

ESTUDIOS DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

VOLUMEN XII

*

Editores

Carlos Serrano Sánchez
Patricia Olga Hernández Espinoza
Francisco Ortiz Pedraza



 **CONACULTA • INAH** 



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA
MÉXICO 2005

Comité editorial

Marco Antonio Cardoso Gómez
Patricia Olga Hernández Espinoza
María Teresa Jaén
Sergio López Alonso
Francisco Ortiz Pedraza
Carlos Serrano Sánchez
Luis Alberto Vargas Guadarrama
José Luis Vera Cortés

Diseño de portada: Ada Ligia Torres Maldonado
Realización de portada: Nohemí Sánchez Sandoval

Todos los artículos fueron dictaminados

Primera edición: 2005

© 2005, Instituto de Investigaciones Antropológicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.

© 2005, Instituto Nacional de Antropología e Historia
Córdoba 45, Col. Roma, 06700, México, D.F.
sub_fomento.cncpbs@inah.gob.mx

© 2005, Asociación Mexicana de Antropología Biológica

ISSN 1405-5066

D.R. Derechos reservados conforme a la ley
Impreso y hecho en México
Printed in Mexico

ANÁLISIS ANTROPOFÍSICO SOBRE PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR ESPINAL: CUERPO, SALUD Y SEXUALIDAD

Lilia Hernández Albarrán
Edith Yesenia Peña Sánchez

Dirección de Antropología Física, INAH

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es compartir reflexiones antropofísicas desde una perspectiva relacional sobre el cuestionamiento del cuerpo sexuado, ejercicio de la sexualidad y roles sociales en personas que presentan lesión medular. Esta investigación se llevó a cabo en una muestra de 50 individuos adultos (39 hombres y 11 mujeres) con paraplejía adquirida en el estado de Colima, México, a quienes se aplicó una entrevista semiestructurada y a profundidad sobre las prácticas y representaciones en torno al cuerpo, sexualidad y salud, antes y después de la lesión medular, cuyos resultados apuntan a problemas de corte biológico en relación con la funcionalidad motora, la falta de respuestas sexuales específicas y la reproducción, así como la interacción psicosociocultural que refiere la noción de normalización, la cual permite cuestionar la percepción sobre el cuerpo, situaciones que conllevan a replantear los procesos de sexualización en estos grupos.

PALABRAS CLAVE: lesión medular, cuerpo, salud y sexualidad.

ABSTRACT

The objective of this presentation is to share anthropophysic reflections under a perspective related about sexual body problems, sexuality exercise and social roles in people that present medullary injuries. This research was carried out in a sample of 50 adults individuals (39 men and 11 women) with acquired

paraplegia in the state of Colima, Mexico, to whom was applied a depth and semi-structure interview about practices and representations toward the body, sexuality and health, before and after the medullary injury, the results point out to biologic problems in relation to motor function, the missing of specific sexual and reproduction answers, as well as psycho-socio-cultural interaction referring to normalization notion, which allow the question of the perception on the body, situations oriented to the restate about the sexuality process in these groups.

KEY WORDS: medullary injuries, body, health and sexuality.

APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE ESTUDIO

El *continuum* sexo-sexualidad¹ es abordado por diferentes ciencias y de manera holística por la antropología, particularmente por la antropología de la sexualidad, que desde una visión relacional y procesual pretende describir, comparar y analizar la diversidad sexual del *Homo sapiens sapiens*, las representaciones y prácticas sexuales de los conjuntos sociales y culturales en el ámbito biosocial, psicosocial y sociocultural en tiempos y espacios determinados. Por lo que los enfoques de acercamiento pueden ser bioculturales² o socioculturales. En nuestro caso partimos de la primera orientación desde una perspectiva antropológica³ para analizar los datos obtenidos de una muestra de 50 personas con lesión de médula espinal adquirida de tipo parapléjico, ya que la condición discapacitante se presenta como un hecho que afecta el cuerpo biológico de los individuos cuyas consecuencias son mediadas por la cultura; utilizar este enfoque nos permitirá brindar una panorámica descriptiva sobre el cuestionamiento del cuerpo sexuado en estos grupos.

¹ Abarca desde el origen y aparición del sexo en las especies que nos antecedieron, la anatomía-fisiología sexual y reproductiva hasta la organización social y gestión del cuerpo y sujeto sexuados en los grupos humanos, por lo que justifica sus acercamientos multidisciplinares e interdisciplinares.

² En los procesos bioculturales intervienen tanto factores biológicos como aquellos resultados de la cultura (Vargas 1999:35).

³ Disciplina antropológica que describe, compara y analiza los procesos de diversidad biológica en relación con contextos socioculturales y ambientales, en tiempos y espacios concretos.

NORMALIDAD-ANORMALIDAD: CUERPO, SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD

La antropología física ha mostrado interés por estudiar a la variabilidad biológica de la especie humana, pero se distingue de otras disciplinas, de acuerdo con Xabier Lizarraga, porque la:

...antropología física, a diferencia de la biología humana, contempla y trata al *Homo sapiens* como un fenómeno, más que como una especie, no sólo como organismo vivo o como estructura morfoanatómica (soma) en un devenir evolutivo y a través del ciclo del nacimiento, reproducción y muerte, sino como un organismo en devenir, productor de un cuerpo y una corporeidad proyectada hacia una trascendencia... (1997: 3).

En ese sentido, el cuerpo se vuelve objeto de estudio en nuestra disciplina, ya que es la base física perceptible de adaptaciones macro y microevolutivas, comunicación y construcción, que permite marcar simbólicamente diferencias entre los sexos, que son culturalmente ratificados, negados, transformados o cambiados, de acuerdo con las necesidades particulares de cada grupo, a lo largo de la historia humana, convirtiéndose así “el cuerpo” en una constante que preocupa y adopta un carácter polémico a partir de su gran variabilidad. En particular, la condición de cuerpo sexuado es valorada culturalmente y su expresión se manifiesta con base en una serie de reguladores sociales que congregan como “ideal” cualidades específicas, rasgos o características, como la edad, sexo, identidad, estatus y diferencias biológicas, elementos normalizadores que conjuntan estereotipos de corte valorativo y ponen de manifiesto un principio tan humano como es “la diferencia” y la generación de la noción del “otro”, que se expresa en una necesidad de asignarle una condición a cada individuo y por lo tanto ubicarlo en un grupo, para situarle un lugar jerárquico a cada grupo, organizando así, a través de la normalización, diferentes sistemas de racionalidades⁴ y el surgimiento de sexualidades predominantes o hegemónicas, que funcionan como base comparativa para cuestionar

⁴ Conjunto de sentidos, significados y orientaciones diferenciales que operan, implícita o explícitamente, en las representaciones y las prácticas que nos explican sus formas de actuar y pensar (Osorio 1994:9).

constantemente representaciones⁵ y prácticas⁶ que no entran en el “deber ser social”. Este principio de manera contemporánea no tiene excepciones y, por lo tanto, se aplica también a personas con deficiencias físicas, sensoriales e intelectuales mediante la categoría de *grupo de discapacitados*;⁷ prueba de ello es la proclamación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que dimensiona la normalización como: “La necesidad de promover en las personas con discapacidad una vida tan cercana a la normal como sea posible” (ONU, *apud* Sánchez 1997: 9).

Pronunciamiento que se interpreta cotidianamente bajo el discurso de “salud”, el cual es definido como una condición de equilibrio biológico y psicosocial que presenta el individuo, y que le permite desarrollarse en todas las esferas de la vida incluyendo la sexual (Peña 2003a: 40). Esta manera de interpretar la discapacidad revela el referente ideológico del que parte nuestra cultura para cuestionar el cuerpo, la sexualidad y la discapacidad, apareciendo en escena la máxima de “cuerpo sano” que permitirá una “salud sexual”,⁸ con énfasis en el aspecto biológico (función fisiológica de sexo-reproducción, sexo-genitalidad y coito-orgasmo). Lo que indica que el cuestionamiento del cuerpo sexuado ha sido un debate permanente del ser humano, que se complejiza y toma matices al discutir sus gestiones en torno a la realidad de las personas con discapacidad física y particularmente con lesión medular⁹

⁵ Sistema de nociones, creencias, orientaciones y actividades que los conjuntos sociales expresan con respecto a una realidad social determinada, donde se sintetizan contenidos ideológico-culturales que obedecen a procesos sociohistóricos concretos (*ibidem.*; 8).

⁶ Se refieren al conjunto organizado de comportamientos y acciones rutinarias o eventuales que los grupos sociales llevan a cabo en diferentes esferas de lo social (*ibidem.*; 8).

⁷ Individuos que presentan restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera “normal” para un ser humano (OMS 1983:57 y ONU 1989:20).

⁸ Se considera como la “Integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedores y desarrollen la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS 1975:67).

⁹ La lesión medular se define como el daño en la médula espinal en diferentes grados y extensión, secundario a trauma, neoplasia, degeneración y defecto congénito. Posterior al daño: hipóxico, anóxico y/o daño estructural, donde la trasmisión y la recepción de mensajes nerviosos para el control del tronco y las extremidades, así como las funciones autonómicas hasta la altura de la lesión son alteradas.

de tipo parapléjico,¹⁰ cuyas respuestas funcionales a nivel biológico se encuentran disminuidas e impactan socialmente.

Vendrell (1999:14) ha llamado “sexualización” al cuestionamiento de los cuerpos sexuados y de determinadas vivencias y prácticas en función del referente ideológico que tiene nuestra cultura sobre la sexualidad que deviene probablemente de dos elementos: el primero indica la existencia del cuerpo sexuado que tiene como base el cuestionamiento de la reproducción y la sobrevivencia de la especie. El segundo conjunta la falta de respuestas específicas debido al abandono de los instintos a favor de la adaptabilidad de carácter ecológico. Foucault (1973) postula que la sexualidad es una forma de experiencia culturalmente construida y bajo un marco delimitado de la *sciencia sexualis* por lo menos en Occidente, de manera que las afirmaciones biológicas y simbólicas sobre el “sexo¹¹ y la sexualidad”¹² no siempre coinciden, al igual que las referentes al género;¹³ sin embargo, marcan direcciones hacia la normalización¹⁴ en los procesos de sexualización.¹⁵

¹⁰ Específicamente, la paraplejia es la lesión de médula espinal que comprende alteraciones en los dermatomas, miotomas y reflejos espinales del territorio de la T4 a la L5.

¹¹ Desde las ciencias de corte biomédico se define como el conjunto de factores orgánicos que distinguen al hombre (macho) de la mujer (hembra) (Peña 2003a:43).

¹² La sexualidad se reconoce como una categoría del comportamiento indispensable para la sobrevivencia de toda especie animal sexuada que se organiza socialmente. En el caso humano se significa culturalmente a través de una construcción discursiva sobre el cuerpo sexuado, que puede ser diferencial de grupo a grupo, misma que sus individuos integran a partir de sus experiencias de percepción en diferentes ámbitos: biológico, psicosocial y sociocultural. Ambas dan dirección para la conformación sociocultural de sujetos sexuados (Peña 2003b:41).

¹³ El género, preferentemente, representa la forma diferente de socializar de los seres humanos. En nuestra cultura se muestra una correspondencia directa entre sexo (hombre y mujer) y el rol genérico (masculino y femenino), clarificando lo que se espera de sus papeles sociales, que han incidido en el proceso histórico de organización social, distribución del poder y accesibilidad social (*ibidem.*: 42).

¹⁴ Proceso por el cual los sujetos apropian e interiorizan los patrones o normas de comportamiento que el grupo social al que pertenece ha establecido (*ibidem.*:35).

¹⁵ Entre los procesos de socialización en las organizaciones humanas se encuentran insertos discursos normalizantes que marcan patrones de simbolización, significación, representaciones y prácticas con respecto al cuerpo y sujeto sexuados, observándose que el individuo está sumergido en discursos sexualizantes que son referentes ideológicos de los que parte cada cultura para generar un tipo de orden. A este conjunto discursivo se le reconoce como proceso de sexualización.

El proceso de sexualización está permeado por *un continuum* normalidad-anormalidad que cada grupo define, y en nuestro caso se apoya en las interpretaciones del conglomerado de las ciencias biomédicas e ideologías, que manifiestan sus discursos a través de consensos de tipo estadístico, funcional y moral sobre el cuerpo. En el tipo *estadístico* lo *normal* se concibe como la media o tendencia general de un grupo social que la estereotipa como modelo; es decir, como una imagen social del cuerpo y de la sexualidad con referentes culturales, que por lo tanto condicionará su cuestionamiento. Mientras que *anormal* sería la desviación en relación con la media o modelo imperativo que prevalece como ideal compartido por un grupo humano. El tipo *funcional* se refiere a una norma biológica sobre el cuerpo que tiende a ser positiva para el desarrollo óptimo del individuo. Finalmente, la postura *ideológica* en Occidente obedece en gran parte a una construcción dogmática de carácter cristiano: el cuerpo es concebido sólo como un medio para que el alma alcance su fin; por lo tanto, hay que dominarlo, cuidarlo y vigilarlo a través de la conciencia individual y moralidad colectiva (Peña 2003b: 37).

Las conceptualizaciones de tipo estadístico y funcional son utilizadas por diferentes disciplinas: el *modelo médico* retoma el tipo funcional, que define la normalidad como la ausencia de problemas biológicos y a la anormalidad como una alteración causada en el organismo por un trastorno morfológico o funcional que se asocia con la enfermedad; el *modelo psicológico*, al incorporar el concepto de mente, evalúa las dimensiones referentes al afecto, pensamiento y conducta, partiendo de un tipo de conceptualización tanto estadístico como funcional, con lo cual pretende explicar que lo normal-anormal puede ser causado por factores genéticos, experiencias personales y desarrollo psicosocial. Por último, el *modelo sociocultural* puede retomar tanto el tipo estadístico como el consenso social, entendiendo a este último como el conjunto de cualidades o características cualitativas simbolizadas, a partir de las cuales se utilizan etiquetas sociales para distinguir grupos e individuos, que establecen estatus y roles de interacción sobre las expectativas socioculturales de una colectividad, dado que una “desviación social” no es una enfermedad ya que cada cultura define el rango de lo que se considerará como normal o anormal, de acuerdo con sus propios sistemas de racionalidad que se espera desarrollen, refuercen y repro-

duzcan los individuos a través de sus representaciones y prácticas (Sánchez 1997 *op. cit.*: 17-18). De esta manera, el discapacitado al presentar déficit biológicos rebasa los límites de normalización de carácter funcional-positivo sobre el cuerpo.

ESTUDIOS SOBRE LESIÓN MEDULAR ESPINAL Y SEXUALIDAD

Los estudios sobre sexualidad en personas con paraplejia han sido realizados desde las ciencias de corte biomédico, por lo que generalmente están dirigidos a la descripción y atención de deficiencias en la respuesta sexual fisiológica, sobre todo en el hombre, encontrando investigaciones como las de Munro *et al.* (1948) y Sandowski (1976), quienes señalan que en sus muestras más del 50% de los hombres, con esta discapacidad, tienen erecciones reflejas y psicogénicas; Talbolt (1995) y Zeitlin y colaboradores (1957) comentan que las erecciones, dependiendo de su origen, manifiestan diferencias: las de tipo psicogénico pueden ser flácidas, por lo que no son aptas para el coito; mientras que las reflejas se presentan de manera inesperada o en forma de priapismo;¹⁶ asimismo, Zeitlin 1957 (*op. cit.*) y Fitzpatrick (1974) informan que pueden manifestarse, en algunos individuos, tanto la eyaculación (que se relaciona con el orgasmo físico) como el orgasmo psicogénico, o sólo uno de ellos; algunos pacientes comentaron la existencia de espasmos en el abdomen y/o las piernas careciendo de la percepción sensitiva del clímax. En el caso de las mujeres existen problemas en la lubricación e insensibilidad en genitales, pero se mantiene la posibilidad del embarazo aunque con dificultades. Con base en lo anterior se forman consensos sobre las fases de la respuesta sexual que son posiblemente afectadas de acuerdo con el nivel y forma de lesión;¹⁷ de esta

¹⁶ Es la condición biológica en la que se presenta una erección reflexogénica sostenida o de mayor duración, la cual puede llegar a dañar el cuerpo del individuo si no se controla.

¹⁷ En el caso de las lesiones por encima de la doceava vértebra dorsal o torácica (T12) se presenta erección mecánica o refleja, misma que no es percibida y cuya duración se mantiene mientras el estímulo continúe, siendo posible la erección durante el coito, la eyaculación teóricamente es viable y se considera que el orgasmo no se percibe. En lesiones intermedias entre la décimosegunda vértebra dorsal y la primera lumbar (T12-

manera, los trabajos citados se han enfocado sólo en la modificación de respuestas fisiológicas y psicosociales conformando todo un desconocimiento sobre el proceso de sexualización que experimenta el lesionado medular al reintegrarse a su vida cotidiana; en ese sentido surge la importancia de abordar este problema por medio del enfoque biocultural, que posibilite analizar el cuestionamiento del cuerpo sexuado en personas con lesión medular y vislumbrar cómo la condición discapacitante se vuelve un filtro de percepción del “otro” y del comportamiento social que deriva de observar dicha diferencia, generando, tanto en el individuo como en el grupo social al que pertenece, todo un mecanismo de atención y estrategias aplicadas a la salud; lo que en sí mismo se vuelve un problema de estudio para la antropología.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló en el estado de Colima, México, para lo que se conjuntó un grupo muestra de 50 individuos adultos (11 mujeres y 39 hombres) con lesión de médula espinal de tipo parapléjico de carácter adquirido,¹⁸ a quienes se aplicó una entrevista semiestructurada y a profundidad sobre el cuerpo, salud y sexualidad, además de realizarse un estudio etnográfico, en cuyos resultados se observaron tres ámbitos (biosocial, psicosocial y sociocultural) donde se ubican discursos normalizadores y cuestionamientos sobre el cuerpo sexuado y la condición discapacitante.

L1) se manifiestan erecciones reflejas; es difícil que aparezca la eyaculación al igual que el orgasmo. En lesiones que se localizan en la región de la primer vértebra lumbar y la quinta (L1-L5) dependerá la afectación en el ciclo de la respuesta sexual si se encuentra intacto o no el centro sacro, por lo que se pueden observar erecciones psicogénicas y reflexogénicas, con posibilidad de eyaculación y de la percepción difusa del orgasmo (Fernández 1982 (3):291-296 y NIDR-NCDDRO 1997).

¹⁸ El 94% (11 mujeres y 36 hombres) se debió a accidentes automovilísticos, por caídas de árboles o en albercas y heridas por arma de fuego; el 6% restante a causa de enfermedades adquiridas: tuberculosis ósea y neoplasias del sistema nervioso, siendo la edad media de la muestra 34.7 años, que oscila entre los 18 y 60 años al momento del estudio.

RESULTADOS

El ámbito *biosocial* se constituye por la gama de cambios anatómico-fisiológicos que experimenta el cuerpo al adquirir una lesión medular parapléjica, lo cual implica que el individuo perciba las capacidades biológicas actuales y se replantee las condiciones de su cuerpo, salud, sexualidad y realidad social. De acuerdo con Herzlich (1973), el total de las personas entrevistadas se preguntan ¿por qué a mí?, y/o ¿por qué ahora?, concibiéndose esta situación como una enfermedad llamada “discapacidad”, razón por la cual se aprecia inicialmente como una adversidad y falta de salud, donde se confunde su origen, codificación y permanencia.

Manifiestan que la adecuación comienza a partir del momento mismo en que se tiene la noción de las consecuencias de la lesión, y se sabe que va estar involucrado en un proceso de recuperación física¹⁹ en el que se espera contar con rehabilitación; asimismo, las capacidades y secuelas se estabilizan aproximadamente a los seis meses. Sin embargo, otros consideran que su estado de salud no se recupera porque la sensibilidad, movilidad y fuerza quedan muy disminuidas, y al requerir de auxiliares como muletas, andaderas, camas y sobre todo de sillas de ruedas, la imagen “normal” del cuerpo²⁰ que se tenía se va alejando. El 98% de la muestra no contó con información y reconocimiento de capacidades sexuales, percatándose de manera personal sobre los problemas adquiridos en su respuesta sexual, control de esfínteres, la posibilidad de tener hijos y el control y movilidad en el ejercicio de sus prácticas sexuales.

Al reconocer que el cuerpo y la sexualidad, antes de la lesión, eran valorados (en un 98%) a través de la percepción visual de la respuesta sexual, tomamos algunos indicadores a partir de los cuales los individuos iniciaron el reconocimiento de su cuerpo y sus capacidades comparándolas con prácticas anteriores, destacando *la masturbación*, en la que se encontraron diferencias por género relacionadas con los procesos de

¹⁹ Esta va de entre dos meses hasta un año y medio.

²⁰ “La representación que forma el individuo mentalmente de su cuerpo, que no es sólo una sensación o imaginación sino, la forma en que se nos aparece a partir de un esquema corporal... que es siempre en cierto modo, la suma de las imágenes corporales de la comunidad entera” (Schilder 1994: 258).

socialización, pues el 84.6% de los hombres la realizaban de manera frecuente antes de la lesión; mientras que sólo el 43.5% lo habían intentado después de la misma. El 36.36% de las mujeres la había practicado antes y sólo el 18.18% después de la lesión; en ambos casos, la acción se volvió ocasional o se nulificó, argumentando que no tenía sentido. En *la primera relación sexual con y sin coito* se encontró que su realización después de la lesión se da en un periodo que va desde los dos meses hasta los cinco años, sin existir diferencias significativas por sexo. Algunos pensaban que no iban a presentar ningún problema físico y particularmente los hombres que no habían experimentado relaciones sexuales previas indicaban que no tenían interés de tenerlas. *El ejercicio sexual* depende del éxito en la búsqueda y obtención de pareja, de tener alguna estable o recursos económicos para frecuentar la relación o pagar sexo-servicio en el caso de hombres (las prácticas sexuales son espaciadas, las mujeres reportan que varía de ocho a treinta días, cuando se tiene pareja, y los hombres de seis meses a más de un año). Las llamadas “técnicas sexuales”²¹ cambiaron, ahora toman en cuenta algunas que no exigen un esfuerzo físico considerable, incrementándose el uso de la posición horizontal, el coito manual y el bucogenital, y prefieren entablar relaciones con personas “normales” o con otra discapacidad que no sea la paraplejía.

Manifiestan que los problemas de respuesta sexual, control de esfínteres, falta de movimiento y sensibilidad son condicionantes del ejercicio sexual; *la continuidad del ejercicio sexual* se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres, probablemente por el manejo del estrés que es diferencial por género y marca la pauta de valoración de la expresión y genitalidad del cuerpo sexuado. Esta diferencia de género se observa en las investigaciones que comentan que el hombre sufre más impacto en su imagen de virilidad ante la pérdida de la erección y eyaculación, por lo que tiene que recurrir a la reproducción asistida y desfocalizar la genitalización; la mujer, en su feminidad, casi no se ve alterada pues no pierde el ciclo menstrual y por ende su capacidad reproductiva.

²¹ Nos referimos con técnicas sexuales a las prácticas (posiciones y usos del cuerpo sexuado) que se llevan a cabo de manera individual o en pareja.

Estos cambios que se originan por la lesión medular modifican el esquema corporal²² así como la interacción social, ya que el déficit funcional es visto como un padecimiento y la condición discapacitante como una enfermedad permanente, donde el estatus y movilidad social del individuo se ven mermados debido a las adecuaciones de terceros para apoyar actividades para el traslado y la suficiencia personal. Asimismo, la protección o negación familiar, los costos económicos, la posibilidad de establecer redes sociales de convivencia, los problemas arquitectónicos para el fácil y libre desplazamiento y finalmente la interdependencia serán situaciones que tendrán que enfrentar. Elementos que el grupo manifiesta como punto de partida para interpretar sus procesos de socialización y condicionantes en sus expectativas sexuales.

En el ámbito *psicosocial* el individuo se cuestiona la aceptación de su nueva condición, que es permanente y afecta la imagen del cuerpo, personalidad y estatus en el ámbito familiar, grupo de iguales²³ y sociedad en general, lo que permea una amplia gama de psicoafectividades. Los individuos manifiestan que el cuestionamiento aparece a través de sentimientos como: vergüenza, enojo contra sí mismo, hacia el causante de la lesión y la sociedad al percibir lo complicado de la situación; además de una profunda frustración y percepción de “no utilidad”, lo que los lleva a tener miedo a relacionarse por el probable rechazo que puedan ocasionar. Sentimientos que han desembocado en diversas conductas, desde el temor a salir, ser diferente y sin iniciativa hasta experimentar intentos o pensamientos de suicidio (como sucedió en un 32% de la muestra), vivir aislado, no aceptar la condición discapacitante, tener la esperanza de volver a caminar, intentar salir adelante y adaptarse a su nueva situación, esforzarse en su cuidado personal y estado mental hasta representarse como mejores que el resto de las personas porque consideran que se esfuerzan más en todo lo que hacen. Todos estos sentimientos y actitudes ocasionados ante la adecuación a la condición discapacitante se canalizan en acciones de dependencia o

²² “El esquema corporal se refiere a la manera de percibir el cuerpo a través de sus formas y funciones, es decir, su conformación o estructuración (ejemplo: cabeza, tronco y extremidades, sin variaciones o alteraciones)” (Peña 2003b:39).

²³ Se refiere al conjunto de individuos que se identifican entre sí por compartir algunas características en común.

interdependencia, que nos permiten contextualizar la apertura de espacios y equiparación de oportunidades que la sociedad brinda a personas con discapacidad para aminorar el impacto de esta experiencia y reconceptualizar su noción de cuerpo, salud, roles sociales y sexualidad después de la lesión medular, pues estos elementos se encuentran, al mismo tiempo, en un entorno sociocultural que contiene discursos al respecto y estereotipos que condicionan la representación de lo “normal”, deseable, atractivo o erótico, donde la autoadscripción y autodenominación positiva o negativa será un eje impulsor de su integración social.

En el *ámbito sociocultural* los individuos comentan que ante el hecho de que la discapacidad es una situación excepcional la sociedad brinda opciones de integración,²⁴ como apoyo económico, enseñanza de oficios, trabajos específicos, prácticas deportivas, convivencias y desarrollo de actividades culturales. Sin embargo, pensar lo anterior es aceptar “ser discapacitado”, lo que automáticamente los relaciona con otras personas con capacidades diferentes, espacios nuevos, símbolos particulares y hasta algunas expresiones lingüísticas del grupo. Es decir, encuentran un nuevo parámetro de normalización categorizado en la política como “grupo vulnerable”, que provoca el replanteamiento colectivo de la noción de cuerpo, salud, sexualidad, roles y en algunos casos de identidad.²⁵ En este sentido, gran número de individuos visualizan su discapacidad como identidad de grupo, mientras que otros la viven como un cambio de estatus y roles, puesto que la forma en que la sociedad los aprecia e integra cambia a la par de su situación, cargando con los prejuicios²⁶ y estigmas de otros, a la vez que luchan contra los propios de su condición discapacitante.

Asimismo, los individuos que conformaron la muestra expresaron enfrentar una serie de barreras en los siguientes aspectos:

Socioeconómico: el 50% no cuenta con ingresos propios, el restante oscila entre dos y tres salarios mínimos. En cuanto al tipo de ocupación,

²⁴ Incorporación de elementos sociales que permitan la tolerancia, igualdad de oportunidades y opciones de desarrollo a todos los miembros de un grupo social.

²⁵ La identidad integra el punto de vista de sus actores sociales sobre su unidad, ubicación en el mundo y límites (Giménez 1996).

²⁶ La noción de prejuicio es indicativa de la opinión o juicio preconcebido y arbitrario atribuido a una persona o grupo.

el 52% no tiene ninguna, el 24% es comerciante dentro de su casa o ambulante, 14% tiene algún taller de reparación de aparatos eléctricos, venta de artículos perecederos o son empleados de gobierno, el 6% son amas de casa y el 4% estudiantes. La vivienda es generalmente de la familia o prestada.

Sociodemográfico: el 60% son solteros, 34% casados, 4% se divorciaron pos lesión y 2% viven en unión libre; sin embargo, la falta de bienes inmuebles propios, en la mayoría de los casos, no contar con una pareja estable y la necesidad de compañía y ayuda para el sustento e higiene condicionan el hecho de que estas personas con lesión de médula espinal vivan acompañados por sus padres, familiares, parejas o amistades.

Infraestructura: la falta de adaptaciones arquitectónicas no facilita el desplazarse en silla de ruedas (camino empedrados o vivir en superficies irregulares) y hay carencia de programas integrales de rehabilitación que prevean los procesos de socialización y sexualidad y que faciliten la equiparación de oportunidades. En cuestión de salud existen los centros CREE y el Instituto Colimense de la Discapacidad, así como asociaciones de discapacitados y fomento al deporte, y finalmente,

Interacción social: acción que se dificulta, pues al vivir con personas de las que dependen, éstas, de alguna manera, adquieren una jerarquía que condiciona la toma de decisiones, por lo que se tiende a sobreproteger y negar la discapacidad, lo que condiciona los procesos de socialización, cambio de estatus, establecimiento de amistades, grupos de iguales e intimidad (sólo el 24% pertenecen a asociaciones de discapacitados, lo que les ha permitido tener algún trabajo, practicar deportes adaptados, relacionarse, convivir y tener la oportunidad de buscar parejas). Existen pocos casos que viven en total aislamiento, quienes, desde hace cinco a diez años aproximadamente, no han tenido contacto fuera de su casa e incluso no han dejado la cama.

A través del análisis de estos ámbitos se puede afirmar que la interpretación de la convivencia sexual-erótica²⁷ en la discapacidad también

²⁷ Construcción donde el individuo tiende a reconocer en sí y en otros las posibilidades de percibir y generar placer, las cuales pueden ser diversas y variables, inclusive no ser compartidas.

se adecua y se dinamiza, a la par o no de los discursos “sexualizantes” de dirección ideológica, civil y salubre, entre otros, que pueden legitimar o perseguir las manifestaciones sexuales, pues cada grupo social estructura sus formas de organización, genera sus instituciones y finalmente clasifica y valora a sus individuos, a través de una sexo-política²⁸ que introyecta una conciencia de poseer un sexo y una sexualidad direccionalizada.

EL CUERPO Y SUJETO SEXUADO CON LESIÓN DE MÉDULA ESPINAL

Con base en la investigación realizada, se observó una serie de elementos que intervienen en el proceso de sexualización y su cuestionamiento en la paraplejia; este proceso implica discursos sexualizantes biomédicos e ideológicos que marcan pautas consensuadas social y culturalmente, a partir de las cuales se representa el cuerpo sexuado y determinadas prácticas, de acuerdo con criterios de normalización, que marcan en los individuos una experiencia sexual; sin embargo, cuando el cuerpo se ve sometido a un cambio biológico que rompe el estereotipo e ideal de normalidad y salud en términos socioculturales, devienen procesos de adecuación²⁹ al nuevo esquema corporal y su interpretación social, que implica modificación en la conceptualización de la imagen corporal, pérdida de estatus social, limitaciones en sus roles y en general afectación de su interacción social y de las formas de subsistencia (figura 1).

Al alterarse las nociones previas a la lesión sobre el cuerpo se tiende a reconceptualizar el estereotipo de lo que es estético, funcional, productivo y generador de placer, lo que trae como consecuencia que se cuestione lo que hasta entonces se consideraba como ideal de cuerpo sexuado, así como ciertas prácticas y representaciones que eran ratificadas por la ideología, la moralidad, la ciencia, la política, economía y medios de comunicación, presentándose, en contraste, barreras sociocul-

²⁸ La identidad sexo-política es también llamada la conciencia de poseer un sexo y una sexualidad normalizada o politizada por el contexto sociocultural (Lizarraga 1987: 387) que da paso a la sexo-genérica.

²⁹ En este caso, conjunta las estrategias que genera el individuo para explicar su condición, situaciones y problema, enfocadas a generar redes de interdependencia social que solventen sus necesidades y produzcan expectativas.

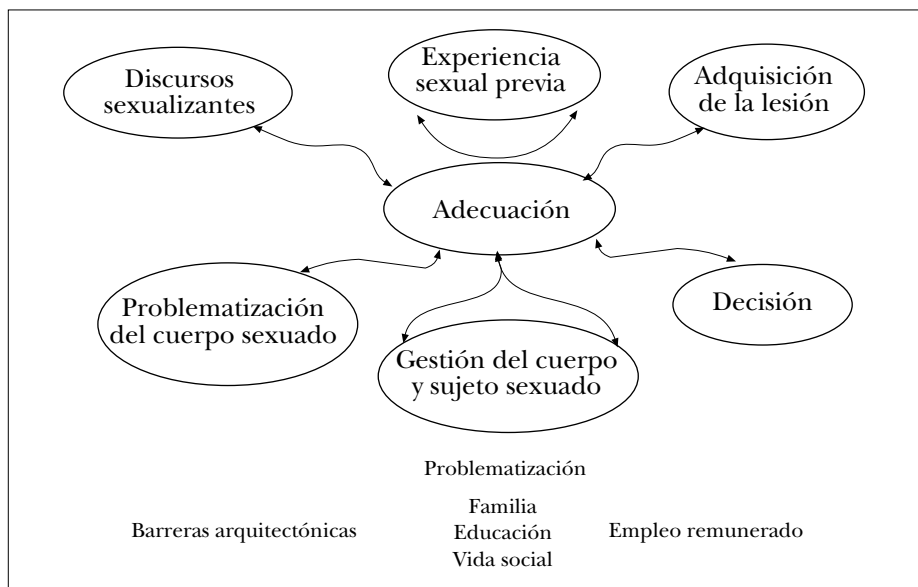


Figura 1. Elementos que intervienen en el proceso de reconceptualización de la sexualidad en el parapléjico.

turales para su adecuación (la familia, falta de espacios de interacción e integración social, así como la reticencia de los individuos a convivir y relacionarse social y sexualmente, la inexistencia de oportunidades educativas y empleos remunerados estables que les permitan tener mejores condiciones de vida y acceso a servicios necesarios), pues aunque se encuentra sano y con capacidades residuales óptimas que le permitan su desempeño, la organización social provee atractivas oportunidades sólo a personas que cumplen los estereotipos y caminen por la normalización. Dentro de este contexto social, el individuo percibe en su entorno una violencia simbólica basada en su condición, que suele ser proteccionista o segregacionista, generadora de presiones y estrés que incitan a integrarse en la medida de sus posibilidades.

De acuerdo con Plummer (1991), la manera como los humanos, y particularmente los personas con discapacidad, pretendemos resolver nuestros problemas sociales que se generan en torno a la variedad y diversidad de las prácticas y representaciones sexuales se centran principalmente en el silencio o secreto, en la cura terapéutica,

en la neutralización de la conducta, omitiendo su significado, culpabilizando a los estereotipos o a la estigmatización social, y por último se encuentra la dirección hacia establecer una conducta adaptativa de interdependencia, en la que seguramente se ubica una categoría adecuada de autoadscripción y aceptación.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de la comunicación se plasma el cuestionamiento que las personas con lesión medular espinal hacen de los procesos de sexualización, observándose que los individuos están sometidos a una gran variedad de discursos, sobre todo en cuanto a la salud, que se convierten en filtros interpretativos que marcan la pauta de aproximación al cuerpo y la sexualidad, donde existen representaciones hegemónicas sobre el cuerpo sexuado que ofrecen como máxima el “cuerpo sano, productivo y reproductivo”, el cual sirve de base para generar estereotipos normalizadores de roles genéricos, estatus, determinadas prácticas sexuales y expectativas sociales. Esquema consensuado que se cuestiona debido a la modificación de funciones corporales, consecuencia de la condición discapacitante que rompe la norma biológica-funcional-positiva, pues al existir un severo déficit motor y sensitivo se replantea la forma como se concibe el cuerpo, debido a los cambios que se presentan en la locomoción (al no existir control voluntario de algunas partes del cuerpo, particularmente del pecho o cintura hacia abajo), la pérdida de sensibilidad táctil (que se ve disminuida o incluso nulificada en las zonas donde se localiza e irradia la lesión), la falta de respuestas específicas con respecto a la erección (en hombres) y lubricación (en mujeres), aunado a la falta de control de esfínteres que, en algunos casos, trae como resultado la afectación de la respuesta sexual en su expresión fisiológica, al igual que la capacidad reproductiva con respecto a la eyaculación y la ausencia de sensaciones al alumbramiento, entre otras, lo que determina asistencia médica. La manifestación de las alteraciones en estos aspectos se constituyen como referentes visibles del estado de salud, y la consecuente denominación medicalizada de “parapléjico”, así como el problema social de ser visto diferente y enfermo aunque se esté sano. Esta categoría es adjudicada en pos de un

esquema corporal con base en la salud y una imagen estereotipada del cuerpo, situación que es cuestionable desde la bioética debido a la integración que se pretende dar al individuo a través de una condición estigmatizada de discapacidad-enfermedad.

REFERENCIAS

FERNÁNDEZ Y DE LA BORBOLLA, R.

- 1982 Enfermedades y sexualidad, *La educación de la sexualidad humana*, tomo III, Familia y sexualidad, Consejo Nacional de Población, México.

FITZPATRICK, W. F.

- 1974 Sexual function in the paraplegic patient, *Archives physical medicine and rehabilitation*, 55, May: 221-227.

FOUCAULT, M.

- 1973 *La voluntad del saber. Historia de la sexualidad*, tomo I, Siglo XXI, México.

GIMÉNEZ MONIEL, G.

- 1996 La identidad social y el retorno del sujeto en sociología, L. Menéndez Mercado (coord.), *Identidad: análisis y teoría, simbolismo, sociedades complejas, nacionalismo y etnicidad*, III Coloquio Paul Kirchoff, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

HERZLICH, C.

- 1973 *Health and illness. A social psychological analysis*, Academic Press, Nueva York, E. U. A.

LIZARRAGA CRUCHAGA, X.

- 1987 La identidad sexo-genérica: un continuo, *Memorias del III Coloquio Internacional Juan Comas 1984*, Asociación Mexicana de Antropología Biológica-Instituto Nacional de Antropología e Historia-Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Autónoma de México, México: 383-403.
- 1997 La antropología física y sus circuitos, *IX Congreso internacional de Antropología Física Juan Comas*, Querétaro, México.

MUNRO, D., H.W. HORNE Y D. PAUL

- 1948 The effect of injury to the spinal cord and cauda equina on the sexual potency of men, *Journal of medicine*, vol. I, núm. 239, Dec.: 903- 911.

NIDR-NCDDRO.

- 1997 *Disability the heart National Institution on Disability and Rehabilitation & National Center the Dissemination of Disability Research Updated*, <http://www.desiability/rehabilitation.html>, agosto, Estados Unidos de América.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 1975 *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la Salud*, Organización Mundial de la Salud.

- 1983 *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías*, Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad, INSERSO.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

- 1989 *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad*, reimpresso por el Partido Revolucionario Institucional, México.

OSORIO CARRANZA, R. MA.

- 1994 *La cultura médica materna y la salud infantil: sistema de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, tesis maestría en antropología social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

PEÑA SÁNCHEZ, E. Y.

- 2003^a Entre los entornos discursivos y la materialidad del cuerpo sexuado: la discapacidad y la sexualidad, *Diario de campo: diversidad sexual*, Coordinación Nacional de Antropología, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Suplemento núm. 26, agosto: 39-44.
- 2003^b *El entorno del discapacitado y sus sexualidades*, EDUFAM-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

PLUMMER, K.

- 1991 La diversidad sexual: una perspectiva sociológica, M. Delgado Ruiz (coord.), *La sexualidad en sociedades contemporáneas*, Fundación Universitaria Empresa, Madrid, España.

SÁNCHEZ ESCOBEDO, P. ET AL.

- 1997 *Compendio de educación especial*, El manual moderno, S.A. de C. V., México.

SANDOWSKY, C.

- 1976 Sexuality and the paraplegic, *Rehabilitation literature*, vol. 37, núm. 10-11, nov.-dic.: 322-327.

SCHILDER, P.

- 1994 *Imagen y apariencia del cuerpo*, Paidós, México.

TALBOLT, H.

- 1995 The sexual function in paraplegic, *Journal of urology*, vol. 73, núm. 1, jan.: 91-100.

VARGAS GUADARRAMA, L. A.

- 1999 Las ciencias naturales en Mesoamérica y la forma en que se aplicaron en la alimentación, *Las ciencias naturales en México*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Fondo de Cultura Económica, México: 35-60.

VENDRELL FERRÉ, J.

- 1999 *Pasiones ocultas. De cómo nos convertimos en sujetos sexuales*, Ariel, Barcelona, España.

ZEITLIN A. B., T. L. COTTRELL AND F. LLOYD

- 1957 Sexology of the paraplegic male, *Fertil steril*, vol. 8, núm. 4, july-aug.: 337-344.

