

Sexualidad y traumatismo

M.aJ. Espinaco Garrido. *Profesora de la Unidad Docente de Matronas. Virgen del Rocio. Sevilla*

M. Tendero ArnaL *Profesora Asociada. Area de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

J. Roman Oliver. *Profesor de la Unidad Docente de Matronas. Virgen del Rocio. Sevilla*

E. Ramos Rebollo. *Profesora de la E. U. de Enfermería. Virgen del Rocio. Sevilla*

E J. EspinaCO Garrido. *Profesor de la E. U. de Enfermería. Virgen del Rocio. Sevilla*

A. Cuadrado. *Profesora de la E. U. de Enfermería. Virgen del Rocio. Sevilla*

RESUMEN

Este trabajo de investigación se ha realizado en la Unidad de Fisioterapia del Hospital Universitario Virgen del Rocio de Sevilla. Se pretende conocer la vivencia sexual tras un traumatismo físico, determinar las modificaciones acontecidas en la sexualidad del paciente y averiguar las estrategias para adaptarse a estos cambios.

Para ello hemos elegido un estudio de casos, y como técnica de investigación, la entrevista, escogiendo cuatro pacientes (dos hombres y dos mujeres), de los que hemos obtenido unos resultados que se han agrupado, para una mejor comprensión y análisis, en varios apartados temáticos. Tras el análisis de los resultados llegamos a las siguientes conclusiones: 1) Hablar de la sexualidad es evitado tanto por los enfermos como por los profesionales. 2) Vemos la necesidad de instruir a estos profesionales en el abordaje de la sexualidad. 3) Convertir este trabajo y otros en instrumentos capaces de despertar interés en estos temas y alentar la realización de más investigaciones.

Palabras clave: Traumatismo, sexualidad, adaptación, conducta sexual.

ABSTRACT

This work of investigation is realice at the Physical Therapy Unity of the University Hospital «Virgen del Rocfo» of Seville, we try to know, the sexual experience after a physicist traumatism, to distinguis the modification that happenin the sexuality and inquire the strategys to adapt to these ex-changes.

For this we have chosen a study of cases, as technique investigation. Choosing four patients (two men and two women) from wich we have had the results, that have been grouped for a better compression and analysis at different thematic ways. After this analysis we have had the next conclusions: 1) To speak of sexuality is to avoids well by patients as by professionals. 2) We need to train these professionals at the approaching of sexuality. 3) To make this work and others as instruments able to refife the interest of these subjects and to encourage the realization of more investigations

Key words: Traumatism, sexuality, adaptation, sexual behaviour.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es el resultado de un curso de investigación cualitativa realizado dentro de las actividades que la Unidad de Formación Continuada del Hospital Universitario Virgen del Rotio viene realizando.

La elección del tema fue debido a dos motivos:

1. Se propuso desde un principio porque uno de los investigadores se encontraba afectado directamente por un accidente, estando en periodo de recuperación física y viviendo el cambio que se produce en su sexualidad.

2. Es un tema que se puede abordar de forma multidisciplinar, ya que el grupo está compuesto por matrona-sexóloga, fisioterapeutas y diplomados en enfermería.

El trabajo se ha desarrollado en la Unidad de Fisioterapia, perteneciente al Hospital Universitario Virgen del Rotio, entre un grupo de pacientes seleccionados que se encuentran en periodo de recuperación física y que acude a este centro diariamente de forma ambulatoria.

Nos proponemos alcanzar los siguientes objetivos:

- a) Conocer la vivencia sexual en las personas que han sufrido un traumatismo físico.
- b) Determinar las modificaciones habidas en la sexualidad.
- c) Averiguar las estrategias utilizadas para adaptarse a los cambios.

Nos preocupa de qué forma y en qué dimensión podría afectar a la sexualidad del individuo, en este tipo de pacientes, la limitación física que padecen.

Este trabajo se aborda desde el paradigma holístico, que considera a todos los organis-

mos vivos como un todo en interacción. «La persona es un todo indivisible, mayor que la suma de sus partes y diferentes de ésta en relación mutua y simultánea con el entorno, en continuo cambio».

Se elige estudiar las actitudes y comportamientos sexuales de las personas que han sufrido o sufren una discapacidad funcional a consecuencia de un accidente, considerando las limitaciones que el dolor y la inmovilidad producen, y que pueden afectar, a su vez, la satisfacción sexual del paciente al imponerse una alteración en el modo de realizar la actividad sexual.

Las conclusiones resaltan que todavía hoy, en nuestra sociedad, el tema de la sexualidad frecuentemente se evita. Consideramos que esto es debido, además de a otros condicionamientos socioculturales, a su complejidad, a la falta de información y al entrenamiento de los profesionales de la salud.

JUSTIFICACIÓN

La sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicológicos, conductuales, clínicos, morales y culturales. Ninguna dimensión de la sexualidad tomada aisladamente tiene carácter concluyente y universal.

A lo largo de la historia hemos visto cómo han variado el grado y las prácticas sexuales según la época. Durante más de dos mil años, la religión ha desempeñado un papel importante sobre el sexo. No es hasta el siglo pasado cuando presenciamos la formación de la ciencia de la sexología humana con las aportaciones de H. Ellis y S. Freud, hasta llegar a las investigaciones de A. Kinsey y a los trabajos de Masters y Johnson, que han repercutido de manera importante en los criterios que sobre la sexualidad se tienen actualmente.

La sexualidad, como dimensión inherente de la naturaleza humana, ha acompañado al hombre en su evolución, de manera que cada época sociohistórica ha tenido sus propias normativas en materia de comportamientos y actitudes sexuales. En el mundo occidental podemos señalar varios acontecimientos que han condicionado el presente: la fuerte influencia de la religión y la moral religiosa en los comportamientos sexuales y la época victoriana, tan influyente en nuestro medio hasta hace relativamente poco tiempo, con un discurso sexual descaradamente sexista e injusto, que termina desfigurando el comportamiento sexual femenino y postergándolo a poco más que a la reproducción. Desarrollando lógicamente la prostitución femenina y la lectura de libros y publicaciones pornográficas (teniendo en cuenta además que las clases menos favorecidas no llegaron a participar plenamente de estas directrices morales), la década de los 60 es posible considerarla a *posteriori* como la del inicio de la revolución sexual, cristalizada por varios factores: la facilidad para conseguir píldoras anticonceptivas, el movimiento juvenil de protesta, el renovado auge del feminismo y una actitud más franca. Todos ellos inmersos en el desarrollo o evolución de las sociedades industrializadas donde han ocurrido, ya que obviamente no podemos hablar de esta clase de diátesis en otros países y en otras culturas, como recientemente se ha manifestado en la conferencia de Pequín sobre la mujer, la contracepción y sexualidad.

El concepto de sexualidad se toma erróneamente como equivalente de genitalidad, limitando el todo a una sola parte y haciendo hincapié en la coitalidad y, por consiguiente, en la reproducción y heterosexualidad. La sexualidad es un impulso vital, esencial para el desarrollo y ajuste de la personalidad y un

importante medio de comunicación personal e interpersonal, que nace y muere con la persona, que es modelado por el proceso de socialización de una cultura, con lo que pierde ese carácter natural y pasa a ser cultural, que se va adaptando a lo que la sociedad o cultura concreta determina. Puede estimularla, negarla, reprimirla, cambiarla, etc. No podemos olvidar que la tecnología ha logrado recientemente separar reproducción y sexualidad, con las consecuencias que ello acarrea. Nos podemos reproducir físicamente sin necesidad de acto sexual alguno.

La sexualidad no es equiparable ni a genitalidad ni a reproducción, pues ambos se complementan entre sí, además de con el instinto o impulso sexual, la comunicación, los sentimientos, la comprensión, la ternura, el cariño y los contactos corporales extragenitales; es decir, todo ello referido al placer sexual. Su buena práctica valoriza al individuo y aumenta su autoestima, lo que se hace más evidente cuando por alguna causa basta se altera.

Nacemos sexuados y nos hacemos sexuales por el aprendizaje corporal, psicológico, intelectual y social a lo largo de toda la vida. La educación sexual de nuestra sociedad tiende a marcar a los sexos a través de una serie de exigencias, rendimientos y responsabilidades que determinan el desarrollo de lo «masculino» y lo «femenino», inhibiendo unos aspectos y exaltando otros, que terminan conformando la construcción social y sexual del cuerpo.

Cada individuo percibe su propia sexualidad de una forma íntima y personal. Esta percepción tiene un carácter egocéntrico y esta movida por un afán de dominar el propio cuerpo y el de los demás.

La esfera sexual puede verse alterada por una multitud de factores cuyas causas originan:

a) La dimensión orgánica, como son, por ejemplo, los problemas de tipo neurológico (a consecuencia de una lesión medular que provoca una disfunción sexual), endocrino, como es el caso de la diabetes, o los de carácter circulatorio, como son los que sufren los afectados de procesos cardíacos.

b) La dimensión psicológica, donde se podrían incluir todas aquellas situaciones de disfunción sexual provocadas por una situación de estrés, depresión, fatiga, etc.

Las enfermedades influyen sobre la conducta sexual de las personas de una forma generalizada, puesto que la debilidad y el dolor hacen perder el interés por todo lo relacionado con la libido.

Según Kaplan, «cuando un paciente se halla intensamente deprimido, el sexo es lo último que le viene a la mente. Incluso algunos pacientes moderadamente deprimidos pierden todo interés por la sexualidad y se hacen inasequibles a la seducción y a la excitación erótica».

La libido puede verse afectada por numerosas afecciones metabólicas o químicas, pero sobre todo por cualquier situación que ocasione un cuadro clínico doloroso y que genere un importante estrés. Estos pueden dar lugar a una alteración de los niveles de testosterona en sangre al influir en el mecanismo hipotalámico-hipofisario, disminuyendo la secreción de las hormonas hipofisarias FSH (hormona foliculoestimulante) y LH (hormona luteínica), dificultando así la estimulación de las gónadas para segregar hormonas sexuales, dando lugar, como efecto indirecto del proceso patológico, a una alteración en la salud sexual, dificultando así la satisfacción de otras necesidades básicas del ser humano, necesarias para su salud general, y alterando su bienestar físico y mental.

La salud sexual, según la define la OMS, supone la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

El tema de las necesidades básicas ha sido examinado exhaustivamente por los estudiosos de las ciencias sociales para descubrir las motivaciones primarias que fundamentan la conducta humana y por estudiosos del campo de la salud para tratar de descubrir los factores que causan problemas de sanidad.

Si aceptamos que la buena salud es la capacidad de funcionar al más alto nivel desde el punto de vista físico, mental y social, cabe considerar que las necesidades básicas comunes a toda la especie humana deben satisfacerse para que el individuo logre su nivel óptimo de bienestar biológico, psicológico y social.

La práctica generalidad del trabajo enfermero se centra en atender las necesidades alteradas que los pacientes presentan en relación con su proceso patológico. La atención tiende a priorizar aquellas necesidades básicas como son las de oxigenación, alimentación, eliminación, etc., y deja en un segundo plano todas las que no suponen un peligro inminente para la vida de los pacientes.

Aunque es cierto que cuando la vida de un individuo está amenazada por una crisis aguda o una enfermedad grave, la actividad sexual no es primordial para ellos, no es menos cierto que cuando la situación crítica ha remitido pero la enfermedad se prolonga, seguimos atendiendo las mismas necesidades básicas de supervivencia, obviando la necesidad sexual como si ésta fuera un campo ajeno a nuestra disciplina. Consideramos que esto es debido a los condicionamientos socioculturales propios, tanto del paciente como de la enfermera, que se ven afectados por el tabú que suponen los temas sexuales

en nuestra sociedad, principalmente cuando se hace desde una perspectiva personal. Actualmente resulta fácil hablar de sexo, pero no de nuestra sexualidad.

La mayor parte de las investigaciones realizadas sobre este tema se han basado en la aplicación de cuestionarios anónimos a amplias muestras de sujetos (Kinsey, Master y Johnson, Hite, etc.), seleccionados de forma más o menos aleatoria y con el consiguiente sesgo que ello supone (elección de los informantes, rechazo a contestar, problemas de acceso a los sujetos...), por lo que vemos más conveniente realizar algún tipo de estudio de carácter cualitativo, con el objeto de comprender adecuadamente estos fenómenos y evitar caer en un reduccionismo fácil.

Queremos abordar este trabajo desde la perspectiva del paradigma holístico. La teoría holística considera a todos los organismos vivos como un todo en interacción, donde el todo es más que la simple suma de las partes.

Cuando el concepto de holismo es aplicado a los humanos, más concretamente al cuidado de éstos, desde la disciplina enfermera hemos de resaltar el hecho de que «las enfermeras tienen que mantener la autoidentidad de toda la persona en mente y tienen que esforzarse en comprender, a la vez, la relación entre la parte del individuo que les concierne y la totalidad de las interrelaciones del individuo, y la relación del todo con sus partes».

METODOLOGÍA

Para realizar esta investigación se ha elegido el «estudio de casos» por considerar que este método es el que mejor se adapta al logro de los objetivos planteados.

El estudio de casos es uno de los modelos de investigación utilizado en las ciencias sociales y ha sido tradicionalmente el enfoque

más empleado en la investigación clínica. Su diseño es particularmente apropiado para el estudio de situaciones que requieren un notable grado de intensidad y, normalmente, un reducido período de investigación. Afronta el estudio de la realidad mediante un análisis detallado de sus elementos y de la interacción que se produce entre ellos y su contexto para llegar, mediante un proceso de síntesis, a la búsqueda del significado y de la toma de decisión que se requiere en la situación estudiada.

Puede ser definido genéricamente como «una narración que proporciona información contextualizada sobre un determinado sujeto, realidad, acontecimiento o hecho que tiene como finalidad implicar a un sujeto y/o grupo en el estudio del asunto presentado, de manera que se llegue a la elaboración de una descripción diagnóstica de la situación, a la identificación de los problemas y a la propuesta de decisiones, de métodos para implementarias, de estrategias y recursos para la solución de los problemas y de sistemas de evaluación para controlar los resultados».

Como técnica de investigación se ha utilizado la entrevista, que es definida como una técnica dentro de la metodología cualitativa, que se utiliza para obtener la información verbal de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario o guión. Esta técnica, por su consideración reflexiva y dialéctica, permite un mayor acercamiento al mundo significativo del informante.

Las personas a investigar han sido seleccionadas siguiendo los criterios de edad (entre 25-60 años), sexo (representación de ambos sexos en números iguales) y que estuvieran recibiendo tratamientos de Fisioterapia durante la investigación. Se han elegido a cuatro pacientes, dos hombres y dos mujeres, cuyas edades son: de 52 y 34 años los varones, y de 36 y 31 años las mujeres.

Tienen en común el hecho de ser profesionales de la medicina, pero en ningún caso pueden ser considerados como muestra con criterio de representatividad. No se trataba tanto de la obtención de muchos datos que posteriormente pudieran ser generalizados, como de llegar a comprender las lógicas que nos hicieran entender estos comportamientos.

Las entrevistas, previo acuerdo con los pacientes a los que se les había pedido su colaboración y explicado la finalidad de la misma, han sido realizadas por un miembro del equipo de investigación que, a su vez, es la fisioterapeuta encargada de su rehabilitación. Estas tuvieron lugar en un despacho, dentro del área de la sección de Fisioterapia, con la sola presencia del entrevistador y el entrevistado en un ambiente tranquilo y relajado. La duración de las mismas ha sido de alrededor de 30 minutos, y como material empleado se ha utilizado una grabadora para facilitar su posterior transcripción.

Las entrevistas se estructuraron ligeramente, aunque toda estructuración previa queda diluida en el transcurrir de la misma, y más aún cuando existen estas relaciones entre el entrevistador y el entrevistado.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Las entrevistas realizadas a los cuatro informantes ha estado mediatizada por el hecho de conocerlos previamente, por lo que en cierto sentido han podido limitar las respuestas, y es posible que bajo una mirada algo superficial puede resultar coloquial y poco reveladora, pero si profundizamos algo más, veremos que no es así. Desde luego, sin tener grandes pretensiones, simplemente se ha querido lograr información sobre sus vidas, y a través de estas entrevistas semiestructuradas extraer un pequeño análisis de

carácter cualitativo. Esto significa también que en el análisis hay argumentos utilizados de la transcripción literal de la misma y otros que no están en ella, pero que son el resultado de conversaciones previas mantenidas con ellos.

Hay que destacar la dificultad que supone el estudio de las actitudes y conductas sexuales, como consecuencia de lo difícil que es penetrar en los aspectos más íntimos de los seres humanos. Esta dificultad se traduce a nivel metodológico, ya que a veces las personas presentan cierta resistencia a las introspecciones de este tipo: cuando no evaden descaradamente las respuestas, simplemente lo catalogan todo de normal, sin apreciar diferencias, dan como respuesta el silencio, etc.

Para una mayor comprensión y análisis de los datos, se ha procedido a una ordenación coherente, lógica y manejable, obteniendo así una clasificación y categorización de las informaciones de los entrevistados, de forma que se han agrupado en seis bloques temáticos guiados por un criterio de responder sobre cómo viven la sexualidad las personas que han sufrido un traumatismo, que les ha ocasionado cierto grado de discapacidad y que están en un proceso de rehabilitación: sus actitudes, conductas sexuales, necesidades de información, comportamientos, etc., y son los siguientes: conducta sexual posttraumática, estado reactivo frente a la crisis posttraumática, la imagen corporal, el dolor como dificultad psicofísica, la relación con el entorno social, y las diferencias de género.

Conducta sexual posttraumática

Cuando una enfermedad o un traumatismo lesiona a una persona es posible que le provoque una discapacidad que ocasiona una crisis vital que abarca al sujeto y al me-

dio en el que se desenvuelve; esto incluye la dimensión sexual de la propia persona y la de los que le rodean.

La conducta sexual humana es el producto de factores ambientales y biológicos, por lo que la respuesta sexual se halla sometida a influjos procedentes de numerosas fuentes: recuerdos, experiencias, emociones, pensamientos y asociaciones, que pueden inhibir o favorecer los reflejos sexuales, que pueden quedar fácilmente bloqueados por múltiples influjos inhibitorios, como por ejemplo el temor o la incertidumbre: «... yo me notaba que el pico del hueso, que para mí, que se iba a abrir por ahí y ése era el problema psíquico, psiquiátrico todo el tiempo, y de preguntar si iba a pasar algo...».*

Los mecanismos a través de los cuales los estados emocionales intensos disminuyen la sexualidad no están muy definidos: «Yo creo que afecta cualquier cosa, y si uno tiene una pierna tesa, con más motivo; si tienes una preocupación, con más motivo; además, esta la cosa de hasta cuando vas a estar así». Estos estados conducen a veces a la depresión, al estrés y a la fatiga, y pueden llegar a dañar de una manera profunda la sexualidad, aparte de que ciertos estados de depresión y de tensión enmascarados se hallan envueltos con frecuencia en la etiología de las disfunciones sexuales.

Estado reactivo frente a la crisis postraumática

Cuando estamos inmersos en una crisis constante («Al principio nada, no me agobié mucho; cuando yo tuve más depresión fue a lo largo del tiempo, en el primer mes no, después ya me fui agobiando más»), nos

preocupamos sobre todo en superar los problemas; esto contribuye a una pérdida de la motivación sexual; posiblemente desencadenado por alteraciones hormonales y de los neurotransmisores, pues en el ser humano la relación entre las hormonas, los neurotransmisores y la respuesta sexual es muy compleja. Si bien una marcada deficiencia de testosterona o de catecolaminas suele reducir el interés sexual, hay casos en los que no se aprecia dicho efecto.

Muchos factores determinan la reacción del individuo y la adecuación psicósomática posterior: «Yo, la verdad, no me he afectado, porque en ese tiempo no he tenido tiempo casi ni para pensar». Entre ellos la capacidad intelectual, los antecedentes educacionales, el nivel social, la profesión, la situación laboral y la edad, así como la gravedad y la duración de la discapacidad: «Ha habido una cosa fundamental aquí, que la recuperación ha sido buena... y estar meses sin encontrar mejoría, eso tiene que ser desesperante...».

Esta situación de frustración impone la realización de un «estado de duelo», pasando de la negación a la aceptación de la realidad: «Yo si me he dado cuenta que estaba muy impertinente, y no me lo han dicho apenas, pero estaba exigente, malhumorado y que si decía algo lo quería al momento...».

La imagen corporal

El cuerpo es la primera imagen que da uno a los demás; esta imagen se modifica a partir de los vínculos que uno establece: «Bueno, eso de las cicatrices, que también eso me importó, porque aquí la que tengo es pequeña». En el caso de las personas en-

* El texto entre comillas ha sido extralido de la transcripción de las entrevistas.

trevistadas, debido a su discapacidad, hemos observado que han sentido su figura distorsionada como consecuencia de la incorporación de ortesis, bastones, sillas de ruedas, cistricas, etc.

La irrupcion en la realidad de la imagen del cuerpo dañado provoca una conmocion interior que desequilibra la estructura personal y perturba el estado de animo: «...Y yo hacia comentarios con mis amigos, pues si, claro, para como estoy, pero me declaran que estaba igual que siempre pero con dos muletas...».

Se ha visto cómo la actitud del entorno social (familiares, conocidos, amigos...) hacia la persona discapacitada ha jugado un papel importante en la manera de superar y aceptar el cuerpo deficiente, siendo fundamental el deseo de ser reconocido eroticamente por el otro, sin importar los problemas de sensibilidad y de motricidad. Logicamente, en esta actitud ha jugado un papel importante el grado de notoriedad de la discapacidad física, en especial en cuanto a la dificultad sexual.

Y como el pensamiento se organiza poco a poco y la persona empieza a convivir con las modificaciones corporales: «... normalmente el mecanismo de defensa que hago es no pensar en el futuro, pensar en el momento; lo que pasa es que cuando me pongo a pensarlo, pues, sé que no voy a quedar igual...». Estos procesos se han visto relacionados con la manera de abordar la crisis, de forma que cualquiera de las alteraciones puede reactivarse en cualquier momento y en cualquier orden.

El dolor como dificultad psicofísica

Cualquier condition que cause dolor en el acto sexual o interfiera en la intromision o la estimulación, puede afectar de una manera

adversa la respuesta sexual: «Pues bien, primero yo tenia mucho dolor, pero vamos... bien». En esta categoría hay que incluir cualquier traumatismo que suponga una dificultad dolorosa en la practica sexual: «Bueno, si, porque la rodilla todavia me duele, la tengo fastidiada con el davo».

El dolor ha sido un sentimiento común en todas las entrevistas, y hemos visto cómo ha afectado de manera adversa la respuesta sexual, pudiendo llegar incluso a la evitacion del contacto sexual: «Sf, si, la notion que tienes de una pierna *tocá* no la pierdes nunca, ni despues, hasta que no notas la pierna bien, que apoyas en condiciones, hasta entonces, no, siempre sabes que está la pierna *tocá*».

En estas circunstancias el dolor se ha convertido en el verdadero instrumento de la evitacion sexual y en el obstáculo que ha hecho cambiar la conducta del traumatizado, delegando la dimension sexual a un plano más alejado de la conciencia.

La relation con el entorno social

A través de las informaciones obtenidas, hemos visto cómo esta invalidez transitoria ha producido alteraciones en la autoestima: «De una forma progresiva, a partir de que la pierna ya la sientes bien y aunque no estés bien del todo, ya te sientes tú seguro con la pierna, a partir de ya, las cosas están bien...». También se han producido cambios en las actividades cotidianas: «... Si, porque al principio ibas con el carrito y tenias muchas limitaciones...» y problemas laborales debido a la dificultad para el desplazamiento.

Asimismo, se han visto alteradas las actividades familiares, sociales, laborales y profesionales: «Miro ahora mucho más a mis padres, porque yo era de las que no paraban nunca en casa». Todo ello se desencadena no solo a nivel corporal, sino que abarca a

toda la personalidad: «... De vez en cuando tenia visitas..., estas más irritable, pues también según los días, pues si tú estas irritable y la otra persona viene *hecha polvo* de la calle, pues también algunas veces es inevitable el roce». Afloran sentimientos desagradables como angustia, agresión, miedos, celos, envidia y rencor, que no encuentran canales de expresión y que en la mayoría de los entrevistados ocasionan cierto grado de depresión o de estrés, provocando pérdida de interés por la sexualidad, la seducción y la excitación erótica.

La frustración originada provoca irritabilidad, y las relaciones más habituales son el autorreproche, la intolerancia, el rencor y la amargura. Muchas veces la rabia también se expresa en forma de hiperactividad, en una frenética búsqueda de información médica o de soluciones mágicas del problema.

Hemos detectado cómo en una primera fase de hospitalización todos estos cambios anteriormente descritos han aparecido de forma brusca: «... Al principio yo tenía problemas por la familia que había enfrente y yo soy muy corto y me daba hasta apuros...». Una vez pasada esta fase comienza un largo camino de recuperación en la unidad de Fisioterapia que le ayuda a crear desde el contacto o el masaje el nuevo yo corporal.

Las diferencias de género

En las dos entrevistas realizadas a las mujeres podemos encontrar tendencias más o menos diferenciadas, que van desde la negación total de la propia sexualidad: «Si, pues la verdad es que como estoy un poco mejor y ya estoy cambiando, yo he pasado de lo que es la sexualidad como apartado...», posiblemente por la introyección del modelo cultural dominante, hasta la aceptación consciente de esta, al no asumir dicho modelo.

Observamos una negación del deseo sexual y, por tanto, de la autoestimulación, actitud que posiblemente responde a la creencia de que ello es negativo y que el deseo y la autoestimulación no es cosa de mujeres, sino exclusivamente de los hombres; al sentimiento de que estas sensaciones eróticas son meramente fisiológicas, involuntarias y de las que, por tanto, no son responsables y son rechazadas, por reconocerlas como reprochables.

También tenemos que destacar el hecho de que las dos entrevistas realizadas a la mujeres tienen en común la falta de pareja estable, lo que aumenta obviamente la dificultad de relación sexual de pareja: «No, porque he estado muchos años sin ello y como estoy acostumbrada porque no he tenido una pareja estable o continua» y «hombre, si yo tuviera una pareja estable y estuviera ahí la criaturita con cara de *qué pasa*, pues entonces me esforzaria».

En las entrevistas realizadas a los hombres hemos detectado cómo la edad es un factor condicionante en estas situaciones, de forma que el de mayor edad no reconoce alteraciones en su conducta sexual y hace una negación del conflicto: «No, no he notado diferencia, vamos yo me he sorprendido de que parece mentira, porque con la pata tiesa...», mientras que el más joven lo reconoce abiertamente: «En las relaciones sexuales, si, hombre, era una cuestión de mecánica...». La edad modela la dimensión biológica de nuestra sexualidad de una forma importante, de tal manera que la intensidad y la calidad de la respuesta sexual varía considerablemente en cada nivel cronológico.

CONCLUSIONES

1. Hemos podido apreciar una clara diferencia respecto al sexo de los entrevistados. Las mujeres se inclinan más sobre los aspectos

tos corporales: «¿Cómo voy a quedar después del traumatismo?». Les preocupa su estética en gran medida, así como la dimensión afectiva de las relaciones, haciendo una valoración muy positiva de éstas. Respecto a los hombres, hacen más hincapié en los aspectos prácticos: «Aquí no pasa nada, un poco molesto con la pierna, pero nada más». No le dan importancia a la alteración de los vínculos comunicativos y la mediación comunicativa no la aprecian alterada como consecuencia del traumatismo.

Como elemento común en este sentido, hemos podido destacar la escasa importancia que le adjudican a la sexualidad, como si fuera algo superable con el razonamiento y se separara de los sentimientos. No ha cambiado nada prácticamente, no pasa nada, como si esto fuera posible. Refleja la dificultad que aún se mantiene para la exteriorización de un tema tan tabú y tan mediatizado por connotaciones negativas y peyorativas.

2. En analogía con el sexo, la edad se convierte en otro factor estructurante respecto a los entrevistados, pues como categoría social participa de todo un amplio abanico de roles y estatus (correspondiente a cada grupo de edad) del que se espera comportamientos, actitudes, etc., y del cual no se puede desprender.

En este sentido hemos apreciado una diferencia en cuanto a la edad, puesto que los más jóvenes son más realistas en referencia al problema sexual postraumático, ya que ven con claridad que existe cierta dificultad no solo física sino también de comunicación (alteración del carácter del postraumatizado) y en consecuencia en las relaciones de pareja.

3. También se desprende del estudio que la institución hospitalaria no está preparada para tratar este aspecto tan importante de la persona, ya que no disponen de personal específicamente preparado para dispensar la

asistencia a estos pacientes en la dimensión sexual. Existe la necesidad de instaurar un programa que abarque los aspectos sexuales que afectan al paciente según el tipo de patología que presenta en cualquiera de los servicios en que se le atiende, como es el caso del servicio de rehabilitación.

4. En consonancia con el apartado anterior y consustancial al mismo, en lo que se refiere a los profesionales de la salud como enfermeras, fisioterapeutas, médicos, etc., sería necesario que contaran con una preparación previa en materia de sexualidad, puesto que no se entiende que tengan conocimientos en otras dimensiones de la persona y en esta concreta no. Por ello creemos necesario la inclusión de los conocimientos relativos a la sexualidad y la educación sexual en su diseño curricular.

5. Se ponen de manifiesto los condicionantes socioculturales, que impiden a las personas ser capaces de transmitir sus aspectos sexuales de forma natural, fuera de prejuicios negativos y connotaciones peyorativas.

6. De esta forma la introspección se hace muy dificultosa, como ya señalábamos en la introducción de este trabajo, lo que no solo entorpece el acceso a los datos relativos a la sexualidad de la persona, sino que también distorsiona el abordaje al tratamiento de la misma, con lo que en muchos casos, al silenciar el problema y no atenderlo de forma adecuada, termina cronificándose, cuando no agravándose y convirtiéndose en un problema de mayor gravedad.

7. Destacamos también la dificultad que ha presentado la búsqueda bibliográfica para la realización de este trabajo, pues si bien es cierto que de la sexualidad hay un gran volumen de literatura científica, hemos apreciado que del tema específico de relaciones sexuales y postraumatismo es muy escasa. Ello nos puede llevar a dos interpretaciones del tema,

por un lado, como ya hemos dicho, nos ha dificultado la realización del trabajo, pero por otro nos ha hecho ver que es un tema poco tratado y por tanto con cierto grado de originalidad, con la gratificación que ello representa, en el sentido de estar explorando un campo de conocimientos poco abordado y poco conocido.

También queremos destacar el deseo de que lo que aquí se presenta pueda servir para despertar el interés y permitir avanzar en la investigación de lo que significa para los pacientes la alteración de la sexualidad por el hecho de haber sufrido un traumatismo físico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Baztan, A.: *Etnografía. Metodología cualitativa de la investigación sociocultural*. Marcombo. Barcelona, 1995.
2. Barbach, L., y Levine, L.: La invalidez física, en *Intimidad sexual*. Martínez Roca. Barcelona, 1990.
3. Carpintero, E., y Lopez, J.: *Cómo documentarse en sexología. Guía práctica*. Amaru. Salamanca, 1994.
4. Carrobes, J. A.: Centros y mecanismos neuronales de control de la conducta sexual, en *Biología y psicofisiología de la conducta sexual*. Uned/Fund. Universidad-Empresa. Madrid, 1990.
5. Castro Sierra, A.: *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Sanro. Madrid, 1993.
6. Comfort, A.: *El placer de amar*. Natuart. Barcelona, 1991.
7. Cossi, M. D.; Gonzalez, M., y Garcia, M.: La sexualidad en el lesionado medular. *Revista Rol de Enfermería*, 48: 53-56, 1982.
8. Dugas, B.: *Tratado de enfermería práctica*. Interamericana. Mexico, 1983.
9. Garcia Fernandez, J.: La educación sexual en el trabajo de enfermería. *Revista Rol de enfermería*, 88:31-34, 1985.
10. Kaplan, H. S.: *La nueva terapia sexual*. Alianza. Madrid, 1994.
11. Koziar, B.: *Enfermería fundamental. Concepto, proceso y práctica*. Interamericana/McGraw-Hill. Madrid, 1993.
12. Luna, M. C.: La sexualidad y las enfermedades más habituales. En Labrador, F. J.: *Guía de la sexualidad*. Espasa/Calpe. Madrid, 1994.
13. Marriner, A.: *Modelos y teorías de enfermería*. Rol. Barcelona, 1989.
14. Martínez Sánchez, A.: El estudio de casos como estrategia didáctica para la formación de los profesionales de la acción social. En Martínez, A., y Musitu, G. (eds.): *El estudio de casos para profesionales de la acción social*. Narcea. Madrid, 1995.
15. Masters, W., y Johnson, V.: *La sexualidad humana*. Grijalbo. Barcelona, 1995.
16. Olazabal, C.; Marcos, C., y Lopez, F.: *Manual de sexualidad en atención primaria*. Amaru. Salamanca, 1990.
17. Oliva, A.; Loudes, S., y cols.: *Sexualidad y contracepción en la adolescencia: un estudio comparativo*. SAS. Consejería de Salud. Sevilla, 1993.
18. Pose, F., y Verduguer, S.: *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Creando Espacios. Buenos Aires, 1995.
19. Urrizar Huarte, M.: Salud, sexualidad y enfermería. En *Revista Rol de Enfermería*, 189: 63-65, 1994.
20. Usandizaga, J.: Sistema nervioso y sexualidad. En *Bases anatómicas y fisiológicas de la sexualidad y de la reproducción humanas*. Uned/Fund. Universidad-Empresa. Madrid, 1990.