

TERAPIA SEXUAL GRUPAL CON DISCAPACITADOS FISICO-MOTORES PARA SU INTEGRACIÓN SOCIAL

Dr. Pedro Luis Castro Alegret .

Julio de 1994 .

INTRODUCCIÓN

Exponemos la fundamentación, el diseño y los métodos empleados en los Talleres grupales para el tratamiento de la sexualidad de las personas que presentan defectos discapacitantes físico-motores, con énfasis en las experiencias obtenidas recientemente con adultos hospitalizados. Esta labor novedosa en nuestro medio, se inició hace tres años en la Escuela Especial "Solidaridad con Panamá", adscripta como Laboratorio al Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Especial; y se extendió al Hospital Julio Díaz, actualmente Centro Nacional de Rehabilitación.

Nuestros grupos de orientación y de terapia dan respuesta a las necesidades y problemas que en la esfera psicosexual nos planteaban los alumnos y pacientes con quienes compartimos como especialistas sus procesos de rehabilitación e integración social. Además, en nuestro enfoque la terapia grupal se convierte en una valiosa herramienta de investigación, que nos revela las realidades de las relaciones y valores sociales, y su repercusión en la subjetividad.

Necesitábamos abordar estos problemas en sus dimensiones médicas y psicológicas, dentro del encuadre institucional, y también tomando en cuenta el medio social. Formamos un equipo de médicos y psicólogos, con el que han colaborado, de una forma u otra, más de diez especialistas, que nos hemos movido desde la fisioterapia hasta la sexología; y desde la psicología clínica hasta la educacional, con referencias a la psicología social.

Se trata de una labor no sólo original sino también éticamente delicada, pues se interviene en aspectos íntimos de la vida del alumno y del paciente, en un terreno que la cultura mantiene rodeado de prejuicios, y que las instituciones comúnmente no aceptan como parte de la expresión de las personalidades de sus integrantes.

Esta experiencia no surge por casualidad en esta década, ni se produce de manera aislada. Se relaciona con el desarrollo experimentado por la sexología en nuestro país en los años 80, y especialmente con las investigaciones sobre la implementación de la Educación Sexual en el Sistema Nacional de Educación.

La discapacidad que implica un cuerpo incompleto, con defectos en el movimiento, tiene una marcada repercusión en la formación de la personalidad, lo que comprende también el desarrollo psicosexual del individuo. La persona que nace con un defecto congénito, que sufre lesiones o daños perinatales, o padece de enfermedades agudas con secuelas invalidantes o afecciones degenerativas recibe una estimulación incompleta y hasta inadecuada de su entorno inmediato, que condiciona de manera

adversa la formación de su personalidad, de su identidad sexual así como el desempeño de sus roles sexuales. En cuanto a los jóvenes o adultos que se enferman o lesionan con secuelas discapacitantes, los cambios bruscos en su vida (ven interrumpida su actividad laboral, limitada su actividad social, reducidos sus contactos interpersonales), impactan notablemente su ajuste social en general y su funcionamiento psicosexual en particular.

En la literatura internacional se insiste en la atención multilateral a la salud de la persona que sufre una brusca limitación de sus posibilidades físicas y motoras; se estudian los procedimientos para recuperar la independencia, ganar en auto validismo, etc; pero pocas veces se aborda cómo orientar a la persona para que recupere o continúe desarrollando su vida sexual y de pareja, de acuerdo a su historia personal, sus aspiraciones y valores. Hasta el presente la atención a la sexualidad del discapacitado tampoco tiene el espacio adecuado en los servicios educacionales y de rehabilitación de nuestro país.

El estudio diagnóstico de los casos que atendemos, las primeras experiencias en su orientación grupal e individual, así como el intercambio con otros especialistas que acuden a nuestras actividades científicas, nos condujo a elaborar una interpretación sobre el desarrollo psicosexual del discapacitado temprano, que hemos expuesto en otros trabajos, y especialmente sobre el impacto de la discapacidad repentina en la sexualidad del adulto. En breve, resumimos algunas de nuestras ideas.

LOS PROBLEMAS DE LA ESFERA PSICOSEXUAL DEL DISCAPACITADO

Es admitido en la psicología de la rehabilitación que el enfrentamiento del sujeto a las consecuencias físicas, personales y sociales de la lesión discapacitante es compleja, y depende de una multiplicidad de factores. Para entenderla hay que estudiar la personalidad previa del sujeto que sufre la enfermedad o accidente, así como su sistema de apoyo familiar. También hay que considerar la red de apoyo profesional (médicos, psicólogos y otros especialistas) de las instituciones de salud que pueden ayudar en el proceso de su integración o reintegración a la sociedad.

El adulto que en su juventud o madurez padece una enfermedad (aguda, crónica o degenerativa), o tiene un accidente discapacitante, sufre un período de disminución de la libido. Inicialmente la persona se encuentra en una etapa que pudiéramos llamar de lucha por su vida. Sólo cuando se encuentra en proceso de rehabilitación, paulatinamente va cobrando plena conciencia del acontecimiento dramático en su existencia.

Apreciamos en muchos pacientes fenómenos de negación, rechazo y depresión hasta asumir la realidad de la pérdida de sus capacidades. En el seno de ese proceso, que preferimos llamar de aceptación o asunción de sus posibilidades remanentes, y de su condición de ser social, integrante valioso de los grupos familiares y sociales, está la valoración que el sujeto realiza sobre sus posibles desempeños sexuales.

Sus limitaciones en la respuesta sexual pueden estar dadas por disfunciones predominantemente orgánicas, como es el caso de los daños en los centros y vías nerviosas relacionadas con la respuesta sexual. En el caso del hombre, de acuerdo a las

características de la lesión, puede ver afectado el desempeño sexual por la pérdida de la posibilidad de la erección psicógena, la refleja, o ambas. Puede estar afectada la eyaculación y la espermatogénesis; limitando o suprimiendo las capacidades reproductoras.

En el caso de la mujer, de acuerdo con el nivel de la lesión medular, puede tener afectada la sensibilidad genital y de otras áreas eróticas, así como la percepción del orgasmo. Asimismo se afecta la lubricación refleja, psicógena o ambas. Estos trastornos de la sensibilidad y la respuesta sexual le restan posibilidad al goce sexual.

Las parálisis que afectan distintas partes del cuerpo pueden limitar la movilidad, y por tanto dificultar la relación sexual de acuerdo a las costumbres anteriores de la persona. Las contracturas articulares y la espasticidad complican no sólo la consumación del coito, sino que a veces pueden frustrar penosamente hasta una simple caricia. Se limita su desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria; y esto los obliga a depender de la pareja en diversos comportamientos relacionados con la esfera sexual. Incluso pueden necesitar la ayuda de una tercera persona para acceder a la intimidad sexual si ambos miembros de la pareja son discapacitados.

La falta de control de esfínteres, la necesidad de mantener una sonda o una talla vesical, o una colostomía no sólo dificultan físicamente la relación sexual, sino que la pueden perturbar psicológicamente. Los trastornos del lenguaje, que acompañan a diversas discapacidades físicomotoras, obviamente constituyen una barrera para expresar adecuadamente sus deseos, sentimientos y preocupaciones. Los individuos con distonías musculares que afectan la musculatura facial, también ven disminuidas sus posibilidades de comunicación afectiva mediante la gestualidad del rostro, tan importante en la vida de pareja.

En las personas que sufren defectos discapacitantes, de ambos sexos, se conjugan las afectaciones orgánicas de la respuesta sexual humana con diversos factores psicológicos. Su autoimagen sufre un rudo golpe, pues hay una pérdida real, objetiva, de posibilidades de desempeño laboral y social, que el individuo vivencia y enfrenta de acuerdo a las peculiaridades de su personalidad. La autoestima se afecta no sólo por los daños físicos y las limitaciones motoras, sino por la convicción de que no pueden valerse por sí mismos como antes de la lesión, y también por las actitudes de lástima o menosprecio de los que le rodean. El daño en la autoestima, muy relacionado con la percepción que el individuo tiene acerca del valor de su cuerpo para el desempeño de determinados roles sociales, puede ser muy perturbador.

En nuestra cultura mantenemos una serie de estereotipos en torno a la sexualidad, que están profundamente arraigados en las personas, y que se manifiestan en el desempeño de sus diversos roles familiares y sociales. También la cultura estereotipa un "rol de enfermo" para el individuo en silla de ruedas, lo que se asocia a la dependencia, inmadurez o torpeza mental, así como a la supresión de la sexualidad.

La persona con defectos que pueden implicar limitaciones en el desempeño de los roles sexuales, sufren agudamente los prejuicios de nuestra cultura en cada relación cotidiana que establecen, con sus familiares, con los profesionales que los atienden,

con los antiguos compañeros de trabajo, los vecinos, y hasta las personas que ocasionalmente se encuentran en algunas de las actividades sociales.

No se trata únicamente de las concepciones que el sujeto con lesión discapacitante tenga. Los estereotipos de rol de género son tan fuertes que no sólo el discapacitado tiende a asumirlos, sino que las personas no discapacitadas que le rodean tienden a esperar esos roles de ellos. Se manifiesta un proceso de asignación-asunción de roles, que atraparon desde siempre el sujeto, mucho antes de su enfermedad, accidente, etc; aunque tras la lesión tienden a remodelarse con los elementos del estereotipo existente en torno a la persona "en silla de ruedas"

Estos estereotipos gravitan tanto sobre hombres como sobre mujeres con defectos discapacitantes, así como sus posibles parejas no discapacitadas. Se educa a niños y niñas, desde muy temprana edad, en el desempeño de los roles masculino y femenino en aspectos que pueden resultar difíciles de cumplir para la persona con discapacidad físico-motora severa. Se asigna al hombre un papel activo e independiente, que es difícil concebir desde una silla de ruedas. Pero además, se presume que la sexualidad masculina gira en torno a la respuesta erectil, y se descalifica al que no pueda mantenerla o lograrla en el momento en que "se prueba la hombría". En el caso de la mujer, el ideal impuesto de belleza tiende a descalificar a la persona cuyo cuerpo ha quedado dañado tras un accidente o enfermedad. Además, de acuerdo a la expectativa social, las discapacitadas físicas severas no pueden cumplir el rol de madres, con lo que se resiente su condición de mujer.

En conclusión, consideramos que los estudios de la sexualidad de las personas con defectos físico-motores no analizan adecuadamente el problema de los roles sociales que condensan los estereotipos de la cultura, lo que se hace notorio también en el caso de la mujer discapacitada. Tampoco valoran adecuadamente las dificultades en la esfera psicosexual que pueden presentar las parejas no discapacitadas de la persona lesionada.

FUNDAMENTARON Y ANTECEDENTES DE NUESTRO TRABAJO

De acuerdo con las concepciones que hemos desarrollado más ampliamente en otros artículos, consideramos que la madurez en el desarrollo psicosexual se produce como formación motivacional rectora de la personalidad, que en unidad de lo afectivo y lo cognitivo, orienta y matiza emocionalmente el comportamiento. Nos referimos al comportamiento de la atracción por el otro sexo, tanto en lo físico como hacia su personalidad. En una personalidad desarrollada, (y autodesarrolladora) apreciamos la formación y la expresión de un sistema de valores en torno al amor, a la familia, a los hijos, todo ello integrado a su concepción de la vida.

En la realización sexual también consideramos lo referido al aprender a sentir y a expresar lo que se siente, con franqueza y plenitud. Asimismo, aprender a aproximarse satisfactoriamente a la pareja, en las actividades que se enmarcan dentro de su rol sexual. Una sexualidad plena y satisfactoria, que vemos como adecuadamente desarrollada, es la que ha logrado una correcta identidad de género, disfruta libremente de su genitalidad, asume el papel que la cultura le ha determinado desempeñar. Esta

sexualidad madura comprende también un sentido de responsabilidad ante las consecuencias de la relación: ante su pareja, ante su descendencia y ante los demás.

La riqueza y variedad de la sexualidad humana da cabida a que cualquier discapacitado físico-motor la exprese y la disfrute con los recursos de su personalidad y de su cuerpo. Todos pueden llegar a ser aptos para buscar y encontrar su plenitud sexual. La educación para la sexualidad, en cualquier edad que se trate, puede considerarse como una preparación para la vida independiente, con los recursos de personalidad que posibiliten al individuo dar solución satisfactoria a los diversos problemas que le pueda plantear la vida, y lograr su realización en lo personal, lo familiar y lo social.

Por su parte, la orientación y terapia sexuales, para las personas que padecen dificultades y trastornos psicosexuales, van dirigidas en primer lugar a que el individuo alivie sus síntomas, pero también a que comprenda mejor cómo es su sexualidad. En nuestro caso, con personas que presentan defectos discapacitantes, persigue el propósito de que el paciente enfrente sus temores y concepciones erróneas sobre la sexualidad, incluyendo el desempeño social de los roles de género, y que logre una autoaceptación de su realidad y posibilidades.

El problema del discapacitado físico-motor no consiste en aceptarse y adaptarse a sus limitaciones, sino en descubrir sus posibilidades humanas y potenciarlas. Por lo tanto; no se trata de prepararse para tolerar las frustraciones, para manejar el repudio, o para sobreponerse al desprecio; sino de afirmarse como personas con todos sus derechos de asumir su sexualidad plenamente.

En la educación, orientación y terapia sexuales seguimos los siguientes principios y objetivos:

- Desarrollarlas como parte de todo el proceso de transformación de sus personalidades, de su ajuste e integración social.
- Llevarlas a cabo de manera activa, tomando al discapacitado como un sujeto protagónico.
- Desarrollarlas principalmente a través de acciones grupales, como aprendizaje interrelacional.
- Acometerlas respetando al sujeto, sus vivencias y sus valores. Asumir que cada persona tiene un desarrollo psicosexual peculiar, único, y respetarlo como condición para propiciar su desarrollo.
- Permitirles que expresaran el autodesarrollo de sus personalidades en la esfera sexual en la institución en donde se encuentran, tomándola como parte crucial del proceso de su rehabilitación.
- Contribuir con nuevas vivencias al desarrollo de sus personalidades.
- Mejorar y enriquecer sus relaciones interpersonales.
- Elevar su autoestima, corregir sus subvaloraciones.
- Ampliar conocimientos sobre la sexualidad, y erradicar concepciones equivocadas en este terreno.
- Enseñarles medidas de higiene y salud sexual

El primer antecedente en esta labor con que contamos en nuestro medio es la Tesis para obtención del grado de Especialista, del Dr. José Julián Castillo sobre el comportamiento sexual del lesionado medular adulto, aunque se limitó a sujetos masculinos. Posteriormente, en 1991, abordamos por primera vez en el país, junto con el Dr. Castillo, el estudio de los problemas de la sexualidad de jóvenes y adolescentes de ambos sexos. Las condiciones de la recién creada Escuela Nacional facilitaron estos empeños.

En 1992 se realizaron varias conferencias sobre educación sexual para pacientes del Hospital "Julio Díaz", que evidenciaron al personal de la institución la necesidad y factibilidad de abordar esta problemática. A partir de ese momento se comenzó a implementar el estudio diagnóstico y se concibió la idea de una consulta especializada sobre la sexualidad del discapacitado en proceso de rehabilitación.

En la institución vecina, la Escuela Nacional para alumnos discapacitados físico-motores "Solidaridad con Panamá", se impartieron desde 1991 conferencias de capacitación al personal docente, y se recogieron las primeras observaciones sobre los problemas de la sexualidad en esta peculiar población. En el curso 1991-92 se implementó progresivamente la educación y orientación sexual con los estudiantes, incluyendo, entre otras acciones, los talleres con jóvenes, adolescentes y más recientemente con púberes que padecen de diversas afecciones discapacitantes.

Entre finales de 1992 y principios de 1993 ensayamos un primer Taller de Educación Sexual en el Hospital, con 10 lesionados medulares, de ambos sexos. A partir del análisis de esta novedosa experiencia, hemos sistematizado los talleres con pacientes de estas características. Paralelamente, como complemento indispensable, se ha establecido la Consulta de Terapia sexual para los pacientes lesionados que lo requieren, incluyendo cuando es posible a sus parejas no discapacitadas.

A partir de 1993 comenzamos a impartir cursos de postgrado sobre la sexualidad del discapacitado y las alternativas para su orientación y terapia, con distintos profesionales vinculados a la rehabilitación y educación de adolescentes, jóvenes y adultos que presentan defectos discapacitantes. Desde principios del presente año se realizó un taller de capacitación al personal técnico del Hospital para que ampliaran en comprensión sobre el manejo de la sexualidad de estas personas.

EL DISEÑO DE LOS TALLERES

Para iniciar cada Taller se convoca a integrarlo, voluntariamente, a los pacientes evaluados en consulta tras unas semanas de permanencia en el Hospital. Ellos no están en la fase convaleciente de su enfermedad o accidente discapacitante, sino que han retornado a la atención hospitalaria de este centro especializado, tras meses o incluso pocos años, de haber sufrido su limitación. Se trata, en todos los casos, de adultos que ya han tenido un desempeño social antes de sufrir su discapacidad.

Formamos grupos que oscilan entre los 12 y los 14 pacientes lesionados medulares, procurando mantener un equilibrio por sexos. Tomamos a este tipo de pacientes por sus agudas necesidades de orientación y de terapia sexual, así como por representar una parte importante de los adultos hospitalizados. Si bien esta población hospitalaria es

predominantemente masculina, de acuerdo a nuestro enfoque de los roles sociales en la sexualidad, necesitábamos una proporción semejante por sexos para cumplir adecuadamente los objetivos terapéuticos.

Su grado de compromiso neurológico de la respuesta sexual puede variar, de acuerdo al tipo y nivel de su lesión medular. Todos tienen preocupaciones en torno a su respuesta genital, y a su desempeño en la vida de pareja, así como en general sobre su rehabilitación e integración social. Como regla, su autoimagen está muy lesionada, se subestiman, tienen aún pobre aceptación de sus actuales limitaciones. Ellos están sufriendo los prejuicios y mitos culturales que “cercan” al discapacitado, y tienen una serie de temores y ansiedades que les obstaculizan su desempeño de rol de género.

En el diseño prevemos explorar su desarrollo y madurez psicosexuales, determinando sus problemas a nivel individual, a través de una cuidadosa exploración médica, evaluación psicológica e historia clínica, que describimos en ponencia aparte.

Desarrollamos el proceso grupal del Taller durante 8 encuentros, en el transcurso de dos meses, aunque hemos probado la variante de impartir dos sesiones semanales. Cada modalidad tiene sus ventajas y dificultades, que comentaremos más adelante.

Para nosotros el Taller es un experimento psicológico, que requiere una cuidadosa evaluación, no sólo para ayudar a cada miembro en la medida de sus necesidades, sino para validar la efectividad de los diversos procedimientos, y de la concepción del grupo terapéutico en su conjunto. Por ello, evaluamos una serie de indicadores cualitativos del funcionamiento grupal, el cambio operado en cada integrante -fundamentalmente con un enfoque clínico individual-, así como algunos cambios “objetivos” en el conjunto de los integrantes, como son las modificaciones que se producen en los conocimientos y en las actitudes, y la satisfacción que experimentan con las mismas. Hemos diseñado varias pruebas al respecto, que comunicamos en otro material.

Al desarrollar los Talleres nos planteamos una serie de objetivos con la institución, con el grupo creado para la actividad terapéutica, y con los pacientes en particular. En primer lugar, nos proponemos que en la institución se abriera un espacio necesario para tratar estas temáticas, aceptar la sexualidad de los pacientes discapacitados, promover su comprensión y atención integral en el proceso de su rehabilitación e integración social.

Como grupo, perseguimos que el Taller cree un clima que normalice el abordaje de estos problemas; se constituya en un espacio en donde se puedan expresar las dudas y temores personales, canalizar las ansiedades, resolver las angustias, etc; y que se logre un grupo de autodesarrollo, que actúe más allá de las sesiones terapéuticas.

En cuanto a los integrantes tomados en su individualidad nos proponemos que:

- Eleven sus conocimientos sobre la respuesta sexual humana, sus componentes neurofisiológicos, las limitaciones que pueden aparecer tras una lesión medular, y las alternativas de satisfacción sexual en esas situaciones.
- Reconozcan sus ansiedades y temores ante las nuevas situaciones existenciales que atraviesan, así como las que enfrentarán al egreso del hospital.

- Identifiquen los estereotipos en torno a la sexualidad de los minusválidos, los roles que ellos desempeñan y que reproducen estos prejuicios, y adopten una estrategia de enfrentamiento satisfactoria.
- Eleven su autoconcepto y su autoestima, rectificando autovaloraciones desfavorecedoras y descubriendo sus potencialidades en la esfera psicosexual.
- Mejoren sus relaciones interpersonales.

Al diseñar el programa para el Taller partimos del conocimiento que tenemos en nuestro servicio, y el que se ha acumulado internacionalmente sobre la realidad de la vida sexual de los lesionados medulares. La selección de los temas y la secuencia que hemos diseñado se propone resolver las dificultades y problemas descritos. Esquemáticamente las sesiones son:

1^{ra}- Formación del grupo, introducción: El amor en nuestras vidas.

2^{da}- Amor y sexualidad en nuestra posición.

3^{ra}- La respuesta sexual humana.

4^{ta}- La respuesta sexual en el lesionado medular.

5^{ta}- Afirmando nuestra sexualidad. Las opciones sexuales en el lesionado medular.

6^{ta}- Fortaleciendo nuestra autoestima.

7^{ma}- Comunicación y conflictos en la pareja.

8^{va}- Planes para nuestro futuro. Despedida.

La lógica que seguimos en el Programa nos lleva, en los primeros temas, a asumir que entre todos tenemos dificultades en la sexualidad, y que se pueden conocer, compartir e intentar resolver con la ayuda del grupo. Asimismo, desarrollar sentimientos positivos de autoestima, lo que resulta un asunto permanente a lo largo del Taller para autoafirmarse en la nueva posición en que se encuentran. Procuramos revelar las angustias iniciales ante la tarea, así como identificar y trabajar los estereotipos que arrastra la cultura en torno a la sexualidad.

Entonces, a partir de cierto momento, abordamos la información sobre la respuesta sexual del hombre y de la mujer, con la información pormenorizada de las limitaciones que pueden darse tras un daño neurológico. Aquí siempre debemos dedicar un tiempo a asumir que esta puede ser la realidad de los miembros del grupo. Luego nos planteamos explorar y aceptar otras variantes de expresión y relaciones sexuales satisfactorias, valorando nuevamente que respecto a algunas de ellas los estereotipos culturales las tenían en entredicho o francamente negadas.

A partir de este punto, llevamos de nuevo a primer plano los problemas de la autoestima, discutimos las percepciones que disminuyen, así como las dificultades en las interrelaciones personales. Por último, se estimula el desarrollo de planes para el futuro egreso y readaptación a la vida familiar y social, considerando los problemas que

pueden surgir en las relaciones de pareja, centrados en los procesos de la aceptación mutua y de la comunicación.

En cuanto a los métodos empleados decidimos constituir un grupo formativo con la tarea de analizar y resolver los problemas en torno a los conocimientos y actitudes sexuales del lesionado medular; y valernos de técnicas afectivo-participativas. Además, aprovechar las técnicas vivenciales de corte psicodramático, pues el taller no sólo es orientador, debe apelar a los recursos de la terapia grupal llegado el momento. También determinamos la necesidad de aportar un volumen apreciable de información al grupo, según sus necesidades, por medio de los conocimientos del médico co-coordinador, así como mediante libros y audiovisuales.

El pequeño grupo humano, al cual el sujeto está estrechamente vinculado, es mediador entre la estructura de las relaciones y los valores sociales, y la estructura de la personalidad, sus motivos y orientaciones valorativas: el proceso de mediación entre estos niveles de la realidad, que garantiza la reproducción social, es precisamente la actividad grupal.

Las técnicas llamadas ahora "afectivo-participativas" se utilizan mucho en nuestro medio, por lo que precisamos al respecto: A nuestro modo de ver, se trata de procedimientos de procedencia diversa, fundamentalmente de la Educación Popular, pero desde hace años son frecuentes en la práctica de los psicólogos educacionales y en menor medida de los clínicos. Las que nosotros tomamos y diseñamos persiguen explorar las concepciones existentes, vivenciar los desempeños de roles impuestos por la cultura, rescatar las experiencias ansiógenas, potenciar los procesos de reflexión y aprendizaje grupal en torno a ellos, y encauzar el proceso de discusión grupal, generalizando los conocimientos individuales hasta lograr una creación colectiva del conocimiento. Se trata de un conocimiento de la realidad personal a través de la actividad grupal, descodificando con una lectura analítica los determinantes sociales de esta realidad; por eso lo vemos como un conocimiento crítico, transformador en lo individual y en lo grupal.

En los años de experiencias diversas que tenemos, hemos comprobado que como todos participan, deben comprometerse con la tarea, lo que abre la posibilidad de que el propio grupo sea el marco de contención de las ansiedades ante las dificultades que plantea la vida, y que reproduce la tarea.

Insistimos en la creación de un clima de trabajo grupal en donde los vínculos emocionales faciliten no sólo el cumplimiento de la tarea sino también el ensayo de nuevas relaciones sociales y actitudes interpersonales favorecedoras del desempeño sexual en las condiciones actuales de estos sujetos. Vemos que si el grupo mantiene una larga interacción logra en cierta medida llegar a regular el desempeño de sus integrantes.

Estas técnicas no son directivas, los especialistas no imponen los criterios ni científicos ni éticos que pudieran tener. Más bien la técnica conduce a la concientización de la ética social que está presente en el grupo, que lo está condicionando. Los conocimientos que pudiéramos llamar "técnicos" sobre las lesiones medulares, la

recuperación, etc; no se imponen por el profesional como en una conferencia, sino que se accede a ellos en la medida en que lo van necesitando los integrantes.

Los coordinadores, médico y psicólogos, profesionales de ambos sexos, diseñamos en conjunto el programa, preparamos cada sesión, y evaluamos sus resultados de acuerdo con los objetivos y contenido temático. La coordinación reparte los roles de manera que tenemos, rotativamente, un conductor de cada técnica afectivo participativa, observadores participantes, así como conductores de subgrupos, etc. Discutimos previamente la concepción a seguir, y nos fundamentamos en las corrientes de psicoterapia de corte humanista; en particular nos basamos en las ideas de Carl Rogers sobre la psicoterapia de grupo, aunque tomamos en cuenta también la concepción de la escuela argentina fundada por Pichón Riviére. El coordinador tiene ante sí un proceso grupal complejo, en torno a una tarea, que cobra sentido para sus integrantes en la medida en que se involucran en la misma. Los miembros manifiestan ansiedades diversas en las interrelaciones y en el desempeño de roles que asumen -o que el grupo les lleva a asumir- El coordinador facilita el proceso grupal, pero es el grupo quien tiene que asumirlo, con el sentido que le va dando a la tarea.

Los coordinadores aportamos interpretaciones al grupo que permiten a los integrantes ganar conciencia de los condicionamientos sociales que generan angustias y dificultades personales. También señalamos, cuando es necesario, los roles grupales que están jugando determinados integrantes, las resistencias al cambio, etc. Hay que saber leer las ansiedades, y poder "contenerlas", es decir, resonar con ellas logrando que paulatinamente las vayan interpretando y aprendiendo a manejarlas. También los coordinadores deben saber interpretar las corrientes transferenciales que se mueven en el proceso grupal, y ayudar a su comprensión.

Nosotros buscamos pues que el grupo se plantee una tarea para sí, y que la coordinación -como parte del grupo, pero con roles específicos- ayude a desarrollarla; facilite su cumplimiento.

Por su interés, narramos a continuación cómo es el desarrollo de una sesión típica:

A la hora prevista, los integrantes van acudiendo desde los diferentes servicios hospitalarios al salón escogido, que es un lugar tranquilo, poco frecuentado en ese momento del día. Demoran siempre unos 10 ó 15 minutos en llegar todos. Entretanto, alguno de los primeros ha puesto la grabadora con canciones populares escogidas por ellos mismos, y que se relacionan con el amor. Cada cual se coloca donde desea, formando una especie de semicírculo en torno a la grabadora, pero abriendo un lugar que luego será el "espacio dramático grupal".

Para comenzar, los coordinadores desarrollan una actividad de animación o de creación del clima apropiado. Puede consistir en un saludo simbólico de cada miembro al grupo; o un cuento breve, elaborado progresivamente entre todos, acerca de los incidentes pintorescos de la última sesión; o se pregunta a cada uno con qué interés nuevo vino hoy a reencontrarse con los compañeros; etc. Al final de la ronda de saludos o comentarios; los coordinadores, que también participaron, devuelven los aspectos favorables a la creación del clima positivo.

También son frecuentes ejercicios iniciales para abordar con naturalidad los temas que provocan ansiedad, para elevar la autoestima y facilitar las relaciones interpersonales en el interior del grupo.

A continuación nos introducimos en el tema, con alguna técnica que lo presenta, y que sirve para sondear informaciones, opiniones y ansiedades existentes respecto al asunto concreto de la sesión. Esto se realiza comúnmente mediante una "lluvia de ideas" o a través de libre asociación de palabras, o mediante movimientos, expresiones gestuales, etc, elicitados por estímulos que plantean los coordinadores.

Cuando las cosas van bien, la creación del clima adecuado permite pasar sin solución de continuidad al tratamiento en detalle del contenido central. El eje de cada sesión consiste en el análisis del tema principal y los subtemas traídos por los coordinadores, pero que son extraídos de la realidad grupal, de los comentarios hechos en sesiones anteriores, etc, por tanto se aceptan como asuntos necesarios y deseados.

Esto puede hacerse con ejemplos puestos por los miembros, o con estudios de casos traídos por los especialistas, o mediante el juego de roles que contenga las situaciones a tratar, etc. Comúnmente se abordan los casos, las dramatizaciones, etc, por subgrupos, ya sea mixtos, creados al azar, o por sexos, cuando los estereotipos de los roles genéricos son relevantes. Como regla, el trabajo de cada subgrupo concluye exponiéndose al plenario. Como métodos de presentación de la información, nos valemos de audiovisuales sobre la respuesta sexual, sobre la lesión medular, etc.

Cada vez que se considera necesario realizamos una breve evaluación grupal de la comprensión, así como del estado emocional que mantienen los integrantes (por ejemplo, con una palabra que lo describa, o con gestos faciales o corporales, o mediante asociaciones simbólicas, etc) Frecuentemente, de un tema principal se pasa a otros subtemas relevantes, repitiendo más o menos el ciclo de introducción exploración -análisis -evaluación que ya hemos descrito. Esta parte de la sesión, la más rica y prolongada, requiere muchas veces graficar en cartulina o en la pizarra lo que se dice entre todos o lo que se elabora por cada subgrupo.

Para que el grupo gane comprensión de los procesos, y en alguna medida se autorregule, promovemos en las dos primeras sesiones que se expliciten reglas de funcionamiento, que construimos entre todos.

Frecuentemente se precisan reglas como las siguientes:

- Que cada cual exprese sus ideas con libertad, con el lenguaje que lo desee, y en el momento que lo estime
- A la vez, todos esperan por esas ideas, y las respetan.
- Se estimula a que cada cual opine, pero no es obligatorio; el que lo desee se abstiene de comentar sobre algún tópico.
- Se admite presentar problemas individuales, o dudas respecto a uno mismo; pero no es obligatorio referirse a la realidad de cada cual.
- El grupo se compromete a guardar completa discreción de lo que relatan sus miembros, y lo que acontece en el interior. Los coordinadores se incluyen en esta regla, y en las restantes.

- Se estimula a que cada cual venga lo más presentable a la sesión, con el objetivo explícito de agradar a los demás.
- También se estimulan las iniciativas de traer música, canciones o hasta poemas alegóricos a los temas del amor que estamos debatiendo.
- En cuanto a lo formal, las reglas precisan días, horarios, etc.

La evaluación del proceso grupal y de los logros individuales resulta de suma importancia. Nuestra valoración, como ya señalamos, es eminentemente clínica; vemos el cambio en la modificación de las actitudes grupales ante los principales problemas que enfrentan los discapacitados en torno a la expresión de la sexualidad. También apreciamos con enfoque clínico individual las transformaciones en la persona. No nos planteamos establecer observaciones de conducta como si estuviéramos en un laboratorio. Entendemos que la regulación consciente del sujeto, la valoración que él realiza de sus propios motivos y desempeños, puede resultar un buen indicador de estos cambios. No obstante, de las pruebas aplicadas en el diseño de investigación que seguimos (pre-post) así como de los procedimientos evaluativos utilizados en cada sesión grupal, extraemos una serie de criterios que validan el programa seguido en los talleres.

ALGUNOS RESULTADOS DE NUESTROS TALLERES

Hasta el presente hemos desarrollado 5 talleres de orientación y terapia sexual con adultos hospitalizados que presentan discapacidades físico motoras diversas por lesión medular. Nuestros resultados son extensos, y se van dando a conocer en diversos cursos y conferencias, por lo que aquí presentamos sólo un comentario de los más relevantes.

Los talleres se han desarrollado a lo largo de las 8 sesiones previstas, con una frecuencia semanal de 70-80 minutos de duración. Como promedio, faltan uno o dos pacientes a cada sesión, por estar fuera del Hospital, y alguno porque fue dado de alta antes de concluir las últimas sesiones. El tiempo promedio del taller es de dos meses, lo que evaluamos como más efectivo para gestar el cambio en actitudes y valoraciones, pero el diseño de dos sesiones por semana evita la pérdida de integrantes por egreso hospitalario.

Evaluamos con mucho cuidado la asistencia de cada miembro, para detectar posibles resistencias, y concluimos que tras algunas penas y evasivas de algunos integrantes en momentos específicos de las primeras sesiones, no tuvimos deserciones en ninguno de los talleres. Analizamos asimismo en qué medida los distintos pacientes se van involucrando en las actividades grupales, los roles que van adoptando, el cambio de los mismos, etc. En cada taller encontramos que no todos se involucran por igual; es común que dos o tres pacientes mantengan resistencias evidenciadas en sus desempeños, y que no logren avanzar adecuadamente en las sucesivas sesiones. Cuando hemos acompañado el Taller con sesiones individuales de terapia sexual, estas situaciones se han manejado mucho mejor.

Tras analizar los registros de cada sesión valoramos que se cumplen en buena medida los objetivos y técnicas concebidos para cada actividad. Si bien consideramos validado el

programa, con sus objetivos contenidos y métodos; actualmente proponemos para cada nuevo taller guiones flexibles, con técnicas de reserva que permitan cumplir los objetivos grupales en cada encuentro.

En cuanto a los conocimientos adquiridos, las encuestas aplicadas antes y después nos revelan la efectividad de los enfoques temáticos seguidos, aunque en ciertos contenidos las diferencias no son significativas. Sin embargo aún no encontramos un indicador claro del cambio de actitudes a través de los instrumentos que estamos utilizando. La valoración que hacemos de las sesiones, así como el análisis clínico de cada sujeto integrante del taller, nos sugiere que vivencian un nuevo enfoque de su sexualidad; pero la escala de actitudes diseñada, al menos en el momento que la aplicamos, revela que tanto hombres como mujeres siguen valorando como una gran pérdida de la condición masculina las afectaciones que puedan tener en la erección. Sin embargo, la misma prueba de actitudes revela cambios positivos en la aceptación de la discapacidad física o motora como evento humano no reñido con la sexualidad y el amor.

Los coordinadores también hemos aprendido en esta experiencia novedosa en el país. Partimos de una base teórica clara, de métodos terapéuticos probados en contextos algo parecidos, pero sobre todo aprendimos a ser coordinadores de talleres con discapacitados enfrentándonos, sin más demora, a estas realidades.

CONCLUSIONES

Profundizamos en el fenómeno de la sexualidad de los adultos lesionados medulares en proceso de rehabilitación fisioterapéutica. Corroboramos estudios internacionales y nuestras propias observaciones sobre las dificultades por las que atraviesan estos sujetos.

Hoy vemos más claro que la expresión de su vida psicosexual, el reconocimiento y despliegue de sus potencialidades para la vida de relación, es condición necesaria para su rehabilitación como seres sociales. Para llegar a alcanzar una autoconciencia objetiva de sus posibilidades sexuales, expresarlas en sus relaciones interpersonales, y disfrutar las vivencias enriquecedoras del amor; los sujetos con lesiones medulares tienen que afrontar adecuadamente un cúmulo de prejuicios plasmados en el desempeño de los roles genéricos.

El proceso de reconocimiento de sus nuevos problemas, de sus difíciles realidades como seres humanos con limitaciones, y la elaboración de una estrategia de enfrentamiento adecuada es compleja y dolorosa; requiere la orientación especializada como parte integrante de los servicios de rehabilitación. La orientación y ayuda médica y psicológica para el rescate y disfrute de la sexualidad adulta en estos pacientes, durante las etapas iniciales de su rehabilitación debe realizarse por distintas vías. Los talleres grupales de carácter psicoterapéutico, con enfoque de reflexión y desarrollo de nuevos conocimientos y actitudes, constituyen una opción de probada efectividad, aunque no pueden acometerse como una acción aislada. La transformación de algunas actitudes individuales y grupales se inició, pero comprendemos que su desarrollo y

consolidación es un proceso prolongado. Les hemos abierto un espacio a nuevas vivencias, y conducido en el camino del enriquecimiento de sus personalidades en lo que constituye una primera etapa en el camino hacia su plena integración social.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Baldano, J. La sexualidad del disminuído motor. En "La sexualidad del deficiente". Ed. CEAC, Barcelona, 1988

Bernard, E.J.J. The sexuality of spinal cord injured women. Paraplegia, Vol 27, No 2, 1989

Bernstein, M. Contribuciój de E. Pichón Riviére a la psicoterapia de grupo. S/E Buenos Aires, 1985.

Castellanos, B. y González, A. Sexualidad Humana, Personalidad y Educación. Ed Pueblo y Educación. (en imprenta)

Castillo, J. J. Estudio de la función sexual del traumatizado medular masculino en nuestro medio. Trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. C. mecan. La Habana, 1985

Castro, P.L, Castillo, J.J, y Suárez, B. Educación y terapia sexual con adolescentes y jóvenes discapacitados físico-motores. Ponencia 1^{ra} Conf Latinoamericana de Educación Especial. C mec. La Habana, 1992

Castro, P.L. Experiencias en la Educación y Orientación sexual de personas discapacitadas. Ponencia 2^{da} Conf Latinoamericana de la Educación Especial. Copia mecan. La Habana, 1993

Craft, M. y Craft, A. Sex and the mentally handicaped. Routledge, N York, 1988 Dixon, H. Options for change. Crown. London, 1986

Hawton, K. Sex Therapy. Oxford Univ Press. London, 1985

Johnson, W y Kempton, N. Sex education and counselling for special groups. ch. C. Tomas. Illinois, 1981

Kaplan, H. S. The evaluation of sexual disorders. Ed. Brunner, Mazel N. York, 1983

Lemaire, J. G. La pareja humana. Fondo de la Cultura Económica. México, 1992 Master, N. , Johnson, V. E. y Kolodny La Sexualidad Humana, Ciencia y técnica, La Habana, 1987

Mena, P.O. Evaluación diagnóstica y tratamiento individual de la sexualidad del lesionado medular en proceso de rehabilitación. C. Mekan. La Habana, 1994

Monat, R. K. Sexuality and the mentally retarded. College Hill Press, San Diego, 1982

Monroy, A. Principios de terapia psicosexual. Grijalbo, México, 1986 Pichón Riviére. E. Del psicoanálisis a la psicología social. Ed Nueva Visión, B Aires, s/f

Posse, F. y Verdeguer, S. La sexualidad de las personas discapacitadas. Ed. Fundación Creando Espacios, B. Aires, 1991 -SPOD, Inglaterra. Sexuality and the physically disabled. London, 1982

Sha`ked, A. Human sexuality and rehabilitation. Williams & Wilfins, Baltimore, 1981