

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN PAREJAS CON UN
INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON LESIÓN MEDULAR

(PARAPLEJIA Y CUADRIPLÉJIA)

Presentado por:

Wesley Gisela Pernía Ruiz

Daniel Alejandro López Burbano

Pamplona - Colombia

I – 2016

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN PAREJAS CON UN
INTEGRANTE DIAGNOSTICADO CON LESIÓN MEDULAR

(PARAPLEJIA Y CUADRIPLÉJIA)

Presentado por:

Wesley Gisela Pernía Ruiz

Daniel Alejandro López Burbano

Dirigido por:

Ps. Mg. Sandra Licette Padilla Sarmiento

Pamplona - Colombia

I 2016

Tabla de Contenido

Resumen	6
Abstract	6
Agradecimiento	7
Introducción	8
Justificación	11
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Formulación Del Problema	14
Planteamiento Del Problema	14
Descripción Del Problema	17
Estado Del Arte	21
Nivel Internacional	21
Nivel Nacional	25
Nivel Regional	28
Marco Teórico	32
Capítulo I: Enfoque Sistémico, Definición y Concepto Básico	32
Desarrollo Histórico	32
El enfoque Sistémico	33
Claros.	38
Difusos.	39
Rígidos.	39

La jerarquía	39
La periferia	40
Las coaliciones	40
Modelo Sistémico y Terapia Familiar.	41
<i>Los distintos Sistemas en el Enfoque.</i>	42
La Psicoterapia en el Modelo Sistémico.	45
Capítulo II: La Pareja Desde el Enfoque Sistémico	49
La pareja	49
Relaciones de Pareja.	53
La pareja en Colombia.	55
Historia del matrimonio y la pareja.	56
Familia de origen y pareja.	57
Pareja y autoestima.	59
Pareja y satisfacción sexual.	62
Actitudes del Rehabilitador en la Sexualidad de Pacientes con Lesión Medular.	64
Capítulo III: Lesión Medular	65
Evolución en la Investigación Sobre la Lesión Medular	65
Definición y Estudios de las Lesiones de la Médula Espinal.	68
Características Médicas de la Lesión Medular (LM).	70
Características Psicopatológicas del Paciente con Lesión Medular.	72
Sexualidad en el Lesionado Medular.	75
Lesión Medular, Estrés y Proceso de Adaptación.	76
Metodología	79

Población	83
Muestra	83
Técnicas	83
Categorías	84
Satisfacción sexual.	84
Autoestima.	84
Procedimiento	87
Análisis de Resultados	89
Análisis de resultados Cuantitativos	89
Triangulación de Resultados	111
Discusión de Resultados	115
Conclusiones	122
Recomendaciones	125
Propuesta	128
Talleres Psicoeducativos	130
Referencias Bibliográficas	150
Apéndices	157

Resumen

Las investigaciones en relaciones de pareja y sexualidad en personas discapacitadas, hoy día resultan una herramienta fundamental para cualquier psicólogo, a través de esta investigación se logró describir la satisfacción sexual y autoestima en parejas donde uno de sus integrantes presenta diagnóstico de lesión medular (Paraplejia o Cuadriplejia), en el presente estudio se trabajó con tres parejas donde uno de los integrantes presenta diagnóstico de lesión medular, específicamente hombres, con un corte de investigación mixta de predominancia cualitativa, haciendo uso de instrumentos como entrevista semi estructurada, nueva escala de satisfacción sexual (NSS), y escala de autoestima de Rosenberg. La conclusión más relevante se dirige hacia la no existencia de una vinculación entre la autoestima y la satisfacción sexual.

Palabras claves: *Relaciones de pareja, Satisfacción sexual, autoestima, lesión medular.*

Abstract

Research on relationships and sexuality in disabled people today are a fundamental tool in the academic and personal development of any psychologist, through this research we were able to describe sexual satisfaction and self-esteem in couples where one of its members presents diagnosis of spinal cord injury (paraplegia or quadriplegia). In this study we worked with three couples where one of the members present diagnosis of spinal cord injury, particularly men, this research has qualitative predominance but it's mixed, making use of some instruments such as semi-structured interview, a new scale of sexual satisfaction (NSS) and the Rosenberg self-esteem scale. The most important conclusion is directed towards the non - existence of a link between self-esteem and sexual satisfaction.

Keywords: *Relationships, sexual satisfaction, self-esteem, spinal cord injury.*

Agradecimiento

A la virgen de Guadalupe

A nuestra Querida Protectora y siempre abundante en misericordia, por habernos permitido llegar hasta este punto del cual desbordamos en felicidad, por la fortaleza en momentos de debilidad por darnos la oportunidad de una vida llena de aprendizajes y experiencias maravillosas que atesora en nuestros corazones

A nuestras madres

A ti mujeres luchadora e incansable por tu amor incondicional y compromiso con nuestra formación, inspiradoras de responsabilidad y perseverancia, este trabajo y todos nuestros logros son realizados.

A nuestra Asesora

A nuestras asesora de monografía Ps. M.Sc. Sandra Padilla Sarmiento por el interés, compromiso, paciencia y ejemplo de responsabilidad por el aporte a sus valiosos conocimientos y por siempre creer en este proyecto.

Introducción

La presente investigación se refiere a la Autoestima y Satisfacción sexual en la pareja, con un integrante diagnosticado con lesión medular, donde la característica principal es la lesión medular que se puede definir como una de las causas más frecuentes de discapacidad a escala mundial, y es la causa traumática responsable del mayor por ciento de los casos. Citado por Rodríguez, Jiménez, Cordero, Brunet, & Macías, (2014).

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas de manera sociodemográfica. Se estima que entre 7000 y 10000 personas sufren cada año lesiones medulares en el mundo. En países como Estados Unidos, España y Francia la incidencia es de 20 a 40 por un millón de habitantes, es cuatro veces más frecuentes en varones que en hembras, y aunque puede estar presente en todas las edades, el mayor número de lesiones ocurre entre los 20 y 30 años de edad. En este sentido, un 80% de los individuos afectados son menores de 45 años, y la edad promedio es de 25 años.

El 54% de las lesiones medulares son completas y el 82% son del sexo masculino. Rodríguez, Jiménez, Cordero, Brunet, & Macías (2014). Se desconocen datos estadísticos para toda Colombia, sin embargo, en la investigación de Lugo et ál. Realizada en pacientes con trauma raquimedular admitidos en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín entre septiembre de 1999 y diciembre de 2001, se encontró una proporción de 86% de hombres contra un 14% de mujeres citado por Henao & Pérez (2010).

Es importante tener en cuenta que al analizar las consecuencias sexuales en los lesionados medulares, se encuentra que todos aquellos que han tenido una personalidad pre mórbida con déficit en su imagen corporal y baja autoestima, presentan más dificultades para reconectarse con la vida sexual luego de haber sufrido una lesión medular. Aquellos que se interesan por mejorar su vida sexual en su gran mayoría refieren haber recibido información insuficiente e inexacta durante su período de rehabilitación Rodríguez, et al., (2014).

La investigación de esta problemática social, se realizó por el interés de conocer la interacción que se presenta entre las dos categorías de Autoestima y Satisfacción sexual en un integrante dentro de la pareja con el diagnóstico de lesión medular, midiendo la autoestima en estas parejas, como también evaluando el nivel de satisfacción sexual. De igual manera profundizar la indagación realizando aportaciones estadísticas y cualitativas recientes sobre esta problemática social desde una perspectiva más amplia donde se logre evidenciar que otros elementos interactúan o se vinculan en el nivel de satisfacción sexual o en la autoestima con estas parejas, y así mismo, se generó el interés.

En la investigación con las tres parejas de muestra, se realizó un estudio a través de un corte mixto con predominancia cualitativa, en donde se implementó una entrevista semiestructurada, con ítems que se perfilaron sobre tópicos relacionados a la satisfacción sexual y autoestima, de igual manera se dio la aplicación de la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS), y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). Durante la indagación en el campo, uno de los obstáculos en la entrevista y aplicación de las escalas, fue el temor de las parejas en dar información que para ellos hasta el momento parecía de total intimidad, pero en el transcurso del tiempo se fue reflejando la empatía y aceptación de una manera más adecuada con los

investigadores, que tuvo como objetivo describir y analizar la interacción existente entre autoestima y satisfacción sexual con esta población.

A continuación en los siguientes apartados se presenta el marco conceptual compuesto por (3) capítulos, el primero, el Enfoque Sistémico con su definición y conceptos básicos, el segundo es, la pareja desde el Enfoque Sistémico y el tercero y ultimo, está definido por la Lesión Medular.

Dentro de la investigación se expone el objetivo general y los específicos, los procesos de metodología del estudio realizado, la descripción de las categorías desarrolladas y de los instrumentos utilizados para evaluarlas, el muestreo, el procedimiento de los datos. También se presentan los resultados de los análisis de resultados generados por el estudio, además se da a conocer la discusión, comentando los resultados y haciendo contraste con otros autores en referencia a estudios realizados sobre autoestima y satisfacción sexual. Para finalizar se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio, las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

Justificación

Dar a conocer la forma en la que la autoestima interactúa con la satisfacción sexual en uno de los integrantes de pareja con lesión medular en la sociedad, es de gran importancia puesto que se realiza una investigación a través de un análisis mixto, en este tipo de población, dando relevancia a los procesos a los que acuden estas parejas para desenvolverse con una calidad de vida adecuada o las deficiencias que presentan la mayoría por exclusión social o falta de apoyo, no solo en lo que compete a satisfacción sexual o autoestima, sino a muchos otros temas relevantes que se pasan por alto en nuestro país, puesto que las parejas deben verse también desde ámbitos que aún no se han explorado. De este modo será posible que esta población tenga alternativas de solución y programas de asistencia que permitan posibilitar nuevas estrategias de acompañamiento, con una intervención adecuada que incremente la calidad de vida del holón de la pareja, como agente principal en la estructuración de sistemas familiares funcionales en lesionados medulares.

Así mismo la investigación al ser exploratoria y novedosa en el contexto académico de la Universidad de Pamplona, puede dar lugar a que el departamento de psicología promueva e incite la iniciativa de este tipo de investigación en los psicólogos en formación, que se interesen por manejar este tipo de población en la temática de relación de pareja, puesto que es fundamental tratar de mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

Por otro lado, al dar a conocer esta exploración, promovería a que se generen aportaciones de carácter ajeno a lo ya establecido en nuestra región, permitiendo así el impulso a la investigación, enfocándose en otras implicaciones en este tipo de población pero con diferentes áreas de conocimiento, y generando posibles resultados que favorezcan aún más este procedimiento.

Dicho esto y si fuese así, se viera reflejada de forma elevada la calidad de vida de estas personas, de modo que prácticamente lo que se pretende con esta investigación, es que sea posible crear un mejoramiento por medio de talleres psicoeducativos que fomenten estrategias y alternativas en un gran bagaje de aspectos enfocados a la autoestima y satisfacción sexual en esta situación poblacional.

Objetivo General

Describir la interacción entre autoestima y satisfacción sexual en parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular, en el corregimiento de la loma, departamento del cesar, a través de un corte de investigación mixto con predominancia cualitativa, que permita una descripción entre autoestima y satisfacción sexual en el lesionado medular.

Objetivos Específicos

Identificar el nivel de autoestima de 3 parejas (6 personas) donde uno de sus integrantes ha sido diagnosticado con lesión medular a través de la aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg (1965).

Evaluar el grado de satisfacción sexual en parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular (paraplejia, cuadriplejia), a traves de la nueva escala de satisfacción sexual (NSS)

Analizar interacción entre autoestima y satisfacción sexual en parejas con lesión medular (paraplejia, cuadriplejia)

Proponer estrategias de intervención psicológica para el fortalecimiento de la autoestima y satisfacción sexual, en parejas donde un integrante presenta diagnóstico de lesión medular.

Formulación Del Problema

¿Cuál es la interacción que existe entre autoestima y satisfacción sexual en parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular (parapléjico y cuadripléjicos)?

Planteamiento Del Problema

Según García (2009) la incidencia anual de las lesiones medulares en los estados Unidos de América (EEUU) es de 30 a 40 casos por millón, y la prevalencia es de 183.000 a 230.000. En Colombia se desconoce la incidencia, la prevalencia, la morbilidad y la mortalidad de esta enfermedad. Sin embargo Lugo (2009) menciona un estudio realizado en Antioquia (colombia) donde participaron 653 pacientes con lesión medular se encontró que el 84,7% eran hombres, con un promedio de edad de 31 años, el 74,2% de los pacientes tenía entre 15 y 39 años, el 88,4% de las lesiones fueron traumáticas, infringidas por otras personas, el 54,8% fueron por agresión y de ellas el 47,0% causadas por arma de fuego. Aun cuando la incidencia de la Lesión medular en Colombia ha disminuido, sigue predominando en hombres (91,3 %), y son ocasionadas por arma de fuego en un 50%. La calidad de vida es uno de los aspectos que más se altera en esta población debido a la afectación en la función, en las actividades de la vida diaria, la ocupación, la movilidad, las relaciones interpersonales y la sexualidad. Existe una posibilidad muy grande de dependencia de otros y el estado de salud puede ser muy precario. Henao (2010) menciona es su estudio que el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses estableció que en el año 2005 los accidentes de tránsito habían sido responsables de cerca de 1.036 traumas en las regiones del cuello y del área pélvica, representando el 2,99% de las personas que presentaron traumatismos en accidentes de tránsito en el país.

Heno (2010) además menciona a Jiménez (2009) indica que la lesión medular es una condición que se presenta en 1 de 40 pacientes colombianos que ingresan a un hospital general consultando por trauma. Garzón (2005) en un estudio realizado en Bogotá, reporta que la edad de las personas con lesión medular es en promedio de 35,8 años y en una relación de 4,1:1 (hombre: mujer). La lesión medular se ha reportado como uno de los motivos de consulta más frecuentes en los centros de atención de salud de todos los niveles de complejidad como consecuencia del estado de violencia que vive el país (26, 27).

Las lesiones medulares tienen una gran afectación en la vida de quien lo padece, originando secuelas graves, permanentes que afecta en las diferentes dimensiones de la vida de la persona. Por todo ello, la aparición de una lesión medular es una experiencia traumática que afecta a la persona de forma global (física, psicológica y socialmente), ya que junto a la importante pérdida de funciones físicas, motoras y sensoriales, puede requerir profundos cambios en el estilo de vida y un gran esfuerzo de adaptación. García (2009).

Heno (2010) A partir de los modelos sociales se asume que aunque la discapacidad siempre tiene un sustrato biológico que determina las condiciones de funcionalidad de la persona, lo realmente importante es el papel que juegan el entorno social y el entorno creado por el hombre, donde las barreras físicas y sociales, los estereotipos y las actitudes, se convierten en los factores responsables de las situaciones de desventaja que experimenta la persona y las que definen en sí mismas la "situación de discapacidad". En este sentido, Heno (2010) cita a Hanh (1993) el cual expresa que "el problema radica en el fracaso de sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con

discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad".

La autoestima y satisfacción sexual juegan un papel importante dentro del proceso de rehabilitación y en la capacidad de adaptación del individuo con discapacidad física, es importante recordar que la afectación es solo física es decir a nivel motor y no emocional que involucra temas como relaciones de pareja, familia, autosatisfacción personal etc. El tema de la sexualidad de forma global resulta aun en esta época un tema espinoso y polémico, ahora bien si se estudian en parejas con lesión medular (paraplejia y cuadriplejia). Desvinculándolos por completo de la naturaleza sexual que no hace distinción en edad, sexo, raza, religión o condición física.

Resulta importante hacer mención del escaso conocimiento psicológico de la sociedad en general de que le sucede a una persona adulta con sus intereses, sus actividades, metas, sueños y su sexualidad identificados como acciones que desea y que, bruscamente tuvieron que ser modificadas, una situación una nueva y abrumadora de grandes pérdidas. En la actualidad existen pocos estudios que expresen la relación entre autoestima y satisfacción sexual en parejas con lesión medular lo cual genera inquietud de saber más acerca de la sexualidad en discapacitados, la presente investigación tiene como objetivo general conocer la relación entre autoestima y satisfacción sexual. A partir de esto se propone que si existe un alto grado de autoestima en el lesionado medular, entonces presenta un alto nivel de satisfacción sexual.

Descripción Del Problema

Este proyecto de investigación se propone describir la interacción que pudiera existir entre autoestima y satisfacción sexual en uno de los integrantes de pareja con lesión medular, la lesión medular es una patología que desafía al concepto de calidad de vida, ya que altera directa o indirectamente aspectos de la vida considerados por diversos investigadores como parte de este concepto, imagen corporal, autoestima, e independencia y habilidad de desarrollar y mantener una relación íntima con una pareja; la sexualidad es parte fundamental de nuestras vidas y componente básico de nuestro desarrollo psicológico. Constituye la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de un individuo, los que en conjunto expresan su femineidad o masculinidad, además refleja la combinación del instinto, del impulso sexual que todos sentimos, de los actos sexuales y de nuestra forma y manera de ser, de relacionarnos con los demás, de comunicarnos y de amar. La incapacidad de vivir y disfrutar de una sexualidad plena, impacta fuertemente en la calidad de vida, la autoestima y las relaciones interpersonales Catillo (2012).

La naturaleza sexual de una persona está en su mente, y esta no se ve alterada por una lesión medular. Los individuos portadores de una lesión medular siguen expresando deseo sexual y manteniéndose sexualmente activos Sin embargo, tanto hombres como mujeres con lesiones medulares refieren una disminución en el deseo sexual así como la frecuencia y satisfacción de la actividad sexual. Catillo (2012).

Los cambios más relevantes en hombres y las mujeres con heridas medulares a nivel físico les falta sensibilidad en las regiones habitualmente erógenas de su cuerpo, como la zona genital y la zona mamaria. A este respecto, la estimulación de estas zonas puede conllevar a una erección o una lubricación de la vagina, pero no

necesariamente al placer sexual. En cambio, otras zonas del cuerpo que raramente son reconocidas como zonas erógenas, como las orejas, los párpados y el cuello, pueden ser estimuladas para originar la excitación sexual. Ciertas personas comprueban un aumento de la reacción sexual producida por el tacto de la superficie de la piel en la zona a nivel neurológico de la herida. Se trata de una zona a menudo solicitada en la actividad sexual y habitualmente reconocida como muy erótica y proporciona muchísimo placer. Stanley (2012).

En ese mismo orden de ideas el subsistema de los cónyuges es entonces un poderoso contexto para la confirmación y la descalificación donde se puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extra familiar, y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de fuera, es vital para el crecimiento. Constituye su modelo de relaciones íntimas, como se manifiestan en las interacciones cotidianas. Si existe una disfunción importante dentro del subsistema del cónyuge, repercutirá en toda la familia. En situaciones patógenas. Minuchin (2004).

En el contexto de la lesión medular, delante de la situación de crisis, la familia también es afectada y sus miembros cambian esfuerzos para el ajuste y superación de la situación traumática establecida. Los miembros familiares involucrados merecen que sean atendidos en sus dudas, miedos, ansiedad, finalmente, en la reanudación de la vida. Se constata que la lesión medular afecta las relaciones y los roles de los miembros de una familia, cambiándolos de lugar, cuando éstos comparten una situación de estrés que se hace crónica y establece nuevos límites y configuraciones en el contexto familiar, principalmente ante la situación de dependencia para realizar actividades de vida diaria. Islene (2012).

Por este motivo, se hace necesario que la institución familiar se constituya en un objeto de atención y cuidado, puesto que la adaptación de la familia a la discapacidad es considerada como una de las primeras y más importantes determinantes de una integración exitosa, tanto del grupo entero, como del afectado. Esto ocurre, teniendo en cuenta que el núcleo de integración que posee la persona afectada es justamente la familia, por tanto, sería ésta quien debiera recibir el asesoramiento y apoyo necesarios para poder cumplir plenamente con su tarea. Desde este punto de vista, enfrentar esta crisis para la familia puede representar una oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento. No obstante, al mismo tiempo pueden representar el peligro de trastornos o desviaciones en alguno de sus miembros. Por tanto, este es un momento decisivo y crítico, de altos riesgos y peligro, tanto para el surgimiento de trastornos psíquicos, como para la oportunidad de su fortalecimiento. Meléndez (2005).

He aquí el abordaje desde la Psicología en este proceso de interacción entre autoestima y satisfacción sexual en uno de los integrantes con lesión medular en la pareja es de mucha relevancia ya que se debe tener en cuenta que la “información y la educación en afectividad y sexualidad son un instrumento eficaz para desarrollar una responsabilidad individual frente a la actividad sexual y sus implicancias”. García & Natri (2011).

Esta población está vulnerable a posibilidades de exclusión, socialmente a una calidad de vida en diferentes aspectos psicosociales poco beneficiosos en el cual se encuentra la no prevención de temas relacionados con programas de sexualidad y asistencia en niveles de autoestima donde se ven evidenciadas estas ausencias en muchos contextos sociales donde está inmersa esta población. De igual manera la población de lesionados medulares se ven enfrentados a un vacío de gran magnitud como los anteriormente expuestos, pero especialmente aquellos provenientes de

entidades gubernamentales y el mismo estado que no se encauzan hacia las problemáticas que presentan para cumplir con intenciones de aumento de la calidad de vida en fines funcionales, como también asegurar la protección en cuanto a las acciones que realiza y optimizar los recursos necesarios. Dado esto, no se efectúa la buena participación y actividad en la sociedad, ni mucho menos se motiva a un cambio social que permita la inclusión para este tipo de población.

Por lo anterior, y por la poca exploración en estudios esta investigación plantea como base describir la interacción que se da entre Autoestima y satisfacción sexual dentro de uno de los integrantes de la pareja con lesión medular, ya que estas variables son semblantes significativos en el ser humano donde intervienen aspectos de tipo físico, psicológico y cognoscitivos que datan de la importancia que se tiene y con este propósito se busca dar contribución al conocimiento científico en referencia a esta población.

Estado Del Arte

Nivel Internacional

(Paez, 2004) Satisfacción marital. Comparación entre personas con pareja con lesión y personas con pareja sin lesión. Tesis para optar el título de licenciado en psicología. Universidad de las américas puebla.

El propósito de esta investigación fue investigar si la Satisfacción Marital de personas con pareja con lesión medular no presenta diferencias significativas a la Satisfacción de personas con pareja sin lesión medular. Asimismo, analizar si la edad, género, tiempo de relación con la pareja, número de hijos, tiempo de sufrir la lesión y tratamiento recibido después de la lesión, ejercen influencia en la Satisfacción Marital de ambos grupos. Se trabajó con 50 sujetos con pareja con lesión medular y 50 sujetos con pareja sin lesión medular. Se utilizó a) Ficha de identificación, b) Escala de satisfacción Marital (ESM) de Roach et. al.

Los resultados fueron tratados a través de la prueba “t”, la cual manifestó: a) el género es significativo, los hombres demuestran mayor Satisfacción en comparación de las mujeres, b) el grupo de personas con pareja con lesión medular, mostró que el tipo de rehabilitación influirá en la Satisfacción Marital, ya que la rehabilitación psicológica y física ayudan a aceptar una nueva realidad, c) no hay relación significativa en Satisfacción Marital y edad, tiempo de relación, número de hijos y tiempo de sufrir la lesión. En general el trabajo mostró que no hay diferencias significativas en el nivel de Satisfacción Marital total.

(García Carenas, Alcedo Rodríguez, & Aguado Díaz, 2008) *La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada*

Este artículo tiene como objetivo presentar una revisión de la investigación sobre los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad de las personas con lesión medular (LM). La importancia que el impacto de la lesión tiene sobre la persona y su entorno, en general, y sobre la esfera de la sexualidad, en particular, la convierte en un área de gran interés científico y social en la actualidad. Esto se explica por el crecimiento constante en la prevalencia y la radicalidad de las alteraciones biopsicosociales que conlleva la LM. Así, en su vida sexual la persona ha de afrontar cambios tanto en lo físico como en lo emocional y relacional. A tal efecto, lo que pretendemos es revisar la bibliografía disponible, intentando abordar y delimitar sucesivamente i) el tipo de publicaciones en las que se trata el tema, ii) las áreas temáticas de estudio iii) la metodología de las investigaciones, para llegar, por último, iv) a las conclusiones de nuestra revisión.

En función de lo obtenido tras la revisión de estas publicaciones se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

Tienden a mezclarse los grupos sin hacer distinciones de sexo, edad, estado civil, status social u otras variables necesarias y fundamentales a la hora de realizar una investigación con el adecuado rigor científico. Igualmente inexistencia de cuestionarios o instrumentos estandarizados para evaluar el área de la sexualidad en los sujetos con LM. En la mayoría de los artículos no se especifican las pruebas que se pasan a los participantes. Además se enfatiza el importante papel que juegan los

profesionales en la rehabilitación sexual de este colectivo. Sin embargo, son muchos los que admiten su desconocimiento sobre el tema, la falta de información al respecto y el no considerar el asesoramiento como parte fundamental o importante en su trabajo.

La mayor parte de las publicaciones abogan por el “asesoramiento terapéutico” y la transmisión de una adecuada “información y educación sexual” como objetivo básico de la rehabilitación sexual de la persona con LM. La investigación sobre este tema a lo largo de estas tres últimas décadas ha evolucionado muy poco, pese a constituir un aspecto relevante y de vital importancia en el proceso de adaptación y ajuste a la LM. En función de todo lo dicho y expuesto hasta el momento, creemos que el tema resulta lo suficientemente relevante como para continuar investigando sobre el mismo dado su estado pre científico y sus limitaciones metodológicas. Todo esto, sin perder de vista que una información más exhaustiva sería de gran utilidad para todo el equipo rehabilitador.

(Castillo, 2012) *Sexualidad en el lesionado medular: caracterización de la población masculina en control en el Hospital del Trabajador de Santiago, Chile.*

La Lesión Medular Traumática (LMT), afecta a individuos sexualmente activos, en edad reproductiva. La rehabilitación busca obtener un estado funcional óptimo, tanto físico, sensorial, intelectual, síquico y social. Sin embargo, también debiera procurar recuperar una sexualidad satisfactoria para los afectados. El objetivo de esta investigación fue caracterizar los aspectos más importantes de la sexualidad de los varones con LMT, a través de un estudio descriptivo, transversal, Encuesta aplicada a varones con LMT en control.

Que conto con una muestra de 66 pacientes, edad promedio 49 años. El 93,3%, declara algún tipo de experiencia sexual, posterior a la LMT. La búsqueda de actividad sexual corresponde al deseo de intimidad con la pareja, siendo lo más habitual el coito, junto a besos y caricias. La cual logro concluir que el 54,4% está satisfecho con su vida sexual actual. Del grupo no satisfecho, la principal razón es la anorgasmia, la mayoría declara tener erección espontánea, aunque transitoria, efectuándose tratamiento de la disfunción eréctil, con alto porcentaje de eficacia; el método más usado es el sildenafil y las inyecciones intra cavernosas y se pudo concluir que la sexualidad de las personas con una LMT es importante para los pacientes, quienes desean mantenerse sexualmente activos. Sigue siendo un desafío la generación de un instrumento validado para el estudio de la sexualidad en este grupo poblacional.

Nivel Nacional

Henao, C.; Pérez, J (2010) Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica, chía- colombia.

Esta revisión bibliográfica permitió demostrar demuestran que la edad de ocurrencia de la lesión, el sexo, la presencia de complicaciones, el tiempo de evolución y la severidad de la lesión, entre otros, son variables que condicionan la situación de discapacidad y el funcionamiento de las personas, por tanto, son aspectos que deben tenerse en cuenta al plantear tanto la evaluación como la intervención de esta población, Un abordaje que involucre aspectos físicos, psicológicos y sociales asociados a esta condición de salud serviría de referencia para fijar políticas, programas y acciones, que trasciendan los enfoques tradicionales de carácter asistencial y terapéutico, a propuestas más integradoras enfocadas a intervenir el funcionamiento del individuo como ser biopsicosocial ofreciéndole a la persona con lesión medular mayores oportunidades de incluirse de nuevo en su contexto sociocultural con el más alto nivel de independencia y autonomía posible.

Lugo, García, H (2009) Descripción de la calidad de vida en un cohorte de pacientes con lesión medular en el hospital universitario San Vicente de paúl. Revista Colombia de medicina física y rehabilitación. Medellín- Antioquia

Este es un estudio descriptivo longitudinal, con un seguimiento de 18 meses de la calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) en un grupo de pacientes con lesión medular traumática (LMT) del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

En Colombia es muy difícil el seguimiento de los pacientes con LM, de 208 que ingresaron solo 42 pudieron terminar el programa 18 meses después. Es necesario implementar un modelo nacional apoyado con un sistema de información, para mejorar la atención inicial de estas personas, disminuir la mortalidad inicial y prevenir la morbilidad asociada tal como lo han hecho los países desarrollados, y brindar así una mejor oportunidad para esta población de personas discapacitadas. Se debe conocer la mortalidad y las causas de esta para poder impactar este indicador como se ha hecho en la mayoría de los países, en los cuales la expectativa de vida, con respecto a la sobrevivencia de la población general, es del 70% en los tetrapléjicos, de 84% en los parapléjicos completos y del 92% en los pacientes con lesiones incompletas.

La descripción de la calidad de vida es similar a otras que utilizaron esta escala específica en donde el dominio menos comprometido es el estado de ánimo. Las escalas genéricas más que las específicas muestran una gran diferencia de la CV de este grupo de personas con otros problemas crónicos como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las renales. En Colombia existen pocos estudios de CV para comparar el impacto de las diferentes enfermedades crónicas y faltan también normas nacionales para comparar con la población general. La mayor limitación de este estudio fue no aplicar una escala validada en el país. Es necesario hacer análisis por subgrupos para lo cual se requiere un tamaño de muestra mayor, por ejemplo para comparar diferentes niveles de lesión, características demográficas, escolaridad y ocupación entre otros. Es posible lograr un modelo predominantemente

ambulatorio, con un periodo de hospitalización mínimo de 15 días, en el cual se logre educar al paciente y su familia en los cuidados básicos de la piel, manejo de esfínteres y logros funcionales. Es necesario garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación de tercer nivel en la fase ambulatoria, lo cual debe incluir el transporte. La atención de estos pacientes se debe garantizar en servicios acreditados para tal fin, que tengan equipos interdisciplinarios de rehabilitación, que incluyan enfermería, capacitados en el tratamiento de la LM. Servicios que deben mantener la integralidad de la atención y que permitan una comunicación permanente con las personas involucradas. Es necesario fortalecer los programas de entrenamiento físico y complementarlos con otros como las actividades recreativas y deportivas para obtener los puntajes máximos de la MIF alcanzados con otros modelos y vincular esta fase de la rehabilitación con los demás procesos que logren la integración de las personas a la vida social y laboral. Los diferentes programas de atención deben incluir indicadores de logro basados en instrumentos como la MIF, la disminución tanto de la morbilidad como la mortalidad. La evaluación y seguimiento deben incluir la calidad de vida y para ello aplicar un instrumento como el SF12, que ha sido adoptado en EEUU, aunque ello implicaría validar esta escala.

Nivel Regional

Cacua, E.; Caicedo, L (2013) *Satisfacción sexual, satisfacción marital y la comunicación en estudiantes de psicología. Tesis para optar el título de psicólogo. Universidad de Pamplona*

Esta investigación se plantea como objetivo principal describir el nivel de satisfacción sexual, marital y las estrategias comunicativas utilizadas en la relación de pareja de los estudiantes universitarios mediante la aplicación de tres instrumentos que permitieron aportar al análisis de la dinámica de las relaciones de pareja, a través de un enfoque cuantitativo de tipo transversal con el fin de describir las variables y analizar su incidencia, la cual conto con una población de 70 estudiantes de psicología de la universidad de pamplona con una relación heterosexual con un tiempo de duración superior a los 6 meses. Haciendo uso de instrumentos como la escala de intimidad sexual en la pareja creada por Pantaleón y Sánchez (2006), escala de satisfacción marital ESM de pick y Andrade(1998), y por último el cuestionario de aserción en la pareja ASPA en su forma A. autora carrasco 2003.

Dentro de los resultados se logró el objetivo propuesta que era describir la satisfacción sexual, satisfacción marital, y la comunicación en la dinámica de la relación de pareja; que la relación de pareja poseen altos niveles de satisfacción marital y satisfacción sexual y que la comunicación se emplea con mayor frecuencia la estrategia de agresión de forma directa e indirecta.

Cote, N.; Gómez, M (2012) *tipos de prácticas sexuales y satisfacción sexual en parejas casada activas adventistas en el municipio de villa del rosario. Tesis para optar el título de psicólogo. Universidad de Pamplona*

Esta investigación busca describir los tipos de prácticas sexuales asociadas a la satisfacción sexual en parejas casadas activas adventistas del municipio de villa de rosario, por medio de la aplicación de la escala de satisfacción sexual y un cuestionario de prácticas sexuales, modificado en su versión original de Rodríguez y Hernández (2001) desde un diseño descriptivo, con una población de 58 parejas. Los instrumentos cuentan con el análisis de fiabilidad y validez, que permitió identificar la dependencia entre las variables de estudio, el cual permite describir y cuantificar los resultados de la investigación, permitiendo concluir con la asociación de las creencias y normas enseñadas en la población en relación con la satisfacción sexual y el tipo de prácticas sexuales de mayor preferencia en la población. Además de la importancia que las parejas le dan al amor en este ente religioso

Hernández, A.; Baca, L (2008) *Juegos eróticos: herramienta que influye en la satisfacción sexual de las relaciones de pareja estables. Monografía para optar el título de psicólogo. Universidad de Pamplona*

Esta monografía fue de tipo compilatoria lo cual tuvo como objetivo principal analizar la información teórica sobre los juegos eróticos por medio de una revisión bibliográfica con el fin de determinar la importancia que tienen estos en la satisfacción emocional de la pareja estable. A partir de esta revisión de se puede deducir que los juegos eróticos juegan un papel importante en las relaciones estables, debido a que permiten un mayor acercamiento en la relación a través del dialogo y la comunicación, donde los juegos eróticos requieren un espacio de conocimiento mutuo para poner en marcha la sexualidad, creatividad, intimidad y la búsqueda de satisfacción.

Además que el proyecto de vida en común deber permitir la flexibilidad desde la armonía, donde la unión de 2 personas conlleve al desarrollo humano, la atracción interpersonal desde las diferentes teorías plantea la búsqueda de diferenciación o la complementariedad siendo desde allí donde la interacción intima refleja procesos de acoplamiento. Por otro lado las jerarquizaciones y prioridades dentro de una relación de pareja estable permiten o no, generar espacios nuevos hacia lo exótico y novedoso, donde los 2 miembros de la pareja desean disfrutar al máximo su sexualidad.

Hurtado, M.; (2015) *Factores que influyen en la baja autoestima presentadas en lagunas personas de talla baja de la Asociación Pequeños Gigantes De Colombia. Tesis para optar el título de psicólogo. Universidad de Pamplona*

Esta investigación pretende indagar sobre problemáticas, como los factores que influyen en la baja autoestima que presentan en algunas personas con discapacidad física, estas personas de talla baja (enanismo), En ellas, se busca mediante el diseño de una página web, talleres, asesorías, conferencias y consultas, etc. Fortalecer la autoestima que propenden a mejorar la calidad de vida de estas personas, todo esto partiendo de la teoría de las necesidades según (Maslow, 1954), para el desarrollo de la siguiente investigación se apoyó en el uso de las TIC's puesto que la población se encuentra en diferentes ciudades del país, tomando como muestra los miembros inscritos a la Asociación Pequeños Gigantes de Colombia, que tengan correo electrónico y acceso a video llamadas. Se realizó una investigación de tipo cualitativo con diseño narrativo, en donde se explica a modo comparativo los distintos factores que influyen en la baja autoestima, concluyendo que la familia y la sociedad influyen sustancialmente en la formación de la autoestima, que la etapa de la adolescencia es

crítica para el proceso de autoaceptación y que el grado de discapacidad es inversamente proporcional al nivel de autoestima.

Dentro de los frutos obtenidos a través de la revisión del estado del estado a nivel internacional, nacional y regional, resultado de vital importancia la revisión de investigaciones confiables que confieren tópicos encaminados a los objetivos de investigación enmarcados dentro de la satisfacción sexual y autoestima en parejas donde un integrante presenta diagnóstico de lesión medular, primero para nutrir el marco teórico necesario para el desarrollo y conocimiento significativos para el abordaje de temas anteriormente mencionados desarrollados dentro de la presente investigación, además resultaron importante en revisión para la utilización de técnicas de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, previendo que esta investigación es mixta.

Marco Teórico

Capítulo I: Enfoque Sistémico, Definición y Concepto Básico

Desarrollo Histórico

El modelo sistémico nació al mismo tiempo que la terapia familiar, aunque como explicamos en el próximo apartado, hoy en día tiene muchas más aplicaciones. Y ello no es extraño ya que su unidad de análisis es la familia. Para entenderla no bastan los modelos tradicionales centrados en el individuo. Este nuevo foco requiere una nueva conceptualización, una nueva forma de pensar, en la que el objeto de análisis no sea el ente individual sino el sistema. Así es que el modelo sistémico se basa en presupuestos meta teóricos que se alejan de los tradicionales (por ej. física clásica) y se inspiran en la Teoría General de Sistemas, primero, y las teorías de la complejidad después. La noción de sistema implica un todo organizado que es más que la suma de las partes, se sitúa en un orden lógico distinto al de sus componentes.

Se define por sus funciones, estructura, circuitos de retroalimentación (Aplicada a la familia, supone entenderla como un todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas. Forman parte de una danza o patrón interaccional en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás. Muñoz y otros (2012, p. 13).

El enfoque Sistémico

La base del pensamiento sistémico consiste en reconocer la existencia de una serie de conceptos genéricos aplicables y aplicados en diversos estudios (Rosnay, 1975). Nociones como la energía, flujos, ciclos, realimentación, sistema abierto, reservas, recursos de comunicación, catalizadores, interacciones mutuas, jerarquías, agentes de transformación, equilibrios y desequilibrios, estabilidad, evolución, etc., son aplicables a la idea genérica de sistema sin entrar en la disciplina concreta ni en el tipo del sistema considerado. La existencia de este vocabulario común en muchos campos parece responder a una aproximación común a los problemas que se encuentran dentro de una misma categoría: la complejidad organizada Rosnay (1975). Citado por Lilienfeld. (1984, p. 37).

La importancia de este hecho es fundamental pues significa que de ser cierto que existe una aproximación común, se puede establecer una forma de tratar el problema genérico el sistema independientemente de la disciplina en la que éste se considere. Esta aproximación común existe y surge de la sinergia entre la biología, la teoría de la información, la cibernética y la teoría de sistemas. A partir de ellas se extraen conclusiones generales, reflejadas en ese vocabulario compartido por todas las disciplinas. Este es el enfoque sistémico y debe verse no como una nueva ciencia, una nueva teoría o una disciplina sino como una nueva metodología que trata de organizar el conocimiento para dar más eficacia a la acción Rosnay, (1975). Citado por Lilienfeld. (1984, p. 36)

Ésta puede ser la diferencia fundamental entre los que consideran el enfoque sistémico como una herramienta, una metodología que ayuda a interpretar y manejar un mundo complejo y los que consideran que los sistemas son un nuevo paradigma en

la ciencia. Para establecer una relación con algo que nos es más cercano podemos recurrir a la comparación con el enfoque analítico. En él, se pretende desmenuzar la totalidad para estudiar los elementos por separado, aislando interacciones y componentes del resto del todo que forman. Por el contrario, el enfoque sistémico intenta englobar la totalidad de los elementos del sistema estudiado así como las interacciones e interdependencias entre ellos. Por sistema se entiende un conjunto de elementos en interacción y se intenta investigar las invariantes que existen en la interacción de elementos. Esto no es lo mismo que intentar aplicar en otro las conclusiones extraídas para un sistema o de intentar que lo que es válido para un nivel de complejidad lo sea para otro. Esas invariantes son principios generales, estructuras y funcionamiento común a todos los sistemas. Lilienfeld. (1984, p. 37)

Desde un enfoque sistémico la familia es de vital importancia puesto que la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos, la forma en la que se comunican, van a determinar el tipo de relaciones que se establece en dicho sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos. Trujano (2010, p. 20)

El Modelo Estructural Sistémico es una opción de análisis e intervención terapéutica (no se pretende señalar como la única válida), que provee la oportunidad de estudiar a las familias como sistemas abiertos en los que se establecen ciertas pautas de interacción (estructura familiar) que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares. Desde esta perspectiva el origen de los problemas psicológicos se encuentra en el ámbito familiar, en el núcleo en el que se desarrolla el paciente identificado, de manera que el análisis de dichos problemas y su tratamiento se realizan a nivel familiar, no individual. Trujano (2010, p. 20)

El Modelo Estructural Sistémico surge en el campo de la psicología, su principal representante es Salvador Minuchin, y fue desarrollado a finales de la década de los años sesenta del siglo XX como un intento por explicar la relación entre el individuo y su contexto familiar. Este modelo se guía por algunos principios de la Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Bertalanffy en el siglo XX, a finales de la década de los años treinta. Bertalanffy (1987) estableció que existían principios y leyes aplicables a sistemas diferentes, sin importar la naturaleza de sus elementos componentes, de ahí que sugirió legitimar una teoría de principios universales aplicables a los sistemas en general: la Teoría General de los Sistemas. Trujano. (2010, p. 21).

Trabajos de investigadores como Wiener y Cannon (citados en Bertalanffy, 1987) fueron un apoyo para el desarrollo de esta teoría. Wiener trabajaba en 1948 en la tecnología de las computadoras y desarrolló la teoría de la información y las máquinas autorreguladas; extrapola el concepto de autorregulación al estudio del ser humano; para él, el hombre percibe información de su medio por vía de sus sentidos y el cerebro la almacena para que después resurja mediante órganos de ejecución, los músculos, siendo entonces que el organismo actúa sobre su medio, el cual nuevamente le devuelve información. En el proceso de recibir y utilizar información, el organismo se autorregula y organiza su intercambio de información. Trujano. (2010, p. 21)

Por su parte, Cannon destacó en el campo de la biología y desarrolló el concepto de homeostasis. Estudió ampliamente sistemas biológicos y concluyó que éstos tienden a buscar su equilibrio; el sistema presenta algunas veces cambios que lo desestabilizan pero él mismo genera movimientos en su interior que lo conducen a recuperar su estado inicial.

Cannon habló de esta tendencia como homeostasis. Bertalanffy (1987) definió a un sistema como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan unos a otros, y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no es sólo la suma de las partes, sino también la relación entre ellas, además, cada elemento tiene una función e interactúan entre ellos. Citado por Trujano, (2010).

Hay diferentes niveles de complejidad de elementos en el sistema (jerarquías diferenciadas) y los elementos se necesitan uno al otro para funcionar. Así, señaló los principios de esta teoría:

Todo sistema tiene niveles de organización llamados subsistemas. Es decir un sistema puede ser abierto si interactúa con el medio ambiente y es susceptible al cambio, o cerrado cuando no interactúa con el medio ambiente y permanece estático.

Cualquier sistema tiene límites espaciales (físicos) y dinámicos (relacionales), Todo sistema es capaz de autorregularse por retroalimentación (homeostasis/morfogénesis) además todo sistema pertenece a sistemas mayores llamados suprasistemas.

En este sentido todo organismo es un sistema activo y abierto que cambia y crece no sólo interesan los elementos del sistema sino también sus interrelaciones donde el cambio en uno de los elementos afecta a todo el sistema y no a uno solo. En esta teoría se señala que el cambio se conforma de acuerdo al conjunto de relaciones

complejas; la conducta es influida e influye, es un proceso de circularidad. Trujano. (2010)

El Modelo Estructural, como también los otros modelos sistémicos, se guía por algunos principios básicos de la Teoría General de los Sistemas donde la familia es un sistema vivo y abierto en el que su totalidad lo conforman no solamente sus elementos (miembros de la familia) sino también las relaciones que éstos establecen entre sí, como sistema, la familia tiende al equilibrio (homeostasis) y al cambio (morfogénesis) el sistema se autorregula. En este sentido la familia como sistema, se relaciona con suprasistemas de los cuales forma parte (familia de origen, familia extensa, comunidad, etcétera), en el que se pueden identificar subsistemas: individual, conyugal, parental, fraterno.

Además de esto existe un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en las interrelaciones que se establecen entre sus miembros que serían el conflicto individual en cualquiera de los miembros del sistema es sólo la manifestación de un conflicto familiar Andolfi. (1989); Barker. (1983); Hoffman, (1998) Martínez, (1986) Umbarger, (1987). Citados por Trujano (2010).

En el Modelo Estructural se considera a los miembros de la familia relacionándose de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar.

Minuchin (2003) define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (p. 86). Señala además, que la familia está conformada por varios

subsistemas u holones. Holón es el término que significa que se es un todo y una parte al mismo tiempo, con lo que se considera entonces que la familia es un todo (sistema familiar) y a la vez un sistema que es parte de otro (s) mayor (es) como la familia extensa, por ejemplo.

Los holones o subsistemas como también se les conoce, al interior del sistema son: individual (cada miembro), conyugal (la pareja), parental (padres e hijos), y el fraterno (hermanos). Asimismo, Minuchin establece que en la estructura familiar se pueden identificar los límites, los cuales “están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema”. Trujano. (2010, p. 21).

Los límites indican cuáles individuos pueden estar en un holón o subsistema y cómo deben interactuar. Los límites internos se identifican entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los límites externos se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el medio ambiente externo. Minuchin reconoce tres tipos de límites:

Claros.

Son aquellas reglas que pueden definirse con precisión como para permitir a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias entre subsistemas, pero permitiendo el contacto entre los miembros de los diferentes holones.

Difusos.

Son aquellos que no se definen con precisión; no queda claro quién debe participar, cómo y cuándo, habiendo falta de autonomía entre los miembros del sistema, quienes están aglutinados mostrando invasión entre subsistemas. El estrés de un miembro individual repercute intensamente en los demás. Trujano. (2010, p. 21)

Rígidos.

En las familias con este tipo de límites, la comunicación entre sus miembros se torna muy difícil; cada uno funciona en forma autónoma con desproporcionado sentido de independencia, careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia. Sólo un alto nivel de estrés afectando a un miembro puede activar los sistemas de apoyo de la familia.

Minuchin (2003) además ha identificado otras formas de relaciones familiares que gobiernan las interacciones de sus miembros, tales como la jerarquía, centralidad, periferia, hijos parentales, alianzas, coaliciones y triangulaciones, que también son parte de la estructura familiar. Citado por Trujano. (2010, p. 21)

La jerarquía

Se refiere al miembro que ostenta el poder en la familia, es decir, al que establece reglas, las hace obedecer, toma decisiones individuales y grupales, etcétera.

La centralidad hace referencia al miembro en el que recae la mayor parte de las interacciones familiares, porque destaca por características positivas o negativas.

La periferia

Tiene que ver con el miembro con menos participación en la organización e interacción familiares. Los hijos parentales son aquellos que se desempeñan como madre o padre y ostentan poder. Las alianzas son la unión de dos o más miembros del sistema familiar para obtener beneficios sin dañar a otros. Trujano (2010, p. 21)

Las coaliciones

Son la unión de dos o más miembros de la familia en contra de otro. Finalmente, las triangulaciones (una forma de coalición) hacen referencia a la existencia de un conflicto entre dos miembros de la familia, los cuales usan a otro para perjudicarse por vía de éste. Hay una tríada en la que una tercera persona es involucrada en algún nivel en la relación tensa entre otras dos personas de la familia, y ese tercer integrante tiene un papel especial relacionado con la tensión. Trujano. (2010, p. 21)

El conflicto entre los dos primeros miembros es negado. Como puede observarse, la estructura familiar desde este modelo tiene que ver con las interrelaciones entre los miembros que componen el sistema. Trujano (2010, p. 22)

La presencia de límites difusos o rígidos, coaliciones, triangulaciones, hijos parentales, un miembro central (permanente) o periférico, señalan disfuncionalidad en la estructura familiar. En la terapia estructural no se parte de la distinción entre familia normal y anormal basada en la ausencia o presencia de problemas, más bien se considera la familia funcional o disfuncional con base en sus patrones de interacción (estructura). Trujano. (2010, p. 22)

Levy (2006) indica que en la terapia estructural el terapeuta debe dirigir su atención sobre la estructura familiar. Su análisis debe ser holístico porque examina propiedades del sistema familiar como un todo. Minuchin y Fishman (1991) mencionan que los miembros de la familia localizan el problema sólo en uno de ellos y esperan que el terapeuta trabaje en ese individuo. Sin embargo, para el terapeuta ese miembro es solamente el portador del síntoma y el problema es causa de interacciones disfuncionales de la familia. Trujano, (2010, p. 22).

Modelo Sistémico y Terapia Familiar.

El modelo sistémico surgió en los años cincuenta al mismo tiempo que la terapia familiar como un marco conceptual para abordarla, para comprender la complejidad de fenómenos interrelacionados que ocurren en su seno. Sin embargo, desde hace ya muchos años n puede sostener la identidad entre modelo sistémico y terapia familiar. Por un lado, el modelo sistémico se puede aplicar a muchos otros formatos de la intervención, además del familiar. Por otro lado, existen otros modelos que han desarrollado una forma de Psicoterapia individual.

Desde principios de los años ochenta, se planteó que el modelo sistémico podría aplicarse a un solo individuo aunque no asistiera toda la familia. Una de las obras pioneras fue la de R. Fisch, J. Weakland y L. Segal (1982) “La táctica del cambio” (Herder, Barcelona, 1984) que supone un desarrollo de la terapia breve del MRI de Palo Alto. Plantea que es preciso trabajar sólo con los verdaderos “clientes”, los que verdaderamente están interesados en la aunque a menudo sea sólo uno, y a veces no ni tan sólo el portador del síntoma. Se centra en la forma en la que el individuo participa en la danza interaccional, y se orienta la intervención para que éste influya de manera decisiva, así es que, a diferencia de otros modelos, el sistémico no se limita a buscar el bienestar subjetivo del cliente sino a alterar la interacción familiar, como lo haría si viniera toda la familia. En la actualidad, la gran mayoría de terapia individuales, ya sea alternándolas con las familiares, o bien como modalidad única en función de los casos y de la disponibilidad de la familia para el tratamiento. Muñoz y cols., (2012, p. 13).

Los distintos Sistemas en el Enfoque.

El proceso de desarrollo del ser humano, al igual que ocurre en cualquier otro organismo vivo, se enmarca en una serie de sistemas relacionados unos con otros, que son distintos escenarios de interacción con el ambiente.

Esta cuestión, esencial en la biología, ha sido tenida en cuenta por Bronfenbrenner (1987), quien la ha aplicado al sistema familiar, considerando que la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción. Dado que para este autor el entorno es algo que trasciende la situación inmediata y afecta directamente a la persona en desarrollo, adoptó la terminología de “modelo ecológico” que se concibe como una disposición

seriada de estructuras concéntricas inclusivas, en la cual cada una de las estructuras se encuentra inmersa en la siguiente. Gimeno y González, (2011, p. 13).

Estas ideas no son análogas al modelo de familia como categoría sistemática en la biología, ni tampoco al concepto de población en la ciencia ecológica. No obstante, para el estudio de las relaciones familiares desde el campo de la psicología, el modelo ecológico aporta unas bases importantes que nos permiten ver distintas maneras con las que una persona se relaciona con el entorno. Teniendo en cuenta que el microsistema es concebido como el conjunto de interrelaciones que se producen dentro del entorno inmediato, según Bronfenbrenner, (1986), Rodrigo y Palacios, (1998) y Papalia y Olds, (1992), la familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años.

Las relaciones que se dan en el interior del microsistema a su vez reciben la influencia del exterior, aunque no se participe de manera directa y activamente en ellas; no obstante, delimitan lo que tiene lugar en el ambiente más próximo, esto es el exosistema. Gimeno y González, (2011, p. 13)

El mesosistema familiar, como conjunto de sistemas con los que la familia guarda relación y con los que mantiene intercambios directos, es una dimensión importante en los informes de valoración familiar. En cada etapa de ciclo familiar, suele haber unos sistemas de interacción más frecuentes, que todo informe de valoración debe considerar: la escuela, la pandilla, el club deportivo, el partido político o la asociación de vecinos, son algunos ejemplos.

En cada caso, el mesosistema recibe la influencia de la familia, así las tensiones familiares se reflejan en el comportamiento del hijo en la escuela, al tiempo que la familia recibe la influencia de la escuela y del barrio en temas de relaciones sexuales, de prevención del sida, en la educación vial o la evitación del consumo de tabaco, por citar sólo algunos ejemplos. Por contrapartida la ausencia de integración en el entorno físico y sobre todo social puede ser frecuente en muchos casos de inmigración, interna o externa, y en casos de marginalidad, lo que supone un aislamiento que facilita la entropía y por tanto el deterioro del sistema, dejando a la familia, por ejemplo, sin información sobre recursos sociales reales o potenciales, y sin apoyos puntuales ante las dificultades leves que acaban por incrementar el estrés y los problemas familiares, como cuando una pareja no tiene con quien dejar a su hijo menor durante la jornada laboral.

En otros casos, el mesosistema existente puede convertirse en una fuente de apoyo para la delincuencia o el deterioro personal, como en el caso de los adolescentes con absentismo escolar o adictos a sustancias, en cuyo mesosistema de referencia tienen máxima importancia pandillas de iguales con los mismos comportamientos problemáticos con quienes se refuerzan mutuamente. (Gimeno y González, 2011, p. 14)

El macrosistema, entendido como el conjunto de valores culturales, ideologías, creencias y políticas, da forma a la organización de las instituciones sociales. En nuestro caso, la cultura predominante en el entorno familiar es también una dimensión a comparar con la cultura de origen de cada familia.

En los casos en que la divergencia entre ambas sea alta, como en el caso de familias musulmanas que emigran a un país católico, las demandas de cambio que derivan del entorno constituyen una fuente de presión nada fácil de asimilar.

El modelo sistémico nos permite pues observar cómo cada grupo familiar se inserta dentro de una red social más amplia, y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía, como un todo. Pero a la vez nos permite analizar cómo cada microsistema permite integrar la energía de los demás miembros del sistema, bien sean estos individuos, bien sean subsistemas.

Partiendo de estos principios podemos decir que dentro de los sistemas, los subsistemas funcionan con sus características propias, formando una verdadera unidad con la totalidad. La interacción de los componentes en los subsistemas se regula mediante flujos estables, que se retroalimentan por la acción de todos aquellos subsistemas que participan en el sistema. Así, la estructura familiar es compleja y la dinámica general de la misma está mediada por el funcionamiento particular de cada subsistema, en los diferentes ciclos de la vida total del sistema. Gimeno & González. (2011, p. 14)

La Psicoterapia en el Modelo Sistémico.

Desde los albores del enfoque sistémico se ha planteado que para hablar de psicoterapia se debe mencionar el cambio, los pacientes acuden al psicoterapeuta para cambiar algo de sus vidas, muchos tienen la esperanza de que exista en las habilidades del profesional algo de magia para hacer desaparecer su dolor.

La disfuncionalidad de un sistema se caracteriza por su tendencia a la equifinalidad, esto es a actuar para reducir al máximo la entropía, la idea de que el equilibrio, la estabilidad, el control son sinónimos de salud y felicidad generan tal resistencia al cambio al grado que se llega a creer en la certidumbre absoluta. Pinto. (2006, p. 67)

Pero un sistema activo necesita expandirse, crecer y las interacciones entre sus elementos quiérase o no producirán tarde o temprano ciertos niveles entrópicos internos ocasionando una crisis dentro del sistema. Es en ese estado que los buscan las familias, las parejas, los grupos y los individuos, con la esperanza del no cambio, con la expectativa de que la psicoterapia les ofrezca la paz, el equilibrio, la felicidad, la entropía cero.

Es así que es posible encontrar terapeutas formados para mantener los estados estables en los pacientes, claro está que ante tal labor se anula la posibilidad de crecimiento del sistema definido como consultante. La visión del síntoma como emergencia del sistema familiar para modificar su estructura estable, fue propuesta por los pioneros del enfoque sistémico aplicado a la psicopatología, por ende el objetivo terapéutico cambió de considerar al síntoma como un enemigo al que se debe exterminar al de un amigo para modificar la disfuncionalidad del sistema, de tal manera que una vez cumplida su función el síntoma abandona la empresa.

El síntoma es una forma de decir lo que la palabra no alcanza a decir, o lo que los oídos de los demás no quieren escuchar. El síntoma emerge como un refugio, protege, defiende ante el impacto insostenible de la negación del ser. El síntoma es producto de la “ilegitimación”, es consecuencia de un falso amor. Pinto. (2006, p. 67)

Otro aspecto importante a tomarse en cuenta en el enfoque relacional de la psicoterapia, es el principio según el cual un sistema se define por sus relaciones, no es la suma de sus partes, por lo tanto la modificación de un elemento altera la actividad del resto de los miembros, por ende todo el sistema se modifica. A este principio básico, se suma la concepción pragmática de la comunicación, según la cual es imposible no comunicar, la comunicación afecta el comportamiento de los sujetos en comunicación tanto del que emite el mensaje como del que lo recibe, el efecto de lo comunicado no está en el mensaje sino en su interpretación.

Fue Jay Haley quien se percató que en las familias se suelen establecer triángulos configurados en alianzas y coaliciones, las primeras para protegerse y las segundas para atacar, fenómenos que ocurren cuando el sistema corre el riesgo de desequilibrarse por la presencia de entropía, esto ocurre en los momentos críticos del ciclo vital familiar; de ahí que este autor considera que la aparición de los síntomas siempre se relacionan con los cambios exigidos por el ciclo. Pinto. (2006, p. 68)

Otro postulado clásico de la terapia familiar ha sido el de considerar que el síntoma es producto de la disfuncionalidad, pero a partir de casos con lesiones

cerebrales se puede observar el fenómeno contrario, el síntoma, en este caso orgánico, puede desatar procesos relacionales disfuncionales.

Lo que sucede es que no se debe ver al sistema como causa, ni al síntoma como efecto o viceversa, sino en constante interacción, no es que la disfuncionalidad genera trastornos, ni que los trastornos producen disfuncionalidad, sino que ante la entropía generada por el cambio el sistema se organiza para gestar neguentropía, esto puede producir cambios en la propia estructura del sistema, derivando en éxitos funcionales, o en fracasos disfuncionales. Pinto. (2006, p. 68)

Cuando Bowen postula que el enfoque terapéutico debe ir del individuo al sistema, se cayó en el error de minimizar la importancia del individuo, hoy el enfoque sistémico está recuperando al individuo, tampoco se deben perder de vista los efectos de los sistemas biológicos en el paciente; sabemos que la esquizofrenia es una enfermedad resultante de alteraciones genéticas que modifican la monoaminoxidasa, la misma que altera la síntesis dopaminérgica, existen suficientes estudios neuropsicológicos para aceptar el daño cerebral subyacente en las psicosis, otros trastornos como el trastorno antisocial psicopático primario o psicopatía primaria de Lykken, el trastorno obsesivo compulsivo, y otros. Sólo con una visión sistémica del enfoque sistémico es posible acceder a las decisiones más pertinentes en la psicoterapia. No todas las personas que buscan ayuda psicológica requieren terapia, la psicoterapia es pertinente sólo cuando su aplicación ayude a la persona consultante, Haley menciona que hacer psicoterapia en quien no la necesita es como colocar yeso en un brazo sano.

Por ello es necesario diferenciar entre asesoramiento psicológico y psicoterapia. Cuando se recibe al demandante (individuo, pareja, familia, grupo), es importante iniciar el trabajo definiendo si la situación presentada puede resolverse desde la psicoterapia, o si existen otras alternativas no psicoterapéuticas que ayuden, o finalmente se trata de una situación sin solución. Pinto. (2006, p. 69).

Acorde a la intención de este proyecto investigativo, que está puesto en la representación del enfoque sistémico como proyecto de abordaje hacia la relación de pareja, fue necesario plantear algunos referentes que sirvieron de ejes con concepciones sobre los que se apoya el trabajo monográfico, dando a conocer el desarrollo histórico, y definiciones básicas desde la perspectiva sistémica que consiste en reconocer la existencia de una serie de conceptos genéricos aplicables y aplicados en diversos estudios (Rosnay, 1975).

Capítulo II: La Pareja Desde el Enfoque Sistémico

La pareja

Una primera dificultad y necesidad de principio es establecer qué es una pareja. Usamos aquí la palabra pareja para definir una relación significativa, consensuada,

con estabilidad en el tiempo, con un referente obvio, cual es el matrimonio; pero existen parejas humanas que no coinciden con los límites que aquel impone. De la espiella. (2008, p. 175)

En la literatura médica se aplica muchas veces la expresión pareja matrimonial. Caillé (1992), afirma que” en la cultura actual, en particular, la estructura de la pareja parece querer ser tan proteiforme que elude toda posibilidad de descripción”; sin embargo, intentamos algunas explicaciones generales, teniendo en cuenta que no existe una definición simple de la pareja. La pareja humana no es pareja, en el sentido de no ser igual; supone la diferencia, tampoco es semejante, ni parecida, ni similar, ni idéntica, ni lisa; está llena de facetas. No es tampoco una organización homogénea o monótona, tampoco es continua, ni es tersa o suave, aunque su definición nos lleva a pensar en esos sinónimos. Por el contrario, la pareja humana supone contrastes, variaciones e inestabilidades que pretenden la estabilidad.

Se podría pensar que la pareja es una estructura simple, por el menor número de integrantes que otros sistemas humanos; pero dadas las características citadas, observamos una organización humana compleja, diferente a los individuos que la conforman. Caillé afirma que “Además de compleja, la díada es paradójica”. Y esto último porque se considera, por ejemplo, que ella es mayor (o diferente) que la suma de sus integrantes o que es una organización estable, pero cambia. La pareja humana descansa en interacciones no siempre visibles, tal como lo anotan Puget y Berenstein en el concepto de zócalo, tomado de la arquitectura, que es la “base profunda sobre la cual se apoyan los elementos sostenidos por aquella”. Reich anotaba que las funciones del matrimonio incluyen aspectos económicos, políticos y sociales, que llevan a perpetuar modelos de relación limitantes para quienes lo integran. Por lo

tanto, el modelo de familia nuclear sería un modelo que tiende a perpetuarse de manera transgeneracional. La referencia a la familia es frecuente en el estudio de los sistemas humanos, mas no se encuentra con igual frecuencia el tema de la pareja, a la cual se alude como un paso para la conformación de una familia, que se reconoce a través de la existencia de hijos; por lo tanto, se desconoce independiente a la referencia familiar. Considerada de esta forma, la pareja sería sólo un subsistema de una estructura más amplia (la familia) y no tendría existencia si no es en referencia a ella. Por otra parte, la pareja, en sí, es un sistema con estructura, organización, reglas, roles, etc., diferentes a las de la familia y, a su vez, que se relacionan con sistemas más amplios, ya sea familia nuclear, familia extensa, etc.

Con frecuencia, para tratar el tema de la pareja se utiliza la palabra matrimonio, es decir, la unión avalada socialmente bajo un sistema de creencias específico, que incluye procedimientos rituales.

Se han descrito algunos elementos comunes en la definición de matrimonio, extensivos a nuestra definición de pareja: la Cohabitación doméstica, el reconocimiento de la comunidad, las Reglas de conducta habituales y alguna forma de ceremonia de establecimiento y alguna extensión en el tiempo.

De acuerdo con Halsall, algunas definiciones no incluidas como esenciales son el reconocimiento legal, el matrimonio existe en sociedades sin funciones legales o

existe matrimonio no legal en sociedades “legalmente constituidas”. Relación de amor, existencia de hijos, monogamia y la permanencia es el divorcio o separación permanente es permitido en la mayoría de sociedades. (De la Espriella, 2008, p. 177).

Por otro lado, Jürg (1985) señala que la pareja es una entidad basada en la relación entre dos personas procedentes de familias distintas, generalmente de diferente género, que toman la determinación de vincularse afectivamente para crear y compartir un “proyecto en común”.

De otra parte, según Hernández (1997), “La pareja se conforma para lograr la satisfacción estable y segura de las necesidades afectivas y sexuales de los cónyuges.

Mantener y mejorar las condiciones de subsistencia, incluida la económica, gracias a la complementariedad de dos personas con rasgos y recursos propios, contar con una fuente de apoyo y estímulo para el desarrollo como individuos, y dar cumplimiento a la función parental compartida”.

En palabras de Caillé (1992), “la pareja es un sistema interaccional en el que participan dos personas, quienes construyen algún tipo de vínculo relacional, particular y complejo, el cual no puede definirse a través de una serie de rasgos pre-establecidos, ni de características específicas”.

En términos generales, puede decirse que las parejas se conforman con el fin de lograr una satisfacción particular a nivel de necesidades afectivas, sexuales, económicas, todas ellas encaminadas a lograr un proyecto de vida en común. Moncriff. (2010. P 85).

Relaciones de Pareja.

La relación de pareja es un proceso complejo, determinado por un sinnúmero de factores que además de satisfacer las necesidades afectivas, sexuales y económicas; Formas de relación entre Satisfacción Marital y Sexual entre otras, puede proveer de múltiples experiencia al individuo, que contribuyen al proceso de formación tanto individual como colectiva.

En este sentido, después de un determinado tiempo y dependiendo del tipo de experiencia vivida, las relaciones de pareja pueden terminar en la ruptura o en la conformación de la vida en común. Diaz y cols. (2010, p. 16)

A este respecto, Jürg (1985) señala que tanto hombres como mujeres, tienen como objetivo hacer feliz a su pareja, esperando recibir el mismo tratamiento. De esta manera, cuando consideran que su pareja cumple con las expectativas, toman la determinación de contraer matrimonio, concibiéndose como la conexión más frecuente y estable de la edad adulta. Citado por. Diaz y cols. (2010, p. 16).

Corpas de Posada (2001) manifiesta que la vida de pareja puede entenderse como la interacción de un sistema que cuenta con recursos propios, que le permite el logro de sus objetivos. No obstante, para el logro de dichos objetivos, en la vida en pareja se deben administrar las responsabilidades, funciones y tareas que le corresponden a cada uno. Citado por: Diaz y cols. (2010, p. 17)

En coherencia con la afirmación anterior, Acevedo (2002) señala que la pareja es constructora permanente de su relación y esa misma medida, le permite trascender generar sentimientos de pertenencia a la familia, lo cual promueve el desarrollo del amor entre los miembros y la construcción de proyectos en común. Evolución de la Pareja, en palabras de Yela (2000), cuando un sujeto se siente en estado de enamoramiento y encuentra reciprocidad en su pareja; es decir, un enamoramiento mutuo, manifestado a través de una atracción física, expectativas románticas, intensa pasión, deseo de intimidad, se establece una relación amorosa. A partir de este momento, surge un compromiso mutuo de mantener una relación estable; la cual se fortalece mediante el desarrollo paulatino de una fuerte intimidad de pareja y de los vínculos afectivos entre ambos miembros de la pareja.

De la misma manera, Yela (2000) considera que a partir de esa primera fase de amor romántico pasional, comienza el desarrollo progresivo de un cierto compromiso de pareja en mantener la relación pese a todas las dificultades que se presenten. No obstante, (Fisher, citado por Yela, 2000), advierte que alrededor del cuarto año de la relación, ese amor romántico pasional, paulatinamente se convertirá en lo que

denomina amor compañero, debido a que después de un tiempo de convivencia con la misma persona, el ser humano ya no siente la misma intensidad en su estado emocional, ni una activación fisiológica tan fuerte ante la presencia del otro. Citado por: Diaz y cols. (2010, p. 18)

Este inevitable proceso psico-fisiológico, no sólo disminuye progresivamente la pasión, sino que permite percibir todos los defectos de la pareja, que en el estado de enamoramiento pasan desapercibidos. En coherencia con lo anterior, Tesser (citado por Yela, (2000) advierte que factores tales como: la rutina de la pareja, el paulatino crecimiento del compromiso, el sentimiento de propiedad sobre la pareja; entre otros aspectos, originan la disminución gradual de la pasión; dando lugar a una progresiva transformación en la relación, que muchos autores han llamado cambio del amor romántico - pasional a un amor de compañero. Diaz y cols. (2010, p. 18)

La pareja en Colombia.

En los últimos 50 años se han reconocido cambios en las parejas, entre otros: aspectos económicos, laborales, mayor autonomía de sus miembros, postergación en la edad de conformación, mayor existencia de uniones previas, dependencia de las familias de origen. Estos cambios reflejan, a su vez, variaciones culturales que incluyen, por ejemplo, los conceptos de masculinidad y feminidad, los ritos de conformación y la existencia de hijos.

Algunos aspectos históricos que se deben tener en cuenta se asocian con el estudio de 1997 sobre las relaciones de pareja, inicialmente inmersos en el análisis de la estructura familiar. Gutiérrez de Pineda estableció los complejos culturales existentes en Colombia y las tipologías familiares correspondientes. En la actualidad se deben redefinir sus características por procesos que incluyen las migraciones, los cambios culturales, la secularización, las uniones de integrantes de diversas regiones, etc.

En cuanto a la pareja, deben incluirse nuevos aspectos emergentes como son las parejas sin hijos, las uniones posteriores a separaciones o viudez, etc. De la Espriella, (2008, p. 176)

Historia del matrimonio y la pareja.

En la Roma clásica, el matrimonio (*conubium*) sólo podía contraerse entre ciudadanos. Los esclavos no podían casarse, ni ciudadanos con no ciudadanas. La ley romana definía el matrimonio como “*conjunctio maris et feminae*” (unión de hombre con mujer). El matrimonio en la Iglesia católica está definido como la unión sacramental entre un hombre y una mujer bautizados, y una definición similar es la encontrada en el *Corpus iuris civiles*, texto básico del derecho romano. Entre otras formas de unión entre hombre y mujer, se pueden mencionar la poliginia, la

poliandria, la unión de un hombre adulto con una menor de edad, el matrimonio por poder, el matrimonio “arreglado” por familiares, etc.

Además, en psicología existen otros tipos de parejas que buscan terapia y se definen a sí mismas como pareja (matrimonial), como son las parejas del mismo sexo, no convivientes o no reconocidas por sistemas de origen, la unión libre etc. Cuando intentamos demarcar el matrimonio de otras formas de unión, nos enfrentamos al problema de que no existen límites claros para definir a los integrantes que buscan terapia como tales.

En Colombia se ha presentado una mayor aceptación de parejas que no consideran el matrimonio. La Constitución Política de 1991 ha supuesto un mayor reconocimiento de libertades y estilos de vida diversos. Estas consideraciones de cultura, política, etc. constituyen una fuerza contextual evidente en la terapia y en las actuaciones del terapeuta que debe estar atento a definiciones cambiantes. De la Espriella. (2008, p. 177)

Familia de origen y pareja.

La representación del nosotros ocurre desde la configuración de los modelos cognitivos individuales, los mismos que han sido aprendidos en el contexto familiar de origen Andolfi, (1987a, 1987b, 1989). Citados por Pinto (2000, p. 36)

La terapia familiar transgeneracional explica que las historias familiares se repiten, nuestras expectativas con relación al otro son consecuencia de nuestra historia familiar, la forma de representar a la pareja es fruto de los patrones otorgados por las relaciones establecidas en nuestra familia de origen, sólo es posible ver aquello que aprendimos a ver, no existe aquello que no podemos nombrar, lo nuevo es asimilado sólo si tenemos referentes con los cuales establecer la comparación de tal manera que logremos configurar una identidad del estímulo diferente al estímulo padrón Von Foerster. (1987). Citado por Pinto. (2000, p. 36)

Indagar en la historia familiar de cada uno de los miembros de la pareja permite comprender los fundamentos del contrato matrimonial, los temores y expectativas, por ejemplo: el esperar del otro una eterna protección, temer la infidelidad, temer el consumo de alcohol, etc. Sólo cuando se identifican las creencias familiares introyectados será posible discutir la irracionalidad de las mismas, pues los mitos familiares se construyen siempre desde afirmaciones irracionales. Pinto, (1997). Citado por: Pinto. (2000, p. 36)

La Terapia se organiza a partir de la identificación de los postulados heredados hacia la elaboración de postulados inherentes a la pareja, es decir, se requiere de un divorcio de la familia de origen antes de que se pueda establecer el matrimonio entre los amantes; el problema surge de un estancamiento en la etapa de la emancipación juvenil durante el ciclo vital familiar Haley, (1987). Dicha emancipación no incluye solamente la separación física y afectiva de la familia de origen, sino que consiste, además, en la elaboración de una discriminación de pensamientos introyectados pero no reflexionados. Pinto, (2000, p. 36).

Pareja y autoestima.

Freud señaló que la salud mental debía mostrarse especialmente en dos áreas clave: el amor en nuestras relaciones de pareja y nuestros trabajos. Todos sabemos la importancia de ambas dimensiones en nuestra realidad. Reflexionemos, en esta sección, sobre la relación entre autoestima y relaciones de pareja.

La autoestima puede ser la causante de una buena o mala relación de pareja; es sumamente determinante desde el momento en que elegimos a la persona con quien queremos estar. Si tenemos una buena autoestima es probable que elijamos a una persona con similares características; pero si tenemos una baja autoestima, podemos ponernos en peligro. Cuando nuestra concepción personal es negativa o desfavorable, probablemente busquemos personas que nos recuerden lo poco que valemos, generando y viviendo en relaciones destructivas y conflictivas.

La primera definición formal aparece por William. J., (1890, en Harre y cols., 1990), donde señala que “La autoestima es igual al éxito dividido por las pretensiones”, un individuo estará satisfecho consigo mismo, si percibe que sus logros están a la altura de sus aspiraciones. Y un individuo podría aumentar su autoestima, aumentando sus logros o bien reduciendo sus aspiraciones. Citado por Valsamma (2006, p. 45)

Maslow (1954) la define como una necesidad o deseo de una valoración alta de sí mismo, con una base firme y estable, y que todas las personas tienen la necesidad de auto-respecto o de autoestima y de la estima de otros. Citado por Valsamma, (2006, p. 45)

Según Rosenberg (1965), “la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia el sí mismo”. Para Coopersmith (1967) la autoestima es la evaluación que el individuo hace de sí mismo y que mantiene de forma duradera; expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso. Citado por Valsamma (2006, p. 46)

Según Branden (1992), la autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos. Más concretamente consiste en: La confianza en nuestra capacidad de pensar, y de afrontar los desafíos de vida.

La confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos. Según McKay y Fanning (2000), la autoestima es la capacidad en una persona para definir quién es él o ella y entonces decidir que si te gusta o no esta identidad que das.

En general, la autoestima se refiere a una evaluación positiva de sí mismo que aporta el individuo. Y esto es compuesto de dos dimensiones distintas: competencia y valía. La dimensión competencia se refiere a las capacidades y eficacia que las personas mismas ven en sí mismas. La dimensión valía se refiere a la valía que siente el individuo Cast A. D, Burke, P. J, (2002). Citado por Valsamma, (2006, p. 46)

El amor o la carencia de él, sea considerado un problema importante en la vida de millones de personas en todo el mundo Dryden y Gordon, (2002). Según Fromm

(1959), la vivencia de la separatidad provoca angustia; es la fuente de toda angustia, y estar separado significa estar aislado, sin posibilidad alguna para utilizar sus poderes humanos y de allí estar separado significa estar desvalido, ser incapaz de aferrar el mundo- las cosas y las personas – activamente significa que el mundo puede invadirme sin que yo pueda reaccionar.

Entonces aquí Fromm afirma que, la necesidad más profunda del hombre es, la necesidad de superar su separatidad y abandonar la prisión de su soledad. Se le considera al amor como un afecto, sentimiento o emoción que hace desear el bien de sí mismo y los demás. Bajo esta perspectiva, el amor es un sentimiento que la mayor parte de las veces ayuda a aumentar la autoestima y el sentimiento de felicidad. Citado por Valsamma, (2006, p. 47)

Por otro lado dice Fromm (1959), es el amor a sí mismo, el amor y la comprensión del propio sí mismo, no pueden separarse del respeto, el amor y la comprensión del otro individuo. El amor a ti mismo está inseparablemente ligado al amor a cualquier otro ser. Citado por Valsamma (2006, p. 47)

Dryden y Gordon (2002), señalan que, el rechazo puede darse en una relación, cuando uno de los dos cambia de opinión respecto a comprometerse, y todavía más problemático suele ser el caso de una relación amorosa estable con la pareja escogida en la que, pasado el tiempo, uno de los dos súbitamente rompe la relación, a veces sin dar ningún tipo de explicación, y en la mayoría de los casos el problema emocional que resulta de la pérdida que sufre la persona rechazada suele derivar en depresión, sentimiento de humillación, angustia, ira e incluso culpabilidad. Citado por Valsamma, (2006, p. 48).

Los individuos que se obsesionen tanto con la pérdida de su pareja, se quedan profundamente afectados; Dryden y Gordon, dice que es importante superarse de este sufrimiento de la manera más rápida y eficiente. La persona que se aferra en los sentimientos de humillación, depresión u otros sentimientos por ser rechazada y no quiere reestablecerse su estado emocional, es también consecuencia de un bajo nivel de aceptación de sí misma y de tolerancia a la frustración. Y Dryden y Gordon (2002), da énfasis en lo siguiente: cuando un individuo es rechazado por otro cuyo amor o aprecio considera importante, admite que es triste y frustrante, pero no se deja llevar por la idea de que es horrible y no puede soportarlo, y además no elimina el deseo de amor y aprecio. Valsamma, (2006, p. 48).

Pareja y satisfacción sexual.

La satisfacción sexual puede definirse como “una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales” Byers, Demmons y Lawrance, (1998, p. 268). Carrobles y Sanz (1991) la consideran como la última fase de la respuesta sexual, que seguiría a las de deseo, excitación y orgasmo, estando asociada a la frecuencia y variedad de las actividades sexuales llevadas a cabo. Citados por Sierra y cols., (2009, p. 37)

En el estudio de la satisfacción sexual, se ha encontrado que está determinada por variables interpersonales e intrapersonales y no tanto por variables sociodemográficas (Auslander, Rosenthal, Fortenberry, Biro, Bernstein y Zimet, 2007). No obstante, respecto a éstas últimas se ha encontrado que la satisfacción

disminuye con la edad Christopher y Sprecher, 2000; Young y otros (2000), no estando tan claro el papel del sexo; así, algunos estudios han encontrado mayor satisfacción en los hombres (Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer y Pan, 2007; Richters, Grulich, De Visser, Smith y Rissel, 2003; Walfisch, Maoz y Antonovsky, 1984) y otros en las mujeres (Ojanlatva, Helenius, Rautava, Ahvenainen y Koskenvuo, 2003; Renaud, Byers y Pan, 1997; Ventegodt, 1998). Citados por Sierra y cols., (2009, p. 37)

Parish y otros (2007) señalan cinco factores diferentes que pueden afectar a la satisfacción sexual: a) prácticas sexuales, como una mayor variedad de técnicas sexuales, mayor frecuencia de intercambio y orgasmo, y la participación en actividades sexuales no coitales b) aspectos socio-emocionales de la relación con la pareja, la satisfacción sexual se relacionaría de forma directa con el deseo sexual y con la satisfacción global en la pareja y el bienestar marital c) conocimientos, actitudes y valores hacia la sexualidad, como fuertes valores religiosos, escasos conocimientos acerca de la sexualidad y poca asertividad sexual se asocian con baja satisfacción (Haavio-Mannila y Kontula, 1997; Hurlbert, 1991); Citados por Sierra y otros. (2009. P. 37) d) salud física y vitalidad, como las enfermedades coronarias Lukkarinen y Lukkarinen, (2007) o la depresión (Bancroft, Loftus) también se relacionan con baja satisfacción sexual; y e) barreras ambientales, como la falta de intimidad Pimentel, (2000), disminuyen la satisfacción sexual. Citados por Sierra y cols., (2009, p. 38)

Finalmente, y teniendo como referencia el modelo de respuesta sexual de Carrobbles y Sanz (1991), hay que señalar que la excitación sexual también se relaciona con la satisfacción, ya que se ha encontrado que las personas con trastornos de la excitación muestran menores niveles de satisfacción sexual, sobre todo física

(Graziottin, 2004; Hoon, Hoon y Wincze, 1976; Leiblum, Seehuus y Brown, 2007). Citados por. Sierra y cols., (2009, p. 262).

Actitudes del Rehabilitador en la Sexualidad de Pacientes con Lesión Medular.

Cole (1975) menciona que los temas sobre la sexualidad deben dejarse en manos de una persona que resulte “eficaz”, de modo que el paciente no padezca las consecuencias de un consejo mal formulado, la rehabilitación se encamina a obtener un mejor estado de salud y la sexualidad es “algo distinto de la salud” es decir que tratar la sexualidad puede constituir una distracción de otros aspectos más importantes de la rehabilitación, el aspecto sexual debe ser abordado por el especialista en rehabilitación además debe ser tratado como en las demás áreas de la rehabilitación, fomentando y utilizando las capacidades residuales; No hay sexualidad de discapacitados, hay sexualidad humana, con todo su abanico de posibilidades. Castillo, (2001, p. 5).

Dando una perspectiva amplia, el presente trabajo investigativo analiza a la pareja y las definiciones de su origen a través de Von Foerster. (1987), así como es relevante extender desde el enfoque sistémico una perspectiva de los roles que se manejan, la comunicación, la pareja y el manejo de la autoestima, como también la satisfacción sexual que se genere dentro de ella. De igual manera las terapias que se manejan con el enfoque desde la disfuncionalidad de un sistema. Pinto. (2006, p. 67).

Capítulo III: Lesión Medular

Evolución en la Investigación Sobre la Lesión Medular

La lesión medular es una patología estudiada desde la antigüedad, tal como lo demuestran los testimonios encontrados en la cultura egipcia y en los escritos de Hipócrates.

Aguado, en su historia de las deficiencias (1995, p.43), sitúa la primera definición de la Lesión Medular, descrita como “una dolencia que no puede ser tratada”, en el Papiro quirúrgico de Edwin Smith, el texto de carácter médico más antiguo conocido, redactado probablemente en el tercer milenio a.C., copiado en torno a 1600 a.C. y encontrado en 1862 por el egiptólogo americano que le da nombre.

Hipócrates (460-377 a.C.), padre de la Medicina, ofrece también una descripción bastante precisa de la paraplejia, sus complicaciones y algunos de sus remedios, entre ellos los relativos a la ingesta de líquidos y la dieta adecuada. Así mismo, este autor describe métodos como la reducción por tracción y el banco de extensión para el tratamiento de las dislocaciones vertebrales.

Pero es al finalizar la II Guerra Mundial, con las investigaciones del médico inglés Ludwig Guttmann (1901-1981), una autoridad en lesionados medulares y fundador del Centro de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, cuando se producen espectaculares avances en el estudio, el tratamiento y la rehabilitación de la Lesión Medular. Este autor establece las bases para la concepción de la rehabilitación integral de los lesionados medulares, reconociendo de forma explícita la importancia de los factores psicológicos. Citados por (Rueda y cols., 2003, p. 23).

Brucker (1983) define la Lesión Medular como: “una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión. El daño puede implicar la ausencia del control voluntario de los músculos esqueléticos, la pérdida de sensación y la pérdida de función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual” (pág. 285). Según esta definición, las consecuencias de la Lesión Medular afectan a todos los ámbitos de la vida de la persona, tanto física como psicológica y socialmente.

Las secuelas físicas y neurológicas pueden alterar la movilidad voluntaria, el control de esfínteres, la sensibilidad, la respuesta sexual y el funcionamiento del sistema autonómico, según el nivel de la lesión. Cabe destacar, y no en menor medida, las variables psicosociales en juego, los cambios en el estilo de vida y su influencia en la dinámica familiar y social, que exigen a la persona grandes esfuerzos de afrontamiento y de adaptación a la nueva realidad.

En lo referente al pronóstico, hasta no hace demasiado tiempo se consideraba muy grave. Actualmente, gracias al progreso de la Medicina y de la rehabilitación, la morbilidad y la mortalidad han descendido drásticamente en la última década (Brown, 1992; DeVivo y Stover, 1995; Richards, Kewman y Pierce, 2002). Citados por Rueda y cols., (2003, p. 24).

En la actualidad, lejos de ser considerada una lesión mortal, el período de hospitalización con cuidados asistenciales intensivos se complementa con un tratamiento rehabilitador para optimizar la funcionalidad y la autonomía en las actividades de la vida diaria. Se intenta que la persona se incorpore cuanto antes a la vida en sociedad, realice un seguimiento médico periódico y tenga un papel activo en su mantenimiento y prevención de posibles complicaciones.

Junto al control de los aspectos médicos, las variables psicológicas, sociales y ambientales tienen también un papel fundamental en su calidad de vida (Trieschmann, 1992). Consecuencia directa de dichos avances médicos es el aumento considerable de la expectativa de vida de los lesionados medulares, que Brucker (1983) situaba ya en 30,2 años después del accidente y que publicaciones más recientes aproximan a la de la población general (Castro y Bravo, 1993; Go, DeVivo y Richards, 1995; Richards, Kewman y Pierce, 2002). Citados por Rueda y cols., (2003, p. 24)

Este incremento de la expectativa de vida amplía el campo de actuación y los retos que se plantean en la rehabilitación de la Lesión Medular, en este sentido, cobran importancia los aspectos evolutivos y se introducen nuevos ámbitos, como el

envejecimiento de los lesionados medulares y la necesidad de considerar su proceso de adaptación durante los diferentes ciclos de la vida (Trieschmann, 1987; Eisenberg y Saltz, 1991; Holicky y Charlifue, 1999; Kemp y Krause, 1999; McColl, Stirling, Walker, Corey et al., 1999). Citados por Rueda y cols., (2003, p. 25)

En este sentido, discapacidad y Tercera Edad, en general, constituye un área creciente de investigación. Su estudio en los diferentes grupos de discapacitados permitirá obtener información para atender a sus necesidades específicas. La creciente importancia del proceso de envejecimiento de las personas con Lesión Medular, ya presente en las investigaciones de Decker (1982) y Schultz y Decker (1982), se refleja en los trabajos más recientes de Zarb, Oliver y Silver (1990), Cushman y Hasett (1992), Krause y Sternberg (1997), Tun, Tun y Wingfield (1997) y Quinn (1998). Citados por Rueda y cols., (2003, p. 25).

Definición y Estudios de las Lesiones de la Médula Espinal.

La Lesión Medular puede definirse como todo proceso patológico (conmoción, contusión, laceración, compresión o sección), de cualquier etiología (traumática y no traumática), que afecta la médula espinal, y puede originar alteraciones de la función neurológica por debajo de la lesión: motoras, sensitivas y autonómicas.

La complejidad del déficit neurológico, y por tanto del cuadro clínico resultante, depende del nivel y la completitud de la lesión, la extensión transversal o longitudinal del tejido lesionado, y la afectación de sustancia blanca o gris.

Diferentes estudios en el tema reportan una mayor incidencia de la lesión medular en hombres, la cual oscila entre 66 y 92% para los distintos países, representando una relación promedio hombre / mujer de 4:1. Se desconocen datos estadísticos para toda Colombia, sin embargo, en la investigación de Lugo et ál. Realizada en pacientes con trauma raquimedular (TRM) admitidos en el Hospital San Vicente Paúl de Medellín entre septiembre de 1999 y diciembre de 2001, se encontró una proporción de 86% de hombres contra un 14% de mujeres. . Citados por (Henao y cols., 2010, p.161)

El sexo es una variable que ha sido importante en el momento de abordar la discapacidad asociada a la lesión medular. Krause y Broderick, en su estudio para identificar diferencias en cuanto a bienestar subjetivo, participación y salud general de acuerdo con el sexo, encontraron que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al nivel de la discapacidad evaluada a través del CHART (Craig Handicap Assessment and Reporting Technique), instrumento que mide la integración en la comunidad a través de variables de independencia física, movilidad, ocupación, integración social y autosuficiencia económica. . Citados por Henao y cols., (2010, p. 161)

Sin embargo Sipski et ál., en el estudio sobre el efecto del sexo en la recuperación neurológica y funcional después de una lesión espinal, encontraron que las mujeres mostraron una mejor recuperación neurológica natural que los hombres (utilizando el índice motor ASIA), no obstante, en un nivel y grado de lesión neurológica determinado, los hombres tienden a ser funcionalmente mejores que las mujeres al momento de ser dados de alta del proceso de rehabilitación (utilizando la subescala motora del FIM – Functional Impairment Scale). . Citados por Henao y cols., (2010, p. 161).

En cuanto a la edad de ocurrencia, la Lesión Medular se presenta principalmente en personas jóvenes entre los 16 y 35 años. La mayoría de estudios a nivel mundial reportan en sus muestras un promedio de edad entre 28 y 33 años.

Lugo et ál. Encontraron un promedio de edad de 32,6 años en su serie de casos colombianos (Medellín). Garzón, en un estudio realizado en Bogotá, reporta que la edad de las personas con Lesión Medular es en promedio de 35,8 años. La edad ha sido establecida como factor predictor significativo de supervivencia en esta población; de igual manera, se ha reportado que algunos de los cambios funcionales a largo plazo se asocian de forma importante con esta variable, encontrando además que aquellos pacientes lesionados con mayor edad, tienen un mayor riesgo de mortalidad. Citados por Henao y cols., (2010, p.162)

Características Médicas de la Lesión Medular (LM).

La médula espinal forma parte del Sistema Nervioso Central y constituye la vía principal por la que el cerebro recibe y envía información al resto del organismo. Su

interrupción produce parálisis de la movilidad voluntaria y ausencia de toda sensibilidad, por debajo de la zona afectada. Según si la lesión es completa o parcial y en función del nivel al que esta se produzca, las consecuencias de la misma serán más o menos discapacitantes. (Palacios y cols., 2013, p. 16), algunas de las complicaciones médicas más comunes de la Lesión Medular son: una alteración de la vejiga y del esfínter por disinergia vésico-esfinteriana, alteración de la función intestinal por enlentecimiento del tránsito a nivel del intestino grueso, alteración de las funciones sexuales, además se presenta una afectación en sistemas vascular por afectación del sistema simpático y parasimpático, provocando desregulación de la tensión arterial a los cambios posturales y ortostatismo, se presenta dificultad para el control termorregulador y del sistema exocrino, a nivel endocrino se presentan por desregulación de la homeostasis. Añadiendo a esa la presencia de dolor crónico provocada por la alteración en el gate control medular en el lugar lesional.

Otras complicaciones y/o deficiencias sobreañadidas frecuentes son: alteraciones en la regulación neurovegetativa hipotensión arterial neurovegetativa, hipotensión arterial o crisis de disreflexia autónoma, úlceras por decúbito, espasticidad, secuelas neurorespiratorias, secuelas urinarias (infecciones, litiasis), secuelas intestinales (estreñimiento e impactación fecal) y osteoporosis. Palacios y cols., (2013, p.16)

A día de hoy, las consecuencias de una Lesión Medular completa son irreversibles, puesto que la médula espinal no se regenera y su complejidad y estructura hacen que la reparación quirúrgica, con las técnicas actuales, sea imposible.

Por tal razón actualmente se llevan a cabo importantes esfuerzos para prevenirla, así como para desarrollar nuevos procedimientos quirúrgicos y tecnológicos que contribuyan a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas afectadas De Jong, (2011). No obstante, gracias a los continuos avances médicos científicos, los pacientes con Lesión Medular incompletas pueden beneficiarse enormemente de los programas de rehabilitación integral, ofrecidos en las unidades especializadas.

Además de esto a nivel mundial se sigue investigando en dos caminos diferentes, como lo son siguientes la neuroprotección, deteniendo la excitotoxicidad y controlando la inflamación, la neuroregeneración a través de células madre, para conseguir una posible mejora de la funcionalidad en el futuro (Courtine, van den Brand y Musienko, 2011) citado por Palacios y cols., (2013, p. 16).

Características Psicopatológicas del Paciente con Lesión Medular.

Los pacientes con Lesión Medular son un grupo relativamente homogéneo en cuanto a la patología, pero distinto en cuanto al sexo, edad y causa de la lesión, la labor psicoterapéutica irá encaminada, principalmente, a paliar algunas consecuencias psicosociales de la lesión. Por ejemplo: dependencia, pérdida de control, cambio en las normas de comportamiento, miedo, preocupación por la respuesta socio-familiar, etcétera.

En general, los diagnósticos psicopatológicos más comunes en IPE en las ULM pueden clasificarse en varias categorías generales, Judd y Burrows, (1986), como aquellas quejas somáticas del paciente sin presencia de causas orgánicas que las justifiquen (p.e. dolor). La mayoría de las veces se relacionan con depresiones encubiertas o reacciones desadaptativas de estrés, otros serían los cambios en el

comportamiento habitual del paciente (p.e. problemas de atención, estado de ánimo aplanado). Esto puede deberse, no solo a trastornos adaptativos y/o alteraciones emocionales a causa de la lesión, sino a la existencia de daños cerebrales añadidos, como traumatismos craneoencefálicos o similares, y finalmente se habla de comportamientos “anormales” del paciente, que interfieren tanto en su funcionamiento cotidiano, como en los tratamientos médicos y en su proceso de rehabilitación (p.e. negación, falta de adherencia a las pautas médicas, agresividad, dependencia excesiva, etcétera).

La manera de reaccionar a una Lesión Medular es muy distinta según cada individuo y siempre multicausal. Palacios y cols., (2013, p. 20) algunas de las fases comúnmente descritas por las que este tipo de pacientes pueden pasar son las que siguen a continuación Stewart, (1994); Vocatura, (2009), primero el Shock emocional que se presenta inmediatamente después del accidente transcurre un periodo en el que el individuo no es del todo consciente de lo que ocurre a su alrededor y las preocupaciones del paciente suelen centrarse en su estado orgánico, es decir, en la pérdida de movilidad y de sensibilidad en algunas zonas de su cuerpo, así como en el temor a sentir dolor o a que este persista. En esta fase puede existir una cierta desconexión de la realidad con desorientación temporo-espacial, lo que será susceptible de favorecer el shock emocional del paciente. En estos momentos, el paciente suele presentar una gran demanda afectiva con petición reiterada de ver y estar con su familia. La segunda fase sería la negación esta se trata de una defensa inconsciente de la realidad. En su justa medida, puede resultar positiva, puesto que concede tiempo al individuo para pensar en su nueva situación. Sin embargo, si el paciente no avanza y no es capaz de ajustarse a su situación actual, la negación generará una distorsión de la realidad excesiva que conllevará estrés, ansiedad, y dificultará su tratamiento y proceso de rehabilitación, se habla igualmente de la etapa de protesta, en esta etapa el paciente presenta una captación parcial de la realidad,

poca tolerancia, sentimiento de injusticia y, a menudo, falta de colaboración con el tratamiento. Así, el paciente adopta una actitud muy crítica. Pasa de la etapa del “yo no” al “por qué yo”. Considera su limitación injusta y le parece difícil imaginar un futuro dada su lesión. La cólera continuada puede alejar al paciente, tanto del personal sanitario, como de su propia familia. En esta etapa es necesaria una gran comprensión y sensibilidad por parte de todo el entorno socio-familiar y profesional a su cargo.

Además se menciona la etapa de negociación (intento adaptativo) aquí el paciente intenta adaptarse mostrando gran interés y depositando muchas esperanzas en la rehabilitación física. Dado que, generalmente, las expectativas de recuperación no son muy ajustadas a la realidad, en cuanto al tiempo para conseguir los objetivos o incluso en cuanto al grado de recuperación posible (p.e. pensamiento fantasioso), esto puede suponer tres posibles evoluciones del paciente como vuelta a la etapa de protesta o agresividad, Paso a la etapa depresiva, o la etapa adaptativa no pasando por la etapa depresiva. Esta última significaría un éxito en su proceso de adaptación a la lesión. En la Etapa depresiva la captación de la realidad con una tendencia al polo negativo o pesimista, sin que el paciente vea salida. La depresión en pacientes con lesiones recientes se considera natural y legítima Bas, Gala-León y Díaz, (1994). En esta etapa el paciente requerirá mucha atención y comprensión por parte del equipo de profesionales. Si la depresión es estrictamente reactiva, se puede esperar que desaparezca paulatinamente. Es importante detectarla y tratarla precozmente ya que puede llevar al paciente a actitudes desadaptativas, como por ejemplo, no valorarse a sí mismo, no colaborar en la rehabilitación, o tener miedo al futuro.

En la etapa de aceptación: Se asume la limitación y se vive de forma positiva la realidad, desarrollando las propias potencialidades y buscando soluciones a

problemas concretos. Estas etapas suceden dentro de un proceso, el cual no siempre se concluye, pudiendo quedar el paciente fijado en cualquiera de ellas, o bien regresar a etapas anteriores que ya han sido superadas. Asimismo, un paciente no tiene por qué pasar por todas estas etapas, ni hacerlo de forma secuencial. Elliott, Herrick, Witty, Godshall y Spruell, (1992). Citados por Palacios y cols., (2013, p. 47)

Apoyo social: La dificultad para el acceso y utilización efectiva de los sistemas de apoyo, puede contribuir al desajuste físico y psicológico. En general, mayores alteraciones psicosociales tras la lesión evidencian un peor pronóstico Judd y Brown, (1988). Las complicaciones psicopatológicas más frecuentes que convendrá evaluar y prever en los pacientes con LM incluyen la depresión, la conducta suicida, el abuso de alcohol y de otros tóxicos (más del 50%), así como los déficits cognitivos, sobre todo en aquellos pacientes con LMA-T (Véase Figura 1); (Frank, 1987; Post y van Leeuwen, 2012; Smedema y Ebener, (2010). Citado por Palacios y cols., (2013, p. 47)

Sexualidad en el Lesionado Medular.

Cuando se habla de la sexualidad en las personas con lesión medular es frecuente que se asuman varias posturas entre las que destacan una posición eminentemente rehabilitatoria-biologicista, enfatizando los niveles de la lesión y lo que podrá hacer en relación a lo sexual, una visión androcéntrica, ya que solo hace referencia a los varones con lesión medular en la búsqueda de lograr una erección y la referida a que no pasa nada, ya que lo más importante es el amor y el amor lo puede todo.

En todas ellas se evidencian las concepciones subyacentes, esto es, en la primera subyace la idea de que algo anda mal y se le debe rehabilitar, en la segunda una idea equívoca de sexualidad pues no es sólo el coito y la erección lo importante, y la tercera la negación a algo que le da una vuelta a la relación de pareja y al hacerlo no se plantean alternativas integrales.

La experiencia de trabajo con lesionados medulares (varones y mujeres) muestra el dolor con el que viven al ver como su cuerpo cambia en todos los sentidos: fisiológico, imagen corporal, sensibilidad, solo por mencionar algunos. Ese cuerpo conocido se torna en un perfecto desconocido que parece se empeña en enfrentar a la persona a mostrarle su falta de control y dominio sobre él donde poco a poco se le domina y se vuelven amigos, sin embargo el terreno de la sexualidad permanece silenciado y en muchos casos acaso cancelado. Bonilla, (2009, p. 7).

Lesión Medular, Estrés y Proceso de Adaptación.

La explicación del proceso de adaptación a la Lesión Medular se ha ido desarrollando con las aportaciones de las diferentes teorías psicológicas hasta llegar a la incorporación de los estudios sobre el estrés y el afrontamiento.

La evolución del estudio del afrontamiento de la Lesión Medular es un claro reflejo de la evolución de los modelos teóricos que han existido en psicología de la rehabilitación para entender dicho proceso de adaptación.; caracterizado inicialmente por la presencia de un enfoque psicodinámico y la convergencia teórica con el modelo de las etapas, para ir avanzando hacia la defensa de las diferencias

individuales, con la incorporación de las variables cognitivas y el acercamiento a las teorías de personalidad.

Inicialmente el afrontamiento de la Lesión Medular se identificaba con los mecanismos de defensa y se hablaban de *etapas de afrontamiento*, pero a finales de los años ochenta y, principalmente durante los noventa, el estudio del afrontamiento de la Lesión Medular experimenta un salto cuantitativo y cualitativo, con la incorporación del modelo cognitivo del estrés y la utilización de instrumentos estandarizados para su evaluación. En general, y tomando la utilización de dichos instrumentos como criterio de referencia, diferenciamos un enfoque *preempírico* y *otroempírico* en sus investigaciones.

En este sentido, existe una creciente presencia del afrontamiento en los estudios sobre lesionados medulares, desde los trabajos iniciales de Silver y Wortman (1980), Felton y Revenson (1984), a aquellos que introducen el afrontamiento como una variable central de la adaptación a la Lesión Medular, como Frank, Elliott, Corcoran y Wonderlich (1987), Frank, Umlauf, Wonderlich, Askanazi et al. (1987), Buckelew, Baumstark, Frank y Hewett, (1990), Buckelew, Frank, Elliott, Chaney et al. (1991), Barone (1993), Hanson, Buckelew, Hewett y O'Neal (1993), Meyer (1998), Soltz (1998), Elfström, Rydén et al (2002), Elfström, Rydén et al (2005), Martz, Livneh, Priebe, Wuermsler y Ottomanelli (2005).

Esta mayor presencia va acompañada de una defensa de la bondad del modelo cognitivo del estrés para entender el proceso de adaptación a la Lesión Medular, en el que el afrontamiento ocupa un lugar central en clara interacción con otras variables

psicológicas (Gerhart, Weitzenkamp, Kennedy, Glass y Charlifue, 1999; Galvin y Godfrey, 2001; Pollard y Kennedy, 2007).

Elliott y Frank (1996) sugieren la conveniencia de que las teorías sobre la adaptación a la Lesión Medular adopten una perspectiva biopsicosocial que tenga en cuenta los efectos interactivos entre la Lesión Medular, los estresores psicosociales y el trinomio persona ambiente, familia. Ello permitiría explicar las diferencias individuales, predecir la depresión y otros indicadores de dicha adaptación.

Consecuencia directa de la influencia de las teorías del estrés en la psicología de la rehabilitación es la consideración de la Lesión Medular como un suceso estresante cuya aparición produce muchos cambios en la vida de la persona y le requiere grandes esfuerzos de adaptación. Su naturaleza estresante se deriva de tres elementos principales: las diferentes fuentes de estrés, la naturaleza mixta del suceso estresante considerado como un suceso vital mayor con estresores diarios, y la dimensión objetividad - percepción subjetiva.

En esta situación nueva que supone la Lesión Medular, de aparición repentina y frecuentemente traumática, las demandas estresantes pueden provenir de diferentes fuentes como son: su propio *organismo* y los cambios experimentados ante la aparición de la lesión; la *situación hospitalaria* y los tratamientos médicos a los que se ve sometida, y el *entorno social* en el que se encuentra inmersa, siendo de especial relevancia la familia y las actitudes sociales, todos estos factores deben considerarse desde una perspectiva temporal que se inicia en la fase aguda y continúa a lo largo de la vida.

A pesar de la creciente atención que ha recibido el afrontamiento en el estudio de la Lesión Medular, existe una falta de coherencia y unanimidad en cuanto a las teorías, su forma de evaluación, los resultados obtenidos, su significado y su papel en el proceso de adaptación, de hecho, los planteamientos existentes en las investigaciones del afrontamiento de la Lesión Medular adolecen de un modelo teórico apoyado en la evidencia empírica, caracterizándose por un pluralismo teórico y metodológico. Rueda y Aguado, (2003, p. 33).

Para finalizar se analiza la Lesión medular como concepto y la evolución que ha tenido a través de investigaciones que se han realizado en el transcurso de la historia, con aportes como el del médico inglés Ludwig Guttmann (1901-1981), donde se alcanzaron grandes avances, y de ahí en adelante estudios que fortalecieron esta situación de discapacidad. En ese sentido, es preciso resaltar algunos conceptos, como lo son las características de la lesión medular y características psicopatológicas del paciente producidas por la misma, por último la inclusión del proceso de adaptación, acompañada también del desarrollo de la sexualidad en las personas con esta discapacidad.

Metodología

La investigación se realizó de tipo exploratorio, descriptivo, utilizando el enfoque mixto con predominancia cualitativa, puesto que se da a conocer características y propiedades de una población que no se ha abordado con anterioridad.

Enfoque Cuantitativo

Utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y el uso frecuentemente de la estadística para establecer exactitud. Se fundamenta en el método hipotético deductivo. Establece teorías y preguntas iniciales de investigación, de las cuales se derivan hipótesis. Estas se someten a prueba utilizando diseños de investigación apropiados. Mide las variables en un contexto determinado, analiza las mediciones, y establece conclusiones. Utiliza medición numérica, conteo, y estadística, encuestas, experimentación, patrones, recolección de datos. (Sampieri, 2014)

Sin embargo, sus estudios profundizan en la realidad objetiva, siendo esta objetiva e independiente de creencias, y más susceptible de conocerse. Y es necesario conocerla a través de información. La recolección y el análisis de datos que se siguen son confiables. Se asocia con experimentos. Tiene como objetivo lograr que las creencias del investigador se acerquen a la realidad del ambiente. Sampieri, (2014).

Enfoque Cualitativo

Utiliza la recolección y análisis de datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. Parte de un esquema inductivo. Expansivo, se utiliza para descubrir y refinar preguntas de investigación. Se basa en descripciones y observaciones. Método de análisis

interpretativo, contextual y etnográfico. Utilizan técnicas que no pretenden medir ni asociar mediciones con números: utiliza observación no estructurada, entrevistas en grupos, evaluación de experiencias personales, inspección de historias de vida, interacción con grupos, etc. Los estudios se conducen en ambientes naturales, cotidianos. Como vive, como se comporta la gente, que piensa, cuáles son sus actitudes. Las preguntas de investigación no siempre se definieron antes. Los significados no intentan reducirse a números ni ser analizados de forma estadística.

El investigador está directamente involucrado con las personas que estudia y sus experiencias, por lo que adquiere un punto de vista “interno”, aunque mantiene una perspectiva analítica. Utiliza técnicas de investigación flexibles. Produce datos en forma de notas extensas, diagramas, mapas, para generar descripción detallada. Analiza tanto los aspectos explícitos como los implícitos e inconscientes. La realidad subjetiva es parte del objeto de estudio. Maneja paradojas, incertidumbre, ética y ambigüedad. Van de lo particular a lo general, exploran y describen y luego general teoría. (Sampieri, 2014).

Enfoque Mixto

(Hernández, Fernández & Baptista, 2003; citados por Pereira, 2011), señalan que los diseños mixtos: representan el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan en todo el proceso de investigación, o, al menos, en la mayoría de sus etapas, agrega complejidad al diseño de estudio; pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques. (p. 21).

Por otra parte, (Johnson & Onwuegbuzie 2004; citados por Pereira, 2011) definieron los diseños mixtos como “el tipo de estudio donde el investigador mezcla o combina técnicas de investigación, métodos, enfoques, conceptos o lenguaje cuantitativo o cualitativo en un solo estudio” (p. 17).

Señala Cameron (2009) que las investigaciones con diseños mixtos han cobrado fuerza en áreas tan diversas como: consejería, ciencias sociales y humanas, negocios, investigación evaluativa, medicina familiar, lo cual “provee evidencia empírica, de la extensión y utilización de los métodos mixtos en la investigación contemporánea” (traducción personal, p. 4). Por otra parte, Johnson y Onwuegbuzie (2004), Onwuegbuzie y Leech (2006) plantearon que las investigaciones con un diseño mixto podían ser de dos tipos: Con modelo mixto: en el cual se combinan en una misma etapa o fase de investigación, tanto métodos cuantitativos, como cualitativos. Con método mixto: en cuyo caso, los métodos cuantitativos se utilizan en una etapa o fase de la investigación y los cualitativos en otra. Citados por Pereira, (2011).

Población

Para la realización de esta investigación, se tuvieron en cuenta parejas con una relación estable, del corregimiento de la Loma, perteneciente al municipio El Paso, en el departamento del Cesar, con una población de 22.832 habitantes, el cual no presenta un censo total de la población en estas condiciones.

Muestra

Tres parejas, dentro de la cual uno de los integrantes de cada relación, tiene como diagnóstico la lesión medular, esta investigación se realiza en el corregimiento de la Loma perteneciente al municipio El Paso, ubicado en el departamento del Cesar, la participación fue de manera voluntaria, con una muestra intencional, no probabilística que según Sampieri (2014) es cuando la elección de los elementos, no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con el investigador o del que hace la muestra, las muestras no son representativas por el tipo de selección, son informales o arbitrarias y se basan en supuestos generales sobre la distribución de las variables en la población; donde se recolectó la información necesaria de las parejas incluidas en este estudio.

Técnicas

El tipo de investigación para este estudio monográfico, fue de corte mixto, donde incluye las características de los enfoques cualitativo y cuantitativo,

desarrollando las técnicas de entrevista semiestructurada y dos escalas: una de Autoestima de Rosenberg (RSE) y la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS).

Categorías

Satisfacción sexual.

Pinney E., Gerard M., y Danney M. (1987) definen a la satisfacción sexual como: “una evaluación subjetiva del agrado o desagrado que una persona tiene con respecto a su vida sexual, o bien, como la capacidad del sujeto de obtener placer sexual mediante el coito o la cúpula”. Satisfacción sexual podría definirse también como “Respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales” (Byers, Demmons y Lawrance, 1998). Citados por Trivillo (2013)

Autoestima.

Reasoner, citado por Raffini (1998), define “la autoestima como la apreciación del propio valor e importancia, caracterizada por la posibilidad de responsabilizarse de uno mismo y de actuar de manera responsable hacia los demás, inherentes al individuo como ser humano, por lo tanto debe brindarse la oportunidad de experiencias que le generen sentimiento de orgullo, evitando aquellas que puedan producir expectativas que culminen en la desvalorización.

Entrevista semiestructurada

(Medina, 2014) Cita a Sabino, (1992:116) el cual comenta que la entrevista, desde el punto de vista del método es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación. El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones. Por razones obvias sólo se emplea, salvo raras excepciones, en las ciencias humanas.

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su misma naturaleza es casi imposible de observar desde fuera. Nadie mejor que la misma persona involucrada para hablar acerca de todo aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o proyecta hacer.

Las preguntas pueden ser estructuradas o semiestructuradas, para esta se llevan a cabo las semiestructuradas para obtener información cualitativa, las cuales se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre temas deseados (Hernández et al, 2003:455). Una entrevista semiestructurada (no estructurada o no formalizada) es aquélla en que existe un margen más o menos grande de libertad para formular las preguntas y las respuestas (Sabino 1992:18). Citados por (Medina, 2014). Ver apéndice B

Escala de autoestima de Rosenberg (RSE)

Escala de Autoestima de Rosenberg Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Ver apéndice D

Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS)

Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSS), (Pérez, 2013), evalúan el grado de satisfacción sexual con pareja, y se responden en una escala de tipo Likert de 1 (Nada satisfecho) a 5 (Extremadamente satisfecho), considerando la puntuación 3 el punto medio entre ambos extremos. El instrumento tiene en cuenta la dimensión personal y relacional de la persona, abarcando aspectos fundamentales de la satisfacción sexual tales como: sensaciones sexuales, concienciación sexual, intercambio sexual, apego emocional y actividad sexual. Ver apéndice C

Procedimiento

Fase inicial: en esta fase se genera expectación por describir la interacción entre autoestima y satisfacción sexual, relacionada con lo anterior se realiza una revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias, sobre información referida y relacionada con el problema de investigación, lo que sin duda constituye una herramienta en la orientación de la investigación.

Fase de desarrollo: en este punto la presente investigación se realizó con la aprobación de cada individuo, tres parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular (Paraplejia, Cuadriplejia), para lo cual los investigadores a certificación de su voluntad en la participación contaron con un consentimiento informado, entregado al iniciar con la aplicación de cada instrumento, documento donde se exponía de manera la aceptación en el desarrollo de la investigación, se explicó que los resultados y datos encontrados son completamente anónimos, para fines estadísticos, bajo la confidencialidad de los psicólogos en formación.

Primero se aplicó a cada sujeto (cada integrante de la pareja) la escala de autoestima de Rosenberg compuesta por 10 ítems, seguidamente a esto se aplicó la nueva escala de satisfacción sexual compuesta por 20 ítems. En otra ocasión diferente se aplicó a cada participante la entrevista semi estructurada a fines de abarcar cualquier dimensión no tomada por las escalas y en complemento a la información.

Fase final: para el análisis de resultados se realizó la codificación de datos estadísticos de la escala de autoestima de Rosenberg y la nueva escala de satisfacción sexual (NSS), análisis se llevó a cabo posteriormente por cada uno de los integrantes

de la pareja, subsiguientemente se realizó el análisis de la información obtenida en las entrevistas semiestructurada en categorías como autoestima y satisfacción sexual y finalmente de se concluye con la triangulación de los datos obtenidos por cada uno de los instrumentos, es decir entrevista semi estructurada, escala de autoestima de Rosenberg y nueva escala de satisfacción sexual.

Análisis de Resultados

ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL, ESCALA DE AUTOESTIMA,
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Y META ANÁLISIS.

Análisis de resultados Cuantitativos

Códigos					
Pareja Número 1	P1	Hombre Número 1	H1	Mujer Número 1	M1
Pajera Número 2	P2	Hombre Número 2	H2	Mujer Número 2	M2
Pareja Número 3	P3	Hombre Número 3	H3	Mujer Número 3	M3

Pareja 1

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL

Bajo: 29-59	58 pts.
Medio: 60-69	
Alto: 70-79	
Muy alto: 80- 98	

NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL

Nombre: M1P2	Nada	Poco	Satisfecho	Mucho	Extremadamente
Intensidad			3		
Calidad			3		
Desinhibición				4	
Concentración			3		
Reacción		2			
Funcionamiento	N	P	Satis	4	N
Apertura emocional				4	
Estado de humor			3		
Frecuencia orgásmica		2			
Placer que proporciona			3		
Equilibrio		2			5
Apertura emocional de su pareja		2			
Iniciativa de su pareja			3		
Habilidad de su pareja		2			
Entrega de su pareja		2			
Necesidades sexuales tenidas en cuenta por su pareja			3	3	
Equilibrio		2			
Apertura emocional de su pareja				3	
Creatividad de su pareja		2			
Disponibilidad de su pareja			3	3	
Variedad		2			
Frecuencia de su pareja		2	2		
Necesidades sexuales tenidas en cuenta por su pareja				3	
Creatividad de su pareja				3	
Disponibilidad de su pareja			2		
Variedad				3	
Frecuencia			2		

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL**Bajo: 29-59** **54 pts.****Medio: 60-69****Alto: 70-79****Muy alto: 80- 98****ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG****Código: H1P1**

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio	4			
Estoy convencido que tengo cualidades buenas	4			
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás		3		
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	4			
En general estoy satisfecho/a de mí mismo	4			
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				4
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado			3	
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo			3	
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil		2		
A veces creo que no soy buena persona				4

NIVEL DE AUTOESTIMA**ELEVADA: 30 – 40** **35 Pts.****MEDIA: 26 – 29****BAJA: 25 – 0**

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Código: MIP1

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio	4			
Estoy convencido que tengo cualidades buenas	4			
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	4			
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	4			
En general estoy satisfecho/a de mí mismo	4			
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				4
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado				4
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				4
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				4
A veces creo que no soy buena persona			3	

NIVEL DE AUTOESTIMA

ELEVADA: 30 – 40 35 Pts.**MEDIA: 26 – 29****BAJA: 25 – 0**

Entrevista Semiestructurada

Preguntas / Categorías	Hombre H1P1	Mujer M1P1
<p>Autoestima</p> <p>¿Te preocupa mucho la impresión que causas sobre tu pareja?</p>	<p>“Bueno la impresión física si, en lo demás cada quien vera, pero carajo yo siempre estoy en la juega, como todo hombre vanidoso, si mi mujer esta joven imagínate si yo no la cuido entonces quien, por eso yo estoy listo siempre independientemente de lo que sea, y por mi trabajo también no voy a andar todo sucio eso es mala presencia y me cuido mucho en eso, no hay hombres de feos si no mal arreglado verdad”</p>	<p>Así como que a toda hora tenga que estar arreglada no, yo soy muy normal relajada como que no me fijo casi en eso, pero claro dependiendo para donde tengamos que ir, y para estar aquí en la casa no aguanta, pero cuando me arreglo me dice que me veo bien y eso, él me dice que soy simpática”</p>
<p>¿Crees que puedes lograr cualquier cosa que te propusieras a largo plazo en tu relación de pareja?</p>	<p>“Sin dudarlo, mira todo el tiempo que llevamos juntos 13 años y todas las cosas que hemos logrado, yo con esta mujer muero sin duda y ella siempre me apoya en las planes que tenemos entonces en el futuro siempre pensamos los dos como pareja “</p>	<p>“Ya nosotros tenemos que pensar en el futuro de nuestros hijos que puedan ir a una buena universidad y de pronto tener esas cosas que uno nunca pudo tener, entonces para eso siempre pensamos en trabajar fuerte en negocio y trabajar duro para salir adelante, bueno los pelaos están chiquitos pero hay que pensar entre aquí todos que vamos hacer”</p>

<p>¿Se me dificulta relacionarme con las personas y tener amigos?</p>	<p>“A mí, para nada aquí en el pueblo todo el mundo me conocer tengo muchas amigos, por eso la idea que lanzarme al concejo ahora en elecciones, digamos que mi condición ayuda mucho y mi forma de ser más, yo soy un hombre muy popular, y cuento con la fortuna de que la gente me aprecia mucho gracias al señor”</p>	<p>Para tener amigos y conocer gente no. a mí me gusta viajar mucho de un lado para otro, visitar así cuando me aburro, por aquí todas las vecinas del barrio son amigas mías, vienen acá a la casa a que les haga algún favor o cualquier cosa yo soy muy compinchera aunque a él eso no le gusta dice que siempre trae chisme”</p>
<p>Satisfacción sexual</p> <p>¿Puedes iniciar, con facilidad, una relación sexual con tu pareja?</p>	<p>“Si obvio en su momento, ósea no en cualquier lugar, pero yo lo considero normal de ahí el hecho que tener dos hijos, en la parte sexual creo que al 100%”</p>	<p>“Si yo no tengo problema para eso, ósea uno normal como pareja tiene un espacio de intimidad. Pero cuando se puede cierto porque hay que pensar en muchas cosas que ya usted sabe, pero siempre cuando es el momento nos buscamos hay que aprovechar que estamos jóvenes”</p>
<p>¿Requiere Ud. de algún tipo de artículo, juguete o demás para alcanzar el orgasmo con su pareja?</p>	<p>“No de ninguno, que uno como pareja por la curiosidad de quiere probar cosas nuevas lo haga es muy bien e imagínate ahora con tantas cosas que hay cada día por probar y para uno como hombre estar mejor hay que aprovecharlas. Pero en lo que un orgasmo normal no es necesario así algún tipo de cosa para llegar”</p>	<p>“No, no señora ninguno de eso que usted me menciona, nosotros así normal como cualquier persona que tenemos que estar dependiendo de eso con el que el como hombre y yo como mujer Dios nos dio jajajaja”</p>

¿Esta Ud. Conforme con la cantidad, calidad y duración de las prácticas sexuales?

“Súper conforme, yo me siento mejor que un muchos hombres que la mujer termina dejándolos por otros porque sexualmente no estas satisfechas ellas, yo eso lo hablo mucho con mi mujer es una comunicación entre la pareja.

En cuanto a la calidad pues para mi es súper, y yo siento que la mujer también opina lo mismo yo trato de ser lo mejor posible, aun no voy a negar que obviamente hay cosas que nosotros no podemos hacer, pero eso es cuestión de ser recursivos y buscar la manera, y la duración para mi es la justa ósea el tiempo normal ni más ni menos, y a la cantidad también normal tenemos meses donde es más seguido otros normal pero ya de pasar a nada de nada tampoco, eso es una cosa de la que todos necesitamos siempre y me siento afortunado que mi situación no me afecte en nada de eso”.

“Si yo no me puedo quejar en ese sentido como dicen por ahí estoy bien con el mantenimiento ni yo creo que él se pueda quejar tampoco, porque ya después no se va poder entonces toca aprovechar mientras se pueda, una que otra vez yo soy la que cansa pero ya sabemos qué hacer con eso y no hay problema”

Pareja 2

NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL					
Nombre: H2P2	Nada	Poco	Satisfecho	Muy	Extremadamente
Intensidad	1				
Calidad		2			
Desinhibición	1				
Concentración	1				
Reacción		2			
Funcionamiento		2			
Apertura emocional		2			
Estado de humor	1				
Frecuencia orgásmica	1				
Placer que proporciona		2			
Equilibrio	1				
Apertura emocional de su pareja		2			
Iniciativa de su pareja		2			
Habilidad de su pareja	1				
Entrega de su pareja		2			
Necesidades sexuales tenidas en cuenta por su pareja		2			
Creatividad de su pareja		2			
Disponibilidad de su pareja		2			
Variedad	1				
Frecuencia	1				

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL**Bajo: 29-59** **31 Pts.****Medio: 60-69****Alto: 70-79****Muy alto: 80- 98**

NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL

Nombre: M2P2	Nada	Poco	Satisfecho	Muy	Extremadamente
Intensidad		2			
Calidad		2			
Desinhibición		2			
Concentración			3		
Reacción		2			
Funcionamiento			3		
Apertura emocional			3		
Estado de humor			3		
Frecuencia orgásmica		2			
Placer que proporciona			3		
Equilibrio			3		
Apertura emocional de su pareja			3		
Iniciativa de su pareja		2			
Habilidad de su pareja		2			
Entrega de su pareja		2			
Necesidades sexuales tenidas en cuenta por su pareja			3		
Creatividad de su pareja			3		
Disponibilidad de su pareja			3		
Variedad		2			
Frecuencia		2			

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL

Bajo: 29-59	50 pts.
Medio: 60-69	
Alto: 70-79	
Muy alto: 80-98	

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Código: H1P2

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio	4			
Estoy convencido que tengo cualidades buenas		3		
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás			3	
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	4			
En general estoy satisfecho/a de mí mismo		3		
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso			3	
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado			3	
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo		2		
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil		2		
A veces creo que no soy buena persona			3	

NIVEL DE AUTOESTIMA

ELEVADA: 30 – 40

30 Pts.

MEDIA: 26 – 29

BAJA: 25 – 0

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Código: M2P2

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio	4			
Estoy convencido que tengo cualidades buenas	4			
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	4			
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	4			
En general estoy satisfecho/a de mí mismo	4			
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				4
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado				4
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				4
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				4
A veces creo que no soy buena persona				4

NIVEL DE AUTOESTIMA

ELEVADA: 30 – 40

40 Pts.

MEDIA: 26 – 29

BAJA: 25 – 0

Entrevista Semiestructurada

Preguntas / Categorías	Hombre H2	Mujer M2
Autoestima		
¿Te preocupa mucho la impresión que causas sobre tu pareja?	<p>“Digamos que al principio de lo que me paso yo como que no le prestaba mucha atención a mi novia, ósea para mí eso como que no era importante si yo no me podía arreglar ni nada entonces siempre me veía como enfermo en esa silla, pero ahora digamos que trato de que me arreglen mejor por eso de que a veces mis amigos me vienen a buscar para salir a la plaza, entonces me toca estar bien cambiado, bueno y también para ella ya me vea mejor”</p>	<p>Si me importa porque yo siempre quiero que él me vea bien y como que pueda decir que tiene una novia bonita”</p>
¿Crees que puedes lograr cualquier cosa que te propusieras a largo plazo en tu relación de pareja?	<p>“pues la verdad ella se ha convertido en una persona en la que puedo confiar, nosotros nunca o bueno no hemos pensado como en hacer cosas en el futuro, es muy complicado, yo no sé qué pensamientos tenga ella si siempre va a querer seguir con una persona así en el estado en el que yo estoy, ya hay muchas cosas que no se pueden hacer como antes y si en cualquier momento ella se aburre eso aún no sé”.</p>	<p>“yo aún no he pensado en futuro y en qué cosas pueden llegar a pasar, ósea uno no se sabe que puede llegar a pasar entonces no pienso en eso”</p>

¿Se me dificulta relacionarme con las personas y tener amigos? “No gracias a Dios, mis amigos o bueno las personas que me conocen siempre han estado conmigo me vienen a visitar siempre, y con ellos tengo la oportunidad de hablar cosas pues que con mi mamá así como que me daría pena, o no pena sino como aja esas cosas no se hablan con la mamá de uno, mis amigos ellos vienen y me sacan a pasear a comer y mira que para estar en las redes sociales ellos siempre están ahí, ósea para contestar cuando alguien me escribe me han ayudado mucho”

“A veces si me da como pena llegar así a hablarle a alguien como de buenas a primeras o preguntar cosas también me dan pena, pero los amigos se tiene y yo nunca me doy cuenta como hicimos para ser amigos y en donde estoy estudiando (Sena) es como normal con tus compañeros para hacer trabajos, que una exposición y hay siempre terminamos de amigos todos”.

Satisfacción Sexual

¿Puedes iniciar, con facilidad, una relación sexual con tu pareja? “Con lo que tú me acabas de decir de lo que es la sexualidad que no solamente el penetrar a una mujer si no que pues son muchas cosas más, yo no puedo penetrar a ninguna mujer como te comento pues a mí no se me levanta desde mi accidente, ósea como que mi cuerpo aun no adapta a eso, bueno eso me han dicho los médicos, pero nos besamos, y ella me abraza y cosas así nada más, pero no te voy a negar que a mí me gustaría verla satisfecha a ella pero que más se puede hacer si así están las cosas, eso es un proceso donde ella pueda entender pero aja.

“No desde de Arturo le paso el accidente no hemos tenido relaciones sexuales porque él no puede”

Pero en realidad nosotros como que nunca tenemos espacio para eso, yo me imagino por lo que vivimos aquí con mi mama y siempre hay gente”

<p>¿Requiere Ud. de algún tipo de artículo, juguete o demás para alcanzar el orgasmo con su pareja?</p>	<p>“yo desde mi accidente no tenido relaciones sexuales, ósea besitos y eso pero penetración no, y pues ella tampoco”</p>	<p>“No, pero tampoco nunca hemos intentado con esas cosas, a mí me daría como pena”</p>
---	---	---

<p>¿Esta Ud. Conforme con la cantidad, calidad y duración de las prácticas sexuales?</p>	<p>“bueno en eso no me siento conforme porque ni tenemos relaciones sexuales entonces ni modo, que me gustaría por ejemplo poder hacer eso obvio que sí, esperemos que las cosas mejoren, tu sabes que esa es la hombría de uno hombre estar con su novia”</p>	<p>“No estoy conforme porque me gustaría que el si pudiera de la forma que fuera pero yo tengo que entender que él no puede y nos toca esperar”</p>
--	--	---

Pareja 3

NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL				
Nombre: H3P3	Nada	Poco	Satisfecho	Muy Extremadamente
Intensidad				4
Calidad		2		
Desinhibición				5
Concentración				5
Reacción				5
Funcionamiento			3	
Apertura emocional				5
Estado de humor				5
Frecuencia orgásmica			3	
Placer que proporciona				4
Equilibrio			3	
Apertura emocional de su pareja			3	
Iniciativa de su pareja				5
Habilidad de su pareja				5
Entrega de su pareja				4
Necesidades sexuales tenidas en cuenta por su pareja				5
Creatividad de su pareja				5
Disponibilidad de su pareja			3	
Variedad				4
Frecuencia			3	

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL

BAJO: 29-59

MEDIO: 60-69

ALTO: 70-79

MUY ALTO: 80- 98

81 pts.

NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL					
Nombre: M3P3	Nada	Poco	Satisfecho	Muy	Extremadamente
Intensidad				4	
Calidad				4	
Desinhibición					5
Concentración					5
Reacción				4	
Funcionamiento				4	
Apertura emocional					5
Estado de humor					5
Frecuencia orgásmica					5
Placer que proporciona					5
Equilibrio				4	
Apertura emocional de su pareja				4	
Iniciativa de sus pareja					5
Habilidad de su pareja					5
Entrega de su pareja				4	
necesidades sexuales tenidas en cuenta por su pareja					5
Creatividad de su pareja				4	
Disponibilidad de su pareja				4	
Variedad				4	
Frecuencia					5

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL	
Bajo: 29-59	
Medio: 60-69	
Alto: 70-79	
Muy alto: 80- 98	90 pts.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Código: H3P3

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio	4			
Estoy convencido que tengo cualidades buenas	4			
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás		3		
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	4			
En general estoy satisfecho/a de mí mismo	4			
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				4
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado				4
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo		2		
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil		2		
A veces creo que no soy buena persona		2		

NIVEL DE AUTOESTIMA

ELEVADA: 30 – 40

33 Pts.

MEDIA: 26 – 29

BAJA: 25 – 0

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Código: M3P3

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio	4			
Estoy convencido que tengo cualidades buenas	4			
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás		3		
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	4			
En general estoy satisfecho/a de mí mismo	4			
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso				4
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado			3	
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo			3	
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil			3	
A veces creo que no soy buena persona				4

NIVEL DE AUTOESTIMA

ELEVADA: 30 – 40
36 Pts.
MEDIA: 26 – 29
BAJA: 25 – 0

Entrevista Semiestructurada

Preguntas / Categorías	Hombre H3	Mujer M3
¿Te preocupa mucho la impresión que causas sobre tu pareja?	“si claro que me preocupa mucho, siempre trato de estar bien arreglado para que ella me vea, no me gusta que me vea mal arreglado, aunque a veces es normal pero tampoco que sea siempre, la idea es gustarle siempre, yo sé que no lo es todo ósea me refiero a la parte física, pero para mí es un 50%”	“Yo pienso que una relación de debe construir en el día a día y ya porque él sea mi pareja no quiere decir que no me voy a preocupar por cómo me veo, entonces yo siempre o muchas trato que escoger cosas o vestirme como a él gusta, bueno también que yo me sienta cómoda, yo soy muy vanidosa y en el mayor tiempo estoy bien arreglada y cosas así y una que yo siempre que como me veo que si le gusta cómo le gustaría verme ósea con que ropa “
¿Crees que puedes lograr cualquier cosa que te propusieras a largo plazo en tu relación de pareja?	“pues yo creo que sí, porque ella siempre ha sido una mujer que mira hacia el futuro, siempre está planeando cosas ósea como metas que siempre quiere que los dos cumplamos, además para mi ella es un apoyo incondicional en la parte que cualquier cosa que sea un bienestar para nosotros ella está dispuesta a hacerlo es echada para adelante y a mí eso me motiva”	“Si claro, a mi esa condición de él la verdad nunca me ha importado mucho, entonces siempre cuando pienso en el futuro digamos que en esos planes está el, así mi familia siempre me diga que algún me voy a aburrir de esa situación yo pienso que hasta el momento no”.

¿Se me dificulta relacionarme con las personas y tener amigos?
 para nada, yo creo que soy una persona muy sociable, abierta como a los demás siempre he tenido muchos amigos, además a mí me gusta compartir mucho con la gente, la gente siempre piensa que soy como muy amargado o que me las pico de mucho pero cuando me conocen se dan cuenta que soy diferente y por lo general terminan contándome sus cosas, es más creo que a mí me conoce mucha gente bueno eso también por mi accidente y por como soy”

no se me dificulta pero soy una persona de pocas amigos, digamos que eso casi a mí no me gusta de andar con alguien contándole todo, todo el tiempo nunca me ha gustado eso, pero si tengo mis amistades pocas, pero las tengo”

Satisfacción sexual ¿Puedes iniciar, con facilidad, una relación sexual con tu pareja?
 “yo diría que con mucha facilidad mi esposa es un mujer muy hermosa que a cualquier le despierta los sentidos en todas las formas, al principio si fue difícil mientas mi cuerpo se acostumbraba ósea a eso que no podía mover ninguna parte de mi cuerpo, adema pienso que ella también me ayudó mucho en la parte de estimulacion cuando paso mi accidente, primero no tenía ningún tipo de reacción y logre hasta llegar de

“en la parte sexual con él, para mí ha sido un aprendizaje ya que nunca había estado con una persona así, entonces siempre estamos buscando formas nuevas que como hacer amor, pero normalmente es un fácil llegar a ese punto”

tener un eyaculación normal y pues también una erección. Pero hay una cosa yo siempre no estoy disponible a veces me duelen partes de mi cuerpo, pero yo siempre la complazco de alguna forma, a veces no es penetración si no como juegos es un cosa de paciencia”

¿Requiere Ud. de algún tipo de artículo, juguete o demás para alcanzar el orgasmo con su pareja?

“si usamos juguetes, disfraces, geles o cosas así, pero no es que sea necesario para llegar, simplemente lo usamos como para no caer en la rutina además por la postura que hacemos normalmente que es ella arriba yo sé es agotadora pues por el tiempo, por eso A veces tenemos la iniciativa de usar eso tipo de cosas para que ella pueda estar acostada y yo tener el control y ella no tenga que hacer nada.

Bueno yo te quería decir que a veces usamos unas pastillas que se sirven para mantener la erección unas que se llaman “Gelpin” pero digamos que lo hacemos como para disfrutar más ósea tu sabes son como

“Para mí como mujer si necesito de algo extra para poder tener un orgasmo, pero no siempre, eso depende que como uno ese día, hay muchas veces en que sus erecciones no son tan duraderas, ósea no permanece así digamos un tiempo largo si no como por ratos, pero él siempre me ayuda para que yo me sienta bien y pues así mismo lo hago yo “, nosotros usamos una que otra vez juguetes entonces ya es algo normal entre nosotros”

trampitas que uno como hombre utiliza yo normalmente nunca le digo cuando me las tome si no que la sorprende jajajaja. Bueno tenemos muchas formas de ingeniárnosla.”

<p>¿Esta Conforme cantidad, duración prácticas sexuales?</p>	<p>Ud. “bueno primero me dices que la cantidad ósea las veces que estamos juntos pues si porque es casi que todos los días, bueno cuando ella pueda ósea hay días que la mujeres no puedes tu entiendes, y eso de la calidad obviamente si porque siempre son buenas ósea me siento satisfecho, y con la duración ósea el tiempo digamos que a veces sí y a veces no, digo si porque a veces llegamos en un tiempo normal pero a veces yo me demoro mucho que no porque es y ella resulta un poco cansada ósea por la postura y nos toca dejar así, menos mal ella entiende y sabe esas cosas nunca hemos tenido problemas por eso, por eso cuando tenemos la oportunidad yo trato de aprovecharlo al máximo ósea como para tapar esos días en que es tan bien.</p>	<p>“con la cantidad totalmente es como ese momento que hace que estemos más unidos y como el momento donde se expresan muchas cosas, y la duración pues así como lo único que no me gusta es que como le decía sus erecciones no duran mucho y a veces en el mejor momento nos toca parar y en eso pues uno como que se desconcentra y toca volver a empezar, pero de resto todo muy bien”</p>
--	---	--

Triangulación de Resultados

Pareja	Escala satisfacción sexual	Entrevista Satisfacción sexual	Escala Autoestima	Entrevista Autoestima	Meta Análisis
P1H1	El resultado para el H1 es de 58 puntos ubicándose en un nivel bajo de satisfacción sexual obteniendo calificaciones bajas en categoría como la frecuencia de la actividad sexual, frecuencia orgásmica, equilibrio entre otras.	Se detecta facilidad para la iniciación de una relación sexual con la pareja, llegando a percibirla como un aspecto normal. La conformidad en cuanto a la cantidad de relaciones sexuales practicadas en la relación de pareja es asumida de forma positiva.	El H1 demuestra un nivel de autoestima elevado marcando 35 puntos dentro de la escala, presentado calificaciones altas en categorías como, ser digno de aprecio, tener buenas cualidades, ser satisfecho de sí mismo.	Importancia en la impresión causada en la pareja, como mantenimiento de la relación de pareja, reflejando una visión a futuro como pareja, familia. Lo que sin duda refleja capacidad para generar buenas relaciones interpersonales llegando al punto de ser consideradas significativas.	En lo relacionado a la pareja número uno, se detecta un nivel de satisfacción sexual bajo en aspectos como frecuencia de la actividad sexual y frecuencia orgásmica sin embargo esta se asume a un nivel de conformidad estable, en lo concerniente a la autoestima la pareja se percibe con buenas cualidades lo que arroja una satisfacción con ellos mismo.
P1M2	Resalta puntuaciones mínimas en la categoría de la frecuencia orgásmica, el equilibrio de lo que se da y recibe en el acto sexual, la entrega, la frecuencia con que se practica y el estado de humor expresado después de la actividad sexual.		La M1 puntúa 39 calificándola en un nivel de autoestima elevada dentro de la escala, calificando como muy de acuerdo en las categorías de ser digno de aprecio, buenas cualidades, capacidad, actitud positiva y satisfecha de sí misma.		

Pareja	Escala satisfacción sexual	Entrevista Satisfacción sexual	Escala Autoestima	Entrevista Autoestima	Meta Análisis
P2H2	Se clasifica dentro de la escala de satisfacción sexual con un nivel bajo, puntuando 31 puntos respectivamente, presentado calificaciones más bajas en la intensidad, concentración, frecuencia y desinhibición.	La satisfacción sexual en la relación de pareja se considera inexistente. El no disponer de espacios de intimidad, ha sido un factor que no ha permitido la exploración de nuevas alternativas en el plano de las prácticas sexuales.	El H2 presenta una valoración de 30 puntos, resultando con un nivel de autoestima elevada y dando calificaciones altas en las categorías de ser digno de aprecio, y tener una actitud positiva.	En la dinámica de la relación de pareja la impresión física no se considera una prioridad, se asocia con el mantenimiento de relaciones con pares, en lo relacionado a proyecciones futuras dentro de la dinámica de la relación de pareja esta refiere no tener planes o metas.	En la pareja numero dos los nivel de frecuencia de la actividad sexual, desinhibición y concentración es bajo lo que sin duda refleja la no iniciativa de la pareja al campo sexual. Pero se rescata la apertura emocional y estado del humor al encuentro sexual, en ámbitos de autoestima la pareja se considera a sí mismo como dignos de aprecio reflejado en las buenas relaciones con los demás generando sensación de autosatisfacción.
P2M2	La M2 presenta 50 puntos con un nivel bajo en la escala de satisfacción sexual en manifestando calificaciones bajas en algunas categorías tales como intensidad, concentración, frecuencia, desinhibición y calidad. Por otro lado rescata puntuaciones de satisfecha en las categorías de estado de humor, apertura emocional, concentración y equilibrio, el H1 no califica aspectos positivos en la escala.	En la conformidad, calidad y duración de las prácticas sexuales, la pareja refleja inconformismo con la situación, llevando a la relaciona esperar de mejorar de la situación e inconformismo en la sexualidad.	La M2 presenta la mayor valoración de acuerdo a la escala con 40 puntos, demostrando un nivel de autoestima elevada y dando calificaciones altas en ser digna de aprecio, cualidades buenas, capacidad, actitud positiva y autosatisfacción.		

Pareja	Escala satisfacción sexual	Entrevista Satisfacción sexual	Escala Autoestima	Entrevista Autoestima	Meta Análisis
P3H3	<p>El H3 presenta un muy alto nivel de satisfacción sexual con 81 puntos dentro de la escala calificando extremadamente satisfecho en desinhibición, concentración, reacción, habilidad e iniciativa de su pareja, como también la frecuencia en la actividad sexual.</p>	<p>La satisfacción sexual en la relación de pareja resulta un factor importante, esta se vuelve un aspecto que genera bienestar y placer en la pareja vista como un cúmulo de aprendizajes, comprensión y búsqueda constante de alternativas sexuales, lo que permite que se torne abierta, dispuesta con conformidad en cuanto a la cantidad de las prácticas sexuales concebido como un aspecto propicio para la unión, expresión y fortalecimiento de los lazos afectivos del complejo relacional, en lo que concierne a la calidad que resultaría el aspecto que tan placenteras resultas dichas prácticas, la pareja de manera unánime expresa satisfacción. En la duración se percibe un mínimo grado de insatisfacción sexual que se relaciona con la lesión</p>	<p>El H3 califica 33 puntos posicionándose en un nivel de autoestima elevada según la escala, dando valoraciones altas en las categorías de ser una persona digna de aprecio, cualidades buenas, actitud positiva y autosatisfacción.</p>	<p>El autoestima se direcciona hay un nivel de importancia en la relación de pareja, ambos sujetos refieren hacerlo por gusto, comodidad, y por generar agrado en la pareja. La pareja mutuamente, coincide en la planeación de estrategias con conlleven al bienestar relacional, donde las relaciones interpersonales se han considerado como un aspecto fundamental en la necesidad de filiación con el otro.</p>	<p>La pareja número tres en aspectos de ámbito sexual se detecta la pareja extremadamente satisfechos en desinhibición, reacción e iniciativa a las prácticas sexuales lo que sin duda incrementa la frecuencia de la actividad sexual y como tal la duración y conformidad, con que es percibida esta. En lo que respecta a la autoestima dentro de la pareja, hay actitud positiva que insita a la autosatisfacción, y dignos de aprecio por los demás, con cualidades buenas como personas propiciando el bienestar social de ambos.</p>
P3M3	<p>La M3 puntúa 90 posicionándola en un nivel muy alto dentro de la escala de satisfacción sexual marcando extremadamente satisfecha en algunas categorías como desinhibición, concentración, reacción, iniciativa y habilidad de su pareja, de igual forma la frecuencia de la actividad sexual.</p>		<p>La M3 tiene una valoración de 36 puntos clasificándola en un nivel de autoestima elevada, con calificaciones altas en las categorías de ser una persona digna de aprecio, cualidades buenas, actitud positiva y autosatisfacción.</p>		

medular.

Discusión de Resultados

La importancia de las relaciones de pareja está implícita al hecho de ser seres sociales y sexuales por naturaleza. En Colombia hay muy pocos estudios donde se vincule de manera directa la satisfacción sexual con el autoestima en parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular, esta investigación por lo tanto constituye aproximaciones a nivel regional y nacional sobre este tema y a su fin obtener una visión general de las implicancias de la lesión medular en la vida sexual y autoestima de estos. Dada la trascendencia e importancia que implica las relaciones de pareja incluyendo aquellas donde uno de sus integrantes presente lesión medular surgió la expectativa de conocer la vinculación que existe entre satisfacción sexual y autoestima en parejas donde uno de sus integrantes presente lesión medular (Paraplejia y cuadriplejia.). El objetivo del presente estudio fue describir la interacción existente entre autoestima y satisfacción sexual, en parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular a través de un corte de investigación mixto con predominancia cualitativa.

Los resultados arrojados del estudio demuestran que no existe una interacción entre la satisfacción sexual y autoestima de los parapléjicos y cuadripléjicos, con relación a la calidad de vida sexual evaluada a través de la nueva escala de satisfacción sexual (NSS) la población estuvo compuesta por 3 parejas que representan el 100% de los evaluados en esta investigación, se encontraron resultados en la pareja número 1 indicadores de un grado mínimo de satisfacción sexual enmarcada como “una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales” (Byers, Demmons y Lawrance, 1998, p. 268). Carrobles y Sanz (1991), los resultados de un grado mínimo de satisfacción sexual se sustentan por la baja frecuencia de actividad sexual y la baja frecuencia orgásmica para lo cual Castillo (2012) dice que la lesión medular afecta indiscutiblemente afecta la actividad sexual una persona activa que aun contemplan dentro de la edad reproductiva, y que en la busca un estado funcional

óptimo. Es importante resaltar otros resultados significativos que confieren la satisfacción sexual de la pareja numero 1 está refleja conformidad en cuanto a la cantidad de relaciones sexuales practicadas en la relación de pareja donde se asumen de forma positiva con una facilidad a su iniciación esto por la sencilla razón de que la sexualidad es parte fundamental de nuestras vidas y es un componente básico de nuestro desarrollo psicológico y emocional. La incapacidad de vivir y disfrutar de una sexualidad plena, impacta fuertemente en la calidad de vida, la autoestima y las relaciones interpersonales Castillo (2012).

Cuando se habla de la sexualidad en las personas con lesión medular es frecuente que se asuman varias posturas entre las que destacan una posición eminentemente rehabilitatoria-biologicista, enfatizando los niveles de la lesión y lo que podrá hacer en relación a lo sexual, una visión androcéntrica, ya que solo hace referencia a los varones con lesión medular en la búsqueda de lograr una erección y la referida a que no pasa nada, ya que lo más importante es el amor y el amor lo puede todo. (Bonilla, 2009. P. 7). Sin embargo, tanto hombres como mujeres con lesiones medulares refieren una disminución en el deseo sexual así como la frecuencia y satisfacción de la actividad sexual. Castillo (2012).

Al analizar los resultados obtenidos en la pareja número 2 en lo que refiere satisfacción sexual en donde los niveles de frecuencia de la actividad sexual, desinhibición y concentración son bajos, es importante mencionar que en esta relación de pareja uno de sus integrantes presenta una lesión medular completa (cuadriplejia, El tener pareja constante es importante tanto para un lesionado medular como para una persona sin lesión física por esto se entiende que aún no se han superado los errores conceptuales en cuanto a que ellos no poseen la necesidad y afecto y entrega hacia una pareja con quien pueden crecer y compartir su carga emotiva y sexual de una manera responsable, funcional, placentera. Arias (1994).

La vida del parapléjico y cuadripléjico está llena de nuevos aprendizajes y retos para vivir la vida diaria, los profesionales de la salud se limitan a rehabilitar al lesionado medular en cuanto a su área física (escaras, úlcera, movilidad) y cuidados personales (uso y manejo de: catéter, vaciamiento de la bolsa, cambio de sonda, irrigaciones, lavados,) cerrándole cualquier posibilidad de recuperación, desmitificación y orientación sexológica en la población Martínez, s/f; citado por Arias, (1994).

Por otro lado, se puede plantear el desconocimiento que existe en esta pareja de un repertorio mayor de actividades sexuales alternativas, hay tanta variedad de prácticas sexuales como personas en el mundo, ya que cada práctica es diferente en cada individuo (Arseno, 2010) por tal razón la pareja no tiene iniciativa frente a la actividad sexual, por considerar la lesión como un factor que no ha permitido la exploración de nuevas alternativas en el plano de las prácticas sexuales; no se debe desconocer el aporte de los distintos métodos para el tratamiento de la disfunción eréctil disponibles actualmente, que permiten tener una erección duradera para poder ejecutar el coito.

De igual manera resulta indispensable lo relacionado en lo que no ha permitido la exploración de alternativas sexuales en la pareja numero 2 el hecho de no disponer de espacios de intimidad para lo cual Caillé (1992), dice que “la pareja es un sistema interaccional en el que participan dos personas, quienes construyen algún tipo de vínculo relacional, particular y complejo, el cual no puede definirse a través de una serie de rasgos pre-establecidos, ni de características específicas. Es por esto que al analizar las razones para la búsqueda de actividad sexual, estas son similares a las expuestas por Anderson (2007) siendo la principal razón, la necesidad de intimidad con la pareja. Castillo (2012).

En mención a la pareja número 3 con resultados de satisfacción extremadas satisfechos en desinhibición, reacción e iniciativa a las prácticas sexuales lo que sin duda incrementa la

frecuencia de la actividad sexual y como tal la duración y conformidad, con que es percibida esta. Hernández (1997), menciona que “La pareja se conforma para lograr la satisfacción estable y segura de las necesidades afectivas y sexuales de los cónyuges. Aquí los momentos de máximo placer sexual están asociados al alivio de tensión sexual, desencadenado por estímulos de índole erótica que llevan a iniciativa de las prácticas sexuales, y que se acompaña de manifestaciones físicas (como movimientos involuntarios en el cuerpo fundamentalmente a nivel de los músculos pélvicos), en el hombre y a veces, en la mujer se acompaña de eyaculación. (Arseno, 2010)

Al consultar respecto a la facilidad para lograr excitación de carácter psicogénica, la pareja, dijo no presentar dificultad, lo que concuerda con Meyer (2001) citado por Catillo (2012) que dice que al analizar por nivel y tipo de lesión se observa que, excepto los pacientes con tetraplejia completa, el resto de los grupos refiere no presentar dificultad para experimentar excitación de origen mental. Respecto a la dificultad para experimentar excitación de origen físico, la pareja declara que le es difícil excitarse solo con estímulo de origen físico. Entre las técnicas de estimulación usadas se obtuvieron que declaran besos, caricias y sexo oral como las técnicas preferidas.

La pareja número 3 refiere inconformismo en la duración de las prácticas sexuales ya que menciona tener una erección espontánea en su mayoría de carácter transitorio según Castillo (2012) La duración de la erección mejora notablemente con el uso de algún método de tratamiento de disfunción.

En complemento a la presente investigación haciendo el abordaje de la autoestima la cual refiere a una evaluación positiva de sí mismo que aporta el individuo. Y esto es compuesto de dos dimensiones distintas: competencia y valía. La dimensión competencia se refiere a las capacidades y eficacia que las personas mismas ven en sí mismas. La

dimensión valía se refiere a la valía que siente el individuo Cast A. D, Burke, P. J, (2002). Citado por Valsamma, (2006. P. 46). En este caso, contrastando con el autor, se puede evidenciar que la autoestima es una evaluación positiva de sí mismo que aporta al individuo, en donde no solo la imagen corporal juega un factor importante, sino también al verse como una persona con capacidades adecuadas y buenas que permiten generar un sentido de vida en el integrante de la pareja con lesión medular.

Al nombrar la dimensión de competencia, las tres personas diagnosticadas con lesión medular en cada una de las parejas, califican con un nivel alto en las capacidades que ven en ella mismas, mostrándose así como seres autosuficientes y satisfechos, de igual manera, la dimensión valía hace referencia a que los integrantes con diagnóstico de lesión medular son dignos de consideración o aprecio por sus características o valor que les dan a su propia vida dentro de la sociedad.

Rescatando el importante papel del autoestima dentro del proceso relacional del ser humano Rosenberg dice es entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo, La misma incapacidad física obliga a las personas a generar un nuevo auto concepto, movilizar habilidades adaptativas nuevas y metas nuevas. Krueger, (1988).

El proceso de adaptación de estas parejas a la nueva vida que deben llevar, se ha venido dando de una manera idónea o significativa, puesto que es difícil debido a las limitaciones físicas que replantean los ideales o proyectos que se venían llevando a cabo con la pareja. Es por eso que al evidenciar resultados de niveles de autoestima elevada en las tres parejas, fortalece en gran parte el poder emprender nuevamente esos proyectos o metas que se tienen planeados.

Debido a la necesidad de obtener un auto concepto que vaya de acuerdo a la nueva postura y habilidades del individuo es donde la autoestima estaría en un segundo término pues primero el paciente requiere reconstruir urgentemente su auto concepto y autoimagen para que los tome como herramientas de apoyo en la formación de su autoestima (Krueger, 1988).

Al destacar el 100% de la población evaluada, las tres parejas se perciben con niveles de autoestima elevada, buenas cualidades refiriéndose a conductas que sin duda complementan o satisfacen las necesidades sociales tanto individual como colectivamente, es decir en pareja, como resultado a estas conductas generadoras de placer personal, se genera sensación de satisfacción con ellos mismos, lo que lo incluye aceptación, sentimientos de eficacia, y la posibilidad de reconocimiento de las buenas capacidades propias.

La autoestima para todo ser humano es básica necesaria para lograr las metas que se desean y poder realizar dependiendo de sus capacidades físicas y psicológicas, pero se encuentre el tener un auto concepto elevado conlleva a tener éxitos en el campo emocional y además asocia con un mayor ajuste social Malec y Neimeyer (1983).

Se destaca la importancia de tener un auto concepto elevado, para poder obtener las metas que se desean, ya sean estas realizadas en pareja o no, es fundamental que los integrantes con lesión medular en las parejas puntúen con un nivel alto de autoestima que permitan familiarizarse con la sociedad. Ahora bien, al presentarse un nivel de Autoestima elevado en todos los integrantes de las 3 parejas, se puede deducir que no hay una interacción significativa o valida que se vea reflejada en esta categoría con la satisfacción sexual y permitió reconocer que podrían interactuar otro tipo de factores ajenos a las categorías ya mencionadas.

La muestra de trabajo se realizó por disponibilidad de los sujetos, así que el control de muchas variables como edad, género, lugar de origen, tratamientos recibidos después de la lesión y estado civil no pudieron ser controladas. Después de haber explicado lo antes dicho, es correcto aclarar que las conclusiones no deben ser tomadas como generalizaciones. Considerándose importante que en estudios posteriores se ampliara y fuera más representativa la muestra para que los resultados puedan aportar un mayor conocimiento. Además de llevar un control más preciso de las variables.

Se reconoce también las limitaciones de población con la que se trabajó el estudio investigativo, puesto que se dificulta encontrar disponibilidad por parte de estas personas, como también la escasez en el sondeo al momento de hallar relaciones de pareja estables con un integrante diagnosticado con lesión medular, esto con el fin de tenerse en cuenta para futuros estudios.

Conclusiones

Por medio de este proyecto de investigación, se analizó la interacción que hay entre Autoestima y Satisfacción sexual, por medio de la aplicación de dos escalas y una entrevista semiestructurada, para el cual se tomaron de muestra tres parejas donde uno de los integrantes tiene como diagnóstico la lesión medular, todas estas pertenecientes al corregimiento de la Loma, ubicada en el departamento del Cesar, donde a modo general se concluyó que no existe algún tipo de vinculación que intervenga en la movilización de una variable sobre la otra, en este caso la autoestima que presentan los integrantes de las tres parejas se califica en un nivel alto, aun así, mostrando puntuaciones bajas en el nivel de satisfacción sexual. Esto da como resultado que no se afecta o se ven comprometidas ninguna de las dos variables de autoestima y satisfacción sexual en esta población.

En la realización de esta investigación se implementó la técnica cualitativa de entrevista semiestructurada, la cual estaba dirigida a la satisfacción sexual y autoestima, por lo tanto las preguntas iban enfocadas a esta población de manera abierta y espontánea sobre cómo se generaban estas categorías antes del diagnóstico del integrante con lesión medular, como también de que manera han venido cambiando y superando las dificultades presentes en este proceso, de igual forma la manera en que han sabido afrontar las limitaciones que deja esta discapacidad en las diferentes áreas sociales, desde las situaciones pasadas, actuales y próximas, como también se indagó sobre la búsqueda de estrategias para el mantenimiento de la relación de estas parejas.

También se aplicaron dos técnicas de evaluación cuantitativa, la primera fue la escala de autoestima de Rosenberg (RSE) compuesta por 10 ítems, en donde se evidenció por parte de los integrantes de las 3 parejas un considerado nivel de autoestima dando calificaciones altas en varias categorías, sintiéndose ellos ser dignos de aprecio, como

también con una actitud y cualidades positivas frente a las situaciones de la vida, de igual forma se consideran con capacidades y ante todo con satisfacción personal, demostrado categorías de relevancia que permite verlos como personas con una valoración alta de autoestima. La importancia de una autoestima elevada dentro de la pareja permite el mantenimiento de la relación, en donde a pesar de la limitación física que presenta uno de los integrantes, esto no se asocia como una prioridad y fortalece las capacidades de generar buenas relaciones interpersonales, viéndose personas con buenas cualidades, dignas de aprecio y satisfechas de sí mismas.

En cuanto a la satisfacción en general es decir a la sensación de autosatisfacción, confianza en sí mismo y sentimientos de valía personal, percibirse como una persona con buenas cualidades la población declara sentirse satisfecho.

El segundo instrumento cuantitativo que se aplicó, fue el de la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS), ésta compuesta por 20 ítems que puntuados por las 3 parejas, reflejaron un nivel bajo de satisfacción sexual en las categorías más relevantes que fueron, la intensidad, concentración, frecuencia de la actividad sexual, como también la frecuencia en la que se presentaba el orgasmo, desinhibición y el equilibrio puesto que este último no se reflejaban en igualdad de condiciones por la limitación del integrante afectado por la lesión medular en la parejas. Es importante resaltar que al no llevar una buena calidad de las prácticas sexuales dentro de la pareja, puede reflejar el mal momento que esté pasando, como también el sentirse inconforme el uno del otro, puesto que se generan situaciones que no ayuden al bienestar y estabilidad como también no permitan el fortalecimiento y la búsqueda de alternativas en la práctica sexual y de igual manera no se pueda alimentar los lazos afectivos en la unión de la pareja.

Se puede concluir la escasez de estudios longitudinales que abarquen el proceso de adaptación desde sus inicios hasta el proceso de rehabilitación y adecuación de dimensiones sociales del lesionado medular donde estén inmersas la autoestima y la satisfacción sexual, bajo una relación de pareja como proceso de ayuda a adaptación al cambio

Al cumplir con esta investigación se concluye que la técnica cualitativa, como la cuantitativa, son importantes puesto que permiten complementarse a modo general y dar un análisis y descripción adecuada, además de esto se genera la posibilidad de seguir el proceso investigativo con una muestra más significativa dándole peso y validez al momento de entregar unos resultados mucho más amplios ideales para el estudio.

Recomendaciones

El test de satisfacción que se empleó en el presente está dirigido a todo ser humano que tiene en función completa sus cuatro extremidades, y es entendido que los lesionados medulares tienen otras funciones u otros medios para alcanzar la satisfacción sexual, además de que ellos antes de iniciar la relación sexual con su pareja se tienen que preparar y cuidar para no tener accidentes que puedan interrumpir dramáticamente el momento de placer. Por ello se recomienda para futuras investigaciones validar una escala que incluya las situaciones con las que vive una persona que presenta lesión medular.

Se plantea realizar una nueva investigación con un mayor número de sujetos, puesto que esto permite recabar mayor información de la que se obtuvo en esta investigación, haciendo una aportación mayor a este campo de estudio, y por otra parte, el hecho de contar con una muestra considerable permite hacer una generalización a la población total.

Aunado a esto se sugiere que para complementar la investigación se apliquen instrumentos que midan el auto concepto y tipo de personalidad con la finalidad de abarcar la forma en que se perciben ellos mismos y como perciben su relación sexual.

Se sugiere en investigaciones posteriores que se plantee como reto principal la creación de un protocolo de intervención desde el área de la psicología a fines de ver el proceso de rehabilitación del lesionado medular como proceso integral, el cual contenga dimensiones como la familia, pareja, y amigos.

Se recomienda que se realicen más estudios en pacientes discapacitados o lesionados medulares sobre sexualidad, debido a que ese tema en la población de discapacitados está

poco explorada en nuestro país y el discapacitado colombiano presenta la necesidad de conocer más sobre sí mismo como ser sexual (capacidades o limitaciones en el área de pareja).

Se sugiere en investigaciones posteriores la posibilidad de enmarcar los estudios en poblaciones donde se incluyan femeninas diagnosticadas con lesión medular (relaciones de pareja) y constatar si existen diferencias significativas en el proceso de reacomodación a la sexualidad y con ella a la satisfacción y si se genera vinculación con el autoestima.

Se sugiere un abordaje que involucre aspectos físicos, psicológicos y sociales asociados a esta condición de salud que serviría de referencia para fijar políticas, programas y acciones, que trasciendan los enfoques tradicionales de carácter asistencial y terapéutico, a propuestas más integradoras enfocadas a intervenir el funcionamiento del individuo como ser biopsicosocial ofreciéndole a la persona con lesión medular mayores oportunidades de incluirse de nuevo en su contexto sociocultural con el más alto nivel de independencia y autonomía posible.

Se propone que dentro de los procesos académicos sería de gran ayuda el comenzar a educar a los futuros psicólogos respecto al tema de discapacidad o habilidades diferenciadas. Iniciar con la formación desde procesos de atención y rehabilitación integral que ayuden eliminar los mitos que se tienen acerca de la vida y desarrollo del discapacitado.

En cuanto a la contribución de esta investigación puede considerarse esta monografía como un pequeño aporte, que pretende crear un mejoramiento en un gran bagaje de aspectos en donde se recomienda seguir los avances realizados como estrategia para una

terapia en el holón de pareja por medio de talleres psicoeducativos e información que se han desarrollado dentro de la investigación.

Propuesta

Según el estudio realizado en esta investigación, y de acuerdo a los resultados encontrados, se propone desarrollar talleres psicoeducativos con el fin de generar un mejoramiento en estrategias y alternativas en las parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular, estos talleres se pueden encontrar en el siguiente blog interactivo que lleva como nombre Talleres Psicoeducativos de la Satisfacción Sexual y Autoestima en Lesionados Medulares, con su link de acceso <http://psicologialesionmedular.blogspot.com/> además se definen los siguientes términos utilizados dentro del desarrollo de la propuesta.

Autoestima

Reasoner, citado por Raffini (1998), define “la autoestima como la apreciación del propio valor e importancia, caracterizada por la posibilidad de responsabilizarse de uno mismo y de actuar de manera responsable hacia los demás, inherentes al individuo como ser humano, por lo tanto debe brindarse la oportunidad de experiencias que le generen sentimiento de orgullo, evitando aquellas que puedan producir expectativas que culminen en la desvalorización.

Satisfacción sexual

(Profamilia , 2013). La sexualidad es un aspecto de la vida de todos los seres humanos y está relacionada con la capacidad de sentir placer, nace con nosotros y se muere con nosotros e involucra aspectos físicos, sentimentales y emocionales. Esto quiere decir, que la sexualidad está relacionada con nuestra forma de ser, de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarnos con otras personas y con nosotros(as) mismos(as).

Blog o Blogger

Los blogs abreviatura de weblogs o, en español diarios de navegación o cuadernos de bitácora, son uno de esos fenómenos efervescentes asociados a internet que casi de la noche a la mañana, podemos ver en las noticias, en las conversaciones de café y en prácticamente en todas partes. Pero a pesar de la rabiosa actualidad del término, los blogs no son un fenómeno nuevo.

Como funciona

Hoy en día, el blog es algo mucho más cotidiano, aunque todavía permanezca al margen del vocabulario de personas no muy próximas al entorno tecnológico o de internet. En España por ejemplo existen blogs de periodistas, políticos, líderes de opinión, profesores o simplemente de personas, que lo consideran un vehículo para compartir sus experiencias y opinión. Parece que el fenómeno ha alcanzado su madurez. La primera y principal consecuencia, deriva de la facilidad para generar contenidos en un soporte rápido, ágil, inmediato y sin más control editorial que el de sus autores.

Talleres Psicoeducativos

Taller imagínate a ti mismo y a tu pareja.

Objetivo: Hacer conscientes a la pareja de que la realización de sus proyectos futuros, depende, en gran medida, de ellos mismos.

Duración recomendada: Aproximadamente, 60 minutos.

Materiales: Folios y lápices.

Desarrollo: para el desarrollo de esta actividad se hará utilización de la técnica de imaginación mental, la cual es de gran utilidad para conseguir que la personas sea consciente de aspectos en los que nos es costoso concentrarnos por la carga emocional implícita que a veces poseen.

El profesional de la psicología comenta a la pareja que en esta actividad van a pensar en el futuro y en cómo se imaginan a sí mismos y a su pareja dentro de algunos años. En primer lugar, deben cerrar los ojos e imaginarse a sí mismos y su pareja dentro de 10 años. Cuando la pareja han cerrado los ojos, el profesional en psicología lee en voz alta las siguientes preguntas, cuidando siempre de dejar un tiempo entre pregunta y pregunta para que cada integrante de la pareja, individualmente, pueda pensar e imaginar las respuestas.

Las preguntas que se deben realizar son las siguientes:

¿Físicamente cómo se imagina usted y su pareja dentro de 10 años?

¿A qué cree que se dedican?

¿Qué aficiones tienen?

¿Con quién viven?

¿Qué amigos tienen?

¿Cómo es la relación con los padres del otro?

¿Aun sientes atracción por tu pareja?

¿Tienen hijos?

¿Qué les gusta hacer en su tiempo libre?

¿Son felices?

¿De qué enorgullece más de tu pareja?

La fase de imaginación concluye y la pareja ya puede abrir los ojos. Después, se le pregunta a la pareja en general si creen que ese futuro imaginado será necesariamente así o si puede ser de otra manera y, sobre todo, si creen que conseguir el futuro que desean es algo que depende en gran parte, aunque no totalmente, de ellos o si creen que no pueden hacer nada para acercarse a su futuro deseado. El profesional en psicología debe reconducir este debate hacia la capacidad que todos tenemos para aumentar las probabilidades de alcanzar nuestros objetivos. No obstante, lo primero que necesitamos para alcanzar nuestras metas es saber a dónde queremos llegar, qué queremos ser, cuáles son nuestros objetivos. Tener esto claro es haber recorrido ya la mitad del camino. Finalmente, la actividad concluye con una fase final individual en la que cada integrante de la pareja escribe tres metas futuras a largo plazo (por ejemplo, crear una familia, tener un trabajo en el que se sientan satisfechos, etc.) y también tres y metas futuras a corto plazo (por ejemplo, aprobar el siguiente examen) que desearían conseguir.

Taller un paseo por el bosque con mi pareja

Objetivos: Favorecer el conocimiento propio y de la pareja, Estimulando la acción de auto valorarse para contribuir al mejoramiento de la confianza y la comunicación en la pareja.

Duración: 45 minutos aproximadamente.

Materiales: Papel, música clásica de fondo mientras la pareja trabaja (opcional).

Desarrollo: el profesional de la psicología, indica a la pareja que dibujen un árbol en una hoja, con sus raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas, las cosas positivas que hacen y en los frutos, los éxitos o triunfos. Se pone música clásica de fondo para ayudarles a concentrarse y relajarse. Una vez terminen, deben escribir su nombre y sus apellidos en la parte superior del dibujo. A continuación cada integrante de la pareja hablará de manera individual del árbol en primera persona, como si fuese el árbol.

Seguidamente, se colocarán el árbol en el pecho, de forma que su pareja pueda verlo, y darán un paseo “por el bosque”, de modo que cada vez que encuentren un árbol lean en voz alta lo que hay escrito en el dibujo, diciendo “Tu eres...” Por ejemplo: “Alfonso, eres...tienes...” Tendrán 5 minutos para dar un paseo “por el bosque” A continuación se hace la puesta en común, en el transcurso de la cual, cada participante puede añadir “raíces” y “frutos” que los demás le reconocen e indican.

El profesional de la psicología para finalizar lanza las siguientes preguntas para comentar la actividad:

¿Les ha gustado el juego de interacción?

¿Cómo se sintieron durante el paseo por el bosque?

¿Cómo se sienten después de esta actividad?

Taller de educación de sexual para parejas con integrante con lesión medular.

Sesión # 1

Tema: ¿Qué es la sexualidad? Mitos y prejuicios que rodean la sexualidad del discapacitado.

¿Qué es la sexualidad?

La sexualidad es un aspecto de la vida de todos los seres humanos y está relacionada con la capacidad de sentir placer, nace con nosotros y se muere con nosotros e involucra aspectos físicos, sentimentales y emocionales. Esto quiere decir, que la sexualidad está relacionada con nuestra forma de ser, de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarnos con otras personas y con nosotros(as) mismos(as). (Profamilia, 2013)

Esta discapacidad representa un cambio profundo en la sexualidad, pues toma un tiempo funcionar sexualmente en que se comportaban antes de la lesión. La falta de información es terrible ya que refuerza mitos que atemorizan y afectan la calidad de vida coadyuvando a la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. A continuación algunos de ellos.

Los mitos mencionados a continuación son tomadas como referencia de la página web Minusvalia2000 recuperado el 20/06/16

Las personas en sillas de ruedas no son atractivas

Este mito afecta la calidad de vida erótica afectiva cuando se le cree ya que él o ella no se atreven a iniciar o reiniciar una vida en pareja. Muchos sienten que su cuerpo diferente no cubre las expectativas de las posibles parejas sexuales; piensan que nadie se fijara en ellos/as ya que el modelo de belleza impuesto por la sociedad involucra a cuerpos

musculosos y fuertes. Cada vez más esta idea se va erradicando debido al trabajo de resignificación que se hace ya que el cuerpo de una persona con lesión medular contraviene con los valores de juventud, virilidad, feminidad, actividad y belleza física. Sin embargo, esto pesa más sobre la mujer con lesión medular que sobre el varón ya que es más frecuente encontrar varones casados o en pareja que mujeres en la misma situación. El género femenino parece más dispuesto a no preocuparse

Es una tragedia estar en silla de ruedas, por ello son dignos de veneración e inspiración para los demás

Esta creencia es contraria y opresora para las personas con discapacidad desde la perspectiva del movimiento de los derechos de personas con discapacidad. Muchas personas con y sin discapacidad refuerzan esta idea que no ayuda ya que los coloca y les exige ser héroes, heroínas y personajes superdotados. Solo es una tragedia estar en silla de ruedas cuando la sociedad y las personas que la integran no proporcionan las oportunidades para que se tenga una vida digna. Creer que deben inspirar sólo conduce a querer ayudarlos, asistirlos, a estar cerca de ellos como acompañantes o asistentes personales pero nada más. En algunos casos cuando las personas con lesión manifiestan interés sexual por sus acompañantes a veces se ven rechazados.

Las personas con lesión medular pueden transmitir su lesión a sus hijos

Las lesiones medulares son producto de accidentes de trabajo o deportivos, o bien de heridas con armas punzo cortantes o arma de fuego, esto es, se le adquirió. Por ello no puede ser transmitida genéticamente a la descendencia así que este temor es infundado.

La lesión motora impide que estas personas experimenten deseos sexuales puesto que lo motor les permite el movimiento requerido para un coito.

Se parte de una concepción muy reducida de sexualidad concibiéndola únicamente como coito y más nada; sin embargo, la sexualidad entre una pareja implica la calidez, las caricias el erotismo emanado de todos los sentidos y de cada pulgada de piel. Mientras se tenga eso y apertura hacia la sexualidad, la pareja puede mantener una vida sexual muy amplia y gozosa.

La incontinencia en las personas con lesión los hace sexualmente desagradables y termina anulando la relación.

Ciertamente una pareja que vive su sexualidad después de un accidente la vive de manera diferente a como lo hacía antes del accidente; sin embargo, esto no significa que vivirlo diferente sea sinónimo de inferior: es sólo diferente. Frente a la incontinencia existen una serie de alternativas para enfrentarla y hasta de evitar esos posibles accidentes.

Las personas con lesión medular no experimentan orgasmos.

Hay lamentablemente, muchos varones lesionados que a pesar de tener una erección no se sienten completos ya que NO ven su eyaculación (tienen eyaculación retrógrada) y por ende no disfrutan. Hay aquí un terrible error al creer que en los varones la eyaculación y el orgasmo son sinónimos entre sí. Puede haber orgasmos sin eyaculación, con

eyaculación y después de la eyaculación. El orgasmo no es sólo un evento fisiológico en donde se sienten una serie de contracciones cada 8 décimas de segundo sino un evento acompañado de emociones, identidad y autoestima entre otras cuestiones. Por otro lado, existen evidencias científicas y experimentales en las cuales hay orgasmos fisiológicos y orgasmos psicógenos. Masters, Johnson y Kolodny (1985), aportaron importantes datos referidos al caso de una mujer con lesión medular que reportaba orgasmos, y en quien la tumefacción aparecía en los labios de la boca y no en los labios de la vulva. Estos datos así como el identificar al orgasmo psicógeno abrieron la posibilidad de promover una salud sexual en los pacientes. Muchos de los varones con lesión experimentan este tipo de orgasmo también.

Las personas con lesión medular pueden ejercer una sexualidad plena, humana y armónica. Educar y es una tarea prioritaria a nivel social y a nivel personal el de llevar a cabo un redescubrimiento sexual, sin temores, sin tabúes, conociendo el cuerpo nuevo y el tipo de lesión, sus limitaciones pero sobre todo sus múltiples capacidades

Sesión # 2

Tema: Anatomía y fisiología de los genitales masculinos y femeninos.

Pérez & Medina (2013)

El aparato reproductor masculino.

El aparato reproductor masculino está formado por las siguientes partes: los testículos, las vías espermáticas, el pene y las glándulas anejas.

Testículos: Es un órgano par, con forma ovoide, que se aloja en la bolsa escrotal que desciende a su posición definitiva en el período fetal. La función de los testículos es la formación de espermatozoides (espermatogénesis) y la regulación hormonal. Los

andrógenos y la testosterona, son las hormonas que intervienen en la espermatogénesis y en el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos secundarios (distribución del vello, de la masa muscular, etc.).

Vías espermáticas: Son estructuras tubulares que forman un conducto que se extiende desde cada testículo hasta la uretra

Pene: Órgano con forma cilíndrica, con un extremo anterior denominado glande, que está recubierto por el prepucio. En la parte central del glande se abre el meato urinario, orificio que se corresponde con la porción final de la uretra, por donde se eliminan la orina y el espermatozoide, aunque no de forma simultánea. Glándulas anejas las constituyen la próstata y las glándulas de Cowper. **Próstata:** glándula única, que rodea la uretra y abre sus conductos en ella. **-Glándulas de Cowper:** órganos pares que vierten secreción mucosa en la uretra a partir de un conducto excretor.

Las patologías más frecuentes del aparato reproductor masculino son las siguientes.

Fimosis Estrechez de la abertura del prepucio, congénita o adquirida, que dificulta descubrir el glande.

Criptorquidia Descenso incompleto del testículo, que no alcanza la bolsa escrotal, pudiendo quedar retenido en la cavidad abdominal o en algún punto del trayecto de descenso.

Orquitis Inflamación de los testículos que cursa con dolor localizado, fiebre y aumento del tamaño testicular. Suele ser secundaria a una enfermedad infecciosa, por ejemplo la parotiditis.

Hipertrofia prostática Aumento del tamaño de la próstata que produce dificultad para la micción y retención de orina, llevando a una distensión de la vejiga lo que facilita la aparición incontinencia por rebosamiento e infecciones de orina.

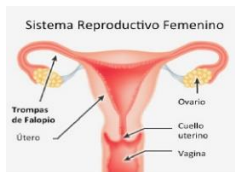
Tumores Afectan con mayor frecuencia a los testículos y a la próstata. Existen tumores malignos y benignos y, en todo caso, producen un aumento del tamaño del órgano afectado con la consecuente compresión de las estructuras adyacentes.

El aparato reproductor femenino.

El aparato reproductor femenino está formado por los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva. La vulva comprende el conjunto de los genitales externos: labios mayores, labios menores, orificio vaginal y clítoris.

Ovarios Órgano par, situados en la cavidad peritoneal y unida al útero a través de las trompas de Falopio. Su función es la producción de óvulos y la secreción de hormonas sexuales

Trompas de Falopio Estructuras tubulares que se extienden desde los laterales del útero hasta la superficie de cada ovario. Sirven como vía de transporte de los óvulos desde el ovario hasta el útero.



Útero Es un órgano muscular hueco, situado en la pelvis, entre la vejiga y el recto. Se divide en cuerpo, istmo y cuello.

Vagina Se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva y actúa como conducto de eliminación del flujo menstrual y canalización del esperma.

Patologías más frecuentes

Las patologías más frecuentes del aparato reproductor femenino son las siguientes:

Infecciones Están causadas por diversos tipos de gérmenes y pueden afectar a los diferentes órganos genitales, provocando así vulvitis, vaginitis o colpitis, cervicitis o salpingitis. La sintomatología incluye escozor, dolor, irritación local, aumento en la excreción de orina y alteración del moco cervical.

Tumores Los más frecuentes, tanto benignos como malignos, se localizan en el cuello y cuerpo del útero y en los ovarios. Otros tumores también muy frecuentes son los de mama, que se presentan como nódulos palpables en el pecho, de carácter doloroso. Para conseguir una detección precoz de los tumores de mama, es importante aprender a realizar una correcta autoexploración mamaria que consiste en la inspección ocular del pecho y la palpación ejerciendo una presión con la punta de los dedos sobre las mamas y axilas. Para un diagnóstico precoz de las enfermedades del aparato genital femenino es recomendable la visita anual al ginecólogo y la realización de mamografías periódicas a partir de la edad indicada.

Sesión # 3

Tema: Etapas del ciclo de respuesta sexual humana. Semejanzas y diferencias entre el hombre y la mujer.

Montiel, F. (2014)

Las fases del ciclo de respuesta sexual humana descritas por Masters & Johnson, Kaplan y Levine son las siguientes:

- Fase de deseo
- Fase de excitación
- Fase de meseta
- Fase de orgasmo
- Fase de resolución

HOMBRE	FASE	MUJER
Erección del pezón (30%)	EXCITACION	Erección del pezón (consistente)
Rubor sexual (25%) Espasmo carpopedal Tensión general del sistema músculo esquelético Hiperventilación Taquicardia (100-160 x minuto)	MESETA	Rubor sexual (75%) Espasmo carpopedal Tensión general del sistema músculo esquelético Hiperventilación Taquicardia (100-160 x minuto)
Contracción específica del sistema músculo esquelético Hiperventilación Taquicardia (100-180 x minuto)	ORGASMO	Contracción específica del sistema músculo esquelético Hiperventilación Taquicardia (100-180 x minuto)
Sudoración (30-40%) Hiperventilación Taquicardia (150-80 x minuto)	RESOLUCION	Sudoración (30-40%) Hiperventilación Taquicardia (150-80 x minuto)

Sesión # 4

Tema: Información sobre métodos más efectivos para inducir y mantener la erección en el hombre con lesión medular.

Existen varias alternativas para paliar la disfunción eréctil:

Compresores y Anillos: Son gomas elásticas que una vez conseguida la erección se colocan en la base del pene con la finalidad de mantener la sangre en los cuerpos cavernosos. Se utilizan entre 10 y 15 minutos, para evitar ulceraciones por excesiva compresión.

Sistemas de Vacío (Vacum): Tienen un 100% de efectividad. Son costosos y complicados para la adaptación del paciente. Es recomendable aprender antes de comprarlos. Se puede aplicar junto con una terapia oral o inyectable. Este método se aplica cuando el paciente no tiene erecciones reflejas.

Terapia intracavernosa de sustancias vasoactivas: A saber:

a) *Prostaglandina E1:* Es la más empleada. Debe colocarse por inyección de 10 a 15 gamas. Si los efectos son prolongados, se disminuye la dosis. Los resultados son positivos en un 95%. Dentro de las complicaciones nos encontramos con el priapismo (erección continua y dolorosa del pene).

b) *Fentolamina:* Medicamento con propiedades alfa-anti-adrenérgicas no selectivas. Su principal acción es la vasodilatación. Al inyectarlo en el pene, aumenta el flujo sanguíneo produciendo la erección.

c) *Papaverina:* Produce una relajación de la musculatura lisa intracavernosa, que facilita el flujo arterial y, como consecuencia, la erección. Es un método muy útil en pacientes con una disfunción eréctil de origen psicógeno, en los que produce una excelente erección. En la actualidad la papaverina ha sido sustituida por la prostaglandina E1, con un efecto similar y menores problemas secundarios.

Terapia oral.

a) *Sildenafil*: Debe ser utilizada con una adecuada estimulación psicológica y física. Es conocido por el nombre comercial Viagra. Es un potente vasodilatador. Se ha desarrollado una forma oral, cuyo efecto máximo se alcanza una hora después de la ingesta.

Existe otra forma masticable (efecto máximo al de 15 minutos después de la toma). La dosis recomendada es la de 25 – 50 mg.

Este fármaco no actúa con ausencia de estimulación sexual.

b) *Tadalafil (Cialis)*: Es un inhibidor oral de la enzima PDE5. Es eficaz durante las 24 a 48 horas después de la ingesta. Se le conoce como la píldora del fin de semana.

c) *Vardenafil (Levitra)*.

d) *Zaprinast*

e) *Apormorfina SL (Uprima)*: Escaso éxito. El laboratorio que comercializó el producto bajo el nombre de Uprima no ha renovado su oferta.

SARS:

Estimulación de raíces sacras. Es un sistema que se implanta en los nervios sacros a su salida de la médula. Permite a los lesionados medulares un control de la micción para lograr el vaciamiento de la orina de una manera natural. Produce una erección del pene.

Está formado por 3 componentes. Los electrodos que se implantan por pares en S2, S3,S4; una placa receptora del impulso eléctrico que se coloca en el abdomen por debajo de la piel y que va conectada a los electrodos por un sistema de cables muy fijos y, por último, un estimulador externo (es la parte del sistema que va por fuera del cuerpo).

El estimulador genera la señal eléctrica que va hacia los nervios y a través de estos a la vejiga. Puede ser llevado en el bolsillo del pantalón.

Prótesis intracavernosa

Son irreversibles. Hay diferentes tipos desde las rígidas hasta las inflables. Las inflables imitan la fisiología normal, pero aumenta el porcentaje de fallos por causa del material. El principal riesgo es la infección. Son de alto coste.

El paciente debe conocer la posibilidad de un fracaso o de la falta de adaptación.

Prótesis externas o exoprótesis: Es un preservativo semirrígido (formado por dos láminas de silicona íntimamente adosadas, entre las que existe un espacio virtual) donde se introduce el pene. A través de un macarrón que va unido a esa prótesis, el propio paciente aspira con su boca, realizando un vacío que provoca que el pene se rellene de sangre, y se ponga rígido hasta ocupar el espacio del preservativo. Este método está indicado en pacientes que no pueden tener erecciones reflejas.

Eyacuación: Muy Baja: Las posibilidades de eyacuación del lesionado medular por medios naturales son escasas. Según algunos estudios (Comarr et al) sólo un 5% de los varones con lesiones medulares completas consigue eyacular por masturbación o coito.

a) Lesión por encima del Centro Toracolumbar: Muy poco probable. El centro sacro inhibe el Toracolumbar.

b) Lesión del centro Toracolumbar: No hay eyacuación.

c) Lesión por debajo del Centro Toracolumbar: Pueden ocurrir eyacuaciones goteantes.

Existen numerosos métodos para la obtención seminal, entre los que destacan:

Métodos naturales (masturbación o coito).

Métodos farmacológicos: Fisostigmina subcutánea: Alfa-adrenérgico que facilita la eyaculación. Presenta algunos efectos secundarios (mareos, vómitos.).

Métodos mecánicos: Vibro estimulación del pene o vibradores: Se aplican en pacientes con lesión medular por encima de D10, que cursan con espasticidad y lleven más de un año de evolución de la lesión. Se aplica una frecuencia de 85-100 hz, en la “V” del glande del pene. Ejerciéndose con presión y con movimiento circular.

Métodos de estimulación eléctrica: Electro estimulación rectal: Se aplica con corriente eléctrica alterna, a través de dos electrodos situados en la punta de una sonda rectal rígida. La sonda con lubricante se introduce en el recto colocándose en la región subprostática para excitar la región hasta producir la eyaculación. Se aplican en lesiones medulares por debajo de D10 hasta L1-L2 y también en lesiones por encima de D10 cuando el método de vibración resulta negativo.

Métodos quirúrgicos: Punción directa del deferente: Esta técnica va dirigida hacia la inseminación “*in vitro*”

Calidad deficiente del semen:

a) Conteo de espermatozoides normal.

b) Movilidad de espermatozoides alterada:

La mayoría de los espermatozoides están muertos. La baja movilidad no se relaciona con la edad, tiempo de lesión medular, alteraciones hormonales.

c) Cambios bioquímicos en el plasma seminal.

d) Las alteraciones del plasma seminal se observan a cualquier nivel de lesión medular.

Sesión # 5

Tema: Posibilidades de reproducción para el hombre y la mujer con lesión medular.
Paternidad y maternidad.

Embarazo.

La inervación uterina surge desde T10, T11 y T12, como puede comprobarse con una anestesia epidural. En pacientes con una lesión completa por encima de T10 no se perciben directamente ni las contracciones uterinas ni los movimientos del feto, pero las mujeres con lesiones torácicas medias notan movimientos transmitidos a través del peritoneo. Mujeres con lesiones por debajo de T12 notan sus contracciones uterinas y movimientos fetales con normalidad.

Como un embarazo normal dura 40 - 44 semanas, se ha sugerido que deben planificarse exámenes frecuentes desde la semana 32 en adelante. Letcher y Goldfine recomiendan en mujeres con lesiones por encima de T12 la observación permanente en una unidad obstétrica antes del final de la semana 34.

Efectos del embarazo sobre los problemas inherentes a la lesión medular.

En la mujer con lesión en la médula espinal embarazada, la infección del tracto urinario puede ser importante y debe prevenirse. Por lo tanto, deben hacerse regularmente leucocitosis y en caso de dudas solicitar un urocultivo, de forma que pueda tratarse la infección de la paciente sin utilizar sulfamidas ni tetraciclinas, ya que están contraindicadas. Debe prevenirse la tendencia al estreñimiento. El elevado riesgo

trombogénico contraindica los períodos prolongados en cama sin precauciones especiales. Como debe esperarse una reducción de mineral en los huesos, se recomienda una dieta rica en calcio durante el embarazo.

Efectos de la lesión medular sobre el embarazo.

La albuminuria residual, después de infecciones urinarias repetidas, incrementa el riesgo de toxemia del embarazo. Debe prevenirse la disreflexia autonómica utilizando pentolinium (antihipertensivo de acción anticolinérgica y bloqueador de los ganglios simpáticos y parasimpáticos), bloqueadores alfa o antagonistas del calcio. El alto riesgo debe preverse por medio de beta - miméticos (Letcher 1986). Prevenir el edema de los miembros inferiores aconsejando el uso de medias elásticas y teniendo las piernas elevadas varias veces al día. A causa del riesgo adicional para el niño, deben efectuarse exámenes ginecológicos/obstétricos cada dos semanas después de la semana 32 midiendo la altura uterina y el incremento de peso materno. La ecografía fetal permite medir los diámetros torácicos y biparietal, que normalmente se incrementan conforme llega a término el embarazo.

Parto.

Entre las mujeres con lesiones por encima de T10, las contracciones uterinas son a priori efectivas, pero la parálisis de los músculos abdominales hace inefectivos los esfuerzos para expulsar el feto. La expulsión de la placenta tiene lugar sin ningún problema. Si la lesión es por encima de T6 o a este nivel, hay riesgo de disreflexia autonómica. Por lo tanto, es esencial premedicación efectiva. La bibliografía recomienda la administración de pentolinium varios días antes del nacimiento, ya que se prefiere no usar agentes

alfabloqueantes. De acuerdo con el obstetra y el anestesista, también se recomienda el uso sistemático de anestesia peridural. Si la lesión se encuentra situada entre T10 y T12 se constatará generalmente la ausencia de contracciones uterinas durante el parto; sin embargo la bibliografía hace referencia a una paciente con lesión medular en T11 que tuvo tres partos naturales, todos con puntuaciones Apgar satisfactorias. Sin considerar el nivel de la lesión, todas las parturientas lesionadas medulares deben ser avisadas del riesgo de un parto prematuro inadvertido, debido a que no sienten las contracciones y la rotura de la bolsa puede confundirse con incontinencia urinaria. En el período post parto, se incrementa el riesgo de infección del tracto urinario y debe prevenirse la trombosis venosa de los miembros inferiores.

Maternidad.

La lactancia materna no causa ningún problema extra y no está contraindicada en las mujeres lesionadas medulares. El cuidado maternal es difícil, pero no imposible, para una mujer parapléjica con un nivel alto de lesión. Por el contrario, será imposible hacerlo sin ayuda para una cuadripléjica con un nivel de lesión por encima de C7; éste es un gasto extra que debe ser tenido en cuenta. En general, la maternidad en sí da a la mujer lesionada medular una sensación de plenitud, y rara vez se ve un empeoramiento de las condiciones físicas o psicológicas.

Sesión # 6

Tema: Información relativa a la higiene sexual. “Reeducación de la función gastrointestinal”

Spinal cord injury model sistem (2015)

Lo que necesita saber

- La lesión de la médula espinal puede afectar su capacidad para mover residuos a través del colon (intestino grueso)
- Quizás no será capaz de controlar sus movimientos intestinales. Puede ser difícil pasar el excremento o puede pasarlo cuando usted no lo desea.
- Esto puede causar dolor en el abdomen y la sensación de sentirse satisfecho antes de lo normal o después de comer menos de lo usual.
- Los problemas intestinales también pueden contribuir a la depresión o la ansiedad y ser motivo de preocupación de que usted tendrá un accidente en público. Pueden limitar su capacidad de realizar lo que usted disfruta hacer fuera de su hogar.
- Un programa intestinal puede ayudar a las personas con lesión medular a recuperar el control de sus movimientos intestinales.
- Un programa intestinal puede ayudarle a evitar complicaciones (disreflexia autonómica, obstrucción o fugas de excremento, úlceras de decúbito) y cirugía intestinal.

¿Qué es un programa para el intestino?

Un programa para el intestino es un plan personal para entrenar a que su cuerpo realice defecaciones con regularidad. El programa utiliza la dieta, líquidos, medicina, prácticas y técnicas y un tiempo designado para cada persona porque cada quien es único, responde de manera diferente y tiene necesidades distintas. Para determinar el programa del intestino más apropiado para un individuo, una evaluación del intestino realizada por un médico o una enfermera incluirá el historial historia del paciente (nivel y exhaustividad de la lesión de la médula espinal, descripción y patrón de los problemas intestinales, problemas médicos pasados y presentes, dieta, ingesta de líquidos, actividad, necesidad o disponibilidad de recursos, ambiente familiar, estilo de vida, preferencias, prueba gastrointestinal realizada, etc.) y un examen físico.

Los objetivos de un programa del intestino son:

- Pasar excremento en forma diaria cada otro día
- Prevención de los movimientos del intestino no planeados
- Vaciado de intestinos más o menos a la misma hora durante el día (a.m. o p.m.) • Pasar heces de tamaño medio (aproximadamente 2 tazas de las heces) o heces grandes cada vez que tiene un movimiento intestinal
- Vaciado de todo o la mayoría de su recto cada día
- Producir heces que son suaves, formadas y voluminosas
- Vaciar los intestinos completamente en un lapso de media hora (o de 1 hora, a lo sumo)

¿Qué incluye un programa del intestino?

El programa del intestino se realiza diariamente o cada tercer día. Un programa diario de manejo del intestino consiste en

- Tener una dieta adecuada y beber líquidos en abundancia
- Usar medicinas para el intestino según lo recomendado por su médico
- Practicar técnicas que activan el reflejo para vaciar su recto
- Disponer de métodos para vaciar el excremento

Referencias Bibliográficas

Arias, M. (1994) Propuesta multimedios de orientación sexológica, para sujetos lesionados medulares del centro nacional de rehabilitación (Caracas-Venezuela).

Arseno. (11 de febrero de 2010). *Saludisima.com*. Obtenido de www.esisantafe.gov.ar

Bismarck Pinto Tapia. (2000) Terapia de pareja: una perspectiva cognitiva-sistémica. Universidad católica Boliviana. Revista número 8 diciembre 2000. Recuperado de: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcc/n8/a08.pdf>

Bonilla Julio. (2009) Protocolo de abordaje y tratamiento de la sexualidad en el lesionado medular. Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado. Recuperado de: http://www.bse.com.uy/wps/wcm/connect/ad248fa2-23fe-4b56-9356-573456ac6a3c/Protocolo_de_abordaje_y_tratamiento_de_la_sexualidad_en_el_lesionado_medular.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ad248fa2-23fe-4b56-9356-573456ac6a3c

Blum, R. (1997). *SciELO España - Scientific Electronic Library Online*. Recuperado el 13 de Octubre de 2015, de <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2011.447>

Branden. (1969). *Isep*. Obtenido de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Autoestima-Relacion-Con-El-Bienestar-Y-Su-Tratamiento.pdf>

Branden. (1997). *Isep*. Obtenido de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Autoestima-Relacion-Con-El-Bienestar-Y-Su-Tratamiento.pdf>

Branden. (s.f.). *innatia*. Obtenido de <http://crecimiento-personal.innatia.com/c-aumentar-la-autoestima/a-importancia-de-autoestima.html>

Byers, D. y. (1998). ResearchGate. *Redalyc - Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 259-273.

Carrobbles, S. (1991). Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *Redalyc - Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.

Castillo cuadro, j. T. (2012). Sexualidad en el lesionado medular, caracterización de la población masculina en control en el Hospital del Trabajador de Santiago, Chile. Chile.

Castillo Cuello José Julián. (2001) Sexualidad y Lesión / Disfunción de la Médula Espinal. 2001. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/sexualidad_y_lesiones_medulares.pdf

Cervero. (1995). *Fundación Grunenthal*. Obtenido de http://www.grunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+Neurop%C3%A1tico.pdf?fileID=58100207&cacheFix=1238142918000&__k=bc267e2a7aa24f483b71449b7cc474c8

Charlifue S, L. D. (2004). *SciELO Colombia- Scientific Electronic Library Online*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n2/v10n2a06>

Cordero.I. F. (17 de junio de 2005). *Tratamiento Conservador Versus Quirúrgico La Paraplejia Traumática Por Fracturas*. valencia, españa.

De la Espriella Guerrero, Ricardo. (2008) Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Asociación Colombiana de Psiquiatría Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a14.pdf>.

Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2011) El Enfoque Sistémico en los Estudios sobre la Familia. Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda, Distrito Nacional Santo Domingo. Recuperado de <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

García Carenas, L., Alcedo Rodríguez, M. Á., & Aguado Díaz, A.-L. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión. *intervencion psicosocial*, 2(XVIII), 124-141.

García, L. I. (julio-diciembre de 2009). Descripción de la calidad de vida en un cohorte de personas con lesión medular. *revista colombiana de medicina física y rehabilitación*, XIX(2), 14-27.

García, P. N. (2011). Sexualidad en adolescentes con discapacidad motora . *Arch Argent Pediatr*, 447.450. Recuperado el 13 de Octubre de 2015, de <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2011.447>

Guillem Feixas I Viaplana, Damaris Muñoz Cano Victoria Compañía Felipe Adrián Montesano Del Campo. (2012) El modelo sistémico en la intervención familiar. Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/modelo_sistemico_2012_2013r.pdf.

Henao Claudia Patricia, Lema Julio, Ernesto Pérez-Parra. (2010) Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. Vol. 10 n° 2 - chía, Colombia - agosto 2010. Aquichan. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n2/v10n2a06>

Islene, V. B. (2012). Sentimientos de los Familiares ante la Lesión Medular. *Scielo*, XX(1-2).

Krueger, D. (1988). Psicología de la rehabilitación. Barcelona: Herder. 359.

Lilienfeld, Robert. (1984) Teoría de Sistemas, Editorial Trillas, México

Lugo, L. G. (2009). Descripción de la calidad de vida en un cohorte de pacientes con lesión medular, en el hospital san vicente de paúl. *Revista Colombiana de medicina física y rehabilitación*, 19(2), 14-27.

Malec, J y Neimeyer, R. (1983). Psychological prediction of duration of inpatient spinal cord injury rehabilitation and performance of self-care. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 64, 363-

Masters, J. y. (1985).

Masters, W. &. (1998). *Los mundos de la sexualidad*. (Grijalbo, Ed.) Obtenido de http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/920/Art_CampoM_LesionMedularSexualidadMaternidad_2003.pdf?sequence=1

Medina, M. R. (02 de junio de 2014). *Técnicas y métodos de investigación según autores*. (m. r. medina, Productor) Recuperado el 2 de marzo de 2016, de tesis de investigación: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com.co/2014/06/tecnicas-e-instrumentos-de.html>

Meléndez, J. (2005). Estudio Descriptivo Y Analítico Relacional, Acerca De La Estructura Familiar Y Creencias De Familias Con Un Hijo Que Porte Una Discapacidad Física . *Universidad de Chile* .

Moncriff Felipe, Díaz Puches, Erika Patricia Rojas, (2010) Formas de relación entre la satisfacción marital y la satisfacción sexual en un grupo de parejas heterosexuales que residen en la ciudad de Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Psicología. Bogotá. Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/7932/1/tesis202.pdf>

McColl MA, A. R. (2003). *Aquichan*. Obtenido de Universidad de la Sabana: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1682/2190>

Oliver, Sandra (2003) *La sexualidad en la lesión medular*. México: Edición en proceso de impresión

Paez, c. a. (13 de mayo de 2004). Satisfacción marital. Comparación entre personas con pareja con lesión y personas con pareja sin lesión. Cholula, Puebla, México : Universidad de las Américas Puebla .

Palacios Pilar Lusilla, Carmina Castellano, Tejedor. M^a Cecilia Navarro. Miguel Ángel González. (2013) Interconsulta y Psiquiatría de Enlace en una Unidad de Lesión Medular: Aspectos teóricos. Medicina Psicosomática y Psiquiatría. Revista Iberoamericana De Psicosomática.

Pereira, z. (Enero-Junio de 2011). Diseños de investigación mixtos en educación: una experiencia concreta. *Educare*, XV(1), 15-29.

Perez, T. F. (2013). Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS) en usuarios de redes sociales. Almería, España : Universidad de Almería .

Pinto Tapia. Bismarck. (2006) La Psicoterapia relacional sistémica y el Psicoterapeuta Director Instituto Boliviano de Terapia Familiar Docente de la Carrera de Psicología UCB Doctorando en Psicología Social en la Universidad de Granada y la UCB. Recuperado de: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v2n2/v2n2a3.pdf>

Profamilia . (2013). *Profamilia* . Obtenido de http://profamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=372%3Aque-es-sexualidad&catid=65&

Reasoner. (1998). *Eumed.net*. (Volvi, Editor) Obtenido de Enciclopedia virtual: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011b/971/bases%20teoricas%20de%20la%20investigacion.html>

Rosenberg. (1965). *Instituto superior de estudios psicológicos*. Obtenido de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Autoestima-Relacion-Con-El-Bienestar-Y-Su-Tratamiento.pdf>.

Rodríguez, R., Jiménez, R., Cordero, R., Brunet, D., & Macías, Y. (2014). *Conducta sexual en hombres con lesión medular traumática*. Recuperado el 10 de Junio de

2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000100003&Ing=es&tIng=es.

Rueda María Begoña, Ruiz Antonio León, Aguado Díaz. (2003) Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Observatorio de la discapacidad. 1.ª edición: Madrid.

Rueda Ruiz M^a. Begoña, Antonio-León Aguado Díaz, M^a Ángeles Alcedo Rodríguez. (2008) Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía: Ayuntamiento de Getxo (Vizcaya). Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Intervención Psicosocial v.17 n.2 Madrid. Recuperado de:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592008000200002&script=sci_arttext.

Sampieri, R. (2014). *Metología de Investigación*. Mexico: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.

Santos Iglesias Pablo, Juan Carlos Sierra, Maribel García, Alicia Martínez, Antonio Sánchez y María Isabel Tapia. (2009) Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez Universidad de Granada, España 2 Asociación Española de Psicología Conductual. 2009. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/235/ndice-de-satisfaccin-sexual-iss-un-ES.pdf>

Sierra, J. (2002). *Fundación Grünenthal*. Obtenido de http://www.grunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+Neurop%C3%A1tico.pdf?fileID=58100207&cacheFix=1238142918000&__k=bc267e2a7aa24f483b71449b7cc474c8

Stanley Ducharme. (2012). *internacional enccloperia* . Obtenido de Lesiones medulares y la sexualidad: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/5/>

Trujano Rocío Soria. (2010) Tratamiento Sistémico en Problemas Familiares. Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 13. Facultad de Estudios Superiores Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México.

Valsamma Paul. (2006). Análisis cualitativo de la autoestima de mujeres casadas, separadas y madres solteras en la ciudad de Oaxaca. Universidad Iberoamericana. Recuperado de: <http://www.ensode.net/pdf-crack.js>.

Vasquez, A. J. (2004). Escala de autoestima de rosenberg: Fiabilidad y validez . *Apuntes de psicología* , 247-255.

Volvi. (1999). *Eumed.net*. (Cortés, Editor) Obtenido de Enciclopedia virtual: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011b/971/bases%20teoricas%20de%20la%20investigacion.html>

Apéndices

Apéndice A Consentimiento Informado

Universidad De Pamplona

Facultad De Salud

Departamento De Psicología

Consentimiento Informado

Yo, _____ identificado con CC. No. _____, e
_____ identificado con CC. No. _____ estudiantes
pertenecientes al programa Psicología en el formato manifestamos que:

Se realiza una investigación que pretende determinar cuál es la relación existente entre autoestima y satisfacción sexual en parejas con lesión medular a través de un corte de investigación mixto con predominancia cualitativa, dicho estudio será aplicado a parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular, población que se encuentra ubicada en el corregimiento de la Loma, departamento del Cesar.

Para:

1. Aplicar herramientas de entrevista semi-estructurada psicológica cualitativa y escalas de medición cuantitativa como parte del proceso de formación, haciendo un manejo cuidadoso de la información, respetando el derecho a la intimidad de las personas participantes.

2. Grabar en sonido el proceso de la entrevista semi-estructurada con el único fin de contribuir al análisis de la información.

“Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son

conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.”

Artículo 30, Ley 1090 de Septiembre 06 de 2006 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.”

SI NO

Ciudad y fecha: _____

Firma y cédula

Apéndice B Entrevista semiestructurada

Entrevista Semi estructurada

Guía de entrevista semi-estructurada para el proyecto de investigación “autoestima y satisfacción sexual en parejas con un integrante diagnosticado con lesión medular.

Nombre:

Edad: _____

Lugar De Procedencia: _____

Género: _____

Nivel Socioeconómico: _____

Entrevista compuesta por preguntas abiertas para información dirigida a la temática establecida en el proyecto.

Autoestima

Reasoner, citado por Raffini (1998), define “la autoestima como la apreciación del propio valor e importancia, caracterizada por la posibilidad de responsabilizarse de uno mismo y de actuar de manera responsable hacia los demás, inherentes al individuo como ser humano, por lo tanto debe brindarse la oportunidad de experiencias que le generen sentimiento de orgullo, evitando aquellas que puedan producir expectativas que culminen en la desvalorización.

De acuerdo a lo dicho:

¿Te preocupa mucho la impresión que causas sobre tu pareja?

¿Crees que puedes lograr cualquier cosa que te propusieras a largo plazo en tu relación de pareja?

¿Se me dificulta relacionarme con las personas y tener amigos?

Satisfacción sexual

(Profamilia , 2013). La sexualidad es un aspecto de la vida de todos los seres humanos y está relacionada con la capacidad de sentir placer, nace con nosotros y se muere con nosotros e involucra aspectos físicos, sentimentales y emocionales. Esto quiere decir, que la sexualidad está relacionada con nuestra forma de ser, de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarnos con otras personas y con nosotros(as) mismos(as).

De acuerdo a lo dicho:

¿Puede iniciar, con facilidad, una relación sexual con su pareja?

¿Requiere Ud. de algún tipo de artículo, juguete o demás para alcanzar el orgasmo con su pareja?

¿Esta Ud. Conforme con la cantidad, calidad y duración de las prácticas sexuales?

Apéndice C Nuevas escala de satisfacción sexual (NSSS)

Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS)

Autora: Fátima Pérez Triviño (2013)

Propiedad psicométricas de la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Pérez, 2013), está compuesta por 20 ítems, su fiabilidad es de 0.93 (Alfa de Cronbach), por lo que podemos deducir que la escala elegida posee una alta fiabilidad y por tanto una elevada cohesión interna. Por lo que respecta a su validez, se puede comprobar que es aplicable a otros contextos y que los ítems que la componen miden lo mismo y no se desvían de la temática que queremos estudiar, por tanto los ítems son congruentes entre ellos. Perez (2013).

Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS)

Piense en su vida sexual durante los últimos seis meses. Por favor, valore su satisfacción sobre los siguientes aspectos.

Nada satisfecho/ poco satisfecho/ satisfecho/muy satisfecho/ extremadamente satisfecho

MUJER/HOMBRE	Nada satisfecho	poco satisfecho	satisfecho	muy satisfecho	extremadamente satisfecho
La intensidad de su excitación sexual					
La calidad de sus orgasmos					
Su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus					

relaciones sexuales					
Su concentración durante la actividad sexual					
La manera en la que reacciona sexualmente su pareja					
El funcionamiento sexual de sus cuerpo					
Su apertura emociones durante las relaciones sexuales					
Su estado de humor después de la actividad sexual					
La frecuencia de sus orgasmos					
El placer que proporciona a su pareja					
El equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo					
La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual					
La iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual					
La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo					
La entrega de su pareja al placer sexual (desinhibición)					
La forma en su pareja tiene en cuenta sus necesidades sexuales					

La creatividad sexual de su pareja					
La disponibilidad sexual de su pareja					
La variedad de sus actividades sexuales					
La frecuencia de su actividad sexual					

Apéndice D Escala de autoestima de Rosenberg

Escala de Autoestima de Rosenberg

Inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). . Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9,10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40. (Vasquez, 2004)

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia, auto administrado.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .De los ítems del 6 al 10, las

Respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima se considera normal

De 26 a 29 untos: autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves ero es conveniente mejorarla

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra ente 0,76 y 0,87 y fiabilidad es de 0,80.

Escala de Autoestima de Rosenberg

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a lossentimientos o pensa mientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica:

	Muy De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy En Desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearia valorarme más a mí mismo/a.				

9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				