

# Una aproximación a la vida sexual del discapacitado físico

José Luis Parada Navas

## I. Introducción

«Todo individuo tiene derecho a recibir información y educación sobre la sexualidad, además de los medios para vivirla como persona».

(Conferencia sobre los Derechos Humanos, Naciones Unidas, 1968).

La sexualidad es tan antigua como el ser humano. La persona humana y la sexualidad van unidas y se repercuten ambas. No existe ninguna etapa humana en la que esté ausente la sexualidad. En la actualidad la sexualidad se ha puesto de moda y la carga negativa que pesaba sobre ella se va diluyendo poco a poco. La cultura sexual de nuestra sociedad está cambiando, pues asistimos a un cambio sustancial de una cultura negadora del sexo a una cultura que lo acepta. Constatamos un cambio en las actitudes hacia la sexualidad y, que se ha iniciado prestando mayor interés a esta realidad profundamente humana mediante la Familia, la Escuela, la Sociedad, la Iglesia.

Deficiencia y sexo, es uno de los temas más difíciles y cuyo tratamiento se encuentra bastantes reticencias, un tema que ha de ser afrontado desde diversos ángulos, incluido el de las vivencias personales y las situaciones sociales. Resulta difícil enfocar estos temas con la moderación adecuada, sin provocar el tono fácil de la polémica, sin desencadenar falsas prudencias o morbosas curiosidades, sin sólo fijarnos en los casos más sangrantes. Es una cuestión delicada, que casi siempre queda escondida en la privacidad de la familia, en el drama personal y del entorno más íntimo. Todavía emergen muchos prejuicios, recelos, superficialidades, demagogias y cobardías... culpas, conflictos, rabias, frustraciones, responsabilidades. Y todo en una dimensión profunda del ser y vivir humano que

resulta en muchas ocasiones difícil de compartir con los demás, y de expresar comprensivamente a los otros lo que uno está experimentando. Estas inquietudes aún no han alcanzado plenamente a las personas con discapacidad, porque, generalmente en nuestra cultura se han impuesto estereotipos de belleza, perfección de formas corporales que no contemplan la «diferencia» de personas. Todavía se identifican por la gran mayoría de las personas aspectos parciales de la sexualidad como genitalidad, coito y reproducción, reduciendo la sexualidad a un «coitocentrismo». «El concepto de sexualidad ha alcanzado en los últimos años una ampliación de contenido. La sexualidad no se reduce al ámbito de los impulsos genitales. NI la genitalidad define la sexualidad ni mucho menos se reduce al mero acto genital o coital. Todos los fenómenos sexuales son sexuales, pero hay una gran cantidad de fenómenos sexuales que no tienen que ver con lo genital» (T. Priego-C. Puerto, 1995: 46).

La Organización Mundial de la Salud en 1974 reconocía a la sexualidad como una fuente de placer, salud y bienestar, y comunicación, que vivida satisfactoriamente, que además promueve la comprensión y ternura con los demás; así como un generador de armonía y equilibrio positivo con uno mismo y los demás.

Se ha descubierto un concepto integral más profundo y amplio de la sexualidad, que considera la búsqueda de bienestar sexual como un rasgo fundamental de la vida de todo ser humano, que sólo se puede realizar plenamente si coincide con las opciones y deseos personales. La sexualidad no se puede medir solamente por el número de coitos sino en clave de bienestar, comunicación, afectividad.

## **II. Objetivos generales**

Los objetivos generales que perseguimos en relación con el tema son los siguientes:

- a. Aproximarnos a este colectivo del discapacitado físico y contemplar la realidad y la manera de vivenciar la sexualidad, con todo lo que pueda integrar ciertas limitaciones físicas, psicológicas y sociales.
- b. Investigar las actitudes y conductas sexuales que diferencian a la mujer del varón en la discapacidad física.
- c. Encontrar algunos rasgos que puedan abrir la relación y comunicación dentro de la vida afectivo-sexual. Además de potenciar la autoestima sexual como valor esencial del ser humano.
- d. Buscar parámetros y explorar las necesidades de información, educación dentro del ámbito de la sexualidad y afectividad.

- e. Planificar las oportunas actuaciones psicopedagógicas y sexológicas conforme a la edad, evolución, situación...
- f. Desarrollar una metodología que potencie la calidad de vida.
- g. Reconocer que la sexualidad no se experimenta igual en personas cuya lesión sea innata o adquirida.
- h. En los afectados físicos se potencia en grado alto las zonas erógenas.
- i. En la discapacidad física se presentan problemas de relación y comunicación con la pareja y con la propia familia.
- j. Existencia en estas personas de un alto grado de inconformismo para valorar la sexualidad, problemas de relación, demanda de la sexualidad.
- k. Valorar que debido al impacto de la lesión, la autoestima disminuye y afecta a la sexualidad del minusválido.
- l. Constatar la falta de información y educación en la esfera de la afectividad y la sexualidad.
- m. Asumir la actitud reivindicativa de la sexualidad del discapacitado físico y una mayor comunicación y concienciación de la sociedad para una mejor interrelación con los demás.
- n. Promover una relación sexual no mitificada, sin tabúes, ni genitalizada que impiden una vivencia más humana y plena de la sexualidad.
- o. La influencia cultural durante la evolución del ciclo del ser humano es un elemento que marca la diferencia del modo de vivir la sexualidad del varón y la mujer.

### **III. Metodología**

La metodología empleada ha consistido en pasar un cuestionario con preguntas para recoger datos concretos, para dar una opción a escoger preguntas prefabricadas, y para recoger opiniones sin ningún tipo de orientación.

Nuestra población de estudio ha sido de 250 personas con discapacidad física en el Sureste de España. Y, el universo de nuestra muestra ha abarcado a varones y mujeres, comprendidos dentro de las edades de 15 a 50 años.

El análisis de los resultados lo hemos estructurado en cinco apartados diferentes encerrando, en cada uno, elementos afines, agrupados en temas específicos para lograr una mejor muestra del trabajo realizado.

Lo dividimos en:

1. Marco referencial: definición a la población objeto de estudio.
2. Actitudes y opiniones: presentar los elementos de juicio que el encuestado tiene sobre educación y conocimiento sexual.
3. Marco conductual: encuadrar el análisis de la conducta sexual.
4. Necesidades de comunicación y educación sexual.

#### **IV. Muestra de la población a investigar**

##### ***IV.1. Marco referencial***

Estudiamos las características que vinculan a los encuestados y que, de una forma u otra definen al discapacitado físico, objeto de nuestra investigación, analizando no solo su aspecto personal, sino también profundizando en todo lo que tenga que ver con su entorno y sus interrelaciones.

Para ello indagamos sobre su sexo, edad, estado, nivel de estudios, situación laboral, tipo de minusvalía.

- *Sexo*

De las 250 encuestas el 60% son varones y el 40% son mujeres. Esta población tiene diferentes discapacidades físicas.

- *Edad*

El total de los encuestados es de un 60 % varones discapacitados físicos. Situados entre 18 a 30 años, un 35%; 31 a 50 años, un 50%; más de 50 años el 15%.

Las mujeres representan un 40 % del total, de las cuales el 50% están comprendidas entre 18 a 30 años; un 35% entre 31 y 50 años; y finalmente el 15% más de 50 años.

- *Estado*

Los varones son la mayoría, el 65% solteros y el 35% están casados o tienen pareja de hecho

Las mujeres están el 70% solteras y el 30% casadas o tienen pareja de hecho.

Conviene señalar que el 75% de los varones circunstancialmente tienen relaciones de pareja. El 35% de estos varones, no han encontrado la mujer que buscan o no se han atrevido a buscar.

Del 40% de las mujeres, el 50% disponen de pareja, mientras que el otro 50% no tienen, o no han encontrado el varón que buscan.

De los varones discapacitados físicos encuestados que viven en pareja, el 75% dicen no tener hijos; y el 35% señalan que sí tienen. Conviene resaltar que el 10% de estos últimos han sido padres después de haber adquirido la discapacidad física.

El 90% de las mujeres que viven en pareja no tienen hijos; mientras el otro 10% sí tienen hijos.

#### • *Nivel de estudios*

De toda la población encuestada, el 40% de los varones poseen estudios primarios o graduado escolar y, el 40% han cursado formación profesional o bachiller. Sólo el 15% ha realizado estudios universitarios; sólo el 5% no tiene ningún tipo de estudios.

El nivel de estudios de las mujeres han quedado comprendidos de este modo: primarios o graduado escolar el 50%; formación profesional o bachiller el 20%; estudios universitarios el 10% y finalmente el 20% no han realizado ningún tipo de estudios.

Se observa cómo el varón ha tenido mayor acceso a los estudios, el 95% sobre el total; y sólo el 80% de las mujeres obtuvieron un nivel de estudios, y se quedan sin estudios un 20%.

De la muestra realizada el 25% de los varones y el 10% de las mujeres ejercen una actividad laboral. Los pensionistas, mujeres y varones discapacitados/os físicas/os son el 50%.

Conviene reseñar la situación de desempleo en los varones del 25% y en las mujeres del 40%.

#### • *Tipo de minusvalía*

Los tipos de discapacidad física que se manifiestan en la muestra son:

- Lesiones medulares 40%.
- Poliomielitis 17%.
- Parálisis cerebral 9%.
- Amputaciones 7%.
- Espina bífida 4%.
- Epilepsia 3%.
- Otras minusvalías 20%.

## Comentario analítico

Después de presentar el análisis descriptivos de la muestra realizada podemos presentar las siguientes conclusiones:

La participación en la muestra ha sido alta por parte de ambos sexos. Llama la atención que del total de respuestas, tanto de varones como de mujeres, la edad es relativamente joven, lo que denota que la nueva generación con minusvalía física demuestra mayor interés por la dimensión afectivo-sexual.

También, digno de destacar en los datos obtenidos en la muestra, es que en relación con la soltería, tanto en varones como en mujeres, duplican los solteros a los casados. El hecho de ser del sexo femenino o masculino no es determinante para desarrollar una relación de pareja, sí lo es la minusvalía física.

Entre las personas encuestadas, tanto los varones como las mujeres son pensionistas, un total del 50%. No obstante, sobresale la situación de desempleo, 25% varones; 40% mujeres. Esta situación nos lleva a preguntarnos: ¿el discapacitado físico, apto para trabajar, está sufriendo las consecuencias del paro generalizado de la sociedad? o , ¿por el hecho de ser minusválidos se le ponen más obstáculos de los que ya tiene por su situación personal?

Esta realidad urge sea analizada seriamente por las autoridades competentes (asociaciones, locales, regionales, nacionales), no sólo en los períodos electorales. El trabajo para una persona minusválida es una fuente de ingresos para poder hacer frente, no sólo a los gastos diarios, comunes, sino también para cubrir sus necesidades específicas: aparatos ortopédicos y/o ortoprotésicos; utensilios adaptados a las propias minusvalías; sillas de ruedas; adaptación de barreras arquitectónicas en las viviendas de tipo vertical o horizontal;... estas necesidades y otras más una vez que estén cubiertas disminuyen de una forma u otra su minusvalía física.

Un aspecto que conviene resaltar en esta muestra es el mayor número de los lesionados medulares, podríamos aducir dos razones: una, porque este colectivo se incrementa cada vez más por los múltiples accidentes de tráfico, laborales, entre otros; y que cualquier persona está expuesta a ellos. La segunda razón, que los lesionados medulares demuestran una actitud más abierta y participativa con el entorno respecto a las otras minusvalías que son innatas o adquiridas en los primeros estadios de la vida.

Lo que se refiere a las demás minusvalías representadas en la muestra como la poliomielitis, parálisis cerebral, etc., los avances biomédicos hacen posible el poder hallar su curación.

#### **IV.2. Actitudes y opiniones sobre la educación afectivo-sexual de los minusválidos**

En este apartado, exponemos los elementos actitudinales y opiniones que arrojan las encuestas de los discapacitados físicos y que tienen una gran importancia en la vida de relación interhumana.

La persona experimenta las actitudes, convicciones y sentimientos en la dimensión afectivo-sexual de forma diferente y personal, condicionada por la cultura, la sociedad, la educación, la religión y su evolución individual en las diferentes etapas de su vida.

La sexualidad humana es un dinamismo de la persona que presenta gran complejidad. Todas las instancias personales están impregnadas por la sexualidad. Por ello, la educación sexual no puede ignorar esta realidad, por las graves consecuencias que trae su olvido o desprecio.

Sexualidad quiere decir: educación anatómico-fisiológica; psicológico-afectiva; sociocultural; axiológica; ético-religiosa e higiénico-sanitaria.

«La educación sexual debe impartirse desde una visión integral del hecho sexual. Toda educación sexual que prescindiera de alguna manera de las áreas o instancias del hecho sexual, empobrece y deforma la sexualidad de la persona» (T. Priego-C., Puerto, 1995, 50).

##### **• Qué opinas de la sexualidad?**

Del total de varones, afectados físicos, el 100% responde que es importante en la vida de una persona. La respuesta de las mujeres ha sido del 75%.

Existe un 25% de los varones que le preocupa la sexualidad desde que padecen la minusvalía física; en igual porcentaje, 25%, coinciden las mujeres.

A la pregunta, si es una función más en la vida de cada persona, la respuesta fue afirmativa en un 25% de varones y mujeres.

Conviene señalar que en la respuesta de que es algo íntimo de lo que no se puede hablar, sólo respondieron las mujeres, un 25%; pues los varones se abstuvieron a esta pregunta.

- *¿Ha influido la lesión en tu vida sexual de alguna manera?*

Los varones con discapacidad física, afirman que no, el 50% y las mujeres responden un 65% que no. Responden que sí les afectó, un 50% los varones, y un 35% las mujeres.

- *¿Cómo valoro el tipo de educación sexual recibido?*

Claramente se percibe en las respuestas una valoración insuficiente o inadecuada de la educación sexual recibida, incluso que no se ha recibido ningún tipo de orientación afectivo-sexual, un 75% de los varones y de las mujeres.

Sólo el 25%, de ambos sexos consideran la educación sexual recibida como suficiente.

- *¿Cuáles han sido las fuentes de información sexual?*

Por experiencia propia han adquirido sus conocimientos sobre la sexualidad, el 50% de los varones y el 75% de las mujeres.

En la experiencia de los varones que se han informado de libros, revistas o películas pornográficas es de un 45% y un 20% de las mujeres.

Los que han obtenido la información sexual de profesores, médicos o personal especializado, hermanos o amigos y progenitores es muy pobre, el 10% de los varones y el 5% de las mujeres.

Queda manifiesto que la experiencia personal es la principal fuente de adquisición de los conocimientos en materia afectivo-sexual tanto en los varones como en las mujeres.

- *¿Qué valoro más de la relación sexual?*

La valoración que realiza el discapacitado físico sobre las relaciones sexuales, considerando esta realidad no sólo como unión física, sino todo el contexto de sentimientos, afectos y placer que la vida en pareja significa para la persona.

El 50% de los varones valora la ternura y el afecto; el 25%, la afectividad y el placer a partes iguales; y el 25% la comunicación con la compañera.

Las mujeres valoran la ternura y el afecto el 75%; y la comunicación con el compañero el 25%.



## **Comentario analítico**

El total de los varones y, la gran mayoría de las mujeres, dan una importancia relevante a la sexualidad en su vida personal, el 100% y el 75% respectivamente. Esta muestra ayuda a quebrantar la idea, el mito que ha existido durante años, que los minusválidos son seres asexuados, esto es, que por la realidad de su minusvalía física no pueden alcanzar ni tener unas relaciones afectivas y sexuales como personas.

En el 50% de los varones la lesión física ha influido en su sexualidad en mayor porcentaje que, a las mujeres, el 35%. En este apartado cabe señalar que la influencia a que se refieren puede estar motivado, por un lado, por la falta de movimiento físico debido a las secuelas de la propia lesión o por las actitudes sexuales de índole psicológico (baja autoestima) y social; pero no porque fisiológicamente esté afectado en sus órganos genitales.

Otro aspecto digno de destacar en este análisis es que la educación y orientación afectivo-sexual obtiene una valoración insuficiente e inadecuada, el 75% de los varones y de las mujeres. Entre las diferentes causas apuntemos la inexistencia de una verdadera educación afectivo-sexual en la propia familia, en la escuela, en la iglesia, en los centros asociativos. Esta realidad puede confirmarse al observar las respuestas respecto a dónde se han adquirido los conocimientos sobre la sexualidad, afirmando por experiencia propia el 50% de los varones y el 75% de las mujeres; más que por sus progenitores, padres, hermanos, amigos, otro personal educativo, el 10% de los varones y el 5% de las mujeres.

Finalmente, señalar que en la población analizada predominan los sentimientos propios de una manifestación afectiva, amorosa, comunicacional, placentera con la pareja sobre la genitalidad.

### ***IV.3. Marco conductual en el discapacitado físico***

Nos acercamos a conocer la conducta real del discapacitado físico en tres momentos:

- *La conducta sexual*

En primer lugar se pregunta a qué edad tuvo su primer contacto sexual; cómo vive su sexualidad; con qué frecuencia son sus relaciones sexuales, si son amorosas con caricias y juegos o quizás rutinarias; cuál es su respuesta afectivo-sexual con su pareja, si a causa de la discapacidad física requieren condiciones adecuadas o

si normalmente se excita ante cualquier estímulo o si requieren realizar algún tipo de esfuerzo para lograr la respuesta sexual; qué tipo de actividad sexual realiza, si es con su pareja únicamente o llega a estimularse en soledad a través de la masturbación o incluso si sólo se conforma con ensoñaciones y fantasías. Se continúa con la pregunta de que en caso de la existencia de algún tipo de problema sexual, cuál o cuáles sería(n) por ejemplo, falta de pareja, vergüenza por las formas físicas del cuerpo que ha cambiado después de la minusvalía. Se concluye con dos preguntas: qué es lo que más le agrada del contacto sexual, si sólo es el placer conseguido, las muestras de cariño, el placer dado a la pareja; y cómo se siente después de dicho contacto, satisfecho, insatisfecho o indiferente.

- *La conducta coital*

Analizamos el tipo de juego amoroso precoital realizado y, qué prácticas amoratorias lo constituyen. Conocer si la conducta se limita a besos y caricias, o puede existir manipulación de los órganos genitales. También se observa la frecuencia de las relaciones sexuales.

Exploramos si la pareja del discapacitado físico llega al orgasmo o si existe una satisfacción completa por parte de la misma; o en el caso de que su pareja no llegara al orgasmo que sentiría preocupación, indiferencia o culpabiliza a la pareja.

- *Conducta autoerótica*

Observamos la práctica autoerótica del discapacitado físico en algún período de su vida y la frecuencia con que la realiza en caso de mantener este hábito.

### **A. Encuesta sobre la conducta sexual/coital/autoerótica**

La conducta sexual conlleva además del contacto sexual, la comunicación entre dos personas sobre el fundamento del amor. Es una forma de expresar la capacidad de relación e implica todo un ritual, una normativa y una gradualidad establecidos de un modo diferente por cada cultura.

El comportamiento sexual está condicionado en su expresión y realización por las estructuras sociales, históricas, culturales, ambientales, educacionales, éticas, religiosas en las que se desarrolla la persona.

Todos estos condicionamientos conforman evolutivamente la conducta sexual que un colectivo adopta ante la relación íntima de

pareja y que, desde esta perspectiva, añade el componente real de la minusvalía física.

- *¿A qué edad tuviste la primera relación sexual?*

El 50% de los varones afirman que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 18 años; y en el otro 50% tuvo lugar entre los 18 y 30 años.

Del total de mujeres el 25% dicen haber tenido su primer contacto sexual antes de los 18 años; el 25% entre los 18 a 30 años; otro 25% más de 30 años y finalmente un 25% no contestan.

- *¿Cómo vives tu sexualidad?*

Los varones discapacitados con una minusvalía del 65%, el 50% viven su sexualidad de forma armoniosa; el 25% que no viven su sexualidad bien, se encuentran los que tienen una discapacidad mayor del 65%. No contestan el 25%, donde se agrupan principalmente los grandes lesionados.

De la muestra analizada, del total de mujeres el 25% viven su sexualidad bien (con menos del 32% de minusvalía); el 25% viven en desarmonía su sexualidad (con una calificación de minusvalía de más del 33%). El 50% no contestan dónde se encuentran las grandes discapacitadas.

- *¿Cómo son tus relaciones sexuales más frecuentes?*

El 50% de los discapacitados físicos varones y mujeres que consideran que sus relaciones sexuales son fundamentalmente amorosas con caricias y juegos. Para el 25% de los varones son preferentemente rutinarias, más que para las mujeres que alcanzan el 15%. No contestaron el 35% de las mujeres y el 25% de los varones.

- *¿Cómo es tu respuesta sexual?*

El 75% de los varones muestran excitación ante cualquier estímulo; el 15% requieren unas condiciones adecuadas y el otro 10% se tienen que esforzarse para conseguir una buena respuesta.

El 50% de las mujeres requiere unas condiciones adecuada; para el 25% sólo se produce en la relación de la pareja; el 15% se excita ante cualquier estímulo. Sólo el 10% de las mujeres, el mismo

porcentaje que los varones, necesitan realizar un esfuerzo para lograr una adecuada respuesta.

- *¿Qué tipo de actividad sexual realizas?*

Las prácticas sexuales que más realizan los varones son la masturbación, el 55% y las caricias, el 50%, le siguen el coito, el 30% y la estimulación de otras zonas del cuerpo, el 30%. Sólo un 15% se conforma con fantasías y ensoñaciones.

La actividad sexual de las mujeres se expresa en las caricias un 55%; en el coito un 45%; el 25% se estimula otras zonas del cuerpo; el 21% practica la masturbación y sólo el 18% se conforma con fantasías y ensoñaciones.

Conviene reseñar que algunos/as de los encuestados han dado varias respuestas a este ítem.

- *¿Existe en tu vida sexual algún problema?*

El 50% de los varones afirman tener problemas, de los cuales las causas se distribuyen: 55% por falta de pareja, 10% por falta de deseo, otro 10% por vergüenza a su cuerpo y el 25% por otros motivos que no especifican. Señalan que no tienen problemas el 50%.

- *¿Qué es lo que más te agrada del contacto sexual?*

Los encuestados responden con dos o tres respuestas, por ello el porcentaje está de acuerdo con el total de la respuesta de todos ellos.

Al 50% de los varones le agrada el placer dado a la pareja; también al 50% mayor compenetración con la pareja; el 45% las muestras de cariño recibidas y finalmente al 10% le agrada el placer alcanzado.

Las mujeres destacan las muestras de cariño recibidas, el 50%; el 35% mayor compenetración con la pareja; el 30% el placer dado a la pareja y un 10% el placer conseguido.

- *¿Cómo te sientes después del contacto sexual?*

El 75% de los varones discapacitados físicos están satisfechos y el 25% señalan que es indiferente.

El 50% de las mujeres con lesiones físicas están bien con el grado de satisfacción sexual que alcanzan; el 25% no está conforme con el nivel de satisfacción y el 25% no contestan.

- *¿Qué tipo de juego amoroso realizas antes de llegar al coito?*

Los besos, las caricias y las manipulaciones de genitales durante el juego amoroso las realizan el 50% de los varones; mientras el 35% efectúan un preámbulo de besos y caricias para pasar luego al coito. El 15% no contestan.

El 50% de las mujeres dicen que antes de pasar al coito realizan el juego amoroso a través de los besos y las caricias. El 25% manipulan los órganos genitales. Y las dos respuestas anteriores son realizadas por un 25% .

- *¿En la actualidad, con qué frecuencia tienes relaciones normalmente?*

Los varones que tienen varias veces a la semana son un 25%. El 20% sólo mantiene relaciones los fines de semana ; el 10% una vez al mes. El 35% casi nunca. No contestan el 10%

Las mujeres no responden a esta pregunta el 35%. El 25% no mantienen relaciones sexuales casi nunca; el 25% varias veces a la semana y el 15% una vez al mes.

- *¿Tu pareja llega al orgasmo y se satisface completamente?*

El 35% de los varones afirma que su pareja llega siempre al orgasmo; para otro 35% sólo a veces; para el 15% su paraje no llega a una satisfacción plena. El 15% no contestan.

Según las mujeres el 75% de su cónyuge llega al orgasmo y se satisfacen plenamente y el 25% dicen que lo alcanzan sólo a veces.

- *Si tu pareja no llega al orgasmo, ¿te sientes mal?*

El 50% de los varones se preocupan si su pareja no llega al orgasmo; el 15% culpabiliza a la mujer y al 10% le es indiferente. No contesta el 25%.

Las mujeres que se preocupan si sus cónyuges no llegan al orgasmo se agrupan en un 75%, mientras que el 25% les es indiferente.

• *¿Has practicado o prácticas la masturbación?*

Los varones con discapacidad física contestaron el 25% con frecuencia; 25% en alguna ocasión asilada; el 15% alterna el coito con la masturbación; otro 15% manifiesta que nunca la ha practicado. El 5% no contesta.

El 50% de las mujeres nunca la habían practicado; el 15% en algún momento aislado y el 35% no contestan.

### **Comentario analítico**

La experiencia sexual del varón se tiene en épocas más temprana que las mujeres, ellos, el 50% antes de los 18 años mientras que ellas el 25% antes de los 18 años. Lo mismo se detecta en las edades comprendidas de 18 a 30 años, el 50% de varones y el 25% de mujeres.

En cuanto se refiere a la vivencia sexual el 25% de los varones no viven su sexualidad en forma armoniosa, en igual porcentaje que las mujeres. Esto obedece a que los antes citados tienen una minusvalía mayor que los que gozan de sus relaciones sexuales y, por ende menos facilidad de movimiento por lo que requieren unas condiciones adecuadas o necesitan un mayor esfuerzo para lograr una buena respuesta sexual, el 25% en varones y el 50% en las mujeres; conviene anotar que se incrementa el doble del porcentaje en las mujeres, y que puede deberse a que la mujer ofrece una respuesta menos inmediata en las relaciones sexuales que el varón y/o en una búsqueda del componente afectivo-sexual más que el genital.

E. Fromm sostiene que el cariño y el respeto son la base del amor, al que define como «unión que permite conservar la integridad e individualidades propias, produciéndose la fusión en un solo ser pero siendo dos personas» (Arte de amar, 1992).

Los discapacitados físicos buscan preferentemente las relaciones amorosas con caricias y juegos, el 50% de las mujeres y el 50% de los varones.

En cuanto a la actividad sexual destacamos que la base fundamental de las prácticas sexuales practicadas por los encuestados es las caricias por ambos sexos, el 55% de las mujeres y el 50% de los varones. También señalamos por su incidencia la masturbación en los varones el 55% y sólo el 21% en las mujeres.

Debido a la falta de sensibilidad por parte de algunos de los discapacitados físicos buscan la estimulación en otras zonas del cuerpo, el 30% de los varones y el 35% de las mujeres, esto sin desdeñar que algunos de los encuestados aunque sí tengan sensibilidad

también lo practiquen. Los lesionados medulares, un 40% de la muestra sí lo requieren.

La ausencia de pareja, la falta de deseo, la vergüenza a que le vean el cuerpo desnudo son las causas más frecuentes que se presentan en los discapacitados físicos, el 75% de los varones y el 50% de las mujeres.

Finalmente, las muestras de cariño recibidas por el compañero/a, 50% mujeres y el 45% de varones; y la mayor compenetración de la pareja, 50% de varones y el 35% de mujeres, es lo que más agrada a los discapacitados físicos encuestados.

Antes de pasar al coito, el juego amoroso que practican según la muestra difiere en porcentajes en ambos sexos. El 50% de los varones prefieren las manipulaciones de los órganos genitales y el 50% de las mujeres los besos y las caricias. No obstante, este último juego también lo prefieren el 35% de los varones. Cabe mencionar que el 25% de las mujeres antes de llegar al coito prefieren la manipulación de los órganos genitales.

En cuanto se refiere a la satisfacción hasta llegar al orgasmo, la pareja de la mujer, un 75%, lo alcanza más que la compañera de los varones, un 35%. Mencionar que el 35% de las parejas de los varones lo consiguen a veces, y las parejas de las mujeres a veces sólo el 25%. Por lo tanto, podemos concluir que las mujeres con discapacidad física satisfacen más a su pareja que los varones afectados físicos.

Conviene notar que existe una preocupación menor por parte de los varones, el 50%, cuando su mujer no llega al orgasmo, que las mujeres discapacitadas, el 75%. No obstante el 15% de los varones culpabilizan a las mujeres, una actitud que crea una mala relación de pareja y desarmonía en la convivencia.

Se manifiesta una clara diferencia en la práctica masturbatoria entre el varón y la mujer, mientras el 15% de los varones no la han practicado ante el 50% de las mujeres que indican que no se masturban.

#### ***IV.4. La comunicación y la educación sexual***

Comunicación significa hacer partícipe al otro de lo que uno tiene; para alcanzarla en el marco de la convivencia de la pareja utilizamos la comunicación verbal, gestual, afectiva para llegar a la comprensión de los sentimientos...

- *¿Hablas con tu pareja sobre sexualidad?*

El 75% de varones que disponen de pareja el 50% habla normal y abiertamente sobre sexualidad ; otro 25% sólo si surge el tema, mientras el 25% nunca lo tocan.

Del 50% de las mujeres que disponen de pareja el 75% habla sinceramente sobre la sexualidad y el 25% sólo en casos de que surja el tema.

- *Tus problemas, deseos o dudas sexuales, ¿se los confías a tu pareja?*

El 50% de los varones sí confían abiertamente sus problemas, deseos o dudas sexuales; el otro 50% sólo a veces.

Las mujeres que mantienen relaciones con varones de forma permanente, un 50% del total; el 50% muestran confianza con su pareja; el 25% sólo a veces y otro 25% afirman no tener confianza con su pareja para hablar de sus problemas, deseos y dudas sexuales.

La razón por qué nunca confía a su pareja los problemas, deseos o dudas sexuales, sólo han dado respuesta las mujeres, con un porcentaje de un 25% del total de la muestra, señalando como causas: debido a la falta de comunicación y comprensión; por temor a que se les rechace; miedo a ser burladas o abandonadas.

- *¿Hablas con tus amigos de tus relaciones sexuales?*

El 50% de los varones nunca habla con sus amigos sobre sus relaciones sexuales; mientras que el 25% no le importa comunicarle frecuentemente sus experiencias sexuales a sus amigos íntimos. El 25% no contestan.

El 50% de las mujeres nunca hablan de tema; el 25% sí lo hacen, pero sólo con amigas íntimas y el otro 25% no han contestado.

- *¿En alguna ocasión has acudido a consultar al sexólogo sobre problemas sexuales? ¿sólo o acompañado con tu pareja?*

El 75% de las mujeres y de los varones nunca han acudido a un sexólogo en caso de la existencia de algún problema.

El 25% de los varones sí han estado en consultorios de sexólogos; tan sólo el 15% de las mujeres han acudido al profesional de información y tratamiento sexual. El 10% de las mujeres no contestan.



Del 25% de los varones que han acudido a un sexólogo, todos lo han hecho en forma individual, sin acompañamiento de su pareja.

El 15% de mujeres que han estado en consulta con un sexólogo, todas han concurrido con su pareja.

### **Comentario analítico**

Conviene destacar que la mujer es quien habla más de forma clara y sincera, sobre temas de sexualidad, un 75%, en comparación con los varones sólo un 50%. Sin embargo en lo que se refiere a los problemas o dudas sexuales, ambos mujeres y varones(25%) evitan comentarlo, principalmente por falta de confianza, por temor al rechazo y miedo de ser burladas/os, o abandonadas/os.

Resulta más claro la inhibición para tratar estos temas con los amigos, por parte de ambos, a mujeres y varones un 50%.

La muestra analizada nos indica la poca presencia de los discapacitados físicos en las consultas de los sexólogos para tratar algún problema o algún tipo de orientación sexual, pues el 75% de ambos sexos nunca han acudido a ningún tipo de consulta. Los que han realizado algún tipo de consulta ha sido de forma individual por parte de los varones y en pareja en el caso de las mujeres. Nos preguntamos ante esta realidad, ¿si los problemas de las mujeres han de ser tratados en pareja y los de los varones no?

- *¿Según tus características físicas qué cosas haría falta para aumentar la calidad de tu sexualidad?*

En esta pregunta abierta, tanto el total de los varones como de mujeres dieron respuestas similares, por lo que los elementos que les hace falta para aumentar la calidad de la sexualidad han sido unificados en los siguientes:

- Encontrar pareja, 25% varones y 10% mujeres.
- Autovaloración, 10% varones.
- Información para afrontar problemas de tipo afectivo sexual, 20% varones y 25% mujeres.
- Amistad y confianza, 10% varones y 10% mujeres.
- Movimiento y desarrollo normal, 15% varones y 10% mujeres.
- Concienciar a la pareja para una comprensión en este aspecto de la sexualidad, 15% de varones.
- Técnicas adecuadas para desarrollar una buena educación sexual, 15% varones.

- Nada, 25% de varones y mujeres.
- No contestan, el 20% de mujeres.

• *¿Qué necesidades tienes en el campo de la sexualidad?*

Las necesidades señaladas han sido:

- Más cariño y amor, el 25% de mujeres y varones.
- Mayor creatividad, el 15% de varones.
- Afecto y comprensión, 25% de varones.
- Tener sensibilidad corporal, el 25% de mujeres y el 20% de varones.

Conviene notar que tener pareja y llegar a una estabilidad convivencial, se incluye en más cariño y amor. Educación e información de tipo afectivo-sexual, se incluye en mayor creatividad. Menos genitalidad y más sexualidad afectiva, se incluye en afecto y comprensión.

No contestan el 50% de mujeres y el 15% de varones.

• *¿Te parece útil algún tipo de educación afectivo sexual para los discapacitados físicos?*

El 90% de los varones contestan afirmativamente, sólo un 10% no la cree necesaria.

Para el 75% de las mujeres le parece necesaria, y no contestan el 25%.

• *¿Qué temas en la educación afectivo-sexual de los discapacitados te parecen necesarios que se traten?*

Las respuestas al ser abierta la pregunta ha posibilitado que tanto varones como mujeres han sugerido varias propuestas.

En los varones constatamos:

- La actitud de los padres ante la vida sexual de los adolescentes, el 50%.
- Oportunidades para encontrar y atreverse a buscar pareja, el 50%.
- Comprensión y actividad sexual por parte de la pareja del discapacitado, el 50%.
- Concienciar a la sociedad que las relaciones sexuales de los discapacitados no son extrañas.

- Mayor sexualidad y menos genitalidad, 50%.
- El miedo a perder la pareja después de la discapacitación 35%.
- Lo que significa ser padre discapacitado, el 25%.
- Fertilidad, embarazo, parto, control de natalidad, el 15%.
- Orientación para superar barreras en la sexualidad, el 15%.

En las mujeres destacamos:

- Oportunidades de encontrar y atreverse a buscar pareja, el 50%.
- Actitud de los padres ante la vida sexual de los adolescentes, el 50%.
- Miedo a perder la pareja después de quedar con una discapacidad, 50%.
- Vivencia de la sexualidad de los grandes discapacitados, el 40%.
- Mayor comprensión y actividad sexual por parte de la pareja del discapacitado, 40%.
- Mayor sexualidad y menos genitalidad, el 35%.
- Fertilidad, embarazo, parto, control de natalidad, el 15%.
- Incontinencia urinaria y sexualidad, el 15%.

## **V. Conclusiones finales**

Tras el análisis de los resultados, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- La sexualidad como forma de ser-en-el-mundo y estar-con-los-otros existe también en la persona discapacitada.
- Los discapacitados físicos son seres humanos dotados de sexualidad y tienen derecho a la expresión de la misma.
- El respeto a la persona humana y el cuidado de su dignidad dan al discapacitado el derecho de autodeterminarse, siguiendo sus posibilidades y, en consecuencia, el derecho a que sean tomadas en consideración todas las dimensiones de su ser personal y todos sus deseos y elecciones.
- Deducimos de un modo manifiesto, en contra de ciertas concepciones sociales vigentes, que las personas con deficiencias tienen un derecho a vivir y manifestar su sexualidad con total libertad y normalidad, en la medida en sus posibilidades y potencialidades lo permitan.

- Reclamamos que el discurso sobre la sexualidad deje de referirse sólo a la reproducción y a la higiene sexual, para convertirse en un proyecto sobre el amor, las relaciones humanas, el afecto y la ternura, el encuentro con el otro, el placer y la vida en pareja.
- La sexualidad no se experimenta igual en personas cuya lesión ha sido innata o adquirida en edades tempranas, de aquellos que han tenido en el campo de la sexualidad un antes y un después de la lesión.
- El lesionado físico, tanto el varón como la mujer, da una importancia singular y relevante a la sexualidad en contra de los que piensan que el discapacitado físico es un ser asexuado.
- Aunque un alto porcentaje de la muestra son solteras y solteros, la mayoría de ellas/os opinan que el matrimonio es una forma de vida necesaria. Reconocen que la lesión puede ser influyente a la hora de formar pareja.
- El afectado físico busca fundamentalmente relaciones cariñosas y amorosas, con caricias; sin embargo, no comunican sus deseos sexuales a su pareja.
- Las actitudes y actividades de los familiares y educadores, que impliquen una restricción en las posibilidades de desarrollo y manifestación del discapacitado físico son inadmisibles e injustificables.
- Las mujeres con discapacidad física satisfacen a su pareja, más que los varones; y necesitan de más caricias, comunicación y afecto. Este modo diferente de vivenciar la sexualidad puede ser reflejo de la influencia sociocultural.
- Los problemas afectivo-sexuales no superados más sobresalientes son: un temor permanente a la relación y comunicación con el sexo opuesto; la ansia de buscar pareja; cierto deseo afectivo sexual que no llega a satisfacerse; ausencia de sensibilidad y movimiento; finalmente falta de seguridad en el campo sexual.
- Conviene destacar que la única fuente de conocimiento en materia afectivo-sexual, es la experiencia propia, por lo que se viene a evidenciar la gran necesidad de una correcta información y formación afectivo-sexual. También señalamos que los discapacitados disfrutan de mucho tiempo libre, porque la población activa es mínima.
- Los datos aportados por la muestra realizada indican la necesidad urgente de promover una adecuada educación afectivo-sexual para los discapacitados físicos.

- La educación afectivo-sexual tiene que impartirse desde una cosmovisión integral de la sexualidad. La educación sexual que no tenga en cuenta las áreas o instancias de la realidad sexual, reduce y empobrece la dimensión sexual de la persona.
- Crear los programas psicopedagógicos de formación e información afectivo-sexual para dinamizar la calidad de vida de este colectivo
- Concienciar a las administraciones nacional, regional, provincial, local y sectorial de la urgencia para dotar y disponer de todos los recursos posibles actualmente para realizar los proyectos en la educación afectivo-sexual necesarios para los discapacitados físicos.
- Las personas con discapacidad física tienen unos derechos que la sociedad tiene el deber y la urgencia de reconocer y facilitar su adecuada realización, en la línea de los derechos fundamentales de la persona.

## Bibliografía

- Aizpurua, I (1985). *Sexualidad y subnormalidad (actitudes de los padres y educadores)*. Bilbao: Servicio Editorial de la universidad del País Vasco.
- AA.VV. (1991). *Enciclopedia de la vida sexual, I, II, III y IV*, Madrid: Debate.
- AA.VV. (1995). *¡Esto es un lío!* Madrid: Libsa.
- AA.VV. (1986). *Estudio sobre la sexualidad del deficiente mental (I y II)*, Pamplona, CEFAES.
- Alberoni, F. (1995). *Enamoramiento y amor*. Barcelona, Gedisa.
- Baladro Verde, J., Govigli, G. y Valmigli, C. (1988). *La sexualidad del deficiente*, Barcelona: CEAC.
- Balestro, P. (1994). *Hablar de amor. La terapia de las caricias*, Madrid, San Pablo.
- Benetti, S. (1995). *Sexualidad creativa*, Madrid: S. Pablo.
- Buscaglia, L. (1990). *Los discapacitados y sus padres*, Buenos Aires, Emecé Editores.
- Carruters, (1996). *Evitar la andropausia. Cómo prevenir y tratar la pérdida de la vitalidad y la virilidad*, Madrid: Ed. Tutor.
- Cohen, J. (1980). *Enciclopedia del sexo*, Barcelona: Nauta.
- Comisión Episcopal de Enseñanza y Catequesis (1986). *Atención a los minusválidos en la Iglesia y en la escuela*, Madrid, EDICE.
- Cousins, J. (1988). *Hazlo bien, hazlo seguro*, Barcelona: Medicina.
- De la Carrera, N. (1994). *Más allá de la piel. Para una integración de la sexualidad*, Madrid: San Pablo.

- Diamond, J. (1999). *La menopausia Masculina. Cambios físicos y psicológicos en la edad madura*, Barcelona: Ed. Paidós.
- Dumay, R. (1992). *Cómo hacer bien el amor a un hombre*, Barcelona: Plaza y Janés.
- Dumay, R. (1992). *Cómo hacer bien el amor a una mujer*, Barcelona: Plaza y Janés.
- Flórez Tascón, F. J. y González Gil, S. (1994). *Superar la andropausia*, Madrid, Temas de hoy.
- Fromm, E. (1992). *El arte de amar*, Barcelona: Paidós.
- Giomni, R. y Perrota, M. (1993). *Programa de educación sexual*, León: Everest.
- Giomni, R. y Perrota, M. (1993). *Como he nacido*, León: Everest.
- Giomni, R. y Perrota, M. (1993). *Hombres y Mujeres. Estoy creciendo yo y los demás*, León: Everest.
- Harris, H. R. y Embely, M. (1994). *Sexo... ¿qué es?*, Barcelona: Serres.
- Insero, (1988). *Las personas con minusvalía en España. Necesidades y demandas*, Madrid: Insero.
- Insero (1989). *Las personas con minusvalía en España. Aspectos cuantitativos*, Madrid: Insero.
- Kaplan, H. S. (1991). *El sentido del sexo*, Barcelona: Grijalbo.
- Leleu, D. (1985). *Guía de las caricias*, Barcelona: Daimon.
- Leonelli, L. (1990). *Más allá de los labios*, Barcelona: Noguer.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*, Salamanca: Amarú.
- López, F. y Fuertes, A. (1994). *Para comprender la sexualidad*, Estella: Verbo Divino.
- López, F. y Oroz, A. (1999). *Para comprender la vida sexual del adolescente*, Estella: Verbo Divino.
- López Sánchez, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*, Madrid: Ed. S. XXI Editores España.
- Lucisano A. y Di Pietro, M. L. (1995). *Sexualidad humana. Guía para conocerla y comprenderla*, Madrid: San Pablo.
- Llanos, E. (1991). *Cómo vivir bien en pareja*, Barcelona: Gedisa.
- Melendo, M. (1991). *Educación afectivo-sexual integradora*, Madrid: P.P.C.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1986). *Guía de la integración*, Madrid: MEC.
- Moreno Muguruza, F. (1994). *Comunicarse para ser feliz*, Madrid: CCS.
- Número Monográfico (1990). «La sexualidad», Minusválidos, 69.
- Pinillo, I. y García Herrero, M. (1993). *Las enfermedades del amor*, Madrid: Index.
- Puerto, C. y Priego, T. (1995). *Comprender la sexualidad*, Madrid, San Pablo.
- Puerto, C. (1995). *El sexo no tiene edad*, Madrid: Temas de Hoy.
- Puerto, C. y otros (1996). *La vida de pareja, Evolución y problemática actual*, Salamanca: S. Esteban.

- Rochetta, C. (1993). *Hacia una teología de la corporeidad*, Madrid: San Pablo.
- Rojas, E. (1991). *Enciclopedia de la sexualidad y de la pareja*, Madrid: Espasa Calpe.
- Rojas Marcos, L. (1994). *La pareja rota*, Madrid: Espasa Calpe.
- San Martín, H. (1988). *Salud y enfermedad*, México: La prensa Médica Mexicana.
- Sanz del Río, S. (1985). *Integración escolar de los deficientes: panorama internacional*, Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Sheehy, G. (1984). *La crisis de la sexualidad adulta*, Barcelona: Grijalbo.
- Stanway, S. (1992). *Guía para mujeres sobre los hombres y de sexo*, Barcelona: Ediciones B.
- Stoppard, M. (1995). *Menopausia*, Barcelona: Ediciones B.
- Trevijano, P. (1988). *Madurez y sexualidad*, Salamanca: Sígueme.
- Trilla, J. (1985). *La educación sexual fuera de la escuela*, Barcelona: Planeta.
- Torfjman, G. (1981). *Realidades y problemas de la vida sexual*, Barcelona: Argos Vergara.
- Vidal, M. (1991). *Ética de la sexualidad*, Madrid: Tecnos.
- Viscott, D. (1988). *Cómo vivir en la intimidad*, Barcelona: Urano-Emecé.
- Willy, J. (1978). *La pareja humana: relación y conflicto*, Madrid: Morata.