser cruciales para el máximo alcance de sus metas.

Orgasmo: Se puede definir como los cambios funcionales y las sensaciones emotivas paroxísticas que se experimentan en la culminación del acto sexual. Masters y Johnson reconocen cuatro etapas:

Etapa de excitación

Etapa de meseta

Etapa Orgástica

Etapa de Resolución.

Masturbación: se define la masturbación como la gratificación sexual por medio de la estimulación sin la copula de los órganos sexuales. Durante la infancia y en la niñez, la masturbación se considera parte de una búsqueda instintiva de sensaciones placenteras semejantes a las que resultan de la exploración de otras partes del cuerpo.

Los principales estímulos para la masturbación lo constituyen el placer obtenido y el deseo de alivio de la tensión sexual. Puede ir acompañada de fantasías sexuales y pueden emplearse accesorios. Las fantasías son a menudo de interés psicológico, pueden representar la gratificación de deseos infantiles o prohibidos y por lo tanto servir como función protectora.

SEXUALIDAD ANORMAL:

Los trastornos sexuales son comunes en ambos sexos y a todas las edades; a menudo provocan angustia, el funcionamiento sexual normal es un indicador sensitivo de la salud física y emocional, por lo tanto, la enfermedad en zonas extragenitales puede causar alteraciones transitorias o prolongadas en la función sexual. El diagnóstico preciso depende tanto del examen psiquiátrico como del físico.

Impotencia: Ocurre sólo en los varones y puede definirse como una erección débil, de duración muy corta o ausencia de erección resultando en alteración de la ejecución de la función sexual.

La impotencia psicogénica es raramente absoluta, casi siempre es causada por ansiedad, pena, culpa, temor o colera etc., y puede ser debida a situaciones realistas externas o prohibiciones morales internas, es indispensable obtener una historia sexual detallada, preguntando acerca de factores tales como la intensidad del apetito sexual inicial, circunstancias en las que se presentó el primer fracaso, la presencia o ausencia de erección subsiguiente alguna, la ocurrencia de erecciones matutinas y de sueños húmedos y el acoplamiento de la eyaculación.

Eyaculación Prematura: se puede definir como un orgasmo que ocurre antes o después de la intromisión del pene en la vagina, la definición es extendida en ocasiones para incluir al orgasmo que se

presenta antes de que el varón lo desee considerado por algunos como Impotencia Parcial. Esta incapacidad muy común produce humillación en el varón y falta de satisfacción sexual para la hembra, y es de importancia particular para las parejas sofisticadas que se esfuerzan en alcanzar el supuesto ideal del Climax simultáneo.

Frigidez: Se puede definir como la falta parcial o total de placer o gozo sexual en la hembra, constituye una disfunción psicosexual común pero menos incapacitante que la impotencia, puesto que una mujer puede efectuar la función sexual sin deseo o gozo. La frigidez grave puede tener un efecto de alcance lejano en la vida de la pareja, causando resentimiento, hostilidad y frustración en ambos.

Trastornos de la Eyacuación: La eyacuación retardada, ausencia de la eyacuación sin orgasmo, la ausencia de la relajación después de coito y la depresión post-coito, pueden constituir manifestaciones de un trastorno orgánico o de un conflicto neurótico intenso.

CAPITULO V

CONDUCTA INSTINTIVA Y CONDUCTA APRENDIDA:

"Quizá los dos aspectos más importantes de la sexualidad que podemos clasificar con una visión filogenética son, el papel del instinto o del aprendizaje en la conducta sexual y por lo que en ella se puede considerar como natural" ⁴

Dentro de las concepciones filosófico-religioso de la sexualidad, un argumento frecuentemente esgrimido para determinar la eticidad de una conducta en el de si ella es natural o no. Prescindiendo del hecho de que el mismo concepto de "natural", es relativo y pocas veces entendido de la misma manera, podemos acudir al estudio de la conducta en los animales para una visión "natural" de la conducta sexual.

Una pregunta fundamental acerca del comportamiento de los animales es si éstos actúan por fuerza del instinto o por fuerza del aprendizaje, o por combinación de factores innatos y adquiridos. La

⁴ Giraldo Neira, Octavio "Explorando las Sexualidades Humanas" Editorial Trillas México 1989 pp. 11.

polémica entre etólogos y conductistas a sido tradicional en la explicación de la conducta animal, aunque hoy esta más o menos superada la diferencia. La explicación basada en el concepto del instinto predominó entre ciertos psicólogos y zoólogos. La explicación mediante conceptos como el de reflejos o condicionamiento fue preferida por los psicólogos experimentales y conductistas.

"Lo que en término general se llamó instinto puede explicarse de modo más analíticos por medio de factores mas discriminados, innatos. La conducta "instintiva" esta determinada según etólogos por lo siguientes factores:

- a) Condiciones Genéticas
- b) Condiciones Internas Temporales
- c) Condiciones de Desarrollo del sistema nervioso.
- d) Estímulos Externos o Estímulos Signo Desencadenantes de una Serie de Comportamientos
- e) Mecanismo Desencadenador Innato.
- f) Relaciones Recíprocas entre Estímulos Externos e Internos.
- g) Pautas Fijas de Comportamiento".⁵

⁵ Idem pp. 14.

atracción intelectual: Se refiere a la coincidencia de interés, ideología, metas, etc., en esencia, circunstancias que permiten la comunicación no necesariamente verbal, suelen encontrarse parejas que no hablan el mismo idioma pero en las que existen atracción intelectual real (o imaginaria). Una vez establecidos los dos niveles puede desarrollarse el tercero. La atracción afectiva: esta depende de factores que escapan a conocimiento preciso, y por lo tanto no sistematizable. Sin embargo, podemos conceptualizarlo como cariño y amor; podría sintetizarse por un sentimiento de "Tú me Importas".⁶

Regularmente al no establecerse estos tres niveles pueden presentarse varios factores que alteran la respuesta sexual en la pareja. La ansiedad es una de las causas más relevantes, la originada por temor al rechazo es muy importante, si además da temor al fracaso, la persona siente que puede encontrar disgusto o rechazo en su pareja en vez de una actitud comprensiva y de apoyo, se crea una situación que tiene altas posibilidades de originar disfunciones. También es hostil el comportamiento del compañero que busca la relación erótica sexual cuando el otro no puede practicarla o no lo desea.

⁶ Alvarez Gayon, J. "Sexoterapia Integral", Editorial Moderno México, 1988 pp. 117

atracción intelectual: Se refiere a la coincidencia de interés, ideología, metas, etc., en esencia, circunstancias que permiten la comunicación no necesariamente verbal, suelen encontrarse parejas que no hablan el mismo idioma pero en las que existen atracción intelectual real (o imaginaria). Una vez establecidos los dos niveles puede desarrollarse el tercero. La atracción afectiva: esta depende de factores que escapan a conocimiento preciso, y por lo tanto no sistematizable. Sin embargo, podemos conceptualizarlo como cariño y amor; podría sintetizarse por un sentimiento de "Tú me Importas".⁶

Regularmente al no establecerse estos tres niveles pueden presentarse varios factores que alteran la respuesta sexual en la pareja. La ansiedad es una de las causas más relevantes, la originada por temor al rechazo es muy importante, si además da temor al fracaso, la persona siente que puede encontrar disgusto o rechazo en su pareja en vez de una actitud comprensiva y de apoyo, se crea una situación que tiene altas posibilidades de originar disfunciones. También es hostil el comportamiento del compañero que busca la relación erótica sexual cuando el otro no puede practicarla o no lo desea.

⁶ Alvarez Gayon, J. "Sexoterapia Integral", Editorial Moderno México, 1988 pp. 117

Es importante analizar las causas de las disfunciones por conflictos, no olvidar una práctica muy generalizada en muchas parejas, que consiste en usar la relación sexual como premio o castigo. Cuando en una pareja, uno de los dos tiene una disfunción sexual esto puede contribuir mucho a una problemática en la relación y a que se afecte más el área erótico-sexual.

El rechazo al compañero también es un conflicto que puede provocar disfunciones. Tal es el caso en el que él o la compañera no son lo suficientemente atractivos para ser un estímulo sexual afectivo. Existen diversas situaciones cotidianas y de evolución de la pareja que son fuente de problemática y causales de disfunciones sexuales.

CAPITULO VII

SEXUALIDAD EN DISCAPACITADOS FISICOS:

Debido a su situación limitante, los discapacitados físicos deben reprimir muchas de sus necesidades psicobiológicas como es la satisfacción sexual; la que los frustra y los vuelve más dependientes aun provocandoles la búsqueda constante de afecto, aprecio, seguridad y apoyo en los demás.

Dentro de las muchas clasificaciones de pacientes discapacitados físicos tenemos a los pacientes con lesión medular y a nivel del Sistema Nervioso Central y otros, que debido a éstas presentan afecciones de las extremidades, imposibilitandoles el movimiento de músculos de piernas y brazos. Sin embargo es importante señalar que conservando una actitud mental postiva se podrá promover el desarrollo integral del mismo y prepararlo para enfrentarse a una sociedad poco preparada para aceptarlo.

Los discapacitados por sus mismas condiciones de recursos económicos bajos y disminución de relaciones afectivas con sus familiares o amigos, se encuentran más susceptibles de caer en la depresión, la cual no les permitirá una aceptación de su problemática y

consiguientemente adaptación en los diferentes campos de su vida. Por lo tanto una búsqueda adecuada de satisfacción sexual, los pondrá en el camino de una mejor readaptación.

Al no poder satisfacer sus impulsos sexuales normalmente, buscan canalizar sus deseos a través de la adecuación de otros mecanismos. Existe diversa actitudes para manifestar insatisfacción, podemos mencionar:

La Impotencia

Temores

Indignación

Aceptación

Resignación.

Esta clase de pacientes reprime y sublima tendencias sexuales y las vierte en actividades físicas e intelectuales, pero siempre persisten en sus relaciones afectivas las vivencias anteriores de su accidente o enfermedad. La calidad de vivencias que experimentan, tienen fondos afectivos y les impulsan a responder repitiendo o modificando su actividad sexual de acuerdo con la connotación que la experiencia ha tenido para ellos, lo que repercute en su estado de ánimo.

FUNCION NEURONAL Y ETAPAS DEL CICLO SEXUAL:

"La estimulación de las fibras somáticas aferentes de los genitales externos transmiten la sensación sexual, la cual sigue con los nervios pudendos hacia el plexo sacro y luego a la porción sacra de la médula, ascendiendo por esta hacia zonas definidas del cerebro. Los impulsos parasimpáticos que siguen por los nervios pélvicos, desde la porción sacra de la médula al pene originan distensión del tejido cavernoso, fenómeno vascular y vegetativo que constituye la erección del pene. Específicamente la erección del miembro mencionado es dada por fibras anticolinérgicas, si se continúa e intensifica el estímulo sexual, los centro reflejos de la médula espinal, empiezan a mandar impulsos simpáticos rítmicos que abandonan la médula pasan a los órganos genitales siguiendo el plexo hipogástrico del cuerpo masculino. Este comienza con contracciones peristálticas en testículos, epidídimo y conducto deferente. Simultáneamente se producen contracciones en las vesículas seminales y próstata para expeler el líquido seminal y prostático, junto con los espermatozoides y moco glandular. Los impulsos nerviosos rítmicos son mandados desde la médula siguiendo por los nervios pudendos a los músculos estriados que rodea la base del tejido erectil, causando aumento de presión, que expelen el semen desde la uretra al exterior.

La intervención del Sistema Nervioso es necesaria, ya que mientras el parasimpático produce la erección, el simpático produce la eyaculación".⁷

En cuatro fases se divide el ciclo de respuesta sexual humana:

a) Fase de EXCITACION: en el hombre se desarrolla a partir de estímulos somáticos o psíquicos, e incluye fenómenos como erección, tensión muscular voluntaria e involuntaria, aumento del ritmo cardíaco, presión arterial y elevación testicular.

b) Fase de MESETA: En esta hay una intensificación de la tensión y emisión mucoide, pre-eyaculación cuando la tensión llegue a su máximo se produce el orgasmo, en el cual hay una pérdida de control voluntario, contracciones musculares, hiperventilación, taquicardia, elevación de la presión arterial y contracciones expulsivas en orgasmos secundarios y uretra peneal.

c) Fase del ORGASMO: El orgasmo es la sensación causada por la contracción de los órganos sexuales, procediendo y coincidiendo con

⁷ Tesis: Contreras y Molina "La Relación Sexual y el uso del mecanismo de Sublimación en los pacientes Parapléjicos y hemipléjicos", Esc. de Ciencias Psicológicas, 1984 pp. 12.

la emisión y eyaculación. La obtención del mismo no consiste únicamente en llegar al punto más elevado en el movimiento ascendente de la tensión sexual, sino también en proporcionar un descanso, relajación de la satisfacción física y psíquica. La importancia de éste radica sobre todo en el sentimiento de satisfacción que es la base del deseo sexual humano.

d) Fase de RESOLUCION: Inmediatamente después de las anteriores viene ésta, en la cual hay pérdida de la erección, y retorno a las funciones sexuales normales antes de que pueda ocurrir otra excitación.

SATISFACCION SEXUAL:

"Posteriormente al accidente o enfermedad a la que la mayoría, sino a la totalidad de personas que han quedado con impedimentos físicos, se les ha hecho creer que la única forma de obtener satisfacción sexual, es el placer que resulta de satisfacer sexualmente a su pareja, los pacientes minusválidos crean y abrigan sentimientos incómodos con demasiada y gran preocupación, culpa infundada, innecesarios sentimientos de ineptitud y prolongada depresión, experimenta inconscientemente estas emociones nocivas y erigen defensas inconscientes contra ellas. Ciertamente es importante dar placer a la pareja y querer satisfacerla sexualmente, pero es igualmente importante recibir placer una buena relación sexual no es posible a menos que exista equilibrio de dar y recibir entre dos personas si este equilibrio no esta

presente son inevitables el rechazo y la culpa sentimientos que pueden tener un fondo trágico y por ende hacer infeliz a las personas minuválidas. Es un mito que el único medio de satisfacción sexual sea el coito ya que existen muchas y Variadas formas de dar y recibir placer sexual, la satisfacción es posible para todo el que lo desea, acorde a la forma de afrontar la situación".⁸

ORGANICO SOCIAL:

La demostración sexual de estos pacientes será determinada por factores físicos y normas morales sociales y legales de una cultura o comunidad específica, en la cuál con limitaciones por el problema que presentan, se les condiciona a forma de que lleguen a creer que el instinto sexual ha menguado o ha sufrido modificaciones, que les permiten el alivio a la tensión sexual, ya que los sentimientos afectivos pueden existir desprovistos de sentimientos sexuales. "Por consiguiente los pacientes parapléjicos son personas habituadas al dolor, conocedoras de la soledad y por ello en muchos, sino en la mayoría de los casos, receptáculos de emotividad y de una sensibilidad humana muy especial".⁹

⁸ Idem pp. 16.

⁹ Idem pp. 17.

Los múltiples condicionamientos sociales y psicológicos tenderán a que el individuo mismo se plantee como imposible una buena realización personal. Y el temor al rechazo por la persona del sexo opuesto, el miedo al fracaso cuando aborda una experiencia le hará huir de este contacto y buscará otras formas de satisfacción para mantener una relación armoniosa y lograr que la satisfacción mental compense la satisfacción física.

Los límites y las características normales de la inclinación del comportamiento sexual, no han sido establecidas de manera absoluta en las diferentes sociedades pero en cambio son de naturaleza tal que sirven para proporcionar o adecuar propósitos sociales y biológicos aprobados la actividad sexual de la persona afectada se dirige primeramente ya sea hacia una persona del sexo opuesto a hacia acciones de carácter sexual no asociados normalmente con el coito. Si el comportamiento sexual no es el adecuado en esta clase de pacientes, éstos buscarán otra clase de actos sexuales o bien mecanismos que subliman su instinto sexual.

Existen diversidad de formas de expresión sexual y ninguna de ellas es mejor o peor que otras, cualquier tipo de expresión sexual que resulte más agradable y satisfactoria se puede considerar normal, si las personas que en ella intervienen la aceptan.

ASPECTO PSICOLOGICO:

Este es el más importante, debido al traumatismo psíquico causado por un accidente o enfermedad productor de una incapacidad. La pérdida de la potencia sexual hace que el paciente la interprete como una disminución de virilidad que le impide relacionarse sexualmente. En su mayoría los pacientes prefieren estar preocupados y alterados grandemente por el hecho. El deseo sexual persiste en los minusválidos a pesar de que en algunas oportunidades carecen de las respuestas fisiológicas que corresponde a este deseo.

"La problemática que trae consigo impuesta la insatisfacción sexual en estos pacientes, varían de acuerdo al estado civil de los mismos y al grado de lesión sufrida, los pacientes solteros muchas veces tienen que renunciar a la posibilidad de casarse, los pacientes casados o unidos se ven obstaculizados por su incapacidad para mantener relaciones maritales y de hecho se derivan sentimientos de celos hacia el cónyuge, que hace en extremos difícil la convivencia, o bien provocan el abandono del hogar por parte del cónyuge y por consiguiente el abandono del paciente".¹⁰

¹⁰ Idem pp. 20.

A pesar de que las respuestas fisiológicas están presente en ellos, no aceptan su incapacidad física tal cual es, lo que hace que elabore sus propios sentimientos de incomodidad y traten de atenuarlo para que les resulte más llevadero despojándose de parte de la molestia.

Los síntomas que a menudo presentan las personas posterior al accidente o enfermedad, y que les hace tener cautela y rehuir del contacto sexual regularmente son:

Depresión

Ansiedad

Irritación o Irritabilidad

Apatía

Angustia

son las secuelas que frecuentemente quedan en el psiquismo de los pacientes.

Las personas aquejadas por una inferioridad (física) o defecto físico, así como el que tiene una inferioridad psicológica, organiza gran parte de su actividad psíquica, su ideal y su plan de vida en torno a ese núcleo de sus sentimientos que regularmente son inferiores y lo hacen considerarse fuera de su situación social.

PSICOLOGIA DEL MINUSVALIDO:

"Cualquier reflexión sobre la psicología de la invalidez comporta la tendencia de hacer del tema una entidad específica. Considerar al minusválido como "otro", como un caso especial, como una categoría diferente a los seres humanos. Sin embargo esta tendencia debe ser deshechada, en primer lugar porque no existe una frontera específica entre un ser humano minusválido y otro que no lo es la diferencia entre uno y el otro concepto son relativas y dependen en ocasiones de preconceptos sociales, además las formas que pueden revertir la invalidez son tan variadas que tampoco tiene sentido equiparar situaciones que dependerán entre muchos otros factores de sexo, edad vitalidad, constitucionalidad, carácter, medio familiar, social, etc., el minusvalido es un hombre o una mujer cuya superación hacia la plenitud de su desarrollo individual y social no difiere de la de cualquier ser humano considerado como normal".¹¹

LOS MINUSVALIDOS Y EL SEXO:

En la mayoría de los casos de impedimentos físicos motores, en los que suele quedar afectadas las extremidades, el minusvalido tiene

¹¹ Idem pp. 23.

una sexualidad fisiológica y psicológicamente normal. Aunque debe tenerse cuidado con los miles de problemas que podrían surgir por estas incapacidades, en el aspecto sexual. El niño limitado físicamente como cualquier otro, descubre sus órganos sexuales tempranamente y los explora mediante los toqueteos solitarios, se debe de respetar esa ley fundamental del conocimiento corporal. Cuando llega la adolescencia, la problemática del minusválido estallara en mil conflictos dolorosos, se unirá al lacerante campo de la sexualidad adulta y sus dificultades múltiples, condicionamientos sociales y psicológicos tenderán a que el minusválido mismo se plantee como imposible esta realización personal, el temor al rechazo por las personas del sexo opuesto, el miedo al fracaso cuando aborda una experiencia, lo hará rehuir al contacto con el sexo opuesto, o bién coformarse con el amor mercenario o carencia total de este.

ASPECTO BIOPSICOSOCIAL:

La combinación particular de factores biológicos, psicológicos y sociales tienen una gran influencia en la conducta emocional de los pacientes minusválidos. Los minusválidos son personas que no pueden llevar una vida normal y los hace considerarse como personas pertenecientes a un grupo diferente en la sociedad.

Las personas que por causas de accidentes o enfermedades han quedado con problemas de minusvalía directa o indirectamente pasan por cinco etapas que son:

AISLAMIENTO: Se aparta o rehuye a las relaciones interpersonales, especialmente con el sexo opuesto.

INDIGNACION: Por el problema físico no puede satisfacerse sexualmente (ni a su pareja), lo que trae consigo el afán regateo con el destino.

DEPRESION: los cambios bruscos e inesperados de vida hacen que caigan en un estado anímico de angustia y depresión.

PROCESO DE ADAPTACION: Posteriormente de las cuatro etapas anteriores, terminará aceptando su realidad, tratando de comprender que la satisfacción sexual no es todo, para mantener una relación adecuada con la familia.

CAPITULO VIII

REHABILITACION DE LOS PROBLEMAS DE SEXUALIDAD EN LA INCAPACIDAD FISICA:

"Si se reflejan las imagenes que pueden surgir en la mente cuando se pronuncia la palabra "sexo" muchas personas pensarían en hechos placenteros tales como hacer el amor, diversión, calidez y placer, en terminos activos y pasivos. Por otra parte si se consideran las imagenes evocadas por la palabra "incapacidad", nos es sorprendente que muchas personas piensen en conceptos tales como: solo, desagradable, incapaz y doloroso. Cuando se yuxtaponen estas dos series de conceptos se puede producir un reconocimiento significativo. La reacción emocional a los conceptos de sexo e incapacidad pueden incluir pensamientos tales como, imposibilidad, frustración, retroceso, desinterés o vulnerabilidad. Es claro que se necesitará un esfuerzo consiente tanto de los profesionales como de las personas incapacitadas para alterar las actitudes que conducen a dichos pensamientos".¹²

¹² Krusen, "Medicina Física y Rehabilitación", Editorial Médica Panamericana, Junin 831, buenos Aires, 3era. Edición 1988 pp. 956.

Por lo general se informa sobre la fisiopatología de las funciones genito-uritarias y de reproducción, referente a la con sexual contemporanea. La información que sí poseen pueden colorearse con las preferencias personales, a versiones y tabúes que pueden alentar la ignoracia, falta de sencillez y la ansiedad que derivan de la mala información.

Este y su familia también pueden estar mal informados o incomodos con respecto a la sexualidad impidiendo así que se obtenga una historia sexual eficaz. La presencia de una incapacidad física no suprime los años de socialización que dificulta que el paciente y su familia discutan la sexualidad; la misma incomodidad o ansiedad pueden conducir a una disfunción sexual y aún conflicto marital y esto puede traspasarse a los niños. No obstante la falta de un paciente de tratar el tema sexual no implica desinterés; significa que el paciente esta ansioso o temeroso con respecto a las implicaciones sexuales de la incapacidad física.

"Una incapacidad física es un estado de deficiencia que por lo general puede describir el médico. Un impedimento es un resultado colectivo de todas las obstrucciones que una incapacidad coloca entre el individuo y el potencial de funcionamiento optimo. Es más exácto referirse a un individuo con una incapacidad más que la persona incapacitada puesto que el término "incapacitado" subordina todas las

áreas del funcionamiento al respecto incapacitante. Estas no son distinciones irrelevantes. El grado en que incapacidad física sea impeditiva es relativo a cada situación y cada rol social. No todas las personas perciben la misma incapacidad como especialmente impeditiva, en particular con respecto a la sexualidad. Una afección física que no es necesariamente incapacitante o impeditiva puede convertirse en tal debido al estigma social. Roberts y Roberts concluyen que un atributo físico se convierte en incapacidad solo cuando se observa como un obstáculo significativo para el logro de una meta determinada y que puede convertirse en impeditivo no porque impone limitaciones reales sino porque interfiere en las relaciones sociales o porque conflictua la escala de valores del individuo".¹³

13 *Idem.* pp. 958.

FUNDAMENTOS DE LA SALUD SEXUAL:

Quando se acepta una definición amplia de la sexualidad humana se puede observar y comprender mejor la sexualidad de las personas con afecciones incapacitantes. Se puede entender entonces, cuando y de qué modo la persona incapacitada puede expresar su sexualidad al igual que para cualquier otro aspecto del cuidado de la salud, el profesional debe tener experiencia en como iniciar las cuestiones y las intervenciones relativas a la sexualidad. La sexualidad es una cuestión de salud. La rehabilitación, talvés más que cualquier otra especialidad médica, se refiere al paciente. La sexualidad es parte de un todo y es una función natural sin embargo, diversas cosas pueden impedir la naturalidad, incluyendo experiencias previas a afecciones físicas.

La salud sexual es diferente para las diversas personas. Para algunos individuos la salud sexual incluye también una estimación de la competencia física.

Desafortunadamente nuestra cultura no le proporciona a las personas incapacitadas físicas el material educacional sobre sexo que se necesita para permitirles que aprendan sobre sí mismos y el mundo que los rodea, es así como muchos individuos aprenden poco sobre si y poseen poca información, si no errónea, respecto de sus capacidades físicas y sexuales.

TECNICA DE MUESTREO:

Se seleccionó una muestra intencional o de juicio conformada por 80 pacientes del sexo masculino que oscilan entre los 25 y 55 años, dentro de una población de tipo flotante, dicha muestra fue seleccionada mediante la revisión de Expedientes Médicos y el requisito principal consistió en que todos los pacientes presentarán PARAPLEJIA y pertenecieran al Departamento de Consulta Externa del Programa de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS. Como características adicionales, contemplamos que el problema psicosexual presentado no tuviera su origen en una lesión orgánica o del aparato reproductor, no tomando en cuenta RAZA, COLOR, NIVEL SOCIO-ECONOMICO, ESCOLARIDAD, ESTADO CIVIL, etc.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

Revisión de Expedientes Médicos:

Se procedió a la revisión del Libro de Diagnóstico del Departamento de Consulta Externa, para identificar pacientes con PARAPLEJIA, posteriormente se revisaron los expedientes médicos, para determinar si debían incluirse o rechazarse del estudio, hasta completar una muestra de 80 pacientes, como parte del procedimiento de selección arriba antes mencionado.

ENTREVISTAS:

"Parte del examen clínico que consiste en una conversación con el sujeto, permitiendo precisar los antecedentes y la evolución de la situación o de la enfermedad".¹⁴

Se aplicó una entrevista verbal para identificar el tipo de problema Psicosexual presentado por el paciente tratando de evitar la tergiversación de las preguntas planteadas, al mismo tiempo se fue descubriendo la problemática a nivel inter-personal que presenta. Constatándose así uno de los aspectos más relevantes de la hipótesis planteada, el cual podemos verificar en el cuadro de variables en estudio. (ver página No. 48).

¹⁴ Merani Alberto L. "Diccionario de Psicología", Editorial Grijalbo, S. A. MEXICO, D. F. 1979 pp. 51.

TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

TECNICA ESTADISTICA:

En la presente investigación se hizo uso de la descripción y comparación de sub-grupos o variables. El análisis estuvo enfocado al cálculo de estadísticas debido al enfoque de la hipótesis que es de tipo Uniformidad Empírica, en otras palabras esta enfocada al recuento de características o frecuencias de las variables en estudio.

Tales cálculos se hicieron en función de los objetivos planteados en este trabajo. La interpretación consistió en evaluar los resultados obtenidos por el análisis frente a los objetivos específicos. Caen dentro de la interpretación las explicaciones de los resultados del marco Teórico como también la derivación de posibles consecuencias de nuevas hipótesis de factores intervinientes, modificaciones de la teoría etc. Como se mencionó anteriormente, que se utilizó la comparación de sub-grupos (variables), dentro del colectivo en donde la tarea principal del análisis descriptivo, en este caso consistió en comparar la distribución de una o más variables que se estimaron importantes. De acuerdo a su frecuencia. Después se procedió a tabular las respuestas de los ítems de la entrevista uno a uno separándolas para determinar el porcentaje que presentaban. Los resultados se visualizan por medio de cuadros, los que se analizaron cualitativamente cuantitativamente.

**VARIABLES EN ESTUDIO EN EL PRESENTE
TRABAJO DE INVESTIGACION**

| VARIABLES | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | INDICADOR |
|--------------------------|---|------------------|--|
| PROBLEMAS PSICO-SEXUALES | DESORDEN EMOCIONAL QUE CONLLEVA A LA DEFICIENCIA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL | CUALIFICABLE | IMPOTENCIA EYACULACION PRECOZ MARTURBACION |
| VIDA SEXUAL | RELACIONES SEXO-GENTIALES | CUALIFICABLE | ACTIVA O INACTIVA |

CUADRO No. 1

PROBLEMAS PSICOSEXUALES REFERIDOS POR LOS 80 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PARAPLEJIA ENTREVISTADOS EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS- (ENERO - MAYO 1993)

| PROBLEMA PSICOSEXUAL | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|
| IMPOTENCIA* | 100% |
| EYACULACION PRECOZ | 70% |
| MASTURBACION** | 55% |
| OTROS*** | 58% |

* Impotencia, Parcial y total (Kolb), encontrándose en la total únicamente el 34% de los casos.

** Masturbación (frecuentemente) sustituta al acto sexual (rasgo neurótico).

*** Otros, en esta casilla se incluye la desviación sexual del fetichismo con un 21% y Eyaculación Retardada con un 37%

CUADRO No. 2

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PARAPLEJIA QUE HAN SOLICITADO ORIENTACION SOBRE SU SITUACION PSICO-SEXUAL ASISTENTES AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL *IGSS*

(ENERO-MAYO 1993)

| ORIENTACION | No. | PORCENTAJE |
|--|-----------|-------------|
| Han consultado al Departamento de Psicología de la institución | 6 | 8% |
| Han consultado profesionales particulares | 10 | 13% |
| No han consultado | 64 | 80% |
| TOTAL | 80 | 100% |

- * Impotencia, Parcial y total (Kolb), encontrándose en la total únicamente el 34% de los casos.
- ** Marturbación (frecuentemente) sustituta al acto sexual (rasgo neurótico).
- *** Otros, en esta casilla se incluye la desviación sexual del fetichismo con un 21% y Eyaculación Retardada con un 37%

ANALISIS Y RESULTADOS:

La mayoría de pacientes (77%) mantiene una vida sexual activa independientemente del problema psicosexual que presenta, sin que tenga- esto relación con una satisfacción personal o de su pareja, tomándolo como una interrelación con personas del sexo opuesto. Un mínimo porcentaje de la población (23%) no mantiene una vida sexual activa. Durante la entrevista con los pacientes se detectó que la mayor parte contemplo la posibilidad de presentar problemas psicosexuales, lo que puede significar una predisposición emocional a tenerlos posteriormente, (complejo). En el estudio verificamos que el problema más frecuente evidenciado en este tipo de pacientes es la impotencia en algunos de sus tipos parcial o total, seguida por la eyaculación precoz y la masturbación, considerando que estos puedan existir en un porcentaje mayor que el descubierto y que no hayan sido referidos por desconfianza o tabúes. Encontramos también el problema de eyaculación retardada y la desviación sexual del fetichismo que no había sido considerada en el estudio, no descartando por completo la posibilidad de que existan otras desviaciones (como Voyeurismo, etc.). (Ver Cuadro No. 1).

También pudimos observar que los servicios de orientación psicológica del Departamento son utilizados por la minoría de los afectados. La mayoría no solicita orientación debido a que el tema es

evadido, lo que conlleva a una desconfianza personal, y un pequeño grupo solicita ayuda a personas y/o profesionales particulares. (Ver Cuadro No. 2)

CONCLUSIONES

- 1) Los problemas psicosexuales más frecuentes en pacientes parapléjicos son: Impotencia Eyaculación Precoz y Masturbación, lo que confirma la hipótesis planteada en un 71%.
- 2) El 29% de la muestra restante, fue adverso debido a mecanismos de defensa, tabúes, o desconfianza de los pacientes.
- 3) La calidad de vida del paciente se ve afectada por los problemas antes mencionados, causando conflictos de autoimagen y en consecuencia en su relación con la pareja y el medio social en donde se desenvuelven.
- 4) La mayoría de pacientes no recibe una orientación adecuada respecto a los problemas psicosexuales que atraviesan, debido a una inadecuada comunicación entre paciente-terapeuta, desconfianza y un mal abordaje respecto al tema.

RECOMENDACIONES

- 1) Implementar en el Departamento de Práctica Docente un programa de orientación psicosexual, que pueda proyectarse a las instituciones públicas y/o asociadas con la Escuela de Ciencias Psicológicas.
- 2) Que se profundice sobre las necesidades Físicas-Emocionales, de este tipo de pacientes, para brindarles una orientación integral.
- 3) Crear cartas de entendimiento entre la Escuela de Ciencias Psicológicas y las instituciones que trabajan con Pacientes Discapacitados para coadyuvar en su atención.
- 4) Crear proyectos dentro del programa de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que incluya orientación Psicosexual, terapia de pareja-individual técnicas y mecanismos de satisfacción sexual, para formar lazos de interacción entre los profesionales y los pacientes con respecto al tema.
- 5) Que la institución solicite al Departamento de Práctica Docente de la Escuela de Ciencias Psicológicas, programas de apoyo a la atención que ellos brindan.

- 6) Crear programas de orientación a Parejas, EJECUTADOS por los pacientes de consulta externa, como "INTERCAMBIO DE EXPERENCIAS", respecto a lo que será su nueva vida sexual.
- 7) Que los profesionales que orientan a los pacientes con respecto al tema les brinden el tiempo necesario y sean lo suficientemente amplios en sus explicaciones, cuando estos los aborden, brindándoles un ambiente de seguridad.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J.
"Manual de Psiquiatría Infantil"
Cuarta Edición, Barcelona México 1983
- Alvarez Gayon, J. L.
"Sexoterapia Integral"
Editorial Manual Moderno S. A. México
D.F. 1988
- Contreras, H., Benigno y Molina García J.C.
"La relación Sexual y el uso del mecanismo de Sublimación en
los Pacientes Parpléjicos y Hemipléjicos"
Escuela de Ciencias Psicológicas USAC 1984
- Giraldo Neira, Octavio
"Explorando las Sexualidades Humanas"
Editorial Trillas México, 1989.
- Gotwaid, William H., y Holts Golden Gales
"Sexualidad"
Editorial el Manual Moderno, S. A. de C. V. México D. f. 1990.
- Hofling, Charles K.
"Tratado de Psiquiatría"
Editorial Inter-Americana, S. A.
Primera Edición 1967
- Krusen
"Medicina Física y Rehabilitación"
Editorial Médica Panamericana, junín
831, Buenos Aires, Tercera Edición, 1988
- Lawrence C. Kolb
"Psiquiatría Clínica Moderna"
Ediciones Científicas de la Prensa Médica
Méxicana S. A., 1985

- Skiner G. J.
"Desarrollando Sexualidad"
Editorial Trillas, México
1987.

- Solomon Philip y Vernan Patch
"Manual de Psiquiatría"
Editorial el Manual Moderno S. A.
México, D. F. 1967

- Vianey Alonzo, Dora y otros
"La Influencia del Ambiente Psicoterapéutico en la Frustración
del Paciente Parapléjico del Centro de Recuperación No. 1"
Escuela de Ciencias Psicológicas USAC
1980.

A N E X O S

REVISION DE EXPEDIENTES

DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Edad: _____ No. de Reg. _____

Estado Civil: _____

DIAGNOSTICO: _____

— A consultado al Psicólogo?

Si o No.

— Problema por lo que lo ha consultado: _____

— Tipo de TRATAMIENTO que ha recibido: _____

— OBSERVACIONES: _____

ENTREVISTA

Centro Asistencial: _____

Nombre: _____

Edad: _____

- | | | |
|----|---|---------|
| 01 | Recuerda usted con frecuencia su accidente? | Si o No |
| 02 | Posteriormente tiene usted sueños sobre el mismo accidente? | Si o No |
| 03 | Cree usted que su familia lo trata igual, aora, que antes del accidente? | Si o No |
| 04 | Recibe visitas de sus amigos con la misma frecuencia, y cree que lo tratan igual que antes? | Si o No |
| 05 | Trata usted igual a su familia, ahora, que antes? | Si o No |
| 06 | Contempló usted que después del accidente presentaría algún problema sexual? | Si o No |
| 07 | Siente la misma atracción que antes por las mujeres? | Si o No |
| 08 | Su vida sexual es activa? | Si o No |
| 09 | Realiza el acto sexual con la misma frecuencia ahora que antes? | Si o No |
| 10 | Siente usted el mismo placer al realizar el acto sexual, ahora, que antes? | Si o No |

- 11 **Satisface usted ahora sexualmente igual a su pareja?** Si o No
- 12 **Tiene problemas para lograr la erección?** Si o No
- 13 **Consigue eyacular con menos tiempo que antes?** Si o No
- 14 **Tiene alguna dificultad para alcanzar el orgasmo?** Si o No
- 15 **La masturbación es un aspecto normal, lo hace usted con más frecuencia que antes?** Si o No
- 16 **Presenta impotencia sexual?** Si o No
- 17 **Si cree tener problemas durante el Acto Sexual, lo ha consultado a su médico u otro profesional?** Si o no
- 18 **Le ha brindado el departamento de Psicología alguna ayuda respecto a este problema?** Si o No
- 19 **Los resultados obtenidos le han ayudado?** Si o No
- 20 **Si no ha recibido ninguna Orientación o ayuda, cree usted que es importante y deberfan proporcionarsela?** Si o No

INDICE

| | Página |
|--|--------|
| Introducción | 1 |
| Planteamiento del Problema | 3 |
| Justificación | 5 |
| Objetivos | 7 |
| Hipótesis | 9 |
| CAPITULO I | |
| Teorías de la Formación Psicosexual | 11 |
| CAPITULO II | |
| Evolución de la Sexualidad | 15 |
| CAPITULO III | |
| Conducta Sexual | 17 |
| CAPITULO IV | |
| Conducta Sexual Normal y Anormal | 19 |
| CAPITULO V | |
| Conducta Instintiva y Conducta Aprendida | 23 |
| CAPITULO VI | |
| Etiología por Problemas en la pareja | 25 |
| CAPITULO VII | |
| Sexualidad en Discapacitados Físicos | 29 |
| CAPITULO VIII | |
| Rehabilitación de los Problemas de Sexualidad en la Incapacidad Física | 41 |

INDICE

| | Página |
|--|--------|
| Técnica de Muestreo | 45 |
| Técnica de Análisis Estadístico de Datos | 47 |
| Análisis y Resultados | 51 |
| Conclusiones | 53 |
| Recomendaciones | 55 |
| Bibliografía | 57 |
| Anexos | 59 |

