



AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

Cuando la interferencia en la vivencia de la sexualidad aparece como consecuencia de **factores psicológicos, sociales y culturales relacionados con la E.M.**

Más allá de los problemas físicos propios de la E.M., la realidad sobre los problemas sexuales de los pacientes de E.M., al igual que los de parte de la población general que no vive plenamente su sexualidad, se resumirían en la **interferencia que suponen las afectaciones denominadas terciarias** y que a continuación describimos. Cabe mencionar, que al margen de los consejos concretos que aquí se ofrecen, la **terapia dirigida por especialistas en sexología**, acostumbra a ser un apoyo decisivo ante estas afectaciones:

BAJA AUTOESTIMA

DIFICULTADES EN LA ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

ROL CUIDADOR-ENFERMO

FALSOS MITOS (SEXO IGUAL A COITO, EXCLUSIÓN DEL SEXO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD)



AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

BAJA AUTOESTIMA

La baja autoestima en general y la baja “autoestima sexual” en concreto, se encuentran **de forma recurrente** en pacientes con E.M.

Frases como “No sirvo para nada”, “Soy poco hombre”, “No puedo hacer disfrutar a nadie”, “El sexo ya se ha acabado para mí”; reflejan parte de la infravaloración de muchos de los afectados.

La autoestima es fundamental para poder disfrutar de una relación sexual, en realidad es imprescindible para poder disfrutar de cualquier otro aspecto de nuestra vida. Cuando alguien está convencido de que nadie puede sentirse atraído por él o ella, el deseo sexual desaparece. En algunos pacientes se observa cómo es tan intensa la desvalorización hacia ellos mismos que llegan a interpretar las muestras de afecto y deseo del otro, como formas de compasión y no de pasión.



CONSEJOS PARA MEJORAR

LA AUTOESTIMA SEXUAL

Aprender a **poner el acento en aquellas cosas que sí se pueden lograr**, en las **cualidades**, en vez de focalizar la atención en lo que ya no se puede hacer, en las pérdidas o los defectos, **es el primer paso para alimentar la autoestima.**

En cuanto a la autoestima sexual, el camino es similar, empezando por fijarse en las cualidades físicas que gustan a uno mismo y por tanto pueden gustar a los demás. **El paciente debe potenciar y centrarse en aquellas prácticas que sí puede realizar y en sus cualidades para proporcionar placer al otro.**

Todos tenemos piel y la capacidad de hacer disfrutar a quien se siente atraído por nosotros, sólo debemos escuchar al otro y poner todos nuestros sentidos en transmitir con nuestro cuerpo lo que sentimos.

AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

DIFICULTADES EN LA ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Cualquier enfermedad crónica discapacitante supone **un proceso de aceptación psicológica**, que incluye **reducir el miedo a lo que me pasará y asumir lo que he perdido**. En la **E.M.** **este proceso es especialmente difícil**, ya que, una vez que se ha logrado, puede producirse otro brote que ponga el contador a cero, iniciando de nuevo ese proceso.

Estas cargas emocionales, pueden provocar tristeza, ira, ansiedad y depresión que, evidentemente, **interfiere en la esfera sexual de la persona**.



CONSEJOS PARA PALIAR

LOS EFECTOS DE LAS DIFICULTADES EN LA ACEPTACIÓN DE LA E.M. EN EL SEXO

La principal idea es que uno **tiene derecho a no querer llevar a cabo relaciones sexuales**, ni está obligado ni es un bicho raro por sentirlo así. **El sexo saludable es por definición sexo voluntario** y el paciente no tiene por qué sentirse culpable por apartar el sexo durante una etapa de su vida.

Aceptarse a uno mismo es aceptar también sus circunstancias, por lo que el paciente debe trabajar en la aceptación de los cambios en su vida pero también en su sexualidad. **Todos somos seres sexuales** y lo somos **al margen de nuestra condición física**, desde el día en que nacemos hasta el día en que muramos. Todos tenemos la capacidad de disfrutar de la sexualidad, más allá de las limitaciones físicas, si queremos hacerlo o no, depende de nosotros.

Es fundamental **ajustar las expectativas** del desempeño sexual, para evitar frustraciones. Al igual que una persona de 50 años debe entender que no puede tener la misma frecuencia y potencia sexual que cuando tenía 20 años, **una discapacidad supone aceptar los cambios sexuales** que se han producido, sin dejar de sentirse por ello, seres sexuales.

La plenitud sexual es un camino de aprendizaje del propio cuerpo y del otro, pero las condiciones cambian y nuestro cuerpo también, por lo que el camino supone **descubrir nuevas rutas y redescubrirlas después**, entendiendo que esta exploración puede ser en sí misma, todo un placer.

AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

ROL CUIDADOR-ENFERMO

Cuando es **la pareja del paciente de E.M.** sobre la que recae la tarea de **llevar a cabo la mayoría de cuidados**, la relación de pareja puede verse **severamente afectada**, ya que el erotismo se alimenta desde una parcela de intimidad que compartes con el otro de vez en cuando. Mostrarse constantemente, puede acabar con la **intimidad del enfermo** y complicar sobremanera la diferenciación del **rol de amante** con el de **enfermo-cuidador**.

“
El objetivo es mantener a salvo el espacio de intimidad y complicidad relacionada con la sexualidad.
”



CONSEJOS PARA COMBATIR

LA INTERFERENCIA DE LOS ROLES CUIDADOR-ENFERMO

Se debe comenzar por valorar diferentes alternativas de cuidados. Para muchas parejas el hecho de **disponer de personas externas** para muchos de los cuidados, supone una **preservación de la intimidad** muy valorada por el paciente y su pareja. Sin embargo otras parejas encuentran la clave para **diferenciar claramente los roles**, por lo que prefieren que nadie más que las personas imprescindibles, entren en contacto con la intimidad del paciente. **No hay una regla básica más allá de la comunicación** para evitar conflictos provocados por malos entendidos.

Al margen de optar por una u otra opción, es aconsejable **incluir la sexualidad en las conversaciones de pareja**, leer juntos literatura erótica o visionar cine. **El objetivo es mantener a salvo el espacio de intimidad y complicidad relacionada con la sexualidad.**

El sexo debe vivirse como un círculo donde cada práctica sexual tiene la misma importancia, donde no tiene por qué haber una práctica por la que se empiece ni un objetivo a alcanzar. La idea es empezar y acabar cuando queramos, disfrutando de cada instante sin mayor pretensión que **compartir con el otro o con nosotros mismos un espacio de intimidad y placer.**

La terapia sexual en pareja es una buena estrategia para prevenir estos errores y potenciar los hábitos positivos de una relación.

AFECTACIONES SEXUALES TERCARIAS

MITOS Y FALSAS CREENCIAS QUE PUEDEN AFECTAR AL PACIENTE CON E.M

Son muchas las **creencias culturales** en torno a la sexualidad en general y a **la sexualidad de las personas con discapacidad** en particular, que atacan directamente contra su derecho a gozar de una sexualidad plena. Algunos de los más importantes son la idea de que el sexo es únicamente “válido”, “de verdad”, “completo” cuando incluye el coito. Esta idea **jerarquiza las prácticas sexuales**, considerando de segunda o únicamente como “preparativos” a aquellas conductas sexuales que no son penetración.

La fatiga, los problemas de erección y lubricación, la espasticidad y debilidad muscular provocan en ocasiones **dificultad o imposibilidad** de llevar a cabo un coito. Por lo que esta idea coital de la sexualidad convierte a quienes por un motivo u otro no pueden llevar a cabo una penetración, en seres con una sexualidad “anormal” que deben “conformarse” con sexo de segunda.

Además de esto, cunde en la sociedad la idea de que las **personas con discapacidad física no tienen deseo sexual** y si lo tienen no pueden llevar a cabo prácticas sexuales. Flotan en el ambiente expresiones como “Bastante tienen con su enfermedad como para preocuparse por el sexo” o “Ellos no pueden tener relaciones, ya que no pueden tener erección”. Este mensaje social hace que **muchos pacientes acepten esta idea y dejen a un lado la sexualidad**, mientras otros se sienten culpables o viciosos por desear y/o practicar el sexo viviendo con una discapacidad.



DESMONTANDO MITO Y FALSAS CREENCIAS

QUE PUEDEN AFECTAR A LA SEXUALIDAD

El sexo es en realidad una forma de comunicación humana, a través de la cual podemos expresar afecto, pasión, deseo, cariño, atracción y amor. Un beso, una caricia, el sexo oral, el coito, el sexo anal, la masturbación son sólo algunas de las maneras de expresarse en este lenguaje que es el sexo, ninguna de ellas es más o menos importante, ninguna de ellas es fundamental. Siempre desde el **respeto a uno mismo y al otro**, podemos disfrutar de cualquier forma de sexualidad y rechazar aquellas prácticas que no apetezca llevar a cabo. El único objetivo de una relación sexual es **compartir un momento placentero con el otro**.

En muchos momentos entendemos el sexo como subir una escalera hacia el orgasmo y **cada peldaño aumenta el nivel de calidad sexual**, empezamos por palabras, besos, caricias, masturbación, sexo oral, coito y orgasmos. El riesgo de la escalera es que si no conseguimos llegar hasta arriba, nos sentimos frustrados, si nos quedamos en algún peldaño intermedio, por ejemplo si no llegamos al coito, la sensación es de derrota aunque hubiésemos estado disfrutando hasta ese momento.

El sexo debe vivirse como un círculo donde cada práctica sexual tiene la misma importancia, donde no tiene por qué haber una práctica por la que se empieza ni un objetivo a alcanzar. La idea es empezar y acabar cuando queramos, disfrutando de cada instante sin mayor pretensión que **compartir con el otro o con nosotros mismos un espacio de intimidad y placer**.

La sexualidad es un derecho humano, por lo que cualquier persona independientemente de su edad, condición física o estado mental debe poder ejercerlo, como se recogió en los derechos sexuales el 29 de junio de 1997, Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia.