

Instituto Guttmann Hospital de Neurorehabilitación

Instituto Universitario adscrito a la Universidad
Autónoma de Barcelona

Trabajo Final de Máster

Abordaje de la
Sexualidad en el proceso
de rehabilitación de
personas con lesión
medular.
Propuesta de intervención
desde la Psicomotricidad.

Diana Isabel Báez Delvalle - Psicóloga.
Máster en Neurorehabilitación.
2016 -2018

Badalona - 2018
Tutor: Dr. Joan Vidal Samsó



INSTITUT
GUTTMANN

HOSPITAL DE NEUROREHABILITACIÓ
Institut Universitari adscrit a la **UB**

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivos Específicos.....	4
3. ESTADO DEL CONOCIMIENTO ACTUAL.....	5
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 Lesión Medular.....	7
a. Definición y consecuencias.....	7
b. Síndromes de la Lesión Medular.....	8
c. Valoración evolutiva de la Lesión Medular y tipos de LM.....	9
4.2 Aspectos Psicosexuales.....	11
4.3 Interferencia en la sexualidad.....	12
4.4 Sexualidad y Rehabilitación Integral.....	14
4.5 Dimensión Psicosocial.....	15
4.6 Psicomotricidad.....	16
a. Definición.....	16
b. Educación Corporal: El cuerpo sujeto a la lesión.....	17
c. Imagen Corporal y Autoestima.....	18
d. Sensopercepción.....	20
5. HIPOTESIS Y PREGUNTA.....	20
6. METODOLOGÍA.....	21
7. MODELO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LA PERSONA CON LESIÓN MEDULAR.....	22
7.1 El encuadre de la actividad.....	22
7.2 Estructura de la sesión.....	24
a. La primera es el inicio – Ritual de entrada.....	24
b. La segunda es llamada núcleo o momento de actividad psicomotriz.....	24
c. Etapa Final.....	25
7.3 Selección del material.....	26
7.4 Guía de la propuesta de intervención desde la psicomotricidad.....	26
7.5 Plan de Actuación.....	27
7.5.1 Que hay que tener en cuenta a lo largo de la sesión.....	27
7.5.2 Ejemplo de algunas sesiones.....	27
a. Sesión 1: Conociendo mi cuerpo y la lesión.....	27
b. Sesión 2: Imagen Corporal y autoestima.....	27
c. Sesión 3: La sexualidad y mi cuerpo no es mi enemigo.....	28
d. Sesión 4: A flor de piel.....	29
e. Sesión 5: El tacto y el contacto.....	29
8. CONCLUSIÓN.....	30
9. BIBLIOGRAFÍA.....	32

1. INTRODUCCIÓN

Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, postula que la sexualidad está presente durante toda la vida, y abarca todo el cuerpo. Desde que nacemos la sexualidad forma parte de nosotros, y también de las personas con discapacidad.

Fariña (2015) menciona que la sexualidad es una dimensión muy importante en la vida de todos los seres humanos, la cual tiene que ver con la autoestima y la comunicación; y por tanto con nuestra manera de relacionarnos.

Cada persona interpreta de forma diferente la sexualidad, sin embargo podemos decir que es el conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a una persona.

También si hablamos de sexualidad, hablamos de aceptación corporal. El cuerpo es nuestra forma de estar en el mundo, de comunicarnos con el "otro", un inicio del cambio de percepciones es la propia aceptación "de ese cuerpo" y cuidado del mismo y para las personas con lesión medular estos son pasos previos a dar para la búsqueda del placer.

Las alteraciones en la esfera sexual de las personas que han sufrido una lesión medular se recomienda abordarlas aproximadamente a partir de los tres meses, pues en ese periodo de tiempo se puede dar un aprendizaje activo de nuevos patrones de conducta y la modificación de esquemas cognitivos para adaptarse a la nueva realidad corporal y social, donde se produce un nuevo reconocimiento de su propio cuerpo.

Cuando se produce una lesión medular como consecuencia de un traumatismo (accidente laboral, deportivo, de tráfico, etc.), una enfermedad (tumoral, infecciosa, vascular, etc.) o de origen congénito (espina bífida) ya sea en hombres o mujeres, esta conexión nerviosa se ve alterada pudiendo producir parálisis de la movilidad voluntaria y ausencia de toda sensibilidad por debajo de la lesión.

Después de una lesión medular se produce toda una serie de alteraciones neurológicas, así como también habrá cambios dentro de la esfera sexual.

Si la lesión es en la zona cervical, se produce una tetraplejía, es decir, la pérdida o disminución de la sensibilidad y la movilidad de todas las extremidades y del tronco. Si la lesión se halla en la zona torácica y lumbar, provoca una paraplejía. En este caso, la parálisis afecta únicamente a las extremidades inferiores y la parte del tronco por debajo de la lesión. Otras consecuencias también pueden ser la pérdida del control de los esfínteres, trastornos del sistema vegetativo y el riesgo de graves complicaciones como las úlceras provocadas por la presión excesiva en alguna parte del cuerpo, la espasticidad muscular, contracturas y los trastornos a nivel de la esfera sexual.

En la búsqueda de soluciones se encontró como la psicomotricidad favorece la creación de un diálogo corporal y a través de la implicación con todo el cuerpo, permite conseguir objetivos terapéuticos. Su intervención se sitúa a nivel de la unidad de la persona y de su acompañamiento; para que la persona pueda disfrutar de la sexualidad, debe de haber una aceptación del cuerpo y la psicomotricidad es una ciencia que estudia a la persona a través de su cuerpo en movimiento y en relación con su mundo interno y externo, las formas de percibir, actuar y relacionarse con el otro, con el objeto y consigo mismo.

Cuando hablamos de psicomotricidad no solo se refiere al desarrollo del niño, sino también se puede aplicar a personas mayores de 18 años y Berruezo (2001) expone que la psicomotricidad es la integración de las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y expresarse en el contexto psicosocial. Hablamos de dimensiones corporales, de un cuerpo que se mueve, de un cuerpo que conoce, de un cuerpo que se relaciona, de un cuerpo que siente.

Hasta el momento no está descrito en la literatura ninguna aportación científica del modelo de intervención planteado, es por eso que en el presente trabajo sugiero una propuesta de intervención desde la psicomotricidad, donde el abordaje puede ser positivo, de manera que la persona pueda conocerse, aceptarse y así construir su propia identidad sexual teniendo en cuenta el conjunto de consecuencias de dicha lesión. La forma en que se aprende a establecer el contacto y a construir, es amando el propio cuerpo.

2. OBJETIVOS

Crear un modelo de intervención desde la psicomotricidad para integrar la sexualidad como parte importante del proceso de rehabilitación en las personas con lesión medular.

2.1. Objetivos Específicos.

- Elaborar un protocolo de intervención clínica psicomotriz de manera que la persona pueda conocerse, aceptarse y así construir su propia identidad sexual teniendo en cuenta el conjunto de consecuencias de dicha lesión.
- Demostrar una intervención más desde la psicomotricidad y como un psicomotricista puede formar parte de un equipo multidisciplinario de neurorehabilitación.

3. ESTADO DEL CONOCIMIENTO ACTUAL

Para estudiar la problemática planteada se ha realizado una revisión bibliográfica de publicaciones científicas que han abordado estudios similares relacionados con el tema.

En las personas que han sufrido o padecen una discapacidad de origen neurológico, son muchos los factores internos y externos que van cambiando, y en cuanto a la esfera sexual son muchas las limitaciones que la sociedad o familiares podrían colocarles, por la falta de información o por considerar que no presentan interés por la intimidad.

Además, se cree que todas las personas con discapacidad serán niños toda la vida, pero al contrario, aun cuando algunas áreas del desarrollo se ven comprometidas por cada condición, la sexualidad sigue siendo un área diferente, presente en todos los seres humanos.

La sexualidad en personas con discapacidad sigue siendo un tabú y existen prejuicios sobre este tema, aparte de esto, las personas padecen de sus propias limitaciones como imagen corporal negativa, falta de autoconfianza, miedo a la intimidad, vergüenza, desconsideración hacia su desnudo, acceso restringido a un universo íntimo propio, modificaciones de la sensibilidad, alteraciones de los reflejos vinculados con la respuesta sexual, falta de control de esfínteres, espasticidad, poco conocimiento de la sexualidad, entre otros, un sinfín de barreras para expresar apropiadamente su sexualidad.

Los cambios físicos, sensoriales o mentales, prejuicios, tabúes, las influencias, son una barrera, así como las actitudes o el entorno, la ansiedad, depresión o estados similares, impiden que las personas, sus parejas, o ambos, expresen adecuadamente sus sentimientos y disfruten plenamente su sexualidad dentro de una discapacidad. Las influencias psicológicas negativas son la génesis de las dificultades sexuales que presentan, como pueden ser: alteraciones del deseo sexual, disminución de la autoestima, relaciones interpersonales y de pareja, asunción inadecuada de roles de género, entre otros. (Castillo, 2010).

Cada cuerpo debe ser disciplinado para fines sociales que la persona deberá hacer suyos y si no lo logra vivirá conflictos y problemas de identidad sexual, pero vivirán las dificultades de llevarlos a la experiencia.

Las personas afectadas con una lesión medular tienen que aprender que su cuerpo les pertenece desde el momento del proceso rehabilitador, aceptando su imagen corporal e informándose sobre la sexualidad, para llegar a tener seguridad sexual del cuerpo y que se pueda transmitir en la expresión sexual emocional, en la libre asociación, en el placer, en la toma de decisiones reproductivas libres y responsables, en la educación sexual integrada, entre otros. Muchas veces la información desde el inicio es muy escasa y vemos con frecuencia que los programas de rehabilitación no toman en cuenta este aspecto tan importante de la vida humana como es la sexualidad por lo que

difícilmente podemos hablar de rehabilitación integral si este aspecto es dejado de lado.

Es imprescindible que los profesionales dedicados a la rehabilitación, profundicen en el estudio de este tema.

El objeto de estudio de la psicomotricidad es el cuerpo y el cuerpo es un entidad que manifiesta la integridad de la persona “(...) expresa su singularidad, su modo único e irreplicable, producto de una historia, una historia subjetiva, condensada entre lo orgánico y de base material, gestado durante el desarrollo de la vida de ese individuo y entre las experiencias, desde las más tempranas; las vivencias, los recuerdos, los vínculos establecidos, las emociones; inscriptas en un contexto socio-histórico y cultural concreto (...)” (Gonzalez, 2011).

Resulta interesante pensar en la persona como portador de un cuerpo, así como lo piensa la psicomotricidad y también se podrá investigar lesión medular – sexualidad desde esta conceptualización. En éste trabajo de investigación se optó por pensar en la sexualidad desde una perspectiva afectiva y emocional por motivos que se explicitan en los siguientes párrafos.

“(...) el término sexualidad se refiere al conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones, relación de poder, mediadas por el sistema de creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos referentes a nuestra posición en la sociedad, tales como la raza, grupo étnico y clase social. (Pérez, 2008).

Las personas no pueden ser fragmentadas en determinados períodos de existencia, nacen y llegan al final de sus vidas como seres sexuales. La sexualidad humana es un fenómeno sociocultural que está influido por la calidad de las relaciones interpersonales, el contexto en que nos desenvolvemos y por la integración que hemos hecho de las experiencias vividas. La identidad, el deseo y comportamiento sexual son componentes esenciales de nuestra sexualidad. (Pérez, 2008).

Como hasta el momento no está descrita en la literatura ninguna aportación científica del modelo de intervención desde la psicomotricidad, sería un desafío poder demostrar como la psicomotricidad puede intervenir dentro de la clínica asistencial en un equipo multidisciplinario en neurorrehabilitación.

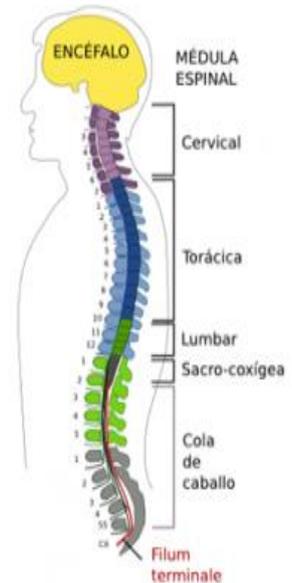
4. MARCO TEÓRICO

4.1 Lesión Medular

a. Definición y consecuencias.

Empezamos definiendo a la medula espinal, es esencialmente una estructura segmentaria; de rostral a caudal consta de 8 segmentos cervicales, 12 torácicos (T), 5 lumbares (L), 5 sacros (S) y 1 coccígeo. Estas estructuras actúan: recibiendo fibras aferentes de los receptores sensitivos del tronco y los miembros, controlando los movimientos de los troncos y los miembros y aportando inervación autónoma a la mayoría de las vísceras. (Crossman, 2015).

En cuanto a la lesión medular, Curcoll y Vidal (1992) mencionan que: consiste en la interrupción de las vías nerviosas, de forma parcial o completa, secundaria a una enfermedad. Traumatismo o bien de origen congénito, que afecta a la médula espinal a lo largo de su recorrido por la columna vertebral.



La etiología de la lesión medular puede ser congénita o adquirida que pueden ser traumáticas o no traumáticas. La más frecuente es la adquirida por traumatismo ya sea por accidente de tráfico, caídas, deporte, entre otras.

La consecuencia de la lesión medular: Parálisis de las extremidades, alteración de la sensibilidad, falta de control de esfínteres, tanto vesical o rectal, trastorno del Sistema Nervioso Autónomo y alteraciones de diferentes componentes de la sexualidad y fertilidad. Después de una lesión espinal se puede producir toda una serie de síndromes neurológicos, posterior a la secuela que se ocasiona en el campo de la sexualidad.

Paraplejia: Pérdida total o parcial de la función motora y/o sensitiva, a nivel torácico, lumbar o sacro.

Tetraplejia: Parálisis total o parcial de la función motora y/o sensitiva de las 4 extremidades.

Lesión completa: Parálisis completa, anestesia y analgesia por debajo del nivel de la lesión.

Lesión incompleta: Algún grado de preservación motora y/o sensitiva por debajo del nivel de la lesión. (Curcoll y Vidal, 1992).

b. Síndromes de lesión medular incompletos.

Sisto, Druin y Sliwinski (2009) en el libro de de spinal cord injuries, nos explican sobre los síndromes de lesión medular:

- **Central Cord Syndrome:** se caracteriza por debilidad motora en las extremidades superiores, mayor que en las extremidades inferiores, además incluyen la disfunción de la vejiga y la pérdida sensorial a partir del nivel de la lesión, teniendo como factor etiológico la hipertextensión.
- **Brown – Sequard Syndrome:** Mayor afectación ipsilateral de la función propioceptiva, pérdida motora contralateral sensible al dolor y la temperatura. Se refiere a una hemiplejía ipsilateral relativa a una hemianalgesia contralateral.
- **Anterior Cord Syndrome:** Pérdida de la función motora, dolor y temperatura. Mientras preservación de la propiocepción
- **Cauda equina:** Lesión en la lumbo sacra, raíces nerviosas, que resulta en una arreflexia vejiga, intestino y extremidades inferiores.
- **Conus Medullaris:** Se encuentra en la parte inferior de la vertebra L1. Espasticidad en los segmentos inervados sacros, incluidos los flexores de los dedos, los flexores plantares de los tobillos y los músculos isqueotibiales. Déficit en el esfínter anal y la vejiga. Usualmente produce debilidad motora y atrofia de las extremidades inferiores con afectación intestinal y vesical y arreflexia de los tobillos y plantar. Ocasionalmente los segmentos sacros pueden conservar la función refleja, como el reflejo bulbo cavernoso.

d. Valoración evolutiva de la lesión medular y tipos de lesiones.

Existen diferentes escalas para la lesión medular, pero en cuanto a la exploración neurológica la más empleada es la escala ASIA (American Spinal Injury Association), tiene en cuenta la preservación motora y sensitiva. Se observa en el grafico que propone Martin (2002):

Grado de Afectación de la LM Según la Escala de ASIA

A	Completa: no hay preservación de la función sensitiva o motora en los segmentos sacros S4-S5.
B	Incompleta: preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 con ausencia de función motora.
C	Incompleta: preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos clave por debajo del nivel neurológico tienen un grado menor a 3 (grado 0-2).
D	Incompleta: preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y al menos la mitad de los músculos clave por debajo del nivel neurológico tienen un grado igual o mayor a 3.
E	Normal: función sensitiva y motora normal.

Las lesiones medulares:

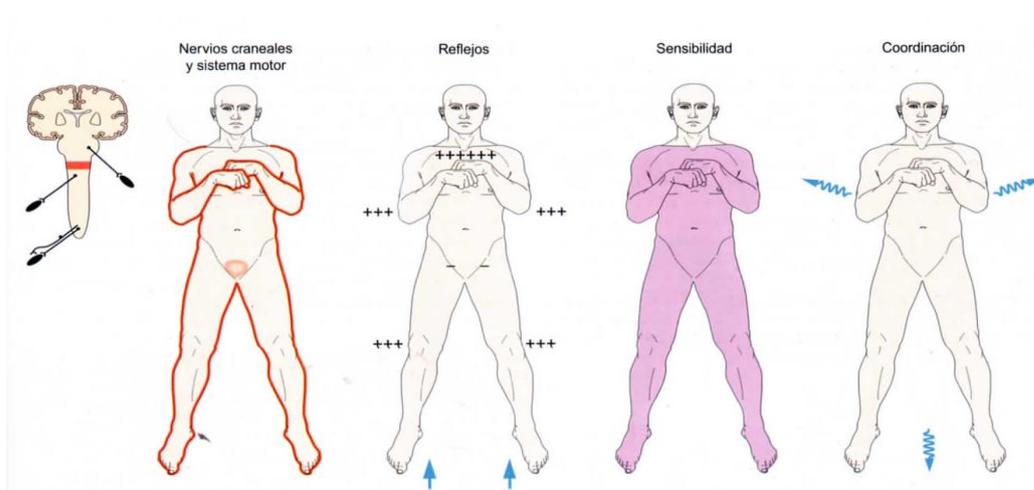


Figura 1: Lesión de la porción superior de la médula cervical: una lesión alta de la médula cervical, provoca tetraplejía espástica con hiperreflexia, respuestas plantares extensoras (lesión de la neurona motora superior), incontinencia, pérdida de la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión y ataxia sensitiva.

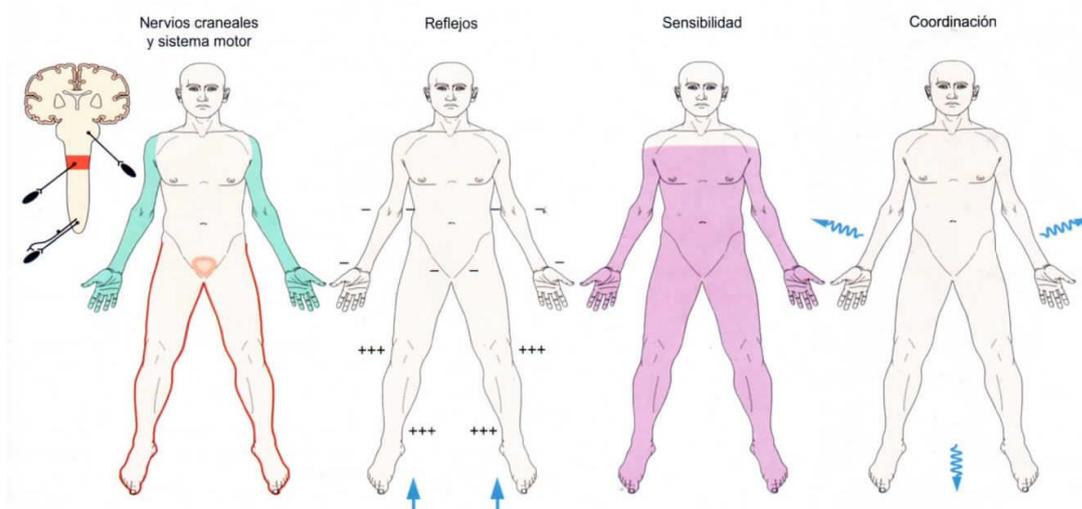


Figura 2: Una lesión baja de la médula cervical: provoca debilidad, atrofia y fasciculaciones muscular, y arreflexia de los miembros superiores (lesión de la neurona motora inferior). Además hay parálisis espástica, hiperreflexia y respuestas plantares extensoras (lesión de la motoneurona superior) en los miembros inferiores, incontinencia, pérdida de sensibilidad por debajo del nivel de la lesión y ataxia sensitiva.

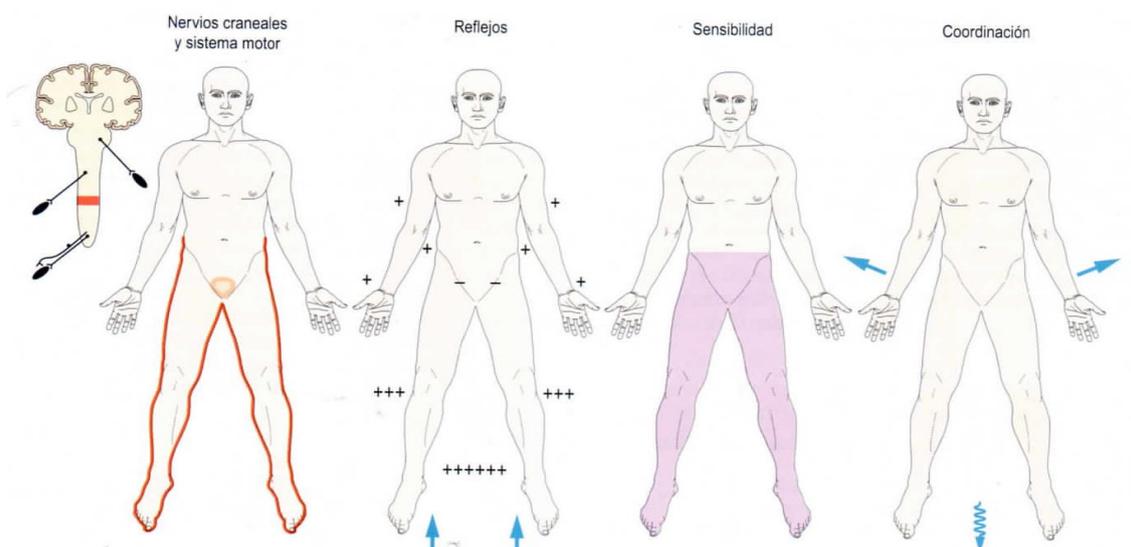


Figura 3: Lesión medular torácica: Una lesión de la médula torácica provoca parálisis espástica, hiperreflexia y respuestas plantares extensoras (lesión de la neurona motora inferior), incontinencia, pérdida de la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión y ataxia sensitiva.

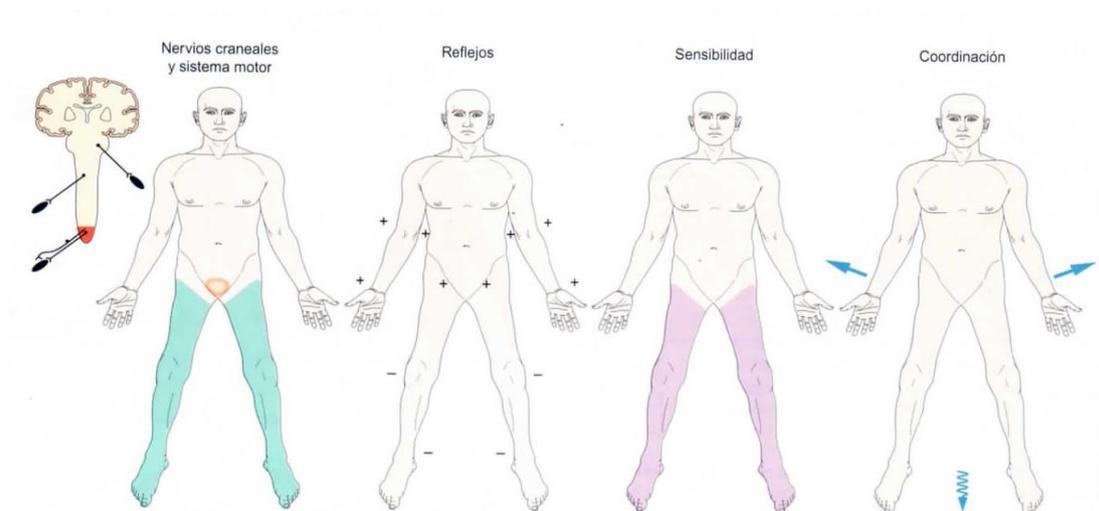


Figura 4: Lesión medular lumbar: provoca atrofia, debilidad y fasciculaciones muscular, arreflexia de los miembros inferiores (lesión de la neurona motora inferior) incontinencia, pérdida de la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión y ataxia sensitiva.

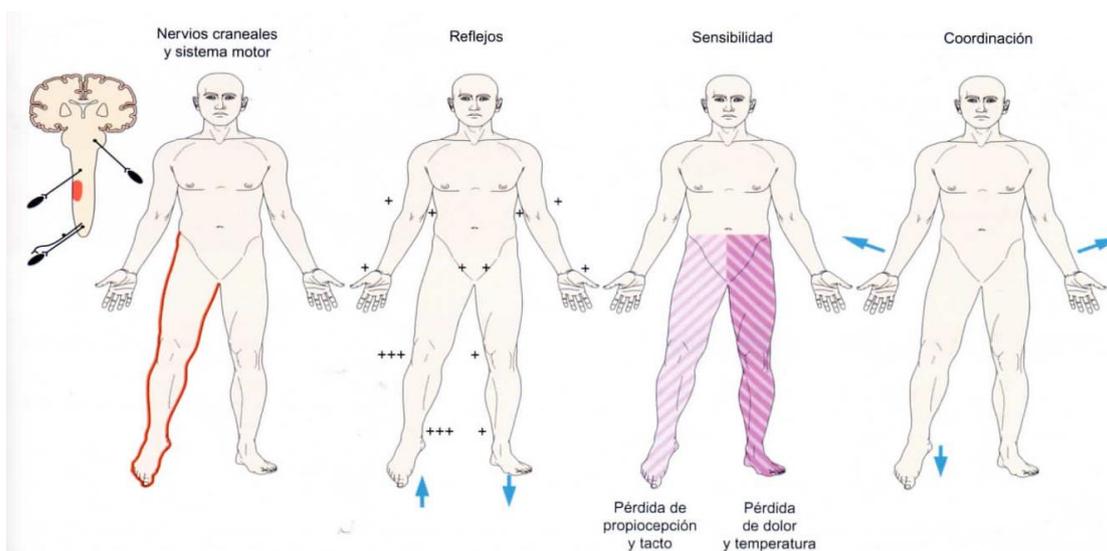


Figura 5: La hemisección medular de origen al síndrome de Brown – Séquard: Se caracteriza por pérdida homolateral de la propiocepción y signos de lesión de la motoneurona superior (hemiplejía/homoplejía) junto con pérdida contraletal de la sensibilidad dolorosa y térmica.

4.2 Aspectos Psicosexuales

La sexualidad de una persona que contrae una lesión medular puede verse alterada o bien directamente, a causa de los trastornos neurofisiológicos que comporta la lesión, o indirectamente a causa del trastorno global transitorio que acompaña los primeros meses, o a veces años.

La discusión sexual, la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual, puede ser diversa, hay que considerar las alteraciones generales de la sexualidad en sus componentes bio – psico – social.

Las consecuencias directas de la alteración neurofisiológicas, éstas dependen del nivel y característica del daño medular y tienen repercusiones, más allá de la pérdida de los genitales, en las tres funciones básicas de la sexualidad:

a.) Erótica: el placer y bienestar se ve interferido por las mismas secuelas de la lesión medular, más evidente en la alteración de la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión. En ocasiones causa disestesias o parestesias lo que hace que la estimulación de determinadas zonas corporales no solamente no sea placentera sino que puede ser molesta o desagradable.

Los espasmos, el dolor o las contracturas, que se da en algunos casos, pueden asimismo dificultar la consecución del placer, lo mismo que la disreflexia autónoma que acompaña en algunas lesiones altas.

La aneyaculación y anorgasmia consecuente de algunas lesiones impiden experimentar el orgasmo como antes de la lesión.

b.) Relacional: Nos permite compartir el placer y el bienestar a través de la comunicación con otra persona, con o sin vinculación afectiva. Estas nuevas formas de relación, en el terreno más práctico, pueden concretarse en la búsqueda de las posturas cómodas, explorando nuevas zonas corporales y nuevas caricias, hacen que la pareja necesite adecuarse a la nueva situación comunicándose sus deseos y necesidades y aprendiendo nuevas formas de relación satisfactorias para ambos.

c.) Reproductora: permite el intercambio genético y la continuación de la especie y la cultura.

- Hombres: condiciona la fertilidad, puede producirse mediante ayudas técnicas.
- Mujer: Recupera su capacidad de concebir y dar a luz poco tiempo después de instaurarse la lesión medular. (Curcoll y Vidal, 1992).

Los métodos anticonceptivos pueden ser difíciles de usar a causa de problemas mecánicos, tales como, dificultades motoras en las manos o espasmos en las piernas, por la falta de sensibilidad o por problemas circulatorios.

4.3 Interferencia de la sexualidad.

A menudo, la lesión de la médula espinal se acompaña de pérdida de movimientos musculares, sensibilidad al tacto, y reflejos sexuales. El grado al cual estas carencias afecten la excitación sexual, el orgasmo y la fertilidad depende del nivel al que se encuentre la lesión y de si es completa o incompleta.

Es algo que se da en la mayoría de las personas con discapacidad, por eso es necesario una educación sexual para mejorar el cuidado, la auto imagen, conocer su cuerpo, esto no garantiza de que siempre tendrá una pareja o una vida sexual satisfactoria, sin embargo es necesario tener en cuenta los nuevos cambios que ocurren a nivel corporal. Para lo cual es necesario conocer los niveles de las lesiones:

- Lesión medular baja: Por debajo de L1.
- Lesión medular media: Entre L1 y D10.
- Lesión medular alta: Por encima de D10.

Según Morán A., Méndez E. (2005) generalmente las interferencias en la esfera sexual en mujeres son en cuatro aspectos:

a.) Erección del clítoris

- Lesión alta: erección del clítoris refleja.
- Lesión media: erección del clítoris refleja.
- Lesión baja: desaparición de la erección.

b.) Lubricación vaginal

- Lesión alta: lubricación del clítoris refleja.
- Lesión media: lubricación del clítoris refleja.
- Lesión baja: desaparición de la lubricación.

c.) Orgasmo

- Lesión alta: anorgasmia. Puede haber contracciones de los músculos perivaginales.
- Lesión media: anorgasmia. Pueden presentar sensibilidad en los genitales internos.
- En cualquier caso, algunas lesionadas medulares experimentan orgasmos en otras zonas corporales.

d.) Parto

- Lesión baja: percepción de las contracciones vaginales y movimientos del feto.
- Lesión media: cesárea ya que no hay contracciones uterinas.
- Lesión alta: ingreso prematuro. No hay percepción de movimientos fetales ni contracciones.

Por lo general, en las personas que no han tenido una lesión de la médula espinal la excitación puede suceder por dos vías:

- Vía refleja: Se presenta como respuesta a las caricias o al contacto de tipo sensual.
- Vía psicógena: Se presenta a partir de sensaciones sexuales psicógenas como pensamientos, imágenes, olores o sonidos que excitan sexualmente a la persona.

En cuanto a los hombres:

- La erección psicógena: los estímulos provocados por lecturas, audiovisuales, etc. viajan desde el cerebro (estructuras del sistema límbico) hacia la región dorso-lumbar (D11-12 y L1) de la médula a la cual estimulan, provocando así por el sistema vegetativo la vasodilatación genital. Se estimula también el plexo hipogástrico o pélvico.
- La erección reflexógena o genital: los estímulos táctiles genitales en el glande, pene o clítoris viajan hasta la médula, a través de los nervios pudendos, los cuales conectan con las raíces parasimpáticas del centro sacro (S2, S3, S4).
- Deseo Sexual. No se ve afectado. Excepto por síndrome depresivo u otras enfermedades.
- Disfunción eréctil:
 - a) Lesión por encima del Centro Toraco-Lumbar T11 – L2: Erección reflejas.
 - b) Lesión por debajo del Centro Toracolumbar dejando indemne el Centro Sacro: Erecciones psíquicas y reflejas.
 - c) Lesión que afecta al Centro Sacro S2-S4 o sus raíces: Erección psíquica.

4.4 Sexualidad y Rehabilitación Integral

Rivera (2008) explica que “la sexualidad es fundamental para el desarrollo y ajuste de la personalidad de cada individuo (...), la vivencia de la sexualidad permite aceptarse a sí mismo, vivir a plenitud, apropiarse de su cuerpo, tomar sus propias decisiones con respecto a él”.

A su vez, Balaguer (2009) manifiesta que la sexualidad es el conjunto de fenómenos emocionales y de conductas, presentes en la vida del sujeto en todas las fases de su desarrollo, por lo tanto se constituye como un proceso dinámico y componente de su personalidad.

Mientras la lesión medular es reciente, las personas no comprenden cómo podrán retomar este aspecto de su vida, pero, con el tiempo, experimentan un proceso de descubrimiento por medio del cual aprenden a reconocer una manera distinta de vivir y expresar su sexualidad. Esta situación despierta sentimientos de inseguridad, tristeza y sufrimiento, especialmente en los hombres, para quienes la sexualidad gira alrededor de la genitalidad.

Las personas asumen diferentes comportamientos frente a los cambios en la vida sexual, según características personales y de pareja. De tal manera que, cuando la lesión medular es reciente y se sienten inseguros o no tienen una pareja establecida, evaden los pensamientos relacionados con la actividad sexual y las situaciones de intimidad o privacidad. Cuando tienen pareja, evitan tener relaciones sexuales con personas diferentes a esta.

La rehabilitación integral está encaminada a conseguir el funcionamiento óptimo del individuo como ser humano, centrándose más en los aspectos positivos de la salud que en el tratamiento de la patología de un sistema orgánico determinado.

Es primordial que sea tratado por un equipo multidisciplinario. El proceso comprenderá una fase de ayuda, una de rehabilitación activa y una fase final con la preparación del alta.

Los objetivos y los métodos van variando de acuerdo a las necesidades y posibilidades del paciente.

- Fase Aguda: se centra en el tratamiento y prevención de las complicaciones medicas.
- Fase Intermedia: Se centra en el aprendizaje de conductas y actitudes que permitan vivir y relacionarse satisfactoriamente con la Lesión medular.
- Fase final: Como generalizar y llevar a cabo estas conductas en el propio contexto social.

El abordaje integral de la persona con lesión medular, tiene en cuenta sus deseos, el nivel de afectación, sus relaciones, la necesidad de información,

asesoramiento en el campo. Los aspectos sexuales de la persona suponen un potencial para construir una nueva imagen corporal. Los sentimientos de adecuación sexual forman parte de los sentimientos de autoestima necesarios para todo ser humano, para desenvolverse y relacionarse satisfactoriamente.

Curcoll y Vidal (1992) comentan sobre la unidad de sexualidad y reproducción asistida que está coordinada por: urología, ginecología, psicología, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajadores sociales y servicios extrahospitalarios.

El objetivo es facilitar, informar, asesorar y capacitar.

- Facilitar: la posibilidad de expresar sentimientos, dudas y preocupaciones referentes a todos los aspectos sexuales. Así mismo favorecer el respeto a la intimidad.
- Informar: de forma general e individual, según los casos, así como las alternativas y programas de rehabilitación disponibles.
- Asesorar: en los casos y en los momentos en que se estime oportuno, en la toma de decisiones respecto a las terapias y conductas.
- Capacitar: en habilidades y recursos al propio interesado o a la pareja.

Muchos de los problemas que tienen las personas con discapacidad en relación a la sexualidad y las relaciones personales, están causadas por los cuidadores.

4.5 Dimensión Psicosocial

Diferentes culturas y estamentos sociales regulan el sistema ético y moral que afecta a los comportamientos sexuales.

Las actitudes hacia el sexo han cambiado gracias a los conocimientos, se ha pasado de la negación, al ocultamiento, la prohibición y la obsesión por el sexo a una mayor permisibilidad pero también a un exceso de comercialización que ha desvalorizado el sexo y quizás nos ha hecho olvidar la importancia que tiene la educación adecuada y la asistencia sanitaria en este tema (Curcoll y Vidal, 1992).

Con frecuencia, las personas con discapacidad afrontan un sinnúmero de restricciones para su desenvolvimiento personal y social, no solo por sus propias deficiencias, también, por actitudes y conductas inapropiadas de los aparentemente normales que los rodean; y se evidencia cuando de la sexualidad precisamente es tratada por los prejuicios, tabúes y estigmas, que impiden expresar y vivenciar adecuadamente este importante aspecto de la existencia humana.

Se debe considerar el origen principal del problema, tener presente que las causas planteadas no se excluyen entre sí, y el impacto negativo de la

discapacidad sobre la psiquis del individuo siempre está presente, en mayor o menor proporción y, consecuentemente, el cuadro clínico resulta variable. Es importante destacar que existen necesidades particulares relacionadas con la salud sexual de estas personas, que necesitan orientaciones concretas.

4.6 Psicomotricidad

a. Definición

La definición propuesta por el Fórum Europeo de Psicomotricidad en 1996 y adoptada con algunas modificaciones por la Federación de Psicomotricistas del Estado Español, expresa lo siguiente: "Basado en una visión global de la persona, el término "psicomotricidad" integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad" (Berruezo, 1996.)

Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en los ámbitos preventivo, educativo, reeducativo y terapéutico.

Puede ser entendida como una disciplina cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada.

La psicomotricidad puede y debe trabajar sobre tres aspectos que configuran, al mismo tiempo tres amplias ramas de objetivos (Arnaiz, 1994):

- En primer lugar la sensomotricidad, es decir, debe educar la capacidad sensitiva. Partiendo de las sensaciones espontáneas del propio cuerpo, se trata de abrir vías nerviosas que transmitan al cerebro el mayor número posible de informaciones. La información que se quiere aportar es de dos tipos:
 - Relativa al propio cuerpo: A través de sensaciones que se provocan en el cuerpo mediante el movimiento y que nos informan del tono muscular, de la posición de las partes del cuerpo, de la respiración, de la postura, del equilibrio, etc.
 - Relativa al mundo exterior: Mediante los sentidos se adquiere el conocimiento del mundo que nos rodea.
- En segundo lugar la perceptomotricidad, es decir, debe educar la capacidad perceptiva. Es preciso organizar la información que proporcionan nuestros sentidos e integrarla en esquemas perceptivos que le den sentido. Esta estructuración puede hacerse bajo tres vertientes:
 - Toma de conciencia unitaria de los componentes del llamado esquema corporal (tono, equilibrio, respiración, orientación del cuerpo, etc.) para que el movimiento esté perfectamente adaptado a la acción y este ajuste

sea lo más automatizado posible.

- Estructuración de las sensaciones relativas al mundo exterior en patrones perceptivos y, en especial, la estructuración de las relaciones espaciales y temporales. Se trata de adquirir y fijar los rasgos esenciales de los objetos y las relaciones espaciales y temporales entre ellos.
 - Coordinación de los movimientos corporales con los elementos del mundo exterior con el fin de controlar el movimiento y ajustarlo al fin que se persigue.
- En tercer lugar la ideomotricidad, es decir, debe educar la capacidad representativa y simbólica. Una vez que el cerebro dispone de una amplia información, debidamente estructurada y organizada de acuerdo con la realidad, se trata de pasar a que sea el propio cerebro, sin la ayuda de elementos externos, quien organice y dirija los movimientos a realizar.

Estas tres ramas de objetivos hacen referencia al desarrollo de lo que estrictamente puede considerarse como ámbito de la psicomotricidad de una forma ya tradicional, pero simultáneamente, y como consecuencia del desarrollo de estos tres tipos de psicomotricidad (sensomotricidad, perceptomotricidad e ideomotricidad).

La Psicomotricidad es “(...) la disciplina que estudia al hombre desde esta articulación íntersistémica (sistemas anátomo - fisiológicos, psicológicos y sociales), decodificando el campo de significaciones generadas por el cuerpo y el movimiento en relación y que constituyen las señales de su salud, de su desarrollo, de sus posibilidades de aprendizaje e inserción social activa; y también las señales de la enfermedad, de la discapacidad y de la marginación” (Chokler 1998).

La psicomotricidad tiene en cuenta las vivencias, las emociones, la afectividad, la historia de vida plasmada en el cuerpo, el cual se expresa por medio de la postura, el movimiento, el tono, los gestos, las palabras, los actos pensantes. Cuyo cuerpo es el resultado de las reacciones psico-bio- socio- eco- culturales de la persona.

b. Educación Corporal: El cuerpo sujeto a la lesión.

Reconocer las señales que nuestro cuerpo transmite desde una situación nueva. Esta tarea lleva tiempos diferentes, los síntomas varían en función de las personas aunque son similares, compartirlos con compañeros en la misma situación facilita a veces su identificación. Este proceso de autoconocimiento de nuestro cuerpo tras la lesión, hace que nos convierta en parte activa de nuestros cuidados.

Los cambios en el cuerpo son difíciles de afrontar para las personas que poseen una lesión medular, no tener sensibilidad superficial ni profunda por debajo del nivel de la lesión, manejar una alteración permanente en la función vesical e intestinal y en la función sexual, causadas por el compromiso del sistema nervioso autónomo, a esto se le agrega la alteración de la movilidad y

la sensibilidad, también incrementa la dependencia y el riesgo de complicaciones como depresión, infecciones urinarias, úlceras de presión, estreñimiento e impactación fecal, dolor neuropático, espasticidad y problemas osteoarticulares.

Con el paso del tiempo las personas con una lesión medular llegan a conocer su cuerpo, después de un trabajo de educación corporal, un cuerpo que ha cambiado y van re-conociendo su nuevo cuerpo y re-construyendo una nueva corporalidad.

Cuando la lesión es reciente, estos cambios despiertan sentimientos de rechazo porque desconocen su cuerpo y pierden el dominio sobre él. Una de las consecuencias de esto es la aparición de úlceras de presión que retardan el proceso de rehabilitación y limitan la ejecución de las actividades cotidianas. (Moreno y Amaya, 2012).

En el caso contrario del desconocimiento del nuevo cuerpo, incrementa la vulnerabilidad del mismo y, por ello, están más propensas a tener complicaciones en su estado de salud.

La educación corporal da significado en el cambio que ocurre a nivel corporal, como la pérdida del control del tronco, pérdida del equilibrio al sentarse, alteración de la estabilidad del cuerpo entre otras, una vez que son conscientes del nuevo cambio, las dificultades para realizar las actividades de la vida cotidiana y la percepción de uno mismo van cambiando.

c. Imagen corporal y autoestima.

Hoy en día la sociedad está llena de percepciones de las cuales la imagen corporal cumple un papel importante para el ser humano y llega a ser parte de una ideología necesaria para la supervivencia dentro de los estándares de una cultura o sociedad.

“ La imagen corporal, pues, se define como una noción referida a las sensaciones, información o experiencias estructuradas por el cuerpo mismo según las aferencias sensoriales y los componentes emocionales y sociales. Los aspectos emocionales y las interacciones sociales constituyen la urdimbre de la imagen corporal que se construye siempre bajo la mirada del otro. Por esta razón adquiere tanta importancia que exista una educación emocional, una verdadera alfabetización emocional adecuada que prime las emociones positivas”. (Lázaro y Berruezo, 2009).

Según Gardner (1996) (...) la imagen corporal incluye dos componentes: uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia y otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. El trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Lo cual lleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y a pensar que no se vale, ni se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello

las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales.

La imagen corporal, es siempre inconsciente, permite la utilización adaptada del esquema corporal, donde se metaboliza, se transforma y se reorganiza, a medida que la persona afronta las limitaciones que encuentra, y se actualiza desde un valor simbólico, en el que haya expresión. Es la percepción, el conocimiento y el sentir de cada persona respecto a su propio cuerpo.

El concepto de imagen corporal es, hoy día, muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psicomotricidad, la psiquiatría, la medicina general y la sociología. Es un concepto interesante para explicar diferentes aspectos de la personalidad como la autoestima o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos de la conducta alimentaria, o para explicar algunas dificultades en la integración social.

La imagen corporal es muy importante ya que la persona reconoce su cuerpo, es como cuando te miras al espejo y vez lo que se refleja en él.

Como dice Sassano (2013): La sociedad, liberada de prejuicios como antaño (¿liberada o más sujeta?), se encuentra cada vez más dependiente de los designios de las modas, tiene nuevas necesidades y respuestas más variadas que antes. ¿Por qué los hombres y las mujeres nos sentimos obligados a conservar o a cambiar nuestra imagen corporal? ¿Vanidad? ¿Autoestima? ¿Exigencias de la época? De todo un poco. Pero más allá de las objeciones ideológicas que dignifican el valor del paso del tiempo y la belleza de unas arrugas bien vividas, no parecen demasiado fácil resistir la tentación de recibir una alegría a la vuelta del espejo.

La insatisfacción con la imagen corporal tras una lesión medular puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo además notablemente en la calidad de vida de quien la padece.

En cuanto a la autoestima es importante porque ayuda a mantener una actitud positiva ante la vida, como bien se menciona en el texto anterior, y te hace sentir orgulloso/a de uno mismo/a interna y externamente. La mayoría de las personas con buena autoestima disfrutan mucho más de la vida.

Branden (1997), " Señala que la autoestima es esencial para el ser humano e imprescindible para que este pueda funcionar y comportarse de forma adaptada y equilibrada. Es una poderosa necesidad humana que conlleva lo siguiente:

- Tener confianza en la propia capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida por muy difíciles que sean".
- Tener confianza en el derecho de ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y disfrutar de lo conseguido con nuestro esfuerzo".

Por lo general, estas personas establecen mejores relaciones con sus amigos y con los adultos, se les hace mucho más fácil resolver errores o desacuerdos y son más propensos a concentrarse en una tarea hasta que la terminan satisfactoriamente.

Tener una buena autoestima brinda:

- Coraje para enfrentar nuevos retos
- Poder para creer en ti misma
- Confianza para tomar decisiones adecuadas tanto para tu mente como para tu cuerpo en el presente y a lo largo de tu vida.

En cuanto a la imagen corporal se refiere a cómo se siente una persona con su aspecto físico.

b. Sensopercepción.

Stokoe (1991) señalaba “descubran lo desconocido dentro de lo aparentemente conocido”. Y esto adopta el nombre de Sensopercepción en la expresión corporal para especificar, diferenciar y definir esta parte básica de la formación en expresión corporal cuyo objetivo es el conocimiento más profundo de sí mismo y el comienzo de nuestra técnica corporal.

La Sensopercepción, aporta en el desarrollo de nuestra capacidad de observación y registro de los estímulos de nuestro cuerpo y su vinculación con el medio. Todo esto a partir de la propia experiencia y con la sensibilidad particular, que requiere el coordinador, hacia las inhibiciones, tensiones, bloqueos, torpezas y experiencia previas de las personas en aprendizaje hacia su propio cuerpo.

Posibilita un proceso de sensibilización, reencuentro y recuperación del propio cuerpo con su consecuente realimentación creativa. La Sensopercepción cumple un doble papel: recoge y evoca la realidad en forma cada vez más detallada, clara y diferenciada, y además estimula la asociación y producción de imágenes que darán lugar a la fantasía creadora del sujeto

5. HIPOTESIS Y PREGUNTA

¿Cuál es el abordaje dado a la sexualidad en el proceso de rehabilitación de las personas con lesión medular, como propuesta de intervención desde la psicomotricidad?

Incluir la sexualidad en el proceso de rehabilitación desde la propuesta de intervención de la psicomotricidad, puede mejorar el tratamiento de las personas afectadas por una lesión medular, ya que con la sexualidad uno mejora la autoestima, la imagen corporal, la vitalidad y de esta manera el proceso del tratamiento puede ser más positivo y efectivo.

6. METODOLOGÍA

*“Una mirada, una caricia, un beso, un contacto,
un tomarse de la mano, un escuchar la voz,
el aroma, un abrazo, eso es sexualidad”.*

Desde la psicomotricidad se considera al cuerpo como un lugar de particular integración de lo neurofisiológico y psicológicos a lo cual se agregan aspectos sociales y culturales. El cuerpo como construcción en y para la relación con el otro, pero también para la relación consigo mismo.

Se recomienda sesiones grupales y de acuerdo a las necesidades, individuales o de pareja, con una frecuencia de una vez por semana con una duración de 45 minutos, respetando los momentos de descanso según la necesidad de cada usuario. Se llevará a cabo en un espacio de Psicomotricidad, es necesario ser solidario con las peculiaridades del grupo cuando se estructura espacialmente la sala. Dicha disposición debe permitir el acceso.

Los aspectos metodológicos se vinculan con las experiencias acumuladas del profesional que lo interviene, por ejemplo, que trabaje lo relacionado con el cuerpo desde la propia experiencia corporal. Para evaluar dicha intervención es necesario diseñar un cuestionario para que contribuya en los procesos metodológicos de lo planteado.

El modelo terapéutico de intervención desde la psicomotricidad se articula sobre ciertas temáticas abordadas a lo largo de de las sesiones, ya sea individualmente, en pequeños grupos o algunas veces en pareja. Debe de ser lo más flexible, globalizado, participativo, con un lenguaje claro y sencillo, adaptado al grupo para pasar posteriormente a una revisión de la misma en cuanto a su estructura y al ajuste de cada persona.

Las posibilidades de intervención desde el ámbito psicomotor son muy amplias.

Una vez contextualizado el estudio, se plantea un diseño de intervención desde la psicomotricidad clínica, donde se centra en la persona y su situación dentro de la esfera sexual.

7. MODELO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR.

“La sexualidad es encontrarse, tener contacto y conocimiento del propio cuerpo y del cuerpo del otro, es acariciarse, expresar afecto, sentir placer, erotizarse, empatizar con el otro (Iglesias, 2011)”.

7.1 El encuadre de la actividad.

Para empezar debe consolidarse, y ello supone una continuidad y estabilidad en el tiempo e implica una relación pedagógica continua, donde se debe tener en cuenta a los participantes, los objetivos, los contenidos a impartir y la metodología de trabajo.

Una sesión que dure 30 a 45 minutos, es lo ideal, teniendo en cuenta que se trabaje en un mismo tiempo y de muy diversas formas las dimensiones motrices, cognitiva, afectiva, social y entre ellas la sexualidad. En cuanto a la distribución de pacientes en grupos, el tamaño aconsejable sería aproximadamente de 10 pacientes, reduciendo el número de miembros si la mayoría tiene tetraplejia, de manera que la intervención sea más personalizada.

En cuanto al tiempo, se recomienda como mínimo de una vez por semana y que tenga un ritual de entrada, el momento inicial, el momento de la actividad psicomotriz, el momento de relajación, interiorización, verbalización y despedida, como encuadre de la actividad.

Constituido los grupos y planificados los tiempos, se programa las actividades en base a los objetivos. Se recomienda que las actividades iniciales se basen en las sensaciones y percepciones a nivel corporal, así como aspectos sociales referidos a las normas de convivencia, habilidades sociales, y componentes afectivos como la autoestima y motivación.

Todas las actividades se trabajarían de forma encubierta a través de actividades como el juego, la danza, la música, la expresión corporal, la relajación, entre otras. En la mayoría de las actividades se puede intervenir sobre varios aspectos de forma simultánea, ya que las tareas no tienen un contenido único.

Es muy importante vivenciar las actividades, trabajar de forma activa y favorecer el efecto de autogeneración dando cada vez más autonomía, que cumplan una serie de objetivos, y proporcionar estrategias que permitan a los pacientes aprender a manejar su déficit, su estado de ánimo y su funcionalidad (Lorente, 2003).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Desarrollo de un protocolo clínico

Encuadre de la actividad

Los rituales tienen como función asegurar a la persona, permitiendo anticipar las actividades y organizarse.

Ritual de entrada

Orientación a la realidad, presentación de los integrantes y de la actividad del día

Actividad Psicomotriz

Actividades corporales, referente a los temas a tratarse.

Ritual de Salida

Se culmina con la relajación, mindfulness, luego una verbalización de lo que ha hecho y como lo ha vivido.

Los contenidos serán introducidos a través de estrategias de mediación, como la danza, juegos y la incorporación de diferentes elementos que resulten efectivos para los propósitos terapéuticos.

Temas	Usuario	Frecuencia	Tiempo	Materiales
Sexualidad Lesión Medular Cuerpo Imagen Corporal Sensopercepción Cuidados personales Orientación familiar y de pareja.	Personas afectadas de una lesión medular. <u>Intervención:</u> Individual. Parejas. Grupal.	Una vez por semana	30 a 45 minutos.	Telas Globos Música Pelotas Cintas Sala

Se trabaja sobre amplias ramas de objetivos:

Sensomotricidad	Perceptomotricidad	Ideomotricidad
Educación de la capacidad sensitiva.	Educación de la capacidad perceptiva.	Educación de la capacidad representativa y simbólica.

- Aceptación de la nueva figura corporal.
- Exponer alternativas para mejorar la sexualidad.
- Integrar la realidad con la reconstrucción del Yo, mediante un abordaje corporal sujeto a todos los aspectos (Afectivo, social, cognitivo, sexual).

7.2 Estructuración de la sesión.

a-) La primera es el inicio - ritual de entrada: Se plantea una verbalización en torno a cómo se encuentra cada uno para posteriormente realizar en grupo una ubicación temporal en la se comenta y valora: la fecha en el calendario, la estación del año, el tiempo que hace ese día, la temperatura, etc. Por otro lado, dicha verbalización también incluye una petición a los usuarios para que anticipen el juego que les gustaría desarrollar y con quién o quienes les apetecería hacerlo. Ello permite observar sus preferencias y poder elaborar un sociograma de los usuarios para potenciar, generar nuevas líneas de relación intragrupo. En el caso de ciertos asistenciales, personas sin lenguaje oral, esta verbalización se sustituye por un encuentro corporal (ej: abrazo) y una mirada personal que funciona como saludo, al que se acompaña el preguntar cómo se encuentran. Evidentemente no se obtiene respuesta, pero se realiza con la certeza de que los que poseen cierto nivel de comprensión oral son capaces de percibir el interés que mostramos con la pregunta. También se da ciertas informaciones, conocimiento de la lesión, comprensión y se dejan en claro las normas de las sesiones. Luego se pondrá una música suave y se iniciará la intervención.

b-) La segunda es la llamada núcleo o momento de actividad psicomotriz: que incluye gran parte de la sesión, donde se trabaja aspectos afectivos, sociales, de la imagen corporal, del esquema corporal, la propiocepción (percepción segmentaria corporal, diferenciación segmentaria corporal, integración segmentaria), estimulación táctil háptica, estimulación olfativa y gustativa, interoceptivas, exteroceptivas, sensaciones y percepciones (mediante estímulos vibratorios: musicales, eléctricos y fónicos) mediante la actividad corporal.

Generalmente dentro de la sesión de psicomotricidad se trabaja estos aspectos para:

- Mejorar el conocimiento y conciencia de su cuerpo, igualmente en sus manifestaciones emocionales: por la observación de uno mismo a través de la relajación, del masaje, envoltorio y trabajo de impresiones gráficas (modelado, pintura, dibujo).
- Regular su tono muscular, poder apaciguarse o reencontrar el impulso con diferentes tipos de relajación o eutonía; empujando, tirando y resistiendo al otro; juegos de contrastes entre movilidad e inmovilidad.
- Vivir la experiencia de su cuerpo en el espacio, explorando su propia prosémica, determinar su esfera personal, hacerse suyo el espacio, y poder prolongarse en el espacio de su entorno.
- Vivir la experiencia de su cuerpo en relación a sí mismo y a los otros, gracias a una serie de ejercicios entre dos o más personas: guiar o ser guiado, ayudarse, dar o recibir, cargar o ser cargado, ponerse u oponerse frente al otro.
- Vivir la experiencia de los diferentes espacios corporales e investirlos.

- Descubrir, redescubrir y aprovechar su creatividad, a través de la danza, del trabajo vocal, del dibujo o de la pintura, del modelado y de la escritura. (Arcaya, 2013).

Todas estas experiencias pueden contribuir al encuentro de su esfera sexual, consigo mismo y con él otro.

Escuchar sus intuiciones, protegerse, permitirse, osar, sentirse mujer, sentirse hombre, sentirse fuerte, reconciliarse con su cuerpo, esperar, hacer una pausa, calmarse, reinvolucrarse en sus proyectos como el capitán de un barco, reír, aceptar, son algunos de los frutos del “cuidado de sí mismo” sembrados grano a grano en las sesiones de terapia psicomotriz.

Un enfoque corporal es la herramienta terapéutica (y de diagnóstico) de predilección de los psicomotricistas. La puesta en juego del cuerpo, permite al individuo el acceder a situaciones donde la percepción, la motricidad, la afectividad de este cuerpo serán solicitadas. El individuo podrá acceder a un esquema corporal más consciente y armonioso, y también a la imagen de un cuerpo más valorado. (Arcaya, 2013).

Esto implica que aprenda a conocer bien su cuerpo, con sus posibilidades y limitaciones, sus ritmos, sus debilidades y síntomas, conocerse (identidad de género), aceptarse (el rol de género y orientación sexual), como es con el otro (relación, recreación, conducta, deseo, satisfacción), conocer aquello que le beneficia como lo que le perjudica. Además implica que se hagan conscientes de las reglas que rige su vida, por eso es necesario enseñar a la persona a escuchar los mensajes que el cuerpo le envía, para así tener en cuenta y cuidarlo.

La psicomotricidad resalta la importancia del cuerpo y su mecanismo de expresión, en la construcción progresiva de la personalidad, es un medio para trabajar los aspectos emocionales y relacionales. Puede favorecer la necesidad de expresarse libremente, de liberar tensiones, de encontrarse consigo mismo a través de la relajación, de encontrarse con los otros a través del contacto corporal o la mirada, de expresarse de manera creativa y encontrar el propio ritmo. (Lázaro, 2000).

c-) Y la etapa final es la dedicada a recopilar y sintetizar lo realizado. Después de haber realizado el trabajo de enfoque físico, de conocimiento y conciencia del cuerpo, el de regulación tónica, de haber experimentado su cuerpo en el espacio o los diferentes espacios del cuerpo, de haber vivido el ritmo y la temporalidad, de haber experimentado su creatividad y expresividad. Se suele proponer una tarea de cómo se ha sentido el usuario, que es lo que más le ha gustado, como se ha sentido y que descubrió a nivel corporal. Lo más generalizado es la verbalización de las actividades, aunque si el terapeuta prefiere realizar una actividad más creativa, se puede sugerir una representación plástica mediante dibujo, de relajación, etc., y explicar que le ha llevado a construir aquello. Finalmente si para iniciar se realizaba un ritual de entrada, se puede iniciar otro de salida que indique que ya ha acabado la sesión.

A través de la intervención psicomotriz es posible descubrir todo tipo de sensaciones corporales y emocionales, que permita a la persona adentrarse a su mundo interior, entender sus reacciones y necesidades, y en definitiva conocerse mejor. Por otra parte el cuerpo es una vía de comunicación y relación, por lo que el trabajo corporal les permite descubrir y comprender sus relaciones con los demás. Finalmente el cuerpo es una vía privilegiada para expresar lo que la persona es y vive en profundidad, así como sus sentimientos, sus emociones, sus deseos y afectos.

7.3 Selección del material.

Como en cualquier sesión de psicomotricidad la selección de material depende de los objetivos planteados para la misma y de las características de las personas a las que se destina la actividad. En el caso de nuestro grupo de trabajo, esta segunda cuestión adquiere especial importancia, si tenemos en cuenta que nos encontramos ante usuarios que poseen limitaciones físicas, que impidan la manipulación y uso de ciertos materiales que se escaparían a su control e incluso.

Algunos de los materiales recomendados: Música, cintas de colores, globos, pañuelos, aros, pelotas, manta de colores, cremas aromáticas, rulos flexibles.

7.4 Guía del la propuesta de intervención desde la psicomotricidad.

- Ayuda a los usuarios, parejas y familias a informarse y comprender sobre la esfera sexual después de una lesión medular.
- Permite conocer al cuerpo y a reconciliarse con él.
- Experimenta nuevas sensaciones y percepciones.
- Establece medios de comunicación.
- Permite la interacción y adaptación a las nuevas Actividades de la vida diaria.
- Evita el estrés familiar.
- Ayuda a incorporarse a la sociedad, a no sentirse diferente.
- Reconocimiento del esquema corporal.
- Mejora el rendimiento cognitivo.
- Permite Reconstruir la identidad de la esfera sexual.
- Acepta las limitaciones derivadas de la lesión medular.
- Optimiza las funciones atencionales y las funciones ejecutivas
- Reduce la desorientación en tiempo y espacio.
- Fomenta el control y cuidado del cuerpo.
- Aumenta la autoconciencia.
- Estimula las funciones preservadas.
- Tratamiento de los trastornos emocionales y de la conducta, asociadas a la lesión, para facilitar el proceso de adaptación.
- Fomenta la verbalización a través del lenguaje, así como las funciones visuoperceptivas y visuoespaciales.
- Ayuda a los cambios conductuales, las emociones, las praxias y las gnosias.
- Estructura la rutina del entorno de trabajo.
- Ayuda a la imagen corporal y la autoestima.
- A la autonomía e iniciativa personal en el ámbito sexual.

7.5 Plan de actuación.

7.5.1 Que hay que tener en cuenta a lo largo de la sesión:

- La actitud corporal, al inicio, si varía o cambia a lo largo de la sesión.
- Como es el uso comunicativo de su lenguaje.
- Qué tipo de lenguaje utiliza ¿Cuáles son sus frases y en que tono lo dice?
- Manifestaciones corporales.
- Los miedos y las emociones.
- Los espacios que utiliza.
- Las reacciones, las actitudes (Atento, pasivo, provocador, interesado)
- Como se siente antes, durante y después de cada sesión.
- Durante la sesión hay un tiempo para el diálogo y otro de trabajo corporal.
- Un tiempo de diálogo para hablar de sus sentimientos o emociones, y encontrar una escucha sobre lo que se quiere decir sobre el recorrido clínico, familiar, personal. (Arcaya, 2013)
- Las actividades deben ser adaptadas a las capacidades y necesidades del usuario.

7.5.2 Ejemplo de algunas sesiones:

a.) Sesión 1º: Conociendo mi cuerpo y la lesión.

Objetivo

- Establecer normas de actuación.
- Crear alianza terapéutica.
- Crear conciencia de los límites y de lo nuevo por descubrir a nivel corporal.
- Informar sobre el cuerpo y la lesión.
- Mejorar el conocimiento y la conciencia del cuerpo.

Disposición: Reunión en el medio de una sala.

Información: A todo el grupo. Explicar la dinámica de grupo, presentar el encuadre e informar sobre el cuerpo y la lesión.

Nro. De Pacientes: hasta diez pacientes.

Profesionales que participan: Psicomotricistas, Psicólogos y Neuropsicólogos.

Nro. De sesiones: Una sesión al mes, de 45 min.

Material: Láminas educativas del cuerpo humano, hojas, bolígrafos, música y telas.

Actividades: Intercambio de información mediante el diálogo con el grupo, presentación de las diferentes actividades que van acontecer, luego un momento de verbalización y expresión de cómo se sienten en relación a su cuerpo, se realiza una dinámica lúdica de integración.

b.) Sesión 2º: Imagen Corporal y autoestima:

Objetivo

- Repropiarse, reconstruir, construir o reparar la imagen corporal y la autoestima.
- Identificar la percepción que de uno mismo.

- Desarrollar un sentido positivo de sí mismos.
- Fomentar la seguridad, la iniciativa y la autonomía.
- Reconocer las cualidades de uno mismo.

Disposición: Reunión en el medio de una sala.

Información: a todo el grupo e individualizada si se da el caso. Trabajando no sólo sobre el cuerpo, sino también sobre sus cualidades de expresión corporal, también el cómo soy, como me veo, el auto concepto, como vivo el tratamiento y la sexualidad.

La autoestima es su principal alimento, más que el sentimiento de poseer, o de hacer. La imagen del cuerpo engloba las representaciones conscientes e inconscientes que nos hacemos de nuestro propio cuerpo. Es de cierta manera el aspecto psicológico del cuerpo: una representación en imágenes que rinde cuentas de los sentimientos y creencias del sujeto sobre su cuerpo. Es también la memoria afectiva de todo lo que el cuerpo ha sentido, de las buenas y malas vivencias. (Arcaya, 2013).

Nro. De Pacientes: hasta diez pacientes.

Profesionales que participan: Psicomotricistas, Psicólogos y Neuropsicólogos.

Nro. De sesiones: Una sesión al mes, de 45 min.

Material: Pelotas, caja, partes del cuerpo, música.

Actividades: Diálogo en principio, luego con una música instrumental, iremos recorriendo las partes del cuerpo: toquen su cabello ¿Cómo es?, sus orejas ¿Cómo son? Sus ojos, sus cejas, etc. Una vez que terminen de explorar su cuerpo realizaremos un cuadro de doble entrada de semejanzas y diferencias. En el caso que el usuario no pueda realizar, el terapeuta debe estar a disposición para ayudarlo. Luego se realizará el juego de la pelota bailarina, el cual consiste en ir pasando la pelota al ritmo de la música, cuando ésta se detenga la persona que tenga la pelota tendrá que sacar una bola de una caja la cual tendrá la imagen de una de las partes del cuerpo y tendrá que expresar algunas características.

c.) Sesión 3º: La sexualidad y mi cuerpo no es mi enemigo:

Objetivo:

- Permiten un trabajo sobre las sensaciones internas (propioceptivas), sobre el tono muscular, el control del cuerpo, estando a la base de la estructuración del yo corporal (Camps, 2007).
- Informar sobre la sexualidad, cuidados y las adaptaciones.
- Reapropiarse de su cuerpo, de sus necesidades y proyectos.
- Fomentar el acceso de nuevo a una reapropiación de su cuerpo y de su propia fuerza vital.

Disposición: Reunión en el medio de una sala.

Información: a todo el grupo e individualizada si se da el caso. : El estado del cuerpo, la imagen de sí mismo y la que los otros nos reflejan, influyen sobre el sentimiento de identidad.

La diferencia sexual de los cuerpos, contiene un aspecto sociocultural como la idea que cada uno se hace de ello. Contiene también un aspecto individual por nuestras propias identificaciones parentales y nuestra historia. La dificultad de procrear, de sentir placer, contribuyen a fragilizar el sentimiento de pertenencia a un grupo identitario sexuado. (Arcaya, 2013).

Nro. De Pacientes: hasta diez pacientes.

Profesionales que participan: Psicomotricistas, Psicólogos y Neuropsicólogos.

Nro. De sesiones: Una sesión al mes, de 45 min.

Material: Todos los materiales de psicomotricidad.

Actividades: Información de la sexualidad, de sus beneficios y las complicaciones, propuesta de actividades con diferentes lenguajes del cuerpo: como la voz, postura, tono, mirada, gestos, mímicas, o contacto. Captar mensajes corporales del otro.

Es importante reconocer y validar las expresiones corporales, verbales, afectivas y emocionales del paciente.

d.) Sesión 4º: A flor de piel:

Objetivo:

- Dar capacidad de recepción, percepción, protección, cohesión, soporte, integración de sensaciones, identidad y placer a través de las gnosias.
- Experimentar la creatividad y su expresividad.
- Reintegrar las partes del cuerpo, dando sentido y bienestar al ser.

Disposición: Reunión en el medio de una sala.

Información: a todo el grupo. Vivenciar a través de los sentidos, percibir sensaciones. Descubrir a través de las gnosias.

Nro. De Pacientes: hasta diez pacientes.

Profesionales que participan: Psicomotricistas, Psicólogos y Neuropsicólogos.

Nro. De sesiones: Una sesión al mes, de 45 min.

Material: objetos que tengan olores, música, luces, sabores (que estén indicados por el médico) y vendas.

Actividades: Iniciamos con una crema de mano, que pueden colocársela en la mano y olerla, luego vamos pasando diferentes materiales como café, canela, vainilla, naranja para que puedan identificar el olor y que sensación les produce, al finalizar lo olfativo, deben de quedarse con un aroma que más les interese y verbalizar el porqué y a qué tiempo lo recuerda eso.

En otras sesiones se van viendo los demás sentidos.

e.) Sesión 5º: El tacto y el contacto:

Objetivo:

- Aprender a dar y recibir, contención, soporte, interacciones recíprocas.
- Fortalecer el sentimiento de ser uno mismo.
- Vincular el tacto al cuidado de sí mismo, a sentir, a la comunicación no verbal.
- Descubrir nuevas sensaciones.

Disposición: Reunión en el medio de una sala, formando un círculo.

Información: a todo el grupo e individualizada si se da el caso. Aquí es importante tener en cuenta, la cultura a la que pertenece la persona y los diferentes modos de utilizar el tacto y el contacto.

Toda la gama de sentimientos y emociones que se desencadenan de forma inconsciente a través del trabajo corporal sobre el tacto. Hablar de tocar implica abrirse a una reflexión más amplia sobre las prohibiciones, las fronteras y los límites entre sí mismo y el otro, la simbolización, la palabra que garantiza la

existencia, y finalmente los sentimientos. Nuestras emociones son particularmente solicitadas cuando nos reencontramos un ser en una relación de piel, una relación hecha de intuición (Camps, 2013).

Explicar que es un trabajo personal, con el cuerpo, el sentir su cuerpo y conocerse a través del tacto y el contacto.

Nro. De Pacientes: hasta diez pacientes.

Profesionales que participan: Psicomotricistas, Psicólogos y Neuropsicólogos.

Nro. De sesiones: Una sesión al mes, de 45 min.

Material: Música de la naturaleza o instrumental.

Actividades: La primera, es una propuesta de trabajo con los ojos cerrados, en silencio, en el encuentro con el otro, tomar la mano de la persona que está a su lado partir de una misma propuesta, las vivencias, recuerdos, emociones, sensaciones que aparecen, son distintas en cada uno. Ante una misma experiencia, la reacción es completamente distinta, unos viven con placer el tocar y ser tocados, otros con incertidumbre, otros con sorpresa o rechazo.

8. CONCLUSIÓN

La intervención que proponemos es un proceso en la fase de rehabilitación, un modelo desde la psicomotricidad.

Es así como podremos ir conociendo más sobre nuestra sexualidad, al abrir un espacio a la posibilidad de reconocernos y ser reconocidos desde alternativas nombradas y al experimentarnos desde nuestros placeres, desde nuestros cuerpos que nos da esa capacidad de conocer el placer, el bienestar y los deseos para el disfrute dentro de una esfera sexual.

Como expone Aguilar (2009), es necesario ir dándonos el permiso para experimentar, crear, desarrollar esa capacidad desde el placer como producto de un proceso creativo, una nueva manera de experimentar el mundo y nuestra propias vidas.

La sexualidad empieza en nosotros, al expresarnos, al sentir, en la exploración propia y luego con el otro. Esta experiencia solo puede darse en la medida que somos conscientes de nuestros propios deseos e inquietudes y por medio de la intervención desde la psicomotricidad, tras una lesión medular, nos ayuda a encontrar nuestra nueva corporeidad, nos ayuda a hacernos cargo de nosotros mismos, de volver a sentir a través del cuerpo.

Se propone una serie de actividades que ayude a solventar las necesidades educativas y orientar a las personas con lesión medular que se encuentran en el proceso de rehabilitación, sobre la sexualidad como parte de una atención integral.

La inclusión de este modelo o temática puede colaborar con la superación de mitos, tabúes u otras limitaciones que tienen las mismas personas con lesión medular o la sociedad en general.

Dentro de la esfera sexual, el modelo puede colaborar con la obtención de una mejor calidad de vida.

La sexualidad envuelve la conducta, el pensamiento, y los sentimientos de la persona, refleja nuestra relación con el mundo (Canessa y Nykiel, 1997).

En ocasiones también podemos ver fallas en las percepciones, dentro de la esfera sexual, como distorsión de la imagen corporal y la autoestima, que es fundamental para construir una sexualidad, las relaciones sociales, la aceptación de uno mismo y de los demás.

Este estudio señala el significativo espacio que ocupa la sexualidad y como se puede abordar desde otra disciplina como la Psicomotricidad.

Se espera que esta investigación inste a incluir a la psicomotricidad como parte del equipo multidisciplinario de neurorehabilitación, donde podría ser muy positivo no solo para temas relacionados con la sexualidad sino a todo lo que refiere en la intervención con el cuerpo y las emociones.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, E. (2009). Abordaje de la sexualidad en el proceso de rehabilitación de personas con lesión medular. Revista Enfermería. Costa Rica. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812769001>
- Amaya, M. y Moreno M. (2012). Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: significado de los cambios. Revista de la universidad nacional de Colombia. Bogotá. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35440/36512>
- Arcaya S. (2013). Terapia Corporal y Psicomotricidad. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, (37),134.
- Arnaiz, P. (1994). La educación psicomotriz en la Escuela Infantil. Una experiencia en la Región de Murcia. ICE de la Universidad de Murcia. Murcia.
- Balaguer, A. (2009). Down España. Madrid. http://www.sindromedown.net/adjuntos/cNoticias/12_1_asuncion_0.pdf
- Berruezo, P. (2001). El contenido de la psicomotricidad. Reflexiones para la delimitación de su ámbito teórico y práctico. Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales, (1), 39-48.
- Berruezo, P. y Lázaro, A. (2009). Jugar por jugar. El juego en el desarrollo psicomotor y aprendizaje infantil. Alcalá de Guadaíra. Madrid.
- Berruezo, P. (1996). Regulación normativa de la profesión del psicomotricista. Jornada sobre psicomotricidad. Sevilla.
- Berruezo, P. (2004). El cuerpo, eje y contenido de la Psicomotricidad. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 16, 35-50. Editores: Asociación de Psicomotricistas del Estado Español y Red Fortaleza de Psicomotricidad.
- Branden, N. (1997). El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico. Barcelona: Paidós.
- Camps, C. (2007) El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, vol. 7, (25), 5-30.

- Camps, C. (2013). Piel, envoltura, tocam y ser tocado: el lugar del tacto en Psicomotricidad. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, (37),4.
- Canessa, P y Nykiel, C. (1997). Manual para la educación en salud integral del adolescente. Organización Panamericana de la Salud. . Washington
- Castillo, J. (2010). La sexualidad en personas con discapacidad ¿Ficción o realidad?. Hospital docente clínico quirúrgico Joaquín Alborán. La Habana. http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_2_1_10/mrf07210.htm.
- Crossman A. R. y Neary D. (2015). Neuroanatomía – Quinta edición. Barcelona. Gea consultoría Ed.
- Crossman A. R. y Neary D. (2007). Neuroanatomía – Tercera edición. Barcelona. Elsevier Doyma Ed.
- Curcoll, M.L., Vidal, J. (1992). *Sexualidad y lesión medular*. Fundació Institut Guttmann. Barcelona.
- Fariña, L. (2015). Más allá del sexo, la sexualidad. Revista Granma. La habana. <http://www.granma.cu/todo-salud/2015-07-06/mas-alla-del-sexo-la-sexualidad-i>
- Gardner, R. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. British. Journal of Psychology, 87, 327-337.
- González, L. (2011). Temas de investigación en psicomotricidad. Buenos Aires: Eduntref.
- Chockler, M. (1998). Los Organizadores del Desarrollo Psicomotor. Argentina. Ed. Cinco.
- Lázaro, A. (2000). Nuevas experiencias en educación psicomotriz. Zaragoza: Mira Editores.
- Lorente, E. (2003) Intervención Psicomotriz con pacientes con demencia: una propuesta rehabilitadora. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 11(3): 13-28.
- López F. (2006). La educación sexual en personas con discapacidad. Revista Española sobre discapacidad intelectual, (37) , N° 217. Pag.5. Salamanca.<http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD16274.pdf>

- Martín, S (coord.). (2002). Guía práctica para lesionados medulares. Madrid: Aspaym. Madrid.
http://www.isfie.org/documentos/guia_practica_lm.pdf
- Morán A., y Mendéz, E. (2005) Sexualidad en las lesiones medulares. Universidad de Salamanca: Salamanca.
http://campus.usal.es/~sexologia/attachments/086_Sexualidad%20en%200enfermos%20medulares.pdf
- Murillo, N. (coord). (2009). Porque tú eres importante! Guía de apoyo para familiares cuidadores de personas con lesión medular o daño cerebral adquirido. Blocs 21. Barcelona: Fundació Institut Guttmann.
- Pérez, V. (2008). Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral, 4(1), 1-8.
Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n1/mgi10108.pdf>
- Portell, E. (1996). Ayudas técnicas en la discapacidad física. Blocs 8. Barcelona: Fundació Institut Guttmann.
- Rivera Sánchez, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Educación. Universidad de Costa Rica, 32(1), 157-169.
<http://www.redalyc.org/pdf/440/44032111.pdf>
- Sassano, M. (2013). La construcción del yo corporal. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores.
- Sisto S., Druin E. y Sliwinski M. (2009). Spinal Cord Injuries, management and rehabilitation. Mosby elsevier. St Louis Missouri.
- Stokoe, P. (1991) Expresión Corporal, Arte, Salud y Educación. Buenos Aires. Edit. Humanitas.

