

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“GUÍA DE RECOMENDACIONES DE SEXUALIDAD PARA LA INTERVENCIÓN DE  
TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR:  
ASPECTOS GENERALES Y CONOCIMIENTOS BÁSICOS”.  
“REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA”

# **TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL.**

PRESENTA:

**P.L.T.O. ESPERANZA VALENTIN TOMAS.**

DIRECTOR DE TESINA:

**L.T.O. EYENI GARCÍA BERNAL**

REVISORES DE TESINA:

**M. EN ED. MIGUEL FERNANDEZ LOPEZ.**

**M. EN S. H. O. HECTOR URBANO LOPEZ DIAZ.**

TOLUCA, MÉXICO.

Enero, 2013

Esta tesina se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desistir en el intento.

A mi familia de origen,  
Esperanza Tomas Escobar.  
Luis jacito Valentín Tomas.  
Carmen Yalim Valentín Tomas.  
Gabriel Valentín Tomas.  
Gabrielle Alelí Valentín Martínez.

Por ser Mi inspiración, Mi fuerza, Mi luz,  
Mi apoyo, Mi vida completa.

Gracias a quien soy.

A mi familia en general,

Gracias por su apoyo y afecto para  
seguir adelante.

A mi mejor amigo y confidente,

Quien junto con mi familia secó mis  
lágrimas y me ayudo a levantarme en  
momentos difíciles.

Rigoberto Barragán Alarcón.

A mis docentes, mis amigos y amigas, a todas las familias, que abrieron para mí  
las puertas de su casa, en esta carrera llena de aventuras.  
A todas aquellas personas que colaboraron para ser de mí una persona productiva  
y sobresaliente, amante de la vida por sus altas y sus bajas.

En especial

Dedico este proyecto A MI, por ser la  
propia narradora de mi primer vuelo,  
por saber cruzar muros, y demostrarme  
que soy la guerrera que nunca imagine.

“La dicha de la vida consiste en tener  
siempre algo que hacer, alguien a quien  
amar y alguna cosa que esperar”.  
Thomas Chalmers

“GUÍA DE RECOMENDACIONES DE SEXUALIDAD PARA LA INTERVENCIÓN  
DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR:  
ASPECTOS GENERALES Y CONOCIMIENTOS BÁSICOS”.  
“REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA”

## INTRODUCCIÓN

Es cierto que la lesión medular representa un cambio profundo en la sexualidad, no obstante, ello no implica algún impedimento para que éstas personas puedan satisfacer una necesidad sexual que merezca pleno goce y placer, por otro lado no debemos olvidarnos que el hecho de haber sufrido una lesión no limita de seguir siendo humanos con necesidades fisiológicas como cualquier persona, pero para ello es necesario dotarnos a los terapeutas ocupacionales de bastante información, capacitar y envolver a todas las personas que sufren de alguna lesión medular sobre, cuales son las posibilidades, recursos, técnicas y productos que pueden complementar las condiciones de su estado para disfrutar de una relación sexual.

La actual guía de recomendaciones de sexualidad para la intervención de terapia ocupacional en las personas con lesión medular: aspectos generales y conocimientos básicos se realizó con la finalidad de tener las suficientes herramientas para nosotros los terapeutas ocupacionales poder resolver las dudas sobre la sexualidad de los pacientes con lesión medular.

Esta guía está basada en una amplia recopilación de información bibliográfica acerca de la sexualidad y la relación de los pacientes con lesión medular las cuales no solo van encaminadas a los pacientes, si no también a la pareja, la cual nos será de gran apoyo a los terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de la sexualidad del paciente con lesión medular.

Tomando en cuenta la poca información que se tiene acerca de la sexualidad del paciente con lesión medular, esta guía de recomendaciones será de gran utilidad para que los terapeutas ocupacionales podamos abordar temas como sexualidad creando con esto, la responsabilidad del terapeuta ocupacional de tener las herramientas correctas para dar el soporte teórico así como para contribuir en el conocimiento del tema o a próximas investigaciones.

## ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	1
I.1 Guía.....	1
I.1.2 Definición.....	1
I.2 Recomendación.....	1
I.2.1 Definición.....	1
I.3 Manejo terapéutico.....	1
I.3.1 Definición.....	1
I.4 Terapia Ocupacional.....	1
I.4.1 Definición AOTA.....	1
I.4.1.1 Definición COTEOC.....	1
I.4.1.2 Definición WFOT.....	2
I.5 Sexualidad.....	2
I.5.1 Definición.....	2
I.5.1.1 Definición.....	2
I.5.1.2 Respuesta sexual humana.....	2
I.6 Anatomía de Aparato Reproductor Masculino y Femenino.....	6
I.6.1 Anatomía Sexual Femenina.....	6
I.6.2 Anatomía Sexual Masculina.....	7
I.7 Lesión medular.....	7
I.7.1 Definición.....	7
I.7.2 Definición.....	7
I.8 Clasificación.....	8
I.8.1 según el nivel.....	8
I.8.2 según la extensión.....	8
I.9 Consideraciones Clínicas y Epidemiológicas.....	9
I.10 Mitos de la Sexualidad y la Lesión Medular.....	10
I.10.1 Definición de Mito.....	11
I.10.1.1 Definición de Mito sexual.....	11
I.10.1.2 Definición de Tabú.....	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
II.1 Argumentación.....	12
II.2 Pregunta de investigación.....	13
III. JUSTIFICACIONES.....	13
III.1 Científica.....	13
III.2 Política.....	13
III.3 Psicológica.....	13
III.4 Social.....	14
III.5 Académica.....	14
III.6 Médica.....	14

IV. OBJETIVOS.....	15
IV.1 Objetivo general.....	15
IV.2 Objetivos específicos.....	15
V. MÉTODO.....	16
V.1 Tipo de estudio.....	16
V.2 Diseño del estudio.....	16
V.3 Identificación de la literatura.....	16
V.4 Límite de Espacio.....	17
V.5 Búsqueda de la Mejor Evidencia.....	17
V.6 Criterios de Inclusión.....	17
V.7 Criterios de exclusión.....	17
V.8 Síntesis de datos.....	17
VI. CRONOGRAMA.....	18
VII. ORGANIZACIÓN.....	19
VIII. FINANCIAMIENTO.....	20
IX RESULTADOS.....	21
X. CONCLUSIONES.....	22
XI. GUÍA DE RECOMENDACIONES DE SEXUALIDAD PARA LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: ASPECTOS GENERALES Y CONOCIMIENTOS BÁSICOS.....	23
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	45

## **I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.**

### **I.1 GUÍA**

#### **I.1.2 Definición**

Una guía es un tratado escrito en el cual se dan criterios para encaminar o dirigir de una adecuada forma, y así ayudaran a llegar a un fin determinado. (1)

### **I.2 RECOMENDACIÓN**

#### **I.2.1 Definición**

Una recomendación es un encargo, una invitación que se le hace a alguien, poniendo algo a su cuidado. (1)

### **I.3 MANEJO TERAPÉUTICO**

#### **I.3.1 Definición**

El manejo terapéutico es usar o utilizar criterios para el tratamiento de las enfermedades. Está se encuentra a cargo del equipo multidisciplinario en el cual se encuentra en los médicos especialistas, psicólogos así como terapeutas físicos y terapeutas ocupacionales, entre otros. (1)

### **I.4 TERAPIA OCUPACIONAL**

#### **I.4.1 Definición**

La definición actual de terapia ocupacional aceptado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), es la siguiente: "Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, así como facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover y mantener la salud".(2).

##### **I.4.1.1 Definición**

El COTEOC define a la Terapia Ocupacional como una profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo final mantener y/o adquirir habilidades e integrarse y participar en su ambiente. COTEOC 2006.(2).

#### I.4.1.2 Definición

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.(2).

### **I.5 SEXUALIDAD**

#### I.5.1 Definición

Un atributo completo de todas las personas, que implica necesidades profundas de identidad. La sexualidad es más que diversos procesos biológicos, de género o psicológicos, o de modo de comportamiento; comprende el concepto personal de cada individuo y su autoestima. La sexualidad incluye la imagen personal masculina y femenina, la expresión de los estados emocionales del ser y la comunicación de sentimientos hacia los otros y comprende todo lo que el individuo es, piensa, siente y hace durante su vida. El comportamiento sexual, mas que cualquier otro comportamiento, está íntimamente relacionado con el bienestar emocional y social.(3)

##### I.5.1.1 Definición

La sexualidad es un aspecto inherente a las personas por lo tanto tendrá expresión en su cuerpo, sus pensamientos, sus sentimientos, relaciones y comportamientos, de tal forma que, las personas la vivirán o experimentarán de diferentes perspectivas de acuerdo a su situación particular, éste puede que sea satisfactoria y agradable o para algunos otros como desagradable y fuente de conflictos. Por todo lo anterior, es importante resaltar como el aspecto biológico de la sexualidad, como es la respuesta sexual humana, juega un papel importante en cada persona. (4) (5).

##### I.5.1.2 Respuesta sexual humana

Capacidad y la forma en cómo reaccionan las personas ante los estímulos sexuales que se presenten, los cuales pueden ser de diferentes formas, por ejemplo: los estímulos visuales como recuerdos o imágenes, estímulos auditivos como música o la voz de la pareja, los estímulos táctiles como las caricias, estímulos olfatorios que sean agradables como el olor de la pareja y por último el gusto, el cual puede ser estimulado por medio de sabores que les agraden.

Se han realizado diversos modelos para explicar la respuesta sexual humana de una forma que pueda ser entendida fácilmente. Para fines didácticos nos basaremos en la del autor Juan Luis Álvarez-Gayou el cual divide a la respuesta sexual humana en 5 fases.

- Estímulo sexual efectivo
- Excitación
- Meseta
- Orgasmo
- Resolución.(4)(5).

Los cuales serán descritos de manera detallada a continuación.

### **Estímulo sexual efectivo (ESE)**

El estímulo sexual efectivo debe de ser lo suficientemente enérgico para originar una respuesta sexual, ya que es el primer paso y facilita el deseo de tener una experiencia sexual erótica. El estímulo sexual efectivo puede ser de dos formas como lo menciona Álvarez-Gayou. La primera es la psíquica la cual se da por medio de los sentidos y el segundo es reflexogénico el cual se da por estimulación directa sobre los órganos sexuales pélvicos. (4)(5)

Se debe de tener en cuenta que cada persona es diferente, por tanto los estímulos sexuales que provoquen esta respuesta son muy diversos y será el proporcionado a los gustos y preferencias de cada uno.

### **Excitación**

Tiene lugar como resultado de la estimulación sexual, que puede ser de origen físico o psíquico. La estimulación producto de una situación en la que no se produce contacto físico directo no es ni inhabitual ni inesperada.

La excitación sexual en la mujer se caracteriza por la aparición de lubricación vaginal, producto por vasodilatación de las paredes de la vagina que lleva a una trasudación de fluidos, esto esta a acompañado con la expansión de los dos tercios internos de la vagina, el clítoris aumenta de tamaño como resultado de la vasodilatación, aunque no existe una verdadera erección. La erección de los pezones es muy característica en la fase de excitación.

La excitación sexual en los varones es muy característica por la erección del pene, que es resultado directo de los cambios vasodilatadores en el tejido esponjoso del pene, los testículos se elevan parcialmente hacia el perineo y los conductos espermáticos se acortan.

Cabe mencionar que pueden aparecerse estados de excitación física o psicológica sin la presencia de una erección firme.(6)

## **Meseta**

Representa una nivelación de incremento de la tensión sexual, aunque se registra un nuevo aumento de esa excitación si prosigue la estimulación afectiva.

Describe el elevado grado de excitación sexual al momento en que se alcanza el nivel preciso para desencadenar el orgasmo.

La duración de la meseta varía ampliamente a menudo es excepcionalmente breve y con eyaculación precoz en los varones, en las mujeres, una fase de meseta breve puede proceder en un orgasmo prácticamente intenso. Durante la meseta se observa una prominente.(6)

## **Orgasmo**

En la actualidad aun no se conocen los mecanismos neurofisiológicos del orgasmo.

El orgasmo femenino está marcado por contracciones rítmicas y simultáneas del útero, la plataforma orgásmica (tercio externo de la vagina), se inicia a intervalos de 0.8seg y disminuye de ahí en intensidad, duración y regularidad.

El orgasmo masculino se desencadena mediante la formación de una tensión sexual progresiva, que obliga a los órganos sexuales accesorios a comenzar una serie de contracciones el vertido del líquido seminal en la uretra prostática, el varón experimenta una sensación inevitabilidad eyaculatoria cuando la dinámica de los cambios de presión es percibida como el inicio de la eyaculación. Esto puede retrasarse unos segundos. Sin embargo el orgasmo es una respuesta total del organismo.(6)

## **Resolución**

La mujer tiene la capacidad de ser multiorgásmica, esto es, de tener una serie de respuestas orgásmicas identificables sin bajar de la fase de meseta, los varones en cambio no comparten esta capacidad, inmediatamente después del orgasmo el varón entra en periodo refractario durante el cual es imposible otra eyaculación. Aunque en ocasiones puede mantenerse una erección parcial o completa, este periodo refractario puede durar unos minutos o unas cuantas horas, esto varía entre muchos individuos.

En el ciclo de respuesta sexual femenino no se observa periodo refractario alguno.(6)

**Cuadro No. 1 Cambios fisiológicos y anatómicos de los órganos pélvicos durante las diferentes fases (6)**

<b>Fase</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
<b>ESE</b>	Se despierta el deseo sexual	Se despierta el deseo sexual
<b>Excitación</b>	Erección del pene por vasocongestión El escroto se tensa y se engrosa Hay elevación de los testículos hacia el periné	Lubricación de la vagina Alargamiento de los 2/3 internos de la vagina La vagina cambia de color a violeta oscuro Erección de los pezones y aumento de tamaño de los pechos por vasocongestión Se engrosan y exponen los labios mayores Los labios menores se abren y exponen el orificio vaginal Aumento del diámetro del clítoris Inicia la verticalización del útero
<b>Meseta</b>	Rubor sexual por vasocongestión superficial de la piel Aumento del diámetro del pene Aumento de la coloración del glande Se elevan aun más los testículos y aumenta el tamaño por vasocongestión profunda	Rubor sexual por vasocongestión superficial de la piel Aumento del tamaño de las mamas Aumento del tamaño y coloración de los labios menores: piel sexual Se retrae el clítoris Se retrae más el útero Aumenta la lubricación vaginal Plataforma orgásmica
<b>Orgasmo</b>	Las sensaciones se concentran en el pene, próstata y vesícula seminal Eyaculación	Las sensaciones son percibidas en la pelvis y se concentran en el clítoris, vagina y útero Se acentúa la plataforma orgásmica Presencia de contracciones vaginales
<b>Resolución</b>	Relajación lenta, progresiva: 10 a 15 minutos Perdida de erección Descienden los testículos El escroto pierde su aspecto congestionado	Relajación lenta, progresiva: 10 a 15 minutos El clítoris regresa a su posición normal Los labios mayores, menores, vagina y útero, regresan a su estado no estimulado. No hay periodo refractario (en teoría), ya que pueden volver al orgasmo a partir de cualquier punto de la fase de resolución y experimentar varios orgasmos más

## **I.6 ANATOMÍA DE APARATO REPRODUCTOR MASCULINO Y FEMENINO.**

### **I.6.1 Anatomía Sexual Femenina**

#### **Genitales Externos**

Monte de venus: zona triangular cubierta de vello situada en la parte frontal e inferior del abdomen

Vulva: constituida por: labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario e introito vaginal.

Clítoris: cuerpo eréctil, alargado y pequeño cuya función es exclusivamente erótica, situado en el ángulo anterior de la vulva.

Labios mayores: partes mayores, en forma de labios, de los órganos genitales externos femeninos.

Meato urinario: ubicado debajo del clítoris y encima del introito vaginal. La orina se elimina a través de esta abertura.

Labios menores: pliegues de piel en forma de labios que se encuentran cercanos al orificio de la vagina.

Introito vaginal: cerrado parcialmente en las mujeres vírgenes por el himen, esta localizado en la parte inferior de la vulva y debajo del meato urinario.

Himen: repliegue mucoso de muy diversas formas y consistencias que bordea el orificio vaginal. La función biológica de esta estructura no se conoce.

#### **Genitales Internos**

Trompas de Falopio: dos conductos situados a lado y lado del útero que establecen conexión entre este y los ovarios.

Ovarios: dos órganos de forma ovalada situada a lado y lado del útero y por debajo de las trompas de Falopio. Tienen en su interior os óvulos o células femeninas y producen sustancias llamadas hormonas.

Útero o matriz: situado a continuación de la vagina. Detrás de la vejiga y por delante del recto.

Cuello uterino (cérvix): parte más baja del útero que comunica con la vagina.

Vagina: conducto muscular que une al útero con el exterior.

## I.6.2 Anatomía Sexual Masculina

Vesícula seminal: pequeñas glándulas que están por detrás de la vejiga, una a cada lado de próstata; en ellas se produce parte del líquido seminal.

Conductos deferentes: tubos que permiten el paso de los espermatozoides, desde los epidídimos hasta la próstata.

Próstata: gándula localizada por debajo de la vejiga que produce parte del líquido seminal.

Pene: órgano cilíndrico, delgado, formado por un tejido especial, lleno de cavidades y recubierto de piel.

Uretra: canal que vapor toda la parte interna del pene hasta la vejiga.

Glande: cabeza del pene.

Prepucio: pliegue de piel retráctil que cubre al pene.

Epidídimos: dos órganos en forma alargada, que se encuentra por encima de cada testículo, almacenan los espermatozoides y produce parte del líquido seminal.

Testículos: dos glándulas de forma ovalada, de unos 4 cm de diámetro. Están dentro del escroto uno al lado de la otra y por debajo del pene producen los espermatozoides y las hormonas masculinas testosterona.

Espermatozoides: células masculinas de la reproducción duran vivas 72 horas en promedio.

Surco balano prepucial: es el cuello del pene. (7)

## I.7 LESIÓN MEDULAR

### I.7.1 Definición

Lesión medular es el daño que se presenta en la médula espinal, que conduce (según su gravedad) a la pérdida de algunas funciones, movimientos y/o sensibilidad. Normalmente estas pérdidas se presentan por debajo del nivel de la lesión. (8)

### I.7.2 Definición

La lesión medular (LM) es definida como una afección medular que puede ser aguda o crónica multifactorial, multisistémica que afecta al individuo biopsicosocialmente y se caracteriza principalmente por alteraciones de la sensibilidad, la fuerza muscular y el control de esfínteres. (9).

## **I.8 CLASIFICACIÓN**

### **I.8.1 Según el nivel**

#### **Tetraplejía:**

La disminución o pérdida de la función motora y/o sensitiva de los segmentos cervicales, debido a la lesión de los elementos neurales dentro del canal medular. Se caracteriza por la disminución de la función de los brazos, tronco piernas y órganos pélvicos. No incluye lesión del plexo braquial o lesión del nervio periférico fuera del canal neuronal.

#### **Paraplejía:**

Disminución o pérdida de la función motora y/o sensitiva en los segmentos torácicos, lumbares o sacros secundaria a daño de los elementos neuronales dentro del canal medular. Deja indemnes los brazos, pero dependiendo del nivel, puede involucrar el tronco las piernas y los órganos pélvicos.

### **I.8.2 Según la extensión**

#### **Completa:**

No hay preservación de la función motora ni sensitiva en los últimos segmentos torácicos (S4-S5)

#### **Incompleta:**

Este término significa que existe preservación parcial de la función sensitiva y/o motora por debajo del nivel neurológico lesionado, incluyendo los dos últimos segmentos sacros.

Dependiendo del área de la medula afectada, se han definido diferentes síndromes clínicos.

#### **Síndrome centromedular:**

Se aplica casi exclusivamente a lesiones cervicales. Involucra la sustancia gris y la parte más medial de la sustancia blanca. Ocasiona mayor debilidad en los miembros superiores que en los miembros inferiores y preserva la sensibilidad en la región sacra.

#### **Síndrome de Brown Sequard:**

Es una lesión que involucra principalmente un lado de la medula espinal, lo cual produce parálisis y pérdida de la propiocepción ipsilateral y pérdida contra lateral de la sensibilidad para el dolor y la temperatura.

#### **Síndrome anterior:**

Compromete los dos tercios anteriores de la medula espinal, produciendo parálisis y pérdida de la sensibilidad para el dolor y la temperatura, con preservación de la propiocepción.

Síndrome posterior:

Se caracteriza por la lesión de las columnas posteriores de la medula. Produce pérdida de la propiocepción, mientras que la función sensitiva y la función motora pueden estar total o parcialmente conservadas.

Síndrome del cono medular:

Es una lesión de las raíces del cordón sacro y los nervios lumbares, dando como resultado una irreflexiva en la vejiga, en el intestino y en los miembros inferiores.

Síndrome de la cola de caballo:

Afecta a las raíces nerviosas lumbosacras dentro del canal neuronal. Produce una arreflexia en la vejiga, en el intestino y en los miembros inferiores.

Cabe mencionar que no se presentan todos estos síndromes siempre tan bien definidos, si no que pueden tener componentes de uno o varios síndromes. (8)

## **I.9 CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS**

En México no existen informes exactos de la incidencia y la prevalencia de la lesión medular, sin embargo, se estima que hay una incidencia de 18.1 por millón de habitantes cada año, que sucede más en hombres que en mujeres, en edad productiva, es decir, entre los 16 y 35 años de edad.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación, se encontró que la relación de afectación hombre mujer es de 3.2 a 1 respectivamente, la edad promedio fue de 33 años. En general, la etiología más frecuente de la lesión medular es la traumática. El accidente automovilístico ocupó el primer lugar seguido de la caída de altura pero muy cerca la herida por arma de fuego. La ocupación es otro factor que comúnmente es estudiado; en esta investigación se encontró que la mayoría de las personas eran obreros y menor porcentaje profesionistas. El sitio donde ocurre más frecuentemente la lesión es la vía pública. El nivel de lesión más afectado es el torácico, y el tipo de lesión más frecuente son parapléjicos completos. Un factor contribuyente encontrado fue la ingesta de alcohol en 32 casos y la violencia en 26 casos. (10)

La etiología de la lesión medular varían según la edad, el sexo, y la raza; pudiendo ser traumática o no traumática. Los estudios epidemiológicos indican que cerca de 10.000 personas presentan una lesión medular traumática cada año. (11)

En el congreso anual de la International SpinalCordAssociation (2001) se calculó que unas 17.2 personas por millón de habitantes sufren en Europa una lesión medular traumática al año y 8 por millón experimentan una LM no traumática.

El cociente entre los casos de los hombres y las mujeres es aproximadamente de 5.1, y varía con la edad. La mayor incidencia se da en el intervalo de edad de 20-39 años (45%), seguido por los de 40-59 años (24%) y los de 0-19 años (20%),

mientras que los mayores de 60 años muestran la menor incidencia, con el 11%. Sus valores y su etiología varían mucho de un país a otro.

El daño medular puede derivar de un traumatismo (84% de los casos) o de un origen no traumático (16%). Las principales causas son: accidentes de tránsito (36%), domésticos y laborales (36%), deporte y ocio (21%), autoagresiones y ataques criminales (7%).

Las causas no traumáticas son las siguientes: anomalías del desarrollo (p. ej., espina bífida) y congénitas (p. ej., las malformaciones angiomasas); una inflamación (p. ej., la esclerosis múltiple); una isquemia (p. ej., un accidente vascular medular; la presión sobre la médula debido a una lesión expansiva (p. ej., un absceso o un tumor extrínseco o intrínseco de la médula espinal). (Stokes, 2006). (11)

Aunque algunas personas que sufren una lesión medular traumática no sobreviven, la inmensa mayoría de las personas con lesión medular traumática que sobreviven requieren un programa de rehabilitación.

La lesión medular traumática es un proceso de comienzo súbito y capaz de transformar la vida de una persona, que puede producir consecuencias devastadoras.

En la actualidad las enfermedades discapacitantes han cobrado mayor importancia. Dentro de ellas se encuentra la lesión medular que es una patología que resulta en una discapacidad profunda, en ocasiones severa y puede llevar a la muerte. (13)

## **I.10 MITOS DE LA SEXUALIDAD Y LA LESIÓN MEDULAR**

Las personas 'sanas' ven como 'normal' que las personas con discapacidad repliequen o inhiban sus intereses, curiosidad, deseos, fantasías y necesidades sexuales. Alrededor de su sexualidad se desarrolla una serie de mitos que la toman como algo perjudicial o la niegan, cuando la realidad dista mucho de ser diferente a la de los demás.

Hay cierto criterio usual en el común de la población en afirmar que las personas discapacitadas carecen de deseos sexuales, o más aun, que son asexuadas. La sexualidad de las personas con discapacidad ha sido y es un tema controvertido. Sin embargo debemos dejar en claro que todos somos seres sexuados, independientemente de nuestra condición mental o física. Todos necesitamos del amor, de las caricias, y de recibir y brindar afecto, sin importar nuestro estado físico.

### I.10.1 Definición, Mito

Relato similar a la leyenda tradicional, creado anónimamente en el seno del pueblo y, por lo tanto, expresión del sentir colectivo.

Es una narración construida y transmitida a través de generaciones.

Los mitos y prejuicios forman parte del imaginario social y por lo tanto, dictaminan el comportamiento esperado, el cómo debe ser para cada individuo según el grupo etario al que pertenece.

#### I.10.1.1 Definición, Mito sexual

Falsa verdad con fuerte arraigo popular, que se transmite generacionalmente y que crea sentimientos negativos para el disfrute sexual. En tal sentido, el pensamiento mítico se opone al pensamiento científico.

#### I.10.1.2 Definición, Tabú

Palabra de origen polinesio, muy usada en antropología y psicología. Significa prohibición. La violación de un tabú es algo más que la violación de algo prohibido. Implica también el casi seguro castigo de alguna divinidad o autoridad mágica.

Los tabúes son las leyes primitivas de los pueblos cuyas culturas aún viven en un período de desarrollo no avanzado en algunos aspectos.

Los tabúes sexuales son numerosos y están estrechamente ligados con los mitos o creencias.(14).

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### II.1 Argumentación

Existen muchas dudas sobre la lesión medular y la manera de cómo afecta la capacidad sexual o reproductiva de las personas que la padecen.

La incidencia y la prevalencia de la lesión medular, se estima que hay una incidencia de 18.1 por millón de habitantes cada año, que sucede más en hombres que en mujeres, en edad productiva, es decir, entre los 16 y 35 años de edad.

Casi nunca se plantea si las personas discapacitadas disfrutan o no de sus relaciones sexuales. En todo el mundo, a la salud reproductiva de los hombres y las mujeres que tienen discapacidades físicas generalmente se le da poca prioridad o simplemente se deja a un lado. A menudo, esto ocurre debido a la creencia que las personas discapacitadas no son sexualmente activas y que no necesitan controlar su fertilidad.

Las repercusiones de los pacientes que padecen una lesión medular son el cambio de estilo de vida y ambiente familiar, en estas se incluyen las que afectan a la sexualidad. En la mayoría de los casos pacientes con lesión medular encontramos que éstos cuentan con una relación de pareja o les gustaría tenerla, esto causa ansiedad y duda tanto para el paciente como para la pareja; sin embargo temen iniciar una relación sexual y este temor va incrementando si no se le informa de forma adecuada sobre los efectos directos e indirectos que se presentan en la relación sexual después de una lesión medular. Por otro lado es muy importante enfocar y profundizar las investigaciones futuras en este tema ya que en la actualidad las lesiones medulares se presentan en personas muy jóvenes a las cuales afecta radicalmente su autoestima, ya que siendo personas activas sexualmente trunca sus deseos de formar una familia.

Es cierto que la lesión medular representa un cambio profundo en la sexualidad, no obstante, ello no implica algún impedimento para que éstas personas puedan satisfacer una necesidad sexual que merezca pleno goce y placer; por otro lado no debemos olvidarnos que el hecho de haber sufrido una lesión, no nos limita a seguir siendo humanos con necesidades fisiológicas como cualquier persona, sin embargo para ello es necesario dotarnos de bastante información, capacitar y envolver a los profesionales en terapia ocupacional para que mediante la conjugación de conocimientos terapéuticos ocupacionales y mediante un adecuado manejo del tema de sexualidad con los pacientes de lesión medular, tengamos las herramientas, posibilidades, recursos, técnicas y productos que complementen las condiciones del estado de nuestros pacientes para que de esta manera tengan la oportunidad de disfrutar plenamente de una relación sexual.

## II.2 Pregunta de investigación

¿Cuales serian las recomendaciones en el rubro de sexualidad que debe incluir la intervención de terapia ocupacional en las personas con lesión medular: aspectos generales sobre lesión medular y conocimientos básicos en sexualidad?

## III. JUSTIFICACIONES

### III.1 Científica

Aportar información y bibliografía sobre sexualidad en Lesionados Medulares ya que es una de las discapacidades que se ha presentado con mayor frecuencia en la actualidad, además ha sido objeto de numerosas publicaciones y de gran observación, pero no en terapia ocupacional. Hoy en día con los grandes avances, tanto técnicos como médicos, podemos obtener un mayor conocimiento sobre las consecuencias físicas, los tratamientos y la recuperación enfocada a los discapacitados con lesión medular. Por lo que me es de sumo interés profundizar en esta temática ampliando un poco más en los terapeutas ocupacionales los conocimientos sobre sexualidad del lesionado medular.

### III.2 Política

Puntualizar que los derechos humanos por definición son el conjunto de características mínimas a cumplir que se requieren para desarrollar las capacidades humanas. En torno a la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos son derechos y libertades pertinentes e inherentes a los individuos así como a sus parejas que se ven afectados por otros derechos aparentemente diferentes tales como la accesibilidad, el trabajo, la educación, una cultura que resinifique la discapacidad y la independencia de las personas con lesión medular. Ejercer la sexualidad tanto en el plano reproductivo como puramente placentero, van de la mano con el derecho de tener un trabajo digno pero también con el del concepto de la filosofía de una vida activa e independiente.

### III.3 Psicológica

Para subyugar los comentarios que se hace en referencia a una persona con discapacidad generalmente se dice "el enfermo" y es tratado como tal. El término "el enfermo" tiene una connotación inadecuada de caridad y como resultado las personas con lesión medular se ven a sí mismo como un objeto con poco valor y reaccionan en concordancia, lo que repercute en su percepción de su condición sexual y humana expresado en una baja autoestima y limitación de actividades.

### III.4 Social

Gracias a la guía de recomendaciones de sexualidad para el manejo de terapia ocupacional en el paciente con lesión medular: se aportará una mejor inclusión de la persona con lesión medular en una relación sexual, ya que la presencia erótica y sensual apoya a la autoestima de las personas. Considero que esto tiene como consecuencia que el paciente tenga una satisfactoria adaptación en la sociedad, es decir permite que se sienta como una persona sana sin ningún tipo de discapacidad diferente.

### III.5 Académica

Para reclutar mas información acerca del tema, así poderme facilitar como terapeuta ocupacional el tema de sexualidad de un lesionado medular basándome de la bibliografía obtenida en esta.

### III.6 Médica

En México no existen informes exactos de la incidencia y la prevalencia de la lesión medular, sin embargo, se estima que hay una incidencia de 18.1 por millón de habitantes cada año, que sucede más en hombres que en mujeres, en edad productiva, es decir, entre los 16 y 35 años de edad. Estas lesiones se han visto reflejadas en diferentes aspectos de la sexualidad de la persona, principalmente en la disminución de las relaciones sexuales de los pacientes por muchos factores como el miedo a recaer o el grado de satisfacción sexual y la influencia de la terapia ocupacional; es por ello que decidí realizar un manual enfocado a la rehabilitación sexual en terapia ocupacional.

## **IV. OBJETIVOS**

### IV.1 Objetivo general

Realizar una guía de recomendación útil para los terapeutas ocupacionales respecto a una relación sexual en los pacientes con lesión medular, incluyendo aspectos generales y conocimientos básicos; esta guía nos permitirá dirigir al paciente a obtener una plena satisfacción sexual.

### IV.2 Objetivos específicos

- 1.- Describir recomendaciones generales de acuerdo a la bibliografía para que el terapeuta ocupacional pueda orientar a los pacientes con lesión medular a retomar su vida sexual.
- 2.- Analizar la literatura existente para poder crear una guía de recomendaciones a los terapeutas ocupacionales respecto a los pacientes con lesión medular en cuanto a una relación sexual.
- 3.- Recopilación bibliográfica existente para la creación de una guía de recomendaciones en la terapia ocupacional aplicada a las relaciones sexuales en pacientes con lesión medular.

## V. MÉTODO

### Tipo de estudio

- Documental
- Descriptivo
- Retrospectivo

### Diseño del estudio

- Identificación de la literatura
- Selección de los estudios
- Evaluación de la calidad de los estudios
- Recolección de los datos y control de los procesos
- Síntesis de datos y control de los procesos
- Síntesis de los datos
- Esquema de trabajo

### Identificación de la literatura

La búsqueda de información se llevará a cabo en las páginas de Internet, consultando artículos en bases de datos que ofrece la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, bibliotecas electrónicas, así como en libros de consulta disponibles, en un periodo de: 2000-2012.

La búsqueda de información se realizará de la siguiente forma:

- Se incluirán todos los trabajos de investigación que contengan dentro del título o texto el término “Terapia Ocupacional”, “Lesión medular”, “Sexualidad” con el fin de conocer todo lo que involucra esta patología: iniciando con un universo amplio de tal forma que los estudios relevantes queden incluidos.
- Se realizará la búsqueda sistemática en las publicaciones más recientes de revistas relacionadas con el tema propuesto, con el fin de incluir la mayoría de los artículos de importancia que aporten datos relevantes sobre sexualidad para la intervención de terapia ocupacional en las personas con lesión medular.
- Se realizará la evaluación de cada uno de ellos con base en los criterios de inclusión y exclusión.

Límite de Espacio.

La sede de búsqueda de información para la elaboración y estructuración del presente trabajo serán:

- Biblioteca de Área “Dr. en Q. Rafael López Castañeres” de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca de Lerdo, Estado de México”
- Páginas Web a las que se tenga acceso en este centro de información.

Búsqueda de la Mejor Evidencia

### SELECCIÓN DE ESTUDIOS.

Criterios de Inclusión:

- Literatura que contenga dentro del título o del texto la “Terapia Ocupacional” “Lesión medular”, “Sexualidad” , “Sexualidad en lesionado medular” , “posiciones sexuales para lesionado medular”
- Artículos de Medicina Basada en evidencias con grado de recomendación A.
- Literatura publicada a nivel nacional
- Literatura publicada a nivel internacional
- Artículos disponibles a texto completo
- Artículo indexados
- Literatura en idioma español e ingles.

Criterios de exclusión:

- Literatura disponible a texto completo.

Síntesis de datos

Se redactaran las conclusiones finales después de la revisión y análisis de la información finalmente incluida.

## VI. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABRIL.	MAYO	
REVISIÓN DE LA LITERATURA	X	X	X	X	X	X	
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO			X	X	X	X	
ACEPTACION DE PROTOCOLO						X	
EJECUCIÓN Y BÚSQUEDA				X	X	X	
RESULTADO PRELIMINAR					X	X	
ELABORACIÓN DE TESINA		X	X	X	X	X	

## VII. ORGANIZACIÓN

TESISTA

Esperanza Valentín Tomas.

DIRECTOR DE TESIS

L.T.O Eyesi García Bernal.

## **VIII. FINANCIAMIENTO**

A cargo de la tesista \$ 5, 000.00 y se dispone para la obtención de la información, así como gastos en papelería, transporte y necesidades básicas elementales que en la realización surjan.

## IX RESULTADOS

Se hizo la búsqueda de la literatura en publicaciones electrónicas que proporcionó la base de datos de la facultad de medicina Redalyc y en el buscador Google, los artículos de publicación con fecha 2001-2012

En la bibliografía y artículos que se consultaron y que se relacionan con el tema, se encontró lo siguiente:

- Sexualidad en Personas Discapacitadas 14 300 resultados en google.
- Sexualidad en Paciente con Lesión Medular 234 resultados en google.
- Aspectos Generalidades de Lesión Medular 13 200 resultados en google.

Al incluir las búsquedas en google y Redalyc se arrojaban datos con un sesgo importante al encontrar artículos que no presentaban relevancia para el presente estudio.

En el transcurso de la investigación se observó que existen pocos estudios sobre Sexualidad en Pacientes con Lesión medular

Se buscó información acerca de la población mexicana en la que incide la sexualidad en pacientes con lesión medular y la atención que se le brinda a esta población, así como experiencias en pacientes con lesión medular que han sido incluidos en una terapia de sexualidad.

La literatura que hay en las bases de publicaciones electrónicas es carente de información de este tipo, no se abordan temas en donde se plantee la sexualidad en el lesionado medular, y como falta de informaron sobre sexualidad en esta lesión obstaculiza sus relaciones de pareja.

## X. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir lo siguiente:

Los terapeutas ocupacionales también deberíamos especializarnos en saber los aspectos generales y conocimientos básicos sobre sexualidad de un lesionado medular para poder dar un tratamiento y seguimiento a éstos, esto debido a que de acuerdo a las estadísticas las personas que sufren en su mayoría dicha lesión son jóvenes sexualmente activos.

Esta guía nos dará las bases generales para poder analizar las características individuales de cada paciente con lesión medular, permitiéndonos así a los terapeutas ocupacionales obtener más información sobre como tratar o dar una terapia de sexualidad básica en un paciente con lesión medular.

Gracias a esta investigación los terapeutas ocupacionales estaremos informados sobre la manera y la forma de cómo recomendar y dirigir al paciente con lesión medular para intervenir en el proceso de un acto sexual y sobrellevarlo al pleno goce placentero.

Esta guía tiene como finalidad brindar a los terapeutas ocupacionales información básica para poder crear adaptaciones y recursos necesarios que puedan permitir al paciente obtener grandes logros y satisfacciones sexuales durante el proceso de rehabilitación.

A través de esta guía pretendo simplemente facilitar a los terapeutas ocupacionales mitigar el impacto que causa la lesión medular en un paciente dando recomendaciones efectivas, de esta manera podemos ayudarlos a facilitar que gocen de una relación sexual que resulta ser dificultosa por el estado que presentan, ya que si bien es cierto muchas veces una lesión medular limita a los pacientes a diversas actividades. Por ello, mediante mi trabajo de investigación trato de proporcionar una iniciativa de tratamiento para aquellos pacientes que desean disfrutar de un acto sexual como cualquier ser humano. Con la ayuda de esta guía podremos informar al paciente con lesión medular sobre cuales son sus amplias posibilidades de tener una vida sexual activa y plena, todo esto a través de la "GUÍA DE RECOMENDACIONES DE SEXUALIDAD PARA LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: ASPECTOS GENERALES Y CONOCIMIENTOS BÁSICOS".

## INDICACIONES PARA LA GUÍA

La presente guía de recomendaciones de sexualidad para la intervención de terapia ocupacional en las personas con lesión medular: aspectos generales y conocimientos básicos, va dirigida a los terapeutas y estudiantes de la licenciatura en Terapia Ocupacional que tengan pacientes con lesión medular como:

Clasificación

Según el nivel

Tetraplejía:

La disminución o pérdida de la función motora y/o sensitiva de los segmentos cervicales, debido a la lesión de los elementos neutrales dentro del canal medular. Se caracteriza por la disminución de la función de los brazos, tronco piernas y órganos pélvicos. No incluye lesión del plexo braquial o lesión del nervio periférico fuera del canal neuronal. (8)

Paraplejía:

Disminución o pérdida de la función motora y/o sensitiva en los segmentos torácicos, lumbares o sacros secundaria a daño de los elementos neuronales dentro del canal medular. Deja indemnes los brazos, pero dependiendo del nivel, puede involucrar el tronco las piernas y los órganos pélvicos.(8)

Completa

Incompleta

Dependiendo del área de la medula afectada, se han definido diferentes

Síndromes clínicos

Síndrome centromedular

Síndrome de Brown Sequard

Síndrome anterior

Síndrome posterior

Síndrome del cono medular

Síndrome de la cola de caballo (8)

## Parte I. SOBRE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES

No. 1 Qué hacer en caso de no saber la respuesta de la persona con lesión medular.

En diversas ocasiones los terapeutas ocupacionales nos hallaremos en casos donde los pacientes con lesión medular se dan a preguntarnos sobre su sexualidad y diversas dudas que tienen de esta, ya que el vínculo que se forma entre el paciente y el terapeuta suele ser muy grande por la convivencia en terapia. ¿Es posible hacer más fácil la charla sobre la sexualidad? Pues sí. El truco está en mantenerse firme, jamás inventar o mentir, no evadirse de la pregunta. Lo ideal es hablarle de sexo a cuentagotas, es decir, en la medida de su curiosidad, sus conocimientos previos sobre el tema y según la edad y nivel de lesión que tenga. Para averiguar qué grado de información tiene y cuál es el que necesita, empieza por hacerle tú las preguntas. En función de sus respuestas, te darás cuenta de lo que sabe y de lo que debes contarle para satisfacer su curiosidad. , por esto nosotros los terapeutas ocupacionales, como profesionales de la salud, debemos estar preparados e informados así como tener el conocimiento para poder responder a estas.

No. 2 Dejar atrás mitos, creencias y prejuicio

Personas discapacitadas carecen de deseos sexuales, o más aun, que son asexuadas. La sexualidad de las personas con discapacidad ha sido y es un tema controvertible. Pero debemos dejar en claro que todos somos seres sexuados, independientemente de nuestra condición mental o física. Todos necesitamos del amor, de las caricias, y de recibir y brindar afecto.

Para poder dar un tratamiento adecuado a cada paciente es necesario anteponer la problemática del paciente antes que a nuestras creencias, mitos o prejuicios, como terapeutas ocupacionales.

Por lo tanto, es importante conocer los mitos sobre la sexualidad de los pacientes con discapacidad y en particular de los pacientes con lesión medular, para poder identificarlos y al dar una orientación ésta sea científica, formal, incluyente y libre de sesgos o creencias falsas.

Se enumeran algunos de los mitos principales:

Mito no. 1: ¿Las personas en sillas de ruedas no son atractivas?

Realidad: Muchos sienten que su cuerpo diferente no cubre las expectativas de las posibles parejas sexuales; piensan que nadie se fijara en ellos/as ya que el modelo de belleza impuesto por la sociedad involucra a cuerpos musculosos y fuertes. Cada vez más esta idea se va erradicando debido al trabajo de resignificación que se hace ya que el cuerpo de una persona con lesión medular contraviene con los valores de juventud, virilidad, feminidad, actividad y o belleza física. Sin embargo, esto pesa más sobre la mujer con lesión medular que sobre el varón ya que es más frecuente encontrar varones casados o en pareja que mujeres en la misma situación. El género femenino parece más dispuesto a no preocuparse por la silla de ruedas y aceptar como pareja a un varón lesionado medular que los hombres sin lesión a aceptar como pareja a mujeres lesionadas medulares.

Mito no. 2: ¿Las personas con lesión medular pueden transmitir su lesión a sus hijos?

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

Mito no. 3: ¿La lesión motora impide que estas personas experimenten deseos sexuales puesto que lo motor les permite el movimiento requerido para un coito?

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

Mito no. 4: ¿La incontinencia en las personas con lesión los hace sexualmente desagradables y termina anulando la relación?

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

Mito no. 5: ¿Las personas con lesión medular no experimentan orgasmos?

Realidad: En mi experiencia hay lamentablemente, muchos varones lesionados que a pesar de tener una erección no se sienten completos ya que NO ven su eyaculación (tienen eyaculación retrógrada) y por ende no disfrutan. Hay aquí un terrible error al creer que en los varones la eyaculación y el orgasmo son sinónimos entre sí. Puede haber orgasmos sin eyaculación, con eyaculación y después de la eyaculación. El orgasmo no es sólo un evento fisiológico en donde se sienten una serie de contracciones cada 8 décimas de segundo sino un evento

acompañado de emociones, identidad y autoestima entre otras cuestiones. Por otro lado, existen evidencias científicas y experimentales en las cuales hay orgasmos fisiológicos y orgasmos psicógenos. Las personas con lesión medular pueden ejercer una sexualidad plena, humana y armónica.

Mito no. 6: Las personas con discapacidad no tienen sexualidad

Realidad: Las personas con discapacidad, antes que tener una discapacidad son personas por lo que tienen sexualidad, por tanto tienen derecho a tener educación sexual y ser informadas para poder vivirla sin miedos ni limitaciones.

Mito no. 7: Una persona con discapacidad genera discapacidad a su entorno

Realidad: Las personas con discapacidad no generan discapacidad a su entorno, en el caso de las pacientes con lesión medular deben de tener cambios de hábitos que influirán en su familia como entorno.

Mito no. 8: La relación sexual que culmina en el orgasmo es esencial para el goce sexual

Realidad: No es necesario llegar al orgasmo para poder gozar su sexualidad, ya que cada individuo tiene gustos diferentes.

Mito no. 9: Las personas que tienen una discapacidad disminuye el deseo sexual

Realidad: En las personas con lesión medular no disminuye el deseo sexual ni las relaciones sexuales.

Mito no. 10: Los pacientes con lesión medular presentan limitaciones psicológicas

Realidad: en la mayoría de los pacientes tienen alguna lesión medular presentan restricciones para llevar su vida sexual de forma normal, estas se dan por miedo a recaer o por miedo a no poder complacer a la pareja.

## Parte II. CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES

No. 3 Conocer el significado de Salud Sexual y los tres elementos básicos para obtener la Salud Sexual según la OMS

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como: “La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en formas que sean enriquecedoras y realicen la personalidad, la comunicación y el amor”. (1)

Asimismo la Organización Mundial de la Salud considera que se necesitan tres elementos básicos para poder llegar a tener salud sexual óptima. Los elementos son los siguientes. (1)

1. Posibilidad de disfrutar una vida sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.

2. El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias. Sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales.

3. El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones orgánicas que la entorpezcan.

Se torna complicado el tener los 3 elementos en un paciente con lesión medular por lo que se intentara con esta guía acercar lo más posible a una salud sexual.

No. 4 Conocer las definiciones Básicas: Sexualidad, sexo, sexo de asignación, identidad genérica, género, rol genérico, preferencia genérica.

**Sexualidad:** La sexualidad es un concepto bastante amplio y complicado, el cual lo podemos resumir como que, es el conjunto de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y trascendentales acerca del sexo. Por lo que hablar de sexualidad involucra desde la fecundidad, la forma de expresarse hasta la identificación del género al que pertenece. (1)

**Sexo:** Se refiere a las características físicas de los órganos sexuales pélvicos internos y externos de cada persona, las cuales son establecidas genéticamente desde la concepción. A un extremo encontramos al hombre y del otro lado a la mujer. (1)

**Sexo de asignación:** el sexo de asignación se hace en función de los órganos sexuales pélvicos externos, por lo regular el primero en realizarlo es el médico y se expresara por medio de las actitudes tomadas a lo largo del tiempo. (1)

**Identidad Genérica:** Es la forma en que la persona se vive y con la cual se siente cómodo, se da después de un proceso de identificación de pertenencia a un sexo en particular ya sea hombre o mujer. (1)

**Género:** Es la red de creencias, rasgos de personalidad, sentimientos, actitudes, conductas y actividades que hacen la diferencia entre un hombre y una mujer. (1) Se muestra así como femenino o masculino.

**Rol genérico:** Es el comportamiento adoptado por las personas dependiendo de los requerimientos sociales de cada sexo. (1)

**Preferencia genérica:** Se refiere a la preferencia que se tiene para llevar una relación afectiva o erótica con otra persona. Esta puede ser de diversas formas como heterosexual, cuando se presenta la atracción hacia el sexo contrario; homosexual cuando la atracción es hacia una persona del mismo sexo y en el

tercer caso la bisexualidad donde se muestra atracción hacia personas de uno u otro sexo. (1)

No. 5 Conocer la definición de Respuesta Sexual Humana:

La Respuesta Sexual Humana se define como la capacidad y forma de responder a los estímulos eróticos, esto quiere decir que, es la forma en la que responderá el cuerpo con sus sentidos y sistemas frente a un contacto erótico. (1) (14)

Según el autor Alvarez-Gayou esta Respuesta Sexual Humana se divide en 5 fases las cuales se describirán a continuación.

Fase 1.- Estímulo sexual efectivo

El estímulo sexual efectivo como lo dice su nombre, es el que se necesita para poder comenzar con las reacciones del cuerpo, este puede ser de dos formas el reflexogénico que es por medio de estimular directamente los órganos sexuales pélvicos y la forma psíquica donde se incluyen los sentidos del tacto, vista, olfato, oído y hasta el gusto. Se debe tener en cuenta que cada persona reacciona de formas diferentes, por lo que debe conocer que es lo que les agrada y lo que les desagrada para una mejor relación sexual. (1)

Fase 2- Excitación

La excitación es el segundo paso de la respuesta sexual humana, esto no quiere decir que se deban de llevar a cabo todas las fases, en ocasiones es suficiente para la pareja quedarse en esta fase, sin significar que no le atraiga la pareja por eso los principios de una relación sexual debe ser la confianza y comunicación entre ambos. (1) (14)

La excitación es una fase que puede durar desde minutos hasta horas dependiendo de la estimulación que se dé entre la pareja. El principal factor en esta fase es la vasocongestión, la cual va a provocar la erección, en el caso de la mujer erección del pezón de las mamas y clítoris, agrandamiento de las mama, separación de labios mayores y menores además de la excitación de la mujer que se observara con la lubricación vaginal, lo que significa que mientras más excitada se encuentre la mujer lubricará mas. En el caso del hombre la reacción más notoria es la erección del pene, el engrosamiento y elevación de los testículos. (1)(14) (Ver anexos 1a y 1b fase de excitación)

Figura 1a. Fase de excitación en el hombre

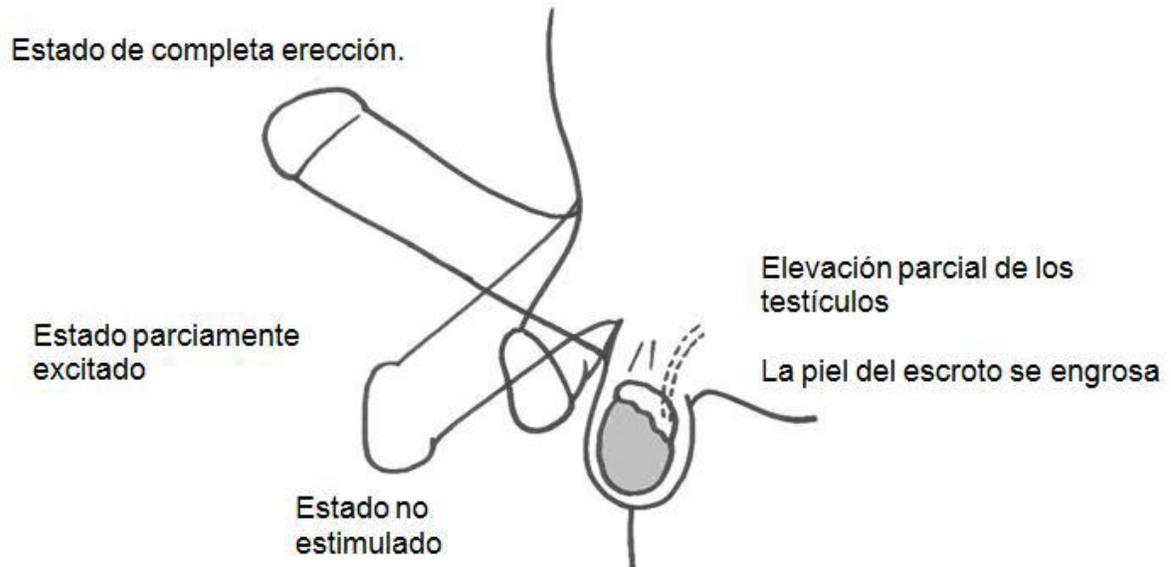
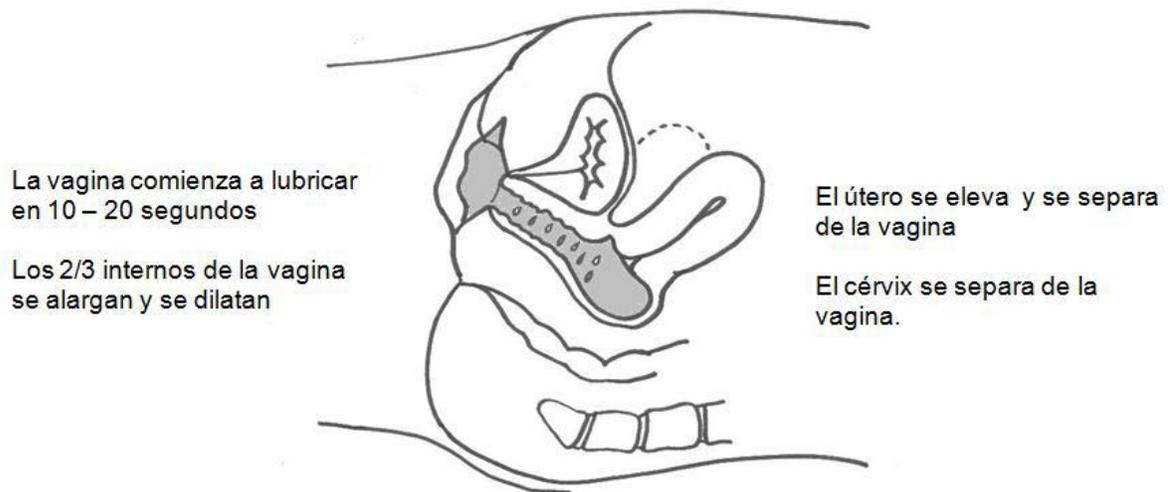


Figura 2a. Fase de excitación en la mujer.



### Fase 3- Meseta

La meseta es la fase preliminar al orgasmo, por lo que nos encontraremos con los cambios fisiológicos preparatorios para el orgasmo. Aquí se encuentra la plataforma orgásmica la cual es la excitación extrema y donde los cambios de fases anteriores se hacen más evidentes, solo se aumenta el rubor sexual, el cual es un enrojecimiento de la piel a causa de la vasocongestión y va desde el vientre hacia el pecho y en algunas ocasiones puede llegar hasta los hombros. (1)(14)

Figura 1b. Fase de meseta en el hombre.

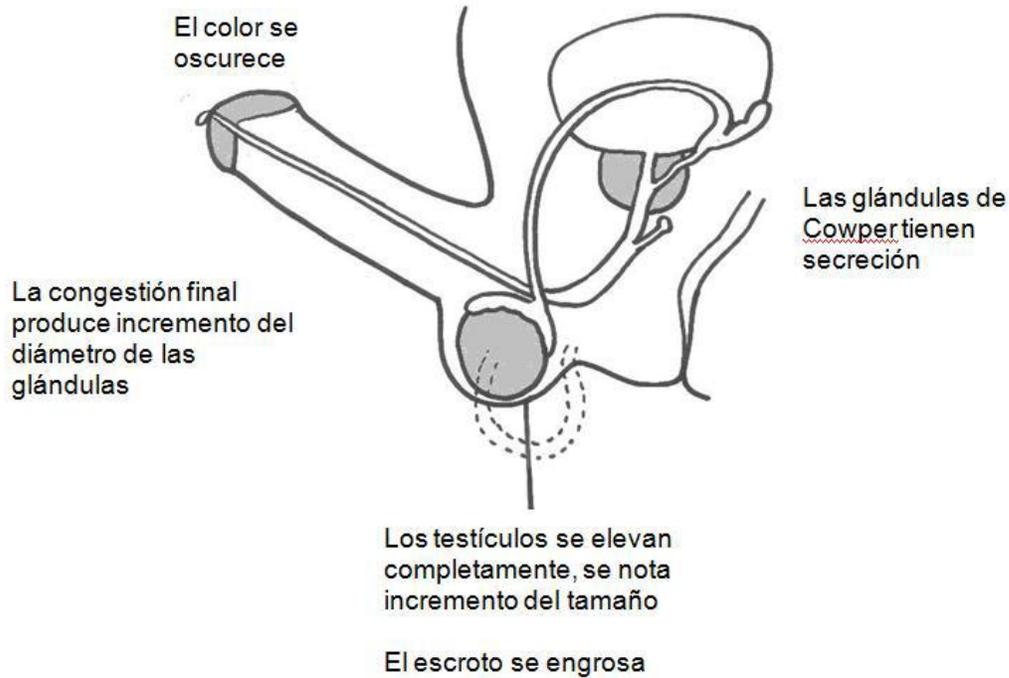
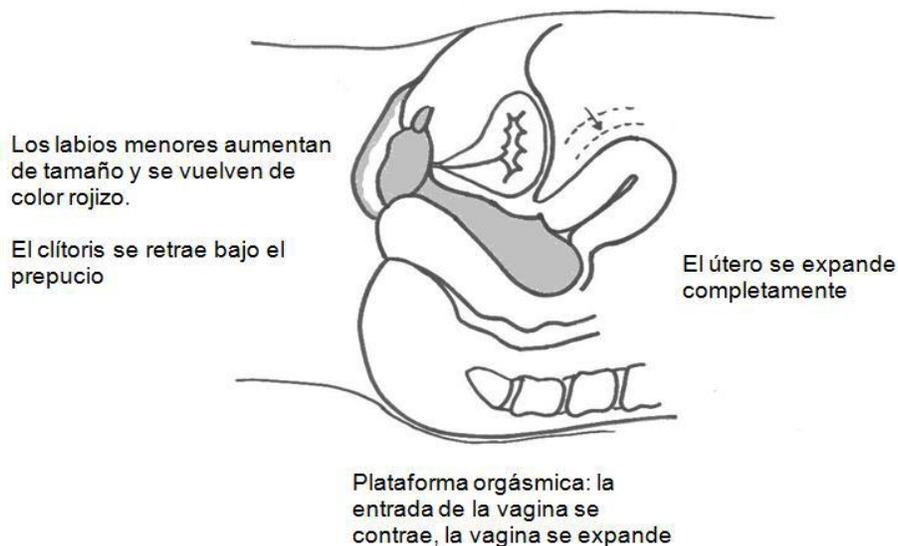


Figura 1b. Fase de meseta en la mujer.



#### Fase 4- Orgasmo

La fase de orgasmo se refiere a la sensación placentera, la cual es difícil de describir, pero sabemos que involucra reacciones dentro del cuerpo, lo principal son las contracciones mioclónicas, las cuales son variantes dependiendo de los factores del día, periodo menstrual y hasta del sexo. Esta fase puede durar de 3 a 15 segundos. (1)(14)

Las características en la mujer son las contracciones del útero a una frecuencia de 0.8 segundos las cuales van disminuyendo con el tiempo; en el hombre es diferente ya que se presenta en dos periodos, el primero de recolección de semen y la segunda que es de contracciones desde la próstata hacia el pene y hasta la uretra las cuales provocan la eyaculación. Teniendo en cuenta que en el hombre el orgasmo se relaciona con la eyaculación, pero puede haber uno sin el otro, es decir, se puede dar orgasmo sin eyaculación y eyaculación sin el orgasmo. (1)(14)

Figura 1c. Fase de orgasmo en el hombre.

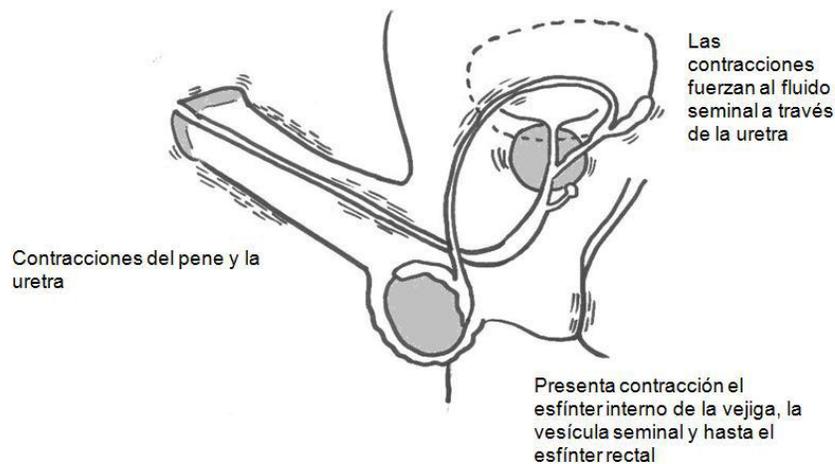
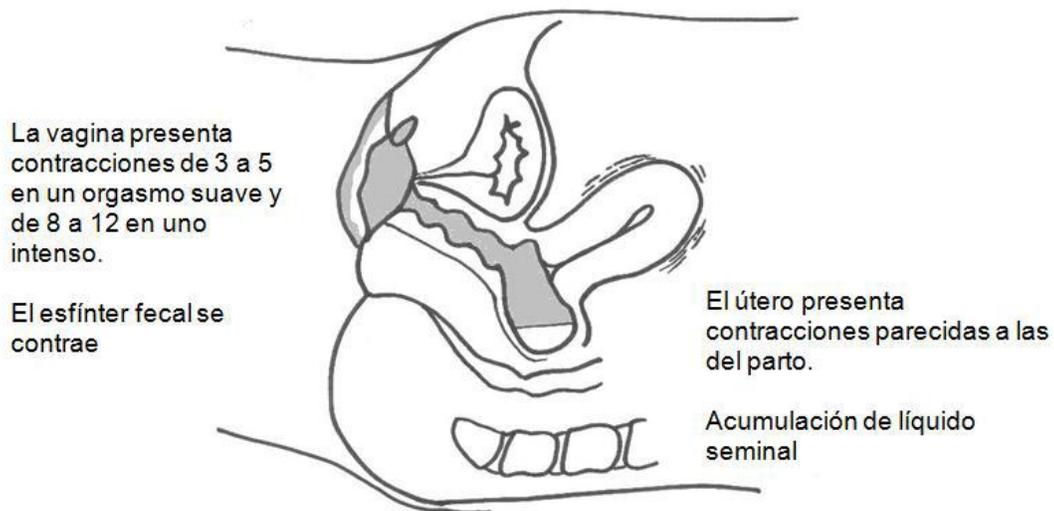


Figura 2c. Fase de orgasmo en la mujer.



### Fase 5- Resolución y periodo refractario

Esta fase es de relajación después de liberar toda la tensión durante el orgasmo. Dura aproximadamente de 10 a 15 minutos y en esta fase los cambios de las anteriores vuelven a su tamaño no estimulado. (1)

La mujer en esta etapa puede regresar a la fase de orgasmo y repetir el ciclo, por el contrario el hombre entra en una fase refractaria donde se tiene que recuperar del orgasmo, este periodo en el hombre puede durar desde minutos hasta horas.(1)

Figura 1d. Fase de resolución en el hombre.

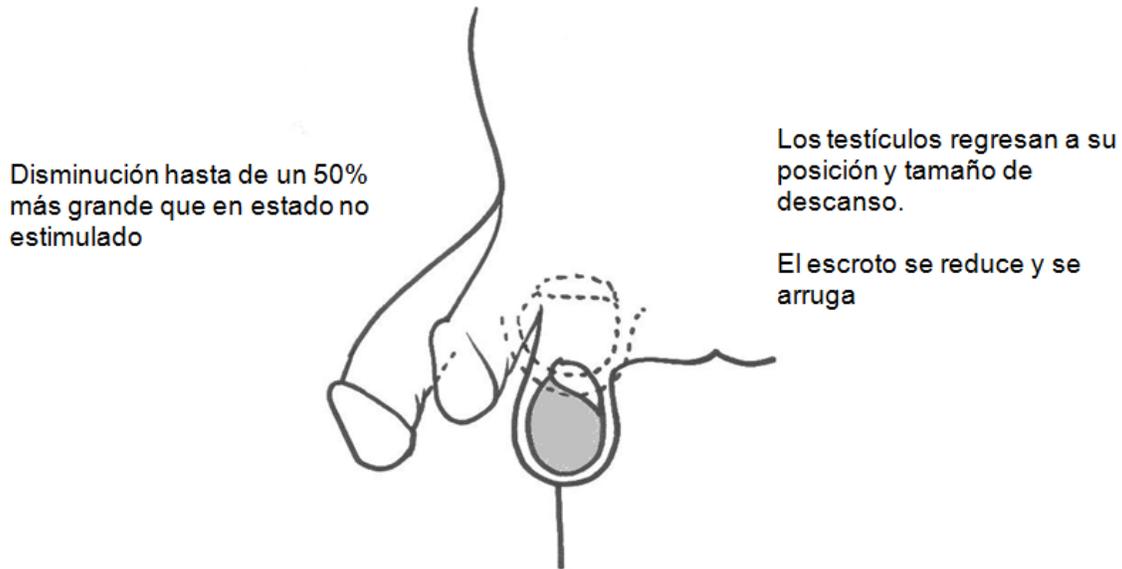
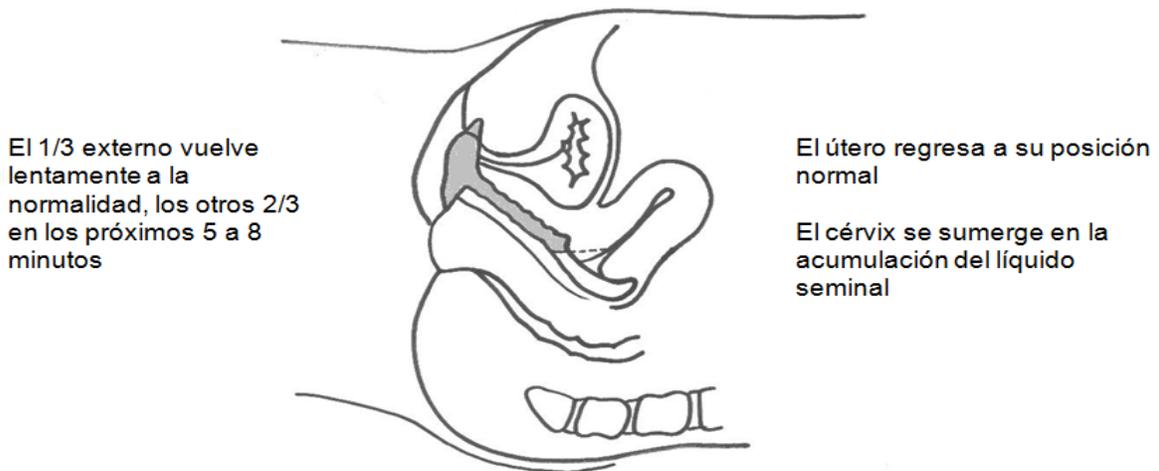


Figura 1d. Fase de resolución en la mujer.



## No. 6 Definición de Lesionado Medular:

Lesión medular es el daño que se presenta en la médula espinal, que conduce (según su gravedad) a la pérdida de algunas funciones, movimientos y/o sensibilidad. Normalmente estas pérdidas se presentan por debajo del nivel de la lesión. (8)

La lesión medular (LM) es definida como una afección medular que puede ser aguda o crónica multifactorial, multisistémica que afecta al individuo biopsicosocialmente y se caracteriza principalmente por alteraciones de la sensibilidad, la fuerza muscular y el control de esfínteres. (9).

## Parte III. ASPECTOS GENERALES.

### Recomendación No. 7

La frecuencia con las que pueden tener relaciones sexuales

La frecuencia de las relaciones sexuales va a depender mucho del paciente y la pareja. Este punto queda reservado para ambos, siempre y cuando lleve a cabo las recomendaciones necesarias.

### Recomendación No.8

Pueden tener una vida sexual activa sin complicaciones

Se puede tener una vida sexual activa sin alguna complicación, las personas con alguna discapacidad por causa de una lesión medular, tanto hombres como mujeres pueden llegar a disfrutar de la sexualidad de manera satisfactoria, los mismos criterios de salud sexual que se aplican al resto de personas deben ser aplicados a ellos.

## PARTE IV. SOBRE LO CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR ANTES DURANTE Y DESPUÉS DEL ACTO SEXUAL.

#### Recomendación No. 9

##### Tener una pareja estable

Es preferible sugerir al paciente que debe mantener una sola pareja lo más estable ya que un paciente con lesión medular necesita de cuidados en los que la pareja debe estar consciente y participar por salud del paciente.

#### Recomendación No. 10

##### Llevar un control de la lesión medular

Es importante indicar que el paciente con lesión medular debe llevar un control de la enfermedad, para conocer los cambios que se presenten en nuestro cuerpo y si hay alguna anomalía atenderlas, así como ver los resultados de la rehabilitación en los pacientes.

#### Recomendación No.11

##### Tener Higiene a si Mismo

Fomentar al paciente con lesión medular no tomarse como pretexto o justificación la limitación física para estarno presentable o sucio. Tanto en la vida diaria como cuando se tenga una cita con alguna pareja o amigos, lo que es la ropa los pañales, las sondas etc. deben estar lo mas higiénicos posibles.

#### Recomendación No. 12

##### Evitar las úlceras de presión

Los terapeutas ocupacionales debemos indicar evitar las úlceras por presión no atendidas, ya que estas además de ser infecciosas, tienen un olor y aspecto muy desagradable, estas se causan al estar algunos puntos de la piel presionados por los huesos durante un tiempo considerable, se debe recomendar tener movimiento en la cama o silla de ruedas por lo menos cada 2 horas, también se debe usar un cojín especial o un soporte adecuado para evitar las escaras.

### Recomendación No.13

#### Cuestión urinaria

En cuanto al punto urinario cada caso es distinto, aun siendo el mismo tipo y nivel de lesión las respuestas y reacciones de cada organismo son diferentes: por esto los terapeuta ocupacional debemos tratar junto con el paciente con lesión medular de desarrollar una rutina urinaria para que permita al paciente evitar las sondas fijas que son focos importantes de infección al estar dentro del cuerpo por tiempo prolongado. Exhortar al paciente siempre procurar realizar con tiempo la higiene y de esta forma reducir la vejiga para retener y vaciarse adecuadamente.

### Recomendación No 14

#### Dar estimulaciones sexuales

Es necesaria los terapeuta ocupacional comentemos sobre la estimulación sexual, esa estimulación debe tener bastante tiempo para tocar, besar, manejar, chupar, morder, ver, oler, sentir, apretar, abrazar, acariciar todo el cuerpo, las sensaciones, emociones, así como las zonas erógenas utilizando la lengua o los dedos remarcaremos al paciente con lesión medular que todo será de acuerdo a lo que la pareja decida,

### Recomendación No. 15

#### Uso de preservativos

En caso de practicar relaciones sexuales con diferentes parejas los terapeutas ocupacionales deberemos fomentar el uso de preservativos, medios anticonceptivos, recursos y orientación para una sexualidad segura, lo más importante, enfatizamos que la discapacidad no esta exenta de enfermedades venéreas, contagios o embarazos no deseados.

## Recomendación No. 16

### Cuando tener relaciones sexuales

Los terapeutas ocupacionales deberemos comentar a el paciente con lesión medular que tendrá relaciones sexuales cuando él se sienta listo, que el tener relaciones sexuales necesita tranquilidad, responsabilidad y entrega, no importa el ayer o el mañana sino disfrutar donde estén, con quien estén, que tienen, que desean, que pueden dar o recibir, intensamente, dando tiempo antes y después, agradecido por lo que uno da y lo que recibe sin obligaciones, compromisos, únicamente por que se desea.

## Recomendación No. 17

### Algunas posiciones sexuales que el paciente con lesión medular puede utilizar

Los terapeutas ocupacionales debemos poner muy en claro a los pacientes con lesión medular que siempre debe de haber el consentimiento de la pareja para realizar cada una de estas posiciones sexuales.

A continuación se describirán las posiciones más adecuadas para la relación sexual ya que es diferente para cada uno, la pareja debe de ser consciente y comprender que no todas estas posiciones se podrán ejecutar y que durante el acto deben llevar un ritmo de modo que el paciente no se incomode.

En estas posiciones en general se deberán poner las adaptaciones que necesite el paciente de acuerdo a sus necesidades, podremos recargarnos en la pared, hacer uso de almohadas, sillas, sillones, cuñas, mesas pequeñas, o bien lo que al paciente se le ocurra, siempre y cuando no dañe su persona y la de su pareja.

Las posiciones sexuales en este apartado fueron seleccionadas por un terapeuta ocupacional, a su criterio, para personas con lesión medular estas se adaptaran de acuerdo a las habilidades de cada paciente.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL  
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN



“GUÍA DE RECOMENDACIONES DE SEXUALIDAD PARA  
LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS  
PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR: ASPECTOS  
GENERALES Y CONOCIMIENTOS BÁSICOS”.  
“REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA”

## INTRODUCCIÓN

Es cierto que la lesión medular representa un cambio profundo en la sexualidad, no obstante, ello no implica algún impedimento para que éstas personas puedan satisfacer una necesidad sexual que merezca pleno goce y placer, por otro lado no debemos olvidarnos que el hecho de haber sufrido una lesión no limita de seguir siendo humanos con necesidades fisiológicas como cualquier persona, pero para ello es necesario dotarnos a los terapeutas ocupacionales de bastante información, capacitar y envolver a todas las personas que sufren de alguna lesión medular sobre, cuales son las posibilidades, recursos, técnicas y productos que pueden complementar las condiciones de su estado para disfrutar de una relación sexual.

La actual guía de recomendaciones de sexualidad para la intervención de terapia ocupacional en las personas con lesión medular: aspectos generales y conocimientos básicos se realizó con la finalidad de tener las suficientes herramientas para nosotros los terapeutas ocupacionales poder resolver las dudas sobre la sexualidad de los pacientes con lesión medular.

Esta guía está basada en una amplia recopilación de información bibliográfica acerca de la sexualidad y la relación de los pacientes con lesión medular las cuales no solo van encaminadas a los pacientes, si no también a la pareja, la cual nos será de gran apoyo a los terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de la sexualidad del paciente con lesión medular.

Tomando en cuenta la poca información que se tiene acerca de la sexualidad del paciente con lesión medular, esta guía de recomendaciones será de gran utilidad para que los terapeutas ocupacionales podamos abordar temas como sexualidad creando con esto, la responsabilidad del terapeuta ocupacional de tener las herramientas correctas para dar el soporte teórico así como para contribuir en el conocimiento del tema o a próximas investigaciones.

## ÍNDICE

INDICACIONES PARA LA GUÍA	
Clasificación.....	23
Parte I. SOBRE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES.....	24
No. 1 Qué hacer en caso de no saber la respuesta de la persona con lesión medular.....	24
No. 2 Dejar atrás mitos, creencias y prejuicio.....	24
Parte II. CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES.....	26
No. 3 Conocer el significado de Salud Sexual y los tres elementos básicos para obtener la salud sexual según la OMS.....	26
No. 4 Conocer las definiciones Básicas: Sexualidad, sexo, sexo de asignación, identidad genérica, género, rol genérico, preferencia genérica....	27
No. 5 Conocer la definición de Respuesta Sexual Humana.....	28
No. 6 Definición de Lesionado Medular.....	33
Parte III. ASPECTOS GENERALES.....	33
Recomendación No. 7	
La frecuencia con las que pueden tener relaciones sexuales.....	33
Recomendación No. 8	
Pueden tener una vida sexual activa sin complicaciones.....	33
Parte IV. Sobre lo cuidados de las personas con lesión medular antes durante y después del acto sexual.....	33
Recomendación No. 9	
Tener una pareja estable.....	34
Recomendación No. 10	
Llevar un control de la lesión medular.....	34
Recomendación No.11	
Tener Higiene a si Mismo.....	34
Recomendación No. 12	
Evitar las úlceras de presión o escaras por presión.....	34
Recomendación No.13	
Cuestión urinaria.....	35
Recomendación No 14	
Dar estimulaciones sexuales.....	35
Recomendación No. 15	
Uso de preservativos.....	35
Recomendación No. 16	
Cuando tener relaciones sexuales.....	36
Recomendación No. 17	
Algunas posiciones sexuales que el paciente con lesión medular puede utilizar.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	45

### **De costado #1**



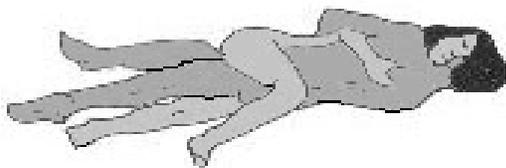
Descripción: La pareja se abraza de costado con las piernas extendidas y juntas.  
Ventajas: Contacto visual entre la pareja, cercanía y posibilidad de tocarse.  
Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### **De costado #2**



Descripción: La mujer se tiende de lado con las piernas separadas y las rodillas flexionadas y el hombre se posiciona entre ellas.  
Ventajas: Contacto visual entre la pareja, cercanía y posibilidad de tocarse. Si la mujer sube las rodillas aumenta la penetración.  
Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante. El peso del hombre recae sobre el muslo de la mujer, lo que puede ser doloroso para ella.

### **De costado #3**



Descripción: La mujer se tiende de costado con la pierna derecha sobre el hombro y la izquierda extendida.  
Ventajas: Contacto visual entre la pareja, cercanía y posibilidad de tocarse. La mujer puede estimular el clítoris haciendo contacto con el muslo del hombre.  
Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante. El peso del hombre recae sobre el muslo de la mujer, lo que puede ser doloroso para ella.

#### De costado #4



Descripción: La pareja se tiende costado, el hombre se sitúa detrás de la mujer y la penetra por detrás.

Ventajas: Posibilita que el hombre acaricie el cuerpo de la mujer y estimule manualmente el clítoris. Esta posición también es recomendable cuando la erección del hombre es débil.

Desventajas: No hay contacto visual entre la pareja.

#### De costado #5

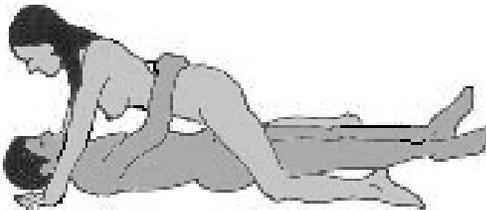


Descripción: La pareja se tiende costado, el hombre se sitúa detrás de la mujer y la penetra por detrás.

Ventajas: Posibilita que el hombre acaricie el cuerpo de la mujer y estimule manualmente el clítoris. Esta posición también es recomendable cuando la erección del hombre es débil.

Desventajas: No hay contacto visual entre la pareja.

#### Mujer Arriba #1



Descripción: La mujer se coloca en posición semi-arrodillada, apoyando su peso sobre brazos y rodillas.

Ventajas: Contacto visual entre la pareja, la mujer controla el ritmo coital.

Desventajas: Penetración poco profunda y necesidad de fortaleza física en la mujer para mantener la posición.

### Mujer Arriba #2



Descripción: La mujer se coloca sobre el hombre, inclinando su cuerpo hacia adelante.

Ventajas: Contacto visual entre la pareja, penetración profunda y control de movimiento por parte de la mujer.

Desventajas: Dificultad para mantener un ritmo coital intenso.

### Mujer Arriba #3

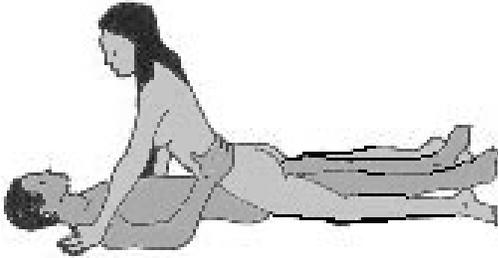


Descripción: La mujer se recuesta sobre el hombre con las piernas juntas.

Ventajas: Contacto visual entre la pareja, cercanía y posibilidad de tocarse. Las piernas juntas de la mujer ejercen una presión sobre el pene.

Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

#### Mujer Arriba #4



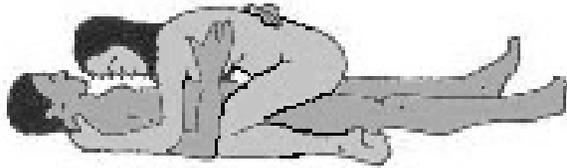
Descripción: La mujer se coloca sobre el hombre con las piernas ligeramente abiertas y apoya su peso sobre las manos.  
Ventajas: Penetración profunda y contacto visual entre la pareja.  
Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante. La mujer requiere de fortaleza en los brazos para mantener la posición.

#### Mujer Arriba #5



Descripción: La mujer se coloca en cuclillas encima del hombre.  
Ventajas: Ayuda a una penetración profunda cuando existe estrechez vaginal. Contacto visual entre la pareja.  
Desventajas: Puede resultar incómodo para la mujer debido al esfuerzo requerido en las piernas. Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #6



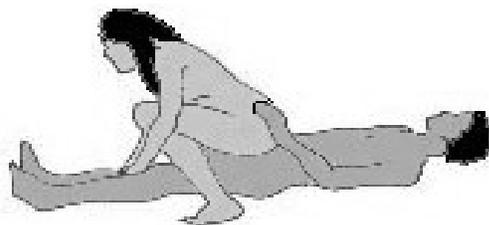
Descripción: La mujer se arrodilla y la pareja se abraza.  
Ventajas: Cercanía y posibilidad de tocarse. Facilita una penetración profunda y otorga una sensación de intimidad.  
Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #7



Descripción: La mujer se coloca de cuclillas sobre el hombre y apoya su peso en los pies.  
Ventajas: Si la mujer sabe movilizar a voluntad los músculos de la vulva, puede lograr el orgasmo sin la necesidad de movimiento por parte del hombre.  
Desventajas: Puede resultar incómodo y agotador para que la mujer permanezca mucho tiempo en esta posición. Dificultad en el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #8



Descripción: La mujer se coloca de cuclillas sobre el hombre dándole la espalda.  
Ventajas: La mujer controla el ritmo del coito y la profundidad de la penetración.  
Desventajas: Si la mujer se reclina hacia adelante puede ser doloroso para el hombre. Esta posición puede resultar incómoda para la mujer.

### Mujer Arriba #9



Descripción: La mujer se sienta sobre el hombre reclinándose hacia atrás y apoyándose sobre las manos.  
Ventajas: En esta posición se puede lograr una buena estimulación del Punto G.  
Desventajas: Puede resultar doloroso para el hombre si la mujer se inclina demasiado hacia atrás. Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #10



Descripción: La mujer se sienta sobre el hombre reclinándose hacia atrás y apoyándose sobre las manos. El hombre también se sienta y apoya su peso en las manos.  
Ventajas: En esta posición se puede lograr una buena estimulación del punto G.  
Desventajas: Puede resultar doloroso para el hombre si la mujer se inclina demasiado hacia atrás. Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #11

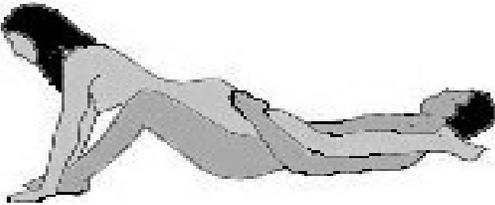


Descripción: La mujer se arrodilla sobre el hombre, manteniendo la espalda derecha.

Ventajas: El hombre puede fácilmente estimular el clítoris. La mujer controla el ritmo y profundidad de penetración.

Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #12

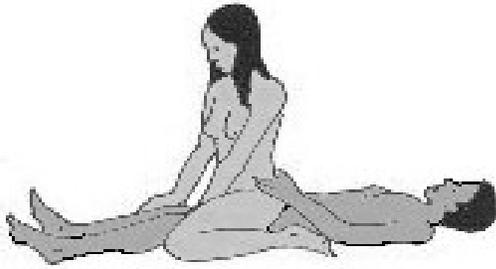


Descripción: El hombre se recuesta levantando las rodillas. La mujer extiende el cuerpo hacia adelante y las piernas hacia atrás, al lado de la cabeza del hombre.

Ventajas: Se logra una penetración profunda.

Desventajas: Puede resultar sumamente doloroso para el hombre. Existe el riesgo de fractura de los cuerpos cavernosos del pene

### Mujer Arriba #13



Descripción: El hombre se acuesta boca arriba y la mujer se sienta semi-arrodillada.

Ventajas: Es una posición cómoda para ambos y la mujer puede controlar el ritmo y profundidad de la penetración. Se logra una sensación de intimidad.

Desventajas: No existe contacto visual entre la pareja.

### Mujer Arriba #14



Descripción: La mujer se coloca de rodillas y el hombre se incorpora sobre las manos con las piernas semi-flexionadas. Si el hombre levanta más las rodillas, la mujer puede apoyar su espalda.

Ventajas: Contacto visual, sensación de intimidad. La mujer controla la profundidad de la penetración.

Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

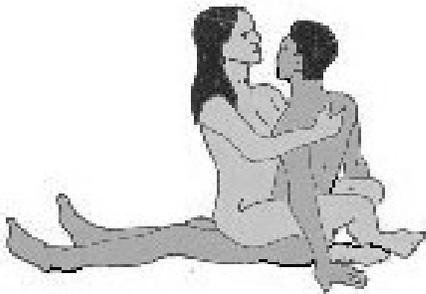
### Mujer Arriba #15



Descripción: La mujer se sienta sobre los muslos del hombre.  
Ventajas: Contacto visual entre la pareja. La mujer controla la profundidad de la penetración.

Desventajas: Puede causar cansancio en ambos. La mujer requiere fortaleza en las piernas para mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #16



Descripción: El hombre se sienta con las piernas extendidas y apoyando su peso sobre los brazos. La mujer se sienta sobre el hombre abrazándolo con sus piernas.

Ventajas: Contacto visual. Alta sensación de intimidad y posibilidad de tocarse.

Desventajas: Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #17



Descripción: La mujer se inclina hacia atrás apoyándose en las manos. El hombre cruza las piernas debajo de ella.  
Ventajas: Se puede lograr una penetración profunda y la estimulación del punto G.  
Desventajas: Puede resultar doloroso para el hombre si la mujer se reclina demasiado. Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante.

### Mujer Arriba #18



Descripción: La mujer se inclina hacia atrás apoyándose en las manos y extiende sus piernas hacia los hombros del hombre. El hombre cruza las piernas debajo de ella.  
Ventajas: Penetración profunda. Contacto visual entre la pareja.  
Desventajas: Puede resultar doloroso para el hombre si la mujer se reclina demasiado. Esta posición dificulta el movimiento de las caderas, lo que imposibilita el mantener un ritmo constante. Requiere mucha práctica para que la mujer conserve el equilibrio.

### Mujer Arriba #19



Descripción: El hombre se sienta con las piernas extendidas y apoyándose sobre las manos. La mujer se sienta reclinando su cuerpo hacia adelante.

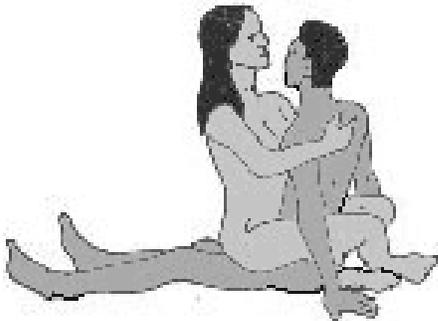
Ventajas: La mujer controla el ritmo y profundidad de la penetración. Puede resultar estimulante para el hombre.  
Desventajas: Esta posición puede generar dolor en el pene dependiendo del ángulo en el que se coloque la mujer.

### **Sentado #1**



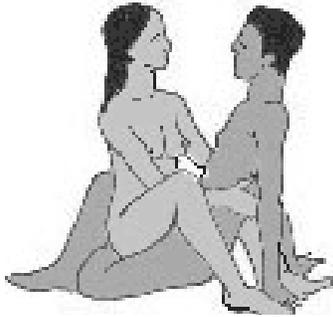
Descripción: Los dos se sientan cara a cara sobre una silla o banquillo. La mujer se sienta en los muslos del hombre.  
Ventajas: Contacto visual entre la pareja, cercanía y posibilidad de tocarse. Penetración profunda. La mujer controla el ritmo y el grado de penetración.  
Desventajas: Ninguna

### **Sentado #2**



Descripción: Los dos se sientan cara a cara en una cama o en el suelo. La mujer se sienta en los muslos del hombre, "abrazando" la espalda con la piernas.  
Ventajas: Contacto visual entre la pareja, cercanía y posibilidad de tocarse. Penetración profunda. La mujer controla el ritmo y el grado de penetración.  
Desventajas: Ninguna.

### Sentado #3



Descripción: Los dos se sientan cara a cara en una cama o en el suelo. La mujer se sienta en uno de los muslos del hombre y apoya la espalda en la otra pierna, la cual esta flexionada.

Ventajas: Contacto visual entre la pareja, cercanía y posibilidad de tocarse.

Penetración profunda. La mujer controla el ritmo y el grado de penetración.

Desventajas: Ninguna

### Sentado #4

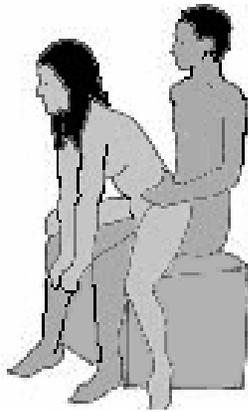


Descripción: La pareja se sienta sobre una silla o banquillo. La mujer se sienta dándole la espalda al hombre.

Ventajas: Una penetración muy profunda.

Desventajas: No hay contacto visual. La posición puede dificultar que la mujer gradúe el ritmo y grado de penetración.

### Sentado #5



Descripción: La pareja se sienta sobre una silla o banquillo. La mujer se sienta dándole la espalda al hombre y ligeramente inclinada hacia adelante.

Ventajas: Una penetración muy profunda.

Desventajas: No hay contacto visual. La posición puede dificultar que la mujer gradúe el ritmo y grado de penetración.

## BIBLIOGRAFÍA

1.- Torices I., Ávila G. Orientación y consejería en sexualidad para personas con discapacidad. México: Trillas; 2006.

2.-Hopkins L. H. , Smith D. H. Willard/Spackman Terapia ocupacional. 8a Ed. España; Medica Panamericana: 1993.

- 3.- Annie T., Marg F., Sybil E., Terapia Ocupacional y disfunción física. 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2003.
- 4.- Guyton A., Hall J., Tratado de Fisiología Médica. 11ª edición. Madrid: Elsevier; 2006.
- 5.- Quiroz F., Tratado de Anatomía Humana. 41ª edición. México DF: Porrúa; 2007.
- 6.- Robert C. Kolodny., William H. Masters., Virginia E. Johnson., Tratado de Medicina Sexual. Barcelona: Salvat 1983.
- 7.- Estrategias metodológicas para talleres de sexualidad. 2ª edición. México DF: Manual moderno; 2000.
- 8.- Begoña P. Lopez., Terapia ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Madrid Panamericana 2003.
- 9.- Pérez, R., Martín del Campo, S., Renán., Durán Ortiz, S. (2008). *Aspectos epidemiológicos de la lesión medular de la población del Centro Nacional de Rehabilitación*. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.
- 10.- Pérez, R., Martín del Campo, S., Renán., Durán Ortiz, S. (2008). *Aspectos epidemiológicos de la lesión medular de la población del Centro Nacional de Rehabilitación*. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.
- 11.- Chang F. K, Zelaya I. G. Caracterización de pacientes con lesión medular atendidos en un Centro de Rehabilitación (Teletón) en Honduras. RevMedHondur 2007.
- 12.- Stokes, María. (2006). *Fisioterapia en la rehabilitación neurológica*. Madrid España (2ª ed.). Elsevier.
- 13.- Stephen Macciocchi, PhD, ABPP, Ronald T. Seel, PhD, Nicole Thompson, MPH, Rashida Byams, MS, Brock Bowman, MD. (2008). Injury: Assessment and Incidence. ArchPhysMedRehabil Vol 89, July.
- 14.- DR Richard Green; Sexualidad humana conceptos médicos básicos (2ª ed.); Mexico DF interamericana 1981
- 15.- Juarez A. Lasso M. Lomelí L. González M. Nava M. Psicología. México: Umbral editorial; 2006.

16.- Alberto LozaNehmad. Biography of the World's Most Famous Sex Manual", Edición electronica 2003

17.- Nicole Bailey: Kama Sutra, disfruta el placer erótico semana a semana; México DF. Libros Cúpula 2001

18.- Mcconnachie, James; El Libro del Amor. en busca del kamasutra; Argentina: paidos ediciones, 2011

19.- [http://www.terapia-ocupacional.org.ar/aat\\_wcl\\_wfo.asp](http://www.terapia-ocupacional.org.ar/aat_wcl_wfo.asp).(WFOT)

20.-[http://www.coteoc.org.ar/aat\\_wcl\\_wfo.asp](http://www.coteoc.org.ar/aat_wcl_wfo.asp).(COTEOC)