

2009

Sexualidad- Manual de enseñanza para el paciente y la familia sobre lesiones de la médula espinal

Thomas Jefferson University Hospital and Magee Rehabilitation
Regional Spinal Cord Injury Center of the Delaware Valley, Susan.Sammartino@jefferson.edu

Follow this and additional works at: https://jdc.jefferson.edu/spinalcordmanual_esp



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

[Let us know how access to this document benefits you](#)

Cita Recomendada

Thomas Jefferson University Hospital and Magee Rehabilitation, "Sexualidad- Manual de enseñanza para el paciente y la familia sobre lesiones de la médula espinal" (2009). *Manual de Lesión de la Médula Espinal (Español)*. Papel 17.

https://jdc.jefferson.edu/spinalcordmanual_esp/17

This Article is brought to you for free and open access by the Jefferson Digital Commons. The Jefferson Digital Commons is a service of Thomas Jefferson University's [Center for Teaching and Learning \(CTL\)](#). The Commons is a showcase for Jefferson books and journals, peer-reviewed scholarly publications, unique historical collections from the University archives, and teaching tools. The Jefferson Digital Commons allows researchers and interested readers anywhere in the world to learn about and keep up to date with Jefferson scholarship. This article has been accepted for inclusion in *Manual de Lesión de la Médula Espinal (Español)* by an authorized administrator of the Jefferson Digital Commons. For more information, please contact: JeffersonDigitalCommons@jefferson.edu.



Jefferson | Magee Rehabilitation

Regional Spinal Cord Injury Center of the Delaware Valley
NIDRR-designated

Manual sobre Lesiones de la Médula Espinal

Una publicación de
Regional Spinal Cord Injury Center
of the Delaware Valley



Manual de enseñanza para el paciente y la familia sobre lesiones de la médula espinal

**Una publicación de
Regional Spinal Cord Injury Center of the
Delaware Valley**

Investigado y preparado por el personal clínico
de Thomas Jefferson University Hospital y
de Magee Rehabilitation Hospital

Disponible en línea en:

www.spinalcordcenter.org

La traducción al español de este manual fue
posible gracias al generoso apoyo de la Fundación
Craig H. Neilsen, Valley Village, California.

© 1993, 2001, 2009 Thomas Jefferson University. Esta publicación es propiedad de Thomas Jefferson University. Todos los derechos reservados. Este Manual está destinado al uso en un sistema total de atención que cumpla con todos los estándares de CARF vigentes para los Centros de SCI. Ni Thomas Jefferson University Hospital ni Magee Rehabilitation Hospital son responsables de ninguna obligación, reclamación, demanda ni daño que se afirme sea el resultado directo o indirecto de la información incluida en el presente. El uso o la reimpresión de cualquier parte de este manual deben ser autorizados explícitamente por Thomas Jefferson University.

Dedicatoria

El Comité del Manual de Regional SCI Center of the Delaware Valley desea expresar su profundo agradecimiento por el arduo trabajo y la dedicación de todas las personas que colaboraron para la realización de este manual.

Lori Bennington, RN
Amy Bratta, MPT
Sharon Caine, PT
Catharine M. Farnan, RN, MS, CRRN, ONC
Dawn Frederickson, BSN
Karen Fried, RN, MSN, CRRN, CCM
Colleen Johnson, PT, NCS
Nicole Krafchek, PT
Cynthia Kraft-Fine, RN, MSN
Marlene Kutys, MSW
Linda Lantieri, PT, ATP
Frank Lindgren
Mary Grace Mangine, OTR/L
Dina Mastrogiovanni, OTR/L, ATP
Vilma Mazziol, LPC
John Moffa, RT
Mary Patrick, RN (**Editor**)
Evelyn Phillips, MS, RD, LDN, CDE
Marie Protesto, RN
Julie Rece, RN, MSN, CRRN, CWOCN
Katheleen Reidy, PhD
Jessica Rickard, CTRS
Margaret Roos, PT, DPT, MS
Susan Sakers Sammartino, BS
Mary Schmidt Read, PT, DPT, MS (**Editor**)
Patricia Thieringer, CTRS
John Uveges, PhD
Cheryl West, MPT

Esta publicación cuenta con el apoyo de Thomas Jefferson University, un subsidio del Instituto Nacional de Investigación sobre Discapacidad y Rehabilitación (National Institute on Disability and Rehabilitation Research, NIDRR, por sus siglas en inglés) de la Oficina de Educación Especial y Servicios de Rehabilitación (Office of Special Education and Rehabilitative Services, OSERS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Educación de EE. UU., Washington, D.C. y de Geoffrey Lance Foundation.

Sexualidad

Introducción	1
Sexualidad	1
Imagen corporal	1
Autoestima	2
Cómo mejorar su apariencia	2
Creencias y valores	3
¿Cómo puedo sentirme más hombre/mujer?	3
Citas	4
¿Quién me encontrará atractivo?	4
¿Cuándo le digo a mi pareja sobre el alcance de mi lesión?	4
¿Cómo hago para que las personas vean más allá de la silla de ruedas? ..	5
¿Cómo encuentro pareja?	5
Funcionamiento sexual	6
Anatomía normal del funcionamiento sexual: Hombres	6
Anatomía normal del funcionamiento sexual: Mujeres	8
Ciclo de respuesta sexual	9
Cambios por una disfunción de la médula espinal que afectan tanto a hombres como a mujeres	11
Cambios en las sensaciones	12
Cambios en los movimientos	12
Afectación del intestino y de la vejiga	12
Espasticidad	13
Medicamentos	13
Disreflexia autonómica	14
Depresión	14
Capacidad para tener un orgasmo	14
Sexo más seguro	15
Cambios por disfunción de la médula espinal que afectan a los hombres	15
Función eréctil	15
Control de las erecciones	17
Medicamentos orales	17
Medicamentos inyectables	18
Anillos de tensión	19
Dispositivos de vacío	19
Función eyaculatoria	20

Obtención de esperma	21
Estimulación vibratoria peniana (PVS)	22
Electroejaculación con sonda rectal (RPE).	23
Obtención por aspiración con aguja.	23
Problemas con la obtención de esperma	24
Disreflexia autonómica	24
Eyaculación retrógrada	24
Calidad del semen.	24
Cambios por lesiones de la médula espinal que afectan a la mujer	25
Interrupción del ciclo menstrual (menstruación)	25
¿Cómo manejo mi ciclo menstrual (menstruación)?	26
Lubricación	26
¿Cómo manejo una lubricación insuficiente?	27
Anticoncepción (control de la natalidad)	27
Embarazo	30
Menopausia.	33
Cómo mantener su salud sexual	33
Prueba de Papanicolaou	33
Autoexámenes de los senos.	34
Autoexámenes testiculares	35
Exámenes prostáticos	35
Conclusión.	35
Glosario	36
Referencias	38
Sitios web.	38

Sexualidad

Introducción

En esta sección, aprenderá cómo las disfunciones de la médula espinal pueden afectar la forma en que se siente respecto de usted mismo, como hombre o como mujer, y la forma en que las disfunciones de la médula espinal pueden afectar su funcionamiento en el aspecto sexual. Es posible que, en este momento, recibir información sobre la sexualidad, el funcionamiento sexual, el control de la natalidad, la disfunción eréctil y la posibilidad de tener un bebé sea importante para usted, o es posible que prefiera dejar de lado estas cuestiones y pensar al respecto en otro momento. En cualquier caso, esta información es solo un punto de partida. No dude en hacer preguntas y compartir sus preocupaciones y pensamientos con el personal. Si el personal no sabe las respuestas a sus preguntas, encontrará a alguien que las sepa.

Sexualidad

Cuando escucha la palabra *sexualidad*, ¿en qué piensa? Para algunas personas, significa “tener sexo”. Para otras, incluye pensamientos y sentimientos sobre la imagen corporal, la autoestima, la apariencia, las habilidades para la comunicación, las creencias y los valores, las relaciones y la función sexual. Las definiciones de sexualidad varían de una persona a otra, y no hay definiciones correctas ni incorrectas. El diccionario Webster define la sexualidad como “la cualidad de ser sexual”. Pero ¿qué significa esto? Todo aquello que lo haga sentir una persona sexual forma parte de la definición de esa palabra.

Ahora analicemos qué significan algunos de estos otros conceptos.

Imagen corporal

La imagen corporal es un término que probablemente haya escuchado con mayor frecuencia desde su disfunción de la médula espinal que en cualquier otro momento de su vida. Es un término psicológico que se refiere a cómo percibe su cuerpo y cómo se siente respecto de él. Lo más probable es que, desde su lesión, se hayan producido algunos cambios visibles en su cuerpo. La manera en que incluya estos cambios en su vida diaria forma parte de la adaptación a su lesión.

Con frecuencia, después de una lesión de la médula espinal, es posible que no se sienta muy bien respecto de usted mismo. Puede resultarle difícil mirarse en el espejo y ver cómo ha

cambiado. Dese algo de tiempo para acostumbrarse a la “nueva” persona que ve cuando se mira en el espejo. Piense qué cosas podrían ayudarlo a sentirse mejor respecto de lo que ve en el espejo. ¿Un corte de cabello, un cambio en el maquillaje o un cambio de vestimenta lo harían sentir mejor respecto de lo que ve al mirarse en el espejo? ¿Qué le parece un cambio de postura o peso (adelgazar o engordar)? Todo aquello que lo haga sentir mejor respecto de quién es usted y cómo se ve lo ayudará a mejorar su imagen corporal.

Cómo mejorar su apariencia

Desde muy pequeños, nos enseñan que las personas jóvenes y hermosas son nuestro modelo a seguir. Las sillas de ruedas, las ortesis, los catéteres y la dependencia no forman parte de esta imagen.

Es importante tomarse algo de tiempo para pensar sobre lo que valora en usted mismo y en los demás. Luego, comience a trabajar lentamente para cambiar aquello que puede cambiar. Recuerde, no todo puede cambiarse de la noche a la mañana.

Debe comenzar a pensar acerca de los aspectos que le gustan de usted. No es necesario que su cabello, la vestimenta que usa y el maquillaje cambien simplemente porque usted se encuentra en una silla de ruedas.

La forma en que usted se presente le indica al mundo cómo se siente respecto de usted mismo. Si se ve bien, los demás se darán cuenta.

Autoestima

La autoestima es el valor que se atribuye a usted mismo como persona. Incluye la confianza que tiene en sí mismo, así como la actitud que tiene respecto de usted mismo. Después de una disfunción de la médula espinal, es posible que su confianza se debilite. Encontrarse de repente dependiendo de otros, incluso aunque sea temporalmente, va en contra de todo lo que nos han enseñado. Lleva tiempo acostumbrarse a pedir ayuda. Le recomendamos que comience con personas en quienes confíe y que, de a poco, comience a aprender cómo pedir ayuda a aquellas personas que no conozca tanto. Use el tiempo de rehabilitación para comenzar a adquirir esta capacidad. Y, más importante aún, tómese el tiempo necesario para aprender cómo pedir ayuda de manera cortés, clara y firme. Todas estas cosas lo ayudarán a recuperar el control de su vida y harán que comience a sentirse mejor respecto de su persona.

Por último, concéntrese en sus fortalezas y las cosas que sí **puede** hacer. Resulta mucho más fácil señalar las cosas que ya no puede hacer. Haga una lista de las cosas que le gustan sobre usted y lo que ha logrado desde su lesión. Apóyese en sus fortalezas y tenga en cuenta todo aquello sobre lo que puede sentirse bien. Recuerde estas cosas con frecuencia y, de a poco, descubrirá que son más los aspectos que le gustan que los que no le gustan.

Creencias y valores

Sus creencias sobre la sexualidad y el funcionamiento sexual pueden afectar cómo se siente respecto de usted mismo en este momento. Nuestros antecedentes culturales, creencias religiosas, educación, valores familiares y los valores de nuestros amigos afectan nuestro sistema de creencias. Sufrir una discapacidad puede afectar este sistema de creencias. Si lo que valora es alguien que “lo tiene todo”, es posible que sienta que ya no pertenece a esta categoría. Si cree que tiene algunas cualidades que lo hacen una buena persona independientemente de su discapacidad, es posible que se sienta mejor respecto de usted mismo. Después de una lesión de la médula espinal (SCI, por sus siglas en inglés), es común sentirse confundido respecto de sus valores y creencias.

Tal vez deba hablar con un profesional, religioso o amigo de confianza para que lo ayuden a resolver algunas de estas cuestiones.

¿Cómo puedo sentirme más hombre/mujer?

Una disfunción de la médula espinal no lo hace menos persona. Sin embargo, muchas personas dudan de sí mismas. Tómese el tiempo necesario y analice lo que usted cree que lo hace hombre/mujer. Si bien nuestros pensamientos sobre esta cuestión pueden incluir los músculos, el cuerpo, las actividades que disfrutamos y nuestros órganos sexuales, estos son solo símbolos de quiénes somos. Su masculinidad y feminidad implican mucho más que eso. Nuestra masculinidad y feminidad se reflejan en todo lo que hacemos, decimos y somos. Forma parte de nuestra personalidad y de la manera en que nos relacionamos con los demás. No es necesario que estas cuestiones cambien después de un traumatismo de la médula espinal.

Citas

La idea de tener una cita ahora que tiene una discapacidad puede ser muy atemorizante para usted. Algunas preguntas que puede tener incluyen: ¿Quién me encontrará atractivo?, ¿cuándo explico el alcance de mi lesión?, ¿cómo hago para que las personas vean más allá de la silla de ruedas? y ¿cómo encuentro pareja?

No hay respuestas correctas ni incorrectas a estas preguntas. Analicemos cada una de ellas y veamos qué pueden sugerir otras personas como soluciones para resolver estos posibles problemas.

¿Quién me encontrará atractivo?

Pensar que uno no es suficientemente bueno o que no merece encontrar a alguien con quien tener una relación es muy común. También es negativo. Si no se valora a usted mismo, tampoco lo valorarán los demás. También puede ponerse en peligro de atraer a parejas abusivas.

Es muy importante comprender que cada persona tiene sus fortalezas y debilidades. Las discapacidades por lesiones de la médula espinal no cambian esto. Hable con otras personas que hayan vivido las mismas cosas que usted está viviendo ahora, participe en un grupo de apoyo, hable con sus amigos y familiares. Comience a ir a los lugares que disfrutaba antes de su lesión. Todas estas sugerencias pueden ayudarlo a adquirir confianza en sí mismo. La belleza es algo subjetivo. Lo que una persona encuentra atractivo, para otras puede no serlo. Sin embargo, la mayoría de las personas perciben la confianza como una característica atractiva.

Cuando comience a sentirse bien respecto de usted mismo, los demás también comenzarán a querer estar con usted.

¿Cuándo le digo a mi pareja sobre el alcance de mi lesión?

Por lo general, las discapacidades por lesiones de la médula espinal son visibles. Es posible que se encuentre contándole a su pareja sobre el efecto que tiene su discapacidad en ciertas partes del cuerpo al comienzo de la relación. Puede sentir que otros aspectos de su discapacidad son personales y es posible que prefiera hablarlos a medida que avance la relación. Busque el momento oportuno para hablar con su pareja. Responda de forma honesta las preguntas a medida que surjan. Mantenga los canales de comunicación abiertos. Y no abrume a su pareja con detalles que aún no esté lista para manejar. Recuerde, le

llevó un tiempo sentirse cómodo con su nuevo cuerpo. Su pareja se merece el mismo respeto.

¿Cómo hago para que las personas vean más allá de la silla de ruedas?

Verse bien y sentirse bien respecto de usted mismo es, definitivamente, un buen comienzo. Desarrolle su propio estilo. Decida qué vestimenta, peinado y maquillaje lo hacen sentir mejor respecto de usted mismo. Si usted cree en quién es usted, puede transmitir su belleza a los demás. Hable con otras personas que hayan estado en situaciones similares y obtenga ideas de ellas.

Es posible que necesite ser un poco más sociable y amigable. Inicie conversaciones con otras personas. Anime a los demás a conocerlo. Salga y realice actividades: haga deportes, vaya al cine, ofrécase como voluntario, o vuelva a trabajar o a estudiar. Comparta sus intereses con otras personas. Si les demuestra a los demás que es alguien a quien vale la pena conocer, es posible que se desarrollen relaciones. Puede llevarle un tiempo acostumbrarse a este estilo. Puede haber ocasiones en las que se sienta frustrado. Pero, es importante seguir intentándolo.

¿Cómo encuentro pareja?

Cómo encontrar pareja es una pregunta que se hace con frecuencia. Lo que muchas personas han descubierto es que los mismos lugares que funcionaban antes de su discapacidad pueden funcionar después de su discapacidad. Salga y vaya al supermercado, al centro comercial y participe en actividades. Asista a clases, ofrécase como voluntario, participe en forma activa en la iglesia/sinagoga, participe en un club de pasatiempos. ¡Vuelva a vivir a pleno!

Es posible que se sienta más cómodo si sus familiares o amigos lo acompañan en sus primeras salidas. Una vez que se acostumbre a estar en público, intente visitar sitios nuevos, lugares que haya querido visitar pero nunca tuvo la oportunidad de hacerlo. Entable conversaciones con otras personas.

Tenga en cuenta que, independientemente de dónde vaya, las personas sentirán una curiosidad natural por usted y su lesión. Piense qué desea compartir y hágalo de manera amigable y abierta. Muchas personas han afirmado que se sienten cómodas compartiendo algunos aspectos de su discapacidad con cualquier persona y manteniendo algunas partes de su

discapacidad en privado. Cada persona desarrolla su propio estilo y su propia forma de manejar las preguntas. Pruebe diferentes formas hasta que se sienta cómodo respecto de su persona.

Funcionamiento sexual

La disfunción de la médula espinal provoca cambios en el funcionamiento sexual en la mayoría de las personas. Dado que la lesión de cada persona es diferente, tenga en cuenta que los cambios que experimenta también son diferentes. Antes de que hablemos sobre cómo la disfunción de la médula espinal afecta el funcionamiento sexual, deberá comprender cómo funcionaba antes de su discapacidad. Luego, a fin de satisfacer las necesidades de la mayor cantidad de personas posible, esta sección se dividirá en tres áreas diferentes: cambios que afectan a los hombres, cambios que afectan a las mujeres, y cambios que afectan a los hombres y a las mujeres.

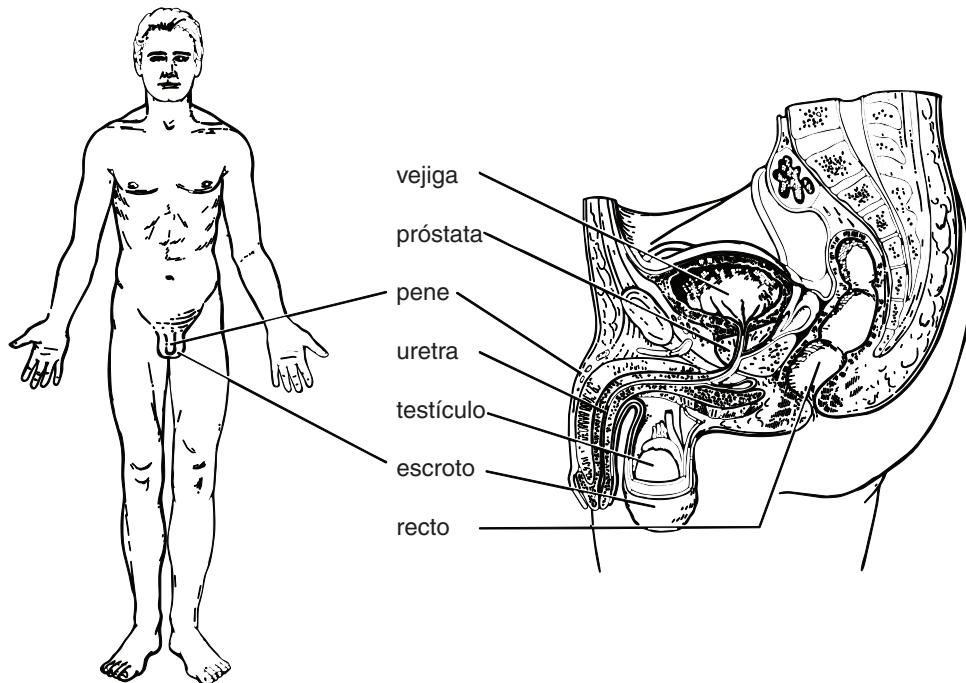
Anatomía normal del funcionamiento sexual: Hombres

Tener una disfunción de la médula espinal no afecta la anatomía sexual de los hombres. Afecta la forma en que un hombre puede responder sexualmente a la estimulación.

La anatomía sexual masculina es una combinación de tubos, válvulas, músculos y glándulas que trabajan juntos para producir esperma, almacenarlo y expulsarlo fuera del cuerpo.

El órgano sexual que más probablemente se asocie con un hombre es el pene.

Anatomía sexual masculina



(Impreso con el permiso de Ducharme SH, Gill KM: Sexuality After Spinal Cord Injury: Answers to Your Questions, Baltimore, MD, 1997, Paul H Brookes Publishing Company).

El pene es un órgano que está compuesto por tres cilindros esponjosos que tienen espacios entre sí. La sangre se dirige a dos de estos espacios durante la excitación sexual y ayuda a mantener la erección. El tercer cilindro está debajo del pene y es donde se encuentra la uretra.

La uretra es un tubo conectado a la vía donde se almacena el esperma (los testículos) y permite la eyaculación (la expulsión del esperma).

Debajo del pene cuelga un saco denominado escroto. El escroto está dividido en dos partes. Cada parte tiene un testículo. El testículo es donde se produce y almacena el esperma.

La próstata es la parte del sistema que es responsable de producir el semen (el líquido que transporta los espermatozoides fuera del cuerpo).

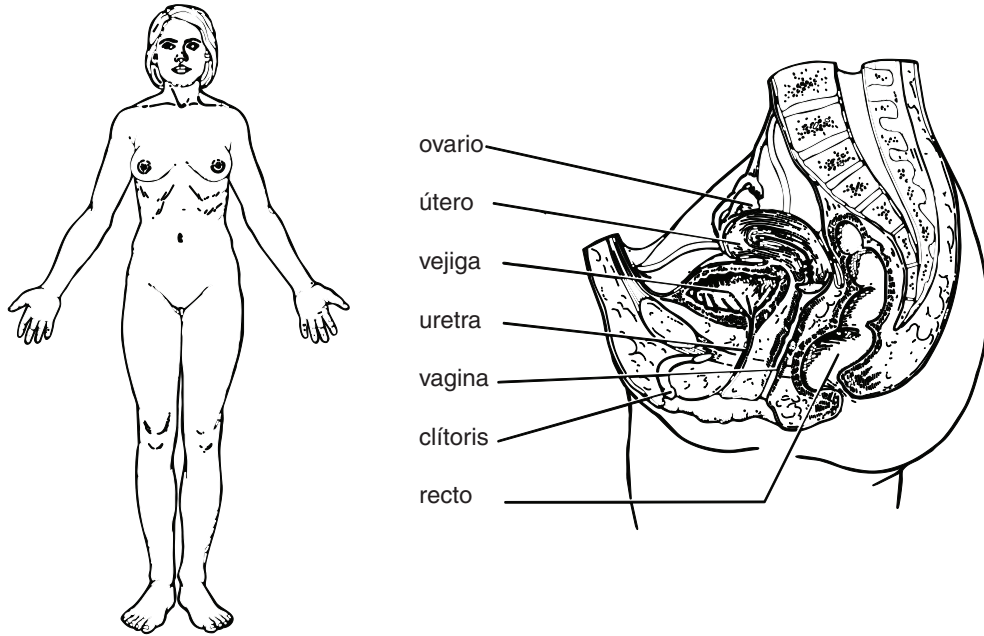
El órgano sexual más grande que tienen los hombres es el cerebro. El cerebro es responsable de coordinar las respuestas reflejas para ayudar a formar el ciclo de respuesta sexual. El cerebro, junto con la médula espinal, ayuda a que el sistema funcione sin problemas. Los cambios en la función sexual después de una disfunción de la médula espinal ocurren como

resultado de los cambios en las conexiones del sistema nervioso.

Anatomía normal del funcionamiento sexual: Mujeres

Tener una disfunción de la médula espinal no afecta la anatomía sexual de las mujeres. Afecta la forma en que una mujer puede responder sexualmente a la estimulación.

Anatomía sexual femenina

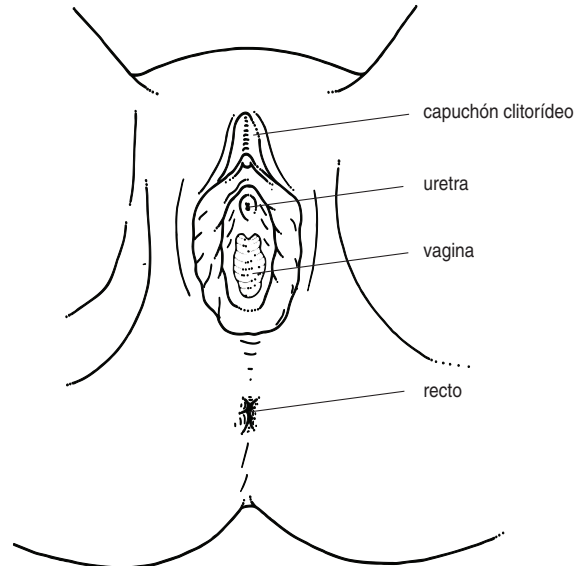


(Impreso con el permiso de Ducharme SH, Gill KM: Sexuality After Spinal Cord Injury: Answers to Your Questions, Baltimore, MD, 1997, Paul H Brookes Publishing Company).

La vagina es un tubo blando que mide varias pulgadas de largo y que se expande durante el acto sexual. Los bordes externos de la vagina son sensibles a la estimulación. El recubrimiento de la vagina es blando y húmedo. El flujo que humedece la vagina se produce en las células que recubren la vagina. Este flujo es importante durante el acto sexual porque proporciona lubricación.

El clítoris es similar al pene. Contiene muchas fibras nerviosas y vasos sanguíneos. Durante el acto sexual, el clítoris tiene una erección.

Anatomía sexual femenina



(Adaptado con autorización de Cull, P: *The Source Book of Medical Illustration*, Park Ridge, NJ, 1989, Parthenon Publishing Group, Inc).

Los ovarios son los principales órganos de reproducción de una mujer. Los ovarios son responsables de producir óvulos. Estos óvulos, junto con un espermatozoide, forman los bebés.

Las trompas de Falopio transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero. El útero es el órgano que alojará al bebé durante el período de nueve meses antes de que nazca. El útero tiene un recubrimiento lleno de sangre que ayuda a proporcionar nutrición al bebé.

El órgano sexual más grande que tienen las mujeres es el cerebro. El cerebro es responsable de coordinar las respuestas reflejas para ayudar a formar el ciclo de respuesta sexual. El cerebro, junto con la médula espinal, ayuda a que el sistema funcione sin problemas. Los cambios en la función sexual después de una lesión de la médula espinal ocurren como resultado de los cambios en las conexiones del sistema nervioso.

Ciclo de respuesta sexual

En 1966, Masters y Johnson publicaron un informe acerca de estudios científicos que describían los cambios físicos que ocurren cuando los hombres y las mujeres son estimulados sexualmente. Lo que Masters y Johnson describieron es un

ciclo de cuatro fases. Si bien algunos de los cambios físicos que ocurren durante la estimulación sexual son los mismos para los hombres y para las mujeres, existen algunas diferencias. Estas diferencias se señalarán en cada paso del ciclo.

Fase uno: Excitación

La primera etapa es el período en que la excitación sexual comienza a aumentar. Esto puede suceder rápidamente o puede requerir algo de tiempo. A medida que la estimulación aumenta, se tocan el área del pene o el área vaginal. Notará un mayor deseo de descarga sexual. A medida que se excita, hay un aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Las tetillas de los hombres y los pezones de las mujeres se vuelven rígidos. A medida que la excitación aumenta, el pene del hombre se endurece (tiene una erección) y el área vaginal comienza a humedecerse.

Fase dos: Meseta

En la fase de meseta, se observa una continuación de las sensaciones experimentadas por la persona. Observará un aumento de la intensidad de sus sensaciones de excitación. Continúan aumentando la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Las tetillas y los pezones se vuelven más rígidos. El pene se endurece lo suficiente para la penetración y el área vaginal se expande y se humedece aún más. Es posible que observe un aumento en la tensión muscular y espasmos. Su cuerpo se vuelve cada vez más sensible al tacto. El deseo de estimulación de los genitales se vuelve incontenible.

Fase tres: Orgasmo

A medida que la excitación sexual aumenta, usted comienza a alcanzar un punto en el cual se espera el orgasmo. Se experimenta una sensación de urgencia en esta fase. Los cambios corporales continúan aumentando. Durante el acto sexual, los movimientos de penetración del pene del hombre se vuelven rápidos y profundos, y el hombre puede experimentar contracciones rítmicas constantes. Las mujeres también pueden experimentar contracciones rítmicas en el área vaginal. La intensidad de las sensaciones del cuerpo depende de varios factores, incluida la fatiga, los medicamentos que esté tomando y los sentimientos que tenga por su pareja.

Fase cuatro: Resolución

Durante esta fase, los cuerpos comienzan a regresar al estado previo a la excitación. Todos los cambios físicos que ocurrieron durante el acto sexual comienzan a desaparecer. Emocionalmente, por lo general, este es un momento en el cual la pareja siente una unión muy estrecha y disfruta de la intimidad tan especial que representa estar juntos.

Para los hombres, este estado previo a la excitación puede regresar rápidamente. Generalmente, los hombres pueden tener un orgasmo y luego, necesitan que transcurra un tiempo antes de poder tener otra erección. Esto se denomina período refractario. El tiempo necesario para lograr otra erección varía de una persona a otra y puede oscilar entre diez minutos y varias horas.

Muchas mujeres informan que les lleva un tiempo regresar a su estado previo a la excitación. Las mujeres no tienen un período refractario. Muchas mujeres pueden continuar teniendo orgasmos en esta fase.

Cambios por una disfunción de la médula espinal que afectan tanto a hombres como a mujeres

Cada persona con una lesión de la médula espinal afronta sus propias preocupaciones respecto de la sexualidad y el funcionamiento sexual en su vida. Algunas personas no se preocupan por esta área en los primeros momentos después de su lesión. Para otras, es una de las primeras cosas que les vienen a la cabeza después de haber sufrido la lesión. Independientemente de a qué grupo pertenezca, hay algunas cuestiones que es importante recordar.

A fin de determinar qué partes de su funcionamiento sexual han sido afectadas por su lesión de la médula espinal, es importante que se tome el tiempo necesario para explorar su propio cuerpo. Descubra qué áreas se sienten bien cuando se las toca. La intimidad física puede incluir actividades como tomarse de las manos, besarse y tocarse. Estas son actividades que pueden ayudarlo a sentirse más cómodo con su “nueva” persona.

La lesión de la médula espinal no afecta nuestra necesidad de estar físicamente cerca de otra persona. Esta intimidad física (así sea solo un abrazo) es una parte importante de nuestra salud. La estimulación previa al acto sexual (actos tan simples como abrazarse, besarse, tocarse) es tan importante ahora como antes. Lo alentamos a que use las herramientas que posea para explorar quién es usted ahora como persona sexual.

Cambios en las sensaciones

Según el nivel de la lesión de la médula espinal, es posible que diferentes áreas del cuerpo tengan menos sensaciones o directamente no las tengan. A pesar de esto, muchas personas informan que aún tienen algunas áreas en las que pueden ser estimuladas y disfrutar la intimidad del momento.

Experimente y observe qué se siente bien en su caso. Pruebe diferentes áreas que pudo haber usado antes de la lesión. Por ejemplo, para algunas personas con disfunciones de la médula espinal, el área que se encuentra debajo del nivel de la lesión puede ser muy sensible al tacto. Esto incluye el área de adelante y de atrás del cuerpo cerca del nivel vertebral donde ocurrió la lesión. Para otras personas, esta área puede ser demasiado sensible. Deberá descubrir usted mismo las áreas que funcionan y las que no.

Algunas otras áreas que pueden responder a la estimulación sexual incluyen la nuca, detrás de las orejas, alrededor del área de las tetillas o los pezones, y los lados de las piernas cerca del área genital.

Lo que es más importante, cuando descubra un área que responde a la estimulación, comuníquelo a su pareja qué lo hace sentirse bien y qué no.

Cambios en los movimientos

Según el nivel de la lesión, es posible que haya áreas del cuerpo que no puedan moverse como lo hacían antes de la lesión. Deberá descubrir las posiciones que pueden funcionar para usted y las que no. La única forma de hacer esto es probar diferentes posiciones y ver qué funciona.

Es posible que descubra que usar la cama del hospital le proporciona un mejor equilibrio. Intente tener relaciones sexuales en la silla de ruedas. Use lo que pueda para facilitar los movimientos. Esto puede incluir objetos como barandas laterales o almohadas. Use una almohada para sostenerse en una posición. Todo aquello que funcione para usted y su pareja es válido.

Afectación del intestino y de la vejiga

Los nervios S2, S3 y S4 son los nervios que hacen que vacíe el intestino y la vejiga, y también son responsables de algunas respuestas sexuales. Es posible que tenga un “accidente” intestinal o vesical durante la intimidad sexual. En consecuencia, es importante que mantenga su programa

intestinal y vacíe la vejiga antes de comenzar la actividad sexual. Esto debería ayudarlo a prevenir problemas.

Las respuestas sexuales de las cuales son responsables estos nervios incluyen *erecciones reflejas* y parte de la *respuesta eyaculatoria* en los hombres, así como la *lubricación refleja* en las mujeres. Si su disfunción de la médula espinal ha dejado este arco reflejo intacto, entonces su funcionamiento sexual se verá afectado de determinada manera. Si este arco reflejo no está intacto, entonces tendrá otros problemas de funcionamiento sexual. De cualquier forma, existen técnicas que pueden utilizarse para mejorar su funcionamiento sexual. Abordaremos estas disfunciones y técnicas más adelante en este capítulo.

Usted y su pareja deben comprender que, independientemente de lo bien preparado que pueda estar, existe la posibilidad de que tenga un “accidente” intestinal o vesical. Muchas personas han manifestado que mantener los elementos necesarios cerca y hablar sobre esta posibilidad ayuda a que la situación sea menos traumática si se produce.

Espasticidad

Si tiene espasticidad, sabe que determinadas posiciones y actividades pueden aumentar el nivel de espasticidad que puede tener. Lo que tal vez no sepa es que los medicamentos que está tomando para ayudar a reducir la espasticidad también pueden afectar su deseo sexual. Este puede ser el caso especialmente si está tomando más de un medicamento para los espasmos.

Algunas personas han informado que sus espasmos pueden aumentar sus capacidades sexuales. Este parece ser el caso para las personas que pueden “provocar” sus espasmos para que las ayuden a moverse o traspasarse de un lugar a otro. Lo que es importante recordar es que cada persona es única, y la forma en que los espasmos afectan a las personas es particular en cada caso.

Medicamentos

Uno de los posibles efectos secundarios de algunos medicamentos que puede estar tomando es la disminución del deseo sexual. Este puede ser el caso especialmente si está tomando más de un medicamento con este efecto secundario. Después de que llega a su hogar y durante la rutina, si advierte que su deseo sexual es mucho menor que antes de su lesión, quizás desee consultar sobre los medicamentos que está

tomando con su médico. Es posible que el médico pueda cambiar algunos de estos medicamentos o interrumpir su uso.

Los medicamentos que se sabe que tienen este efecto secundario incluyen: fármacos antiespásticos, algunos medicamentos para la presión arterial alta, medicamentos para el corazón y antidepresivos.

Disreflexia autonómica

Recuerde, si su lesión se encuentra en T6 o más arriba, está en riesgo de desarrollar disreflexia autonómica con cualquier tipo de estimulación debajo del nivel de la lesión. El acto sexual puede provocar disreflexia autonómica, que se caracteriza por dolor de cabeza pulsátil, sudoración, piel de gallina, etc.

Si esto ocurre, lo que debe hacer es interrumpir la actividad de inmediato. Espere a que los síntomas desaparezcan. Puede retomar la actividad sexual, pero pruebe una posición diferente. Si vuelve a ocurrir, hable con su médico. Es posible que le dé algún medicamento para tomar antes de la actividad sexual que disminuirá los síntomas.

Depresión

Algunas personas experimentan depresión después de haber tenido una lesión de la médula espinal. Si está deprimido, es más probable que no tenga ningún interés en la actividad sexual. Si se da cuenta, especialmente después de volver a su hogar, de que está muy triste todo el tiempo y no tiene ningún interés en hacer nada, es posible que esté deprimido. Hable con su médico, enfermero, psicólogo o administrador de casos, quienes quizás puedan ayudarlo a encontrar algunos recursos para manejar su depresión. La mayoría de las personas informan que a medida que están menos deprimidas, aumenta el interés por actividades, incluido el sexo. Ya no hay necesidad de seguir sufriendo de depresión.

Capacidad para tener un orgasmo

Hace algunos años, los proveedores de atención de salud creían que si tenía una disfunción de la médula espinal, no podía experimentar un orgasmo. Investigaciones y análisis con miles de sobrevivientes han demostrado que esto es falso.

Muchas personas informan que sí experimentan una sensación diferente, similar a un orgasmo. La intensidad y la duración de esta sensación pueden no ser significativas, pero definitivamente se experimentan algunas sensaciones de placer

con el contacto sexual. Otras personas informan que para alcanzar esta sensación necesitan más estimulación que la que necesitaban antes de lesionarse.

Por lo tanto, la conclusión es que, para muchas personas, tener una disfunción de la médula espinal significa que necesita redescubrir qué le da placer y qué no, qué áreas lo excitan y cuánta estimulación necesita para que la experiencia le resulte placentera. Lo alentamos a explorar su cuerpo y a descubrir lo que funciona para usted y su pareja. Deberá hablar al respecto con su pareja e intentar encontrar con ella las soluciones adecuadas para ustedes.

Sexo más seguro

Las enfermedades de transmisión sexual, como sífilis, gonorrea, hepatitis, herpes y VIH, continúan formando parte del área de la atención de salud actual. Estas enfermedades se transmiten a una persona a través de otra persona que las tiene. Todas las enfermedades de transmisión sexual se transmiten a través del contacto con los líquidos corporales de otra persona (sangre, saliva, semen o secreciones vaginales). Es importante darse cuenta de que su disfunción de la médula espinal no lo hace inmune a estas enfermedades. Mantenerse a salvo de estas enfermedades es su responsabilidad y la práctica de sexo más seguro es tan importante ahora como antes de su lesión! Esto incluye disminuir la cantidad de parejas que tiene, hablar honestamente con su(s) pareja(s) respecto de sus antecedentes sexuales, usar condones durante el acto sexual y, si es necesario, realizarse análisis de detección de enfermedades de transmisión sexual en forma periódica.

¡Usted es el único responsable de su salud!

Cambios por disfunción de la médula espinal que afectan a los hombres

Función eréctil

Muchos hombres con disfunciones de la médula espinal tienen dificultades con la función eréctil. Esto puede incluir tener problemas para lograr una erección, mantener una erección o ambos. Durante la actividad sexual, el pene se llena de sangre y se endurece. Existen dos tipos de erecciones y, por lo general,

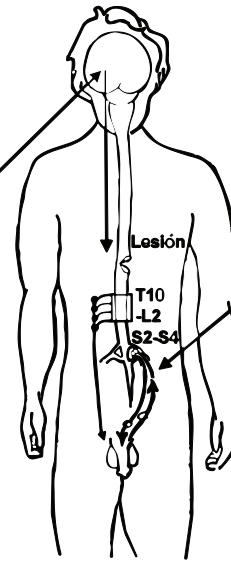
funcionan juntas para lograr una erección firme y duradera. Estas son las erecciones *reflexógena* y *psicógena*.

Erección psicógena

INDISPENSABLE
RECIBIR INFORMACIÓN
DEL CEREBRO

Las erecciones psicógenas tienen lugar cuando la información sensorial del cerebro, como imágenes, sonidos, olores o pensamientos sexuales viajan por la médula espinal hasta T10-L2. De ahí, los nervios transportan mensajes al pene para activar una erección.

Una lesión incompleta puede permitir que la información del cerebro llegue a T10-L2.



Erección reflexógena

NO NECESITA INFOR-
MACIÓN DEL CEREBRO

Las erecciones reflexógenas tienen lugar si la vía de reflejo S2-S4 está intacta. La estimulación directa del pene proporciona mensajes sensoriales a la médula espinal a través de S2-S4. Luego, los mensajes que viajan de la médula espinal al pene causan una erección.

(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/ Dysfunction, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Las erecciones reflexógenas son coordinadas por la médula espinal en el área de S2, S3 y S4. Una erección reflexógena ocurre con la estimulación directa del pene o mediante la estimulación interna, como la vejiga llena. Las erecciones reflejas requieren que el reflejo de la médula espinal de S2, S3 y S4 esté intacto.

Las erecciones psicógenas ocurren cuando la estimulación sensorial lo excita. Esta estimulación puede involucrar ver o imaginar aquello que es sexualmente placentero para usted. El cerebro envía un mensaje hacia la médula espinal de T10 a L2 para provocarle una erección. Las erecciones psicógenas requieren que la conexión entre el cerebro y la médula espinal esté intacta.

Después de una disfunción de la médula espinal, las vías nerviosas desde el cerebro y hacia este están completa o parcialmente dañadas. La lesión puede impedir que los mensajes del cerebro lleguen a los nervios de T10 a L2 que controlan las erecciones psicógenas. Si tiene una lesión parcial, es posible que estas vías se encuentren intactas o que estén funcionando en forma parcial. Si este es el caso, es posible que aún tenga la capacidad para tener erecciones al ver o imaginarse algo.

El arco reflejo de S2, S3 y S4 de muchos hombres con disfunción de la médula espinal aún funciona. Si este es el caso,

tendrá la capacidad de tener y mantener una erección. Sin embargo, la calidad de la erección puede ser diferente de lo que usted recuerda antes de su lesión.

Control de las erecciones

Existen varias formas de tratar la disfunción eréctil. Algunos de los tratamientos son más invasivos que otros. A continuación, se incluye una descripción con varias de las opciones que puede tener. Deberá analizar las opciones de tratamiento con su médico. Tenga en cuenta que su elección de tratamiento debe ser aceptable para usted y para su pareja. La cobertura de seguro para algunos de estos métodos puede ser limitada, lo cual también puede afectar su elección.

Medicamentos orales

Viagra® (sildenafil), Cialis® (tadalafil) y Levitra® (vardenafil) son píldoras disponibles para tratar la disfunción eréctil. Se toman entre 30 y 60 minutos antes de comenzar la actividad sexual. Varios estudios realizados en hombres con disfunciones de la médula espinal demostraron que estos medicamentos son efectivos para entre el 65% y el 75% de los hombres que los probaron. Generalmente, son bien tolerados. Sin embargo, tienen el efecto secundario de disminuir la presión arterial. Esto puede ser un problema para algunos hombres con disfunción de la médula espinal, dado que la presión arterial baja es una de las complicaciones de la disfunción de la médula espinal. No puede tomar estos medicamentos si está tomando determinados medicamentos para el corazón. Los medicamentos no son efectivos para todas las personas, pero es una opción que puede probar.

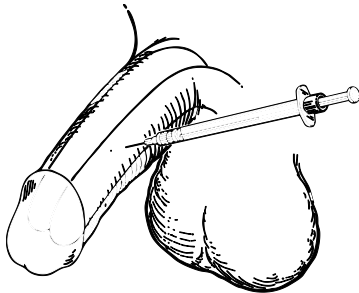
Estas píldoras mejoran la acción de un mensajero químico en el cuerpo que relaja los músculos lisos del pene, lo cual aumenta la cantidad de sangre y permite una erección como respuesta a la estimulación sexual. No producen automáticamente una erección. En lugar de ello, permiten que ocurra una erección después de la estimulación física y psicológica.

El priapismo (una erección que dura más de cuatro horas) es un posible efecto secundario de estos medicamentos. Si bien esto suena como un gran beneficio, en realidad puede causarle problemas, como escarificación cutánea del pene. El priapismo también puede provocar disreflexia autonómica. El priapismo se considera una emergencia médica y requiere atención inmediata.

Supositorios uretrales

El medicamento en el Sistema Uretral Medicado para la Erección (MUSE, por sus siglas en inglés) es Alprostadil®, que es idéntico a una sustancia presente naturalmente en el pene y ayuda a lograr la erección. El supositorio uretral se inserta directamente en el pene, es absorbido por el tejido y relaja los músculos del pene, lo cual permite que aumente el flujo sanguíneo y se produzca una erección. Generalmente, el hombre tiene una erección dentro de los 10 a 15 minutos y dura alrededor de 30 a 60 minutos. Los supositorios uretrales pueden utilizarse dos veces en un período de 24 horas.

Sistema de inyecciones penianas



(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/ Dysfunction, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Medicamentos inyectables

Existen algunos medicamentos que pueden inyectarse en el tronco del pene. Estos medicamentos ayudan a que los vasos sanguíneos se abran y que el pene se llene de sangre. La terapia con inyecciones habitualmente usa una combinación de medicamentos recetados por un médico, generalmente, un urólogo. Los fármacos más comunes son Papavaril®, Phentolamine® y Alprostadil®. El médico puede combinar dos (mezcla doble) o tres (mezcla triple) de los medicamentos. Su médico receta cuidadosamente la cantidad de medicamentos que debe utilizar después de haber hecho una prueba en su consultorio. La cantidad de medicamento utilizada debería provocarle una erección que dure entre dos y cuatro horas.

Una complicación de usar medicamentos inyectables es una afección denominada *priapismo*. El priapismo ocurre cuando la sangre no drena del pene, lo cual provoca una erección que dura más de cuatro horas. Si esta condición no se trata, puede producirse un daño permanente del pene. El priapismo se considera una emergencia médica y requiere tratamiento inmediato.

Existen algunas otras complicaciones que pueden ocurrir si usa medicamentos inyectables. Estas incluyen moretones, infecciones y cicatrices en el pene. Una forma de prevenir las cicatrices es limitar el uso del medicamento a una o dos veces por semana y rotar los lugares en los cuales coloca la inyección. Dado que usted y su pareja pueden considerar que este método no es aceptable, es posible que desee considerar otros métodos.

Anillo de tensión



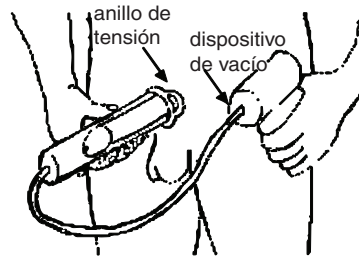
(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/ Dysfunction, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Anillos de tensión

Los anillos de tensión son una opción para los hombres que pueden tener una erección, pero que no pueden mantenerla. Los anillos de tensión están hechos de goma o silicona, y se colocan alrededor de la base del pene. Los anillos de tensión retienen la sangre en el pene, lo cual permite que el pene mantenga una erección.

Si puede usar un anillo de tensión, debe revisar cuidadosamente la piel alrededor del pene antes de colocar el anillo. Dado que los anillos de tensión retienen la sangre en el pene, existe la posibilidad de que se produzcan moretones y escarificación cutánea si el anillo permanece colocado durante demasiado tiempo. La cantidad de tiempo que se recomienda tener colocado un anillo de tensión es de 30 minutos como máximo. Sin embargo, puede retirar el anillo y permitir que la sangre fluya y, una vez que haya permitido la circulación normal, puede volver a utilizar el anillo. Esta opción es especialmente importante para las parejas que tienen una vida sexual activa y que no desean limitar su actividad sexual a una o dos veces por semana.

Dispositivo de vacío



(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/ Dysfunction, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Dispositivos de vacío

Puede utilizarse un dispositivo de vacío cuando la persona no puede tener ni mantener una erección. Estos dispositivos consisten en un cilindro de plástico en donde se coloca el pene. El cilindro está conectado a un bomba que crea una presión negativa (o vacío). Esta presión negativa dirige la sangre hacia el pene y le proporciona una erección. Luego, se coloca un anillo de tensión en la base del pene para mantener la erección y se retira el cilindro.

Existen las mismas preocupaciones si se combinan un dispositivo de vacío y un anillo de tensión que si se utiliza un anillo de tensión únicamente. Dado que los anillos de tensión retienen la sangre en el pene, existe la posibilidad de que se produzcan moretones y escarificación cutánea si el anillo permanece colocado durante demasiado tiempo. La cantidad de tiempo que se recomienda tener colocado un anillo de tensión es de 30 minutos como máximo. Sin embargo, puede retirar el anillo y permitir que la sangre fluya y, una vez que haya permitido la circulación normal, puede volver a utilizar el anillo. Esta opción es especialmente importante para las parejas que tienen una vida sexual activa y que no desean limitar su actividad sexual a una o dos veces por semana.

Existe una variedad de anillos de tensión y dispositivos de vacío para elegir. Los dispositivos de vacío se presentan en dos modelos: una bomba manual, que requiere una mayor función manual, y una bomba operada por baterías, que requiere una menor función manual. Es importante preguntarles a su médico o enfermero practicante qué dispositivos le recomiendan que use. Algunos de estos productos son de venta libre. Sin embargo, es posible que estos no cumplan con las pautas médicas.

Función eyaculatoria

La eyaculación es un proceso complejo. La eyaculación ocurre cuando el semen es expulsado de la uretra. En un hombre que no tiene una disfunción de la médula espinal, los niveles vertebrales T10-L2 son responsables de la liberación del semen desde los testículos hacia la uretra. Los niveles de S2, S3 y S4 son responsables de expulsar el semen fuera de la uretra. Este proceso es coordinado por un centro nervioso en el cerebro que recibe información de la vista, los sonidos y los olores. El centro también recibe información cuando se tocan el pene o el cuerpo en forma sensual. El centro de coordinación en el cerebro transmite mensajes a la médula espinal para estimular la erección y la eyaculación.

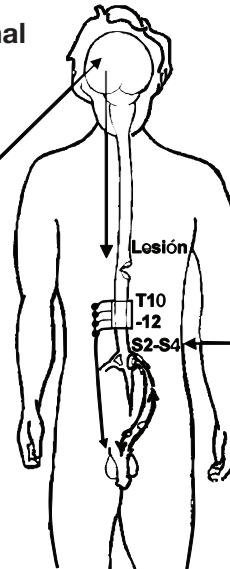
Después de una disfunción de la médula espinal, generalmente no se produce la transmisión de información desde el cerebro y hacia este. Su lesión dificulta la respuesta a la estimulación sexual y la eyaculación “normal”. Sin embargo, debido a que la capacidad para tener una erección y eyacular implica reflejos, si

los nervios no están dañados, existen formas de estimular la erección y obtener el semen.

Eyaculación normal

El cerebro recibe información de mensajes sensoriales que se desplazan por la médula espinal desde los genitales.

El cerebro retransmite los mensajes a T10-12 para emisión y a S2-S4 para eyaculación.



Eyaculación después de SCI/D

El control de y al cerebro está alterado.

La lesión incompleta podría permitir mensajes del cerebro.

Las vías de reflejos podrían estar intactas.

La estimulación adicional podría inducir la eyaculación.

(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/Dysfunction, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Muchas personas consideran que la eyaculación implica un orgasmo. Si bien forma parte de la experiencia, la eyaculación no es lo mismo que un orgasmo. Es posible tener un orgasmo sin eyacular. Las investigaciones realizadas han demostrado que las sensaciones que se experimentan durante el orgasmo no solo provienen de la descarga física de la eyaculación, sino también del cerebro. Durante la excitación sexual, nuestro cerebro puede producir sustancias químicas denominadas *endorfinas*, que nos hacen sentir bien (o en éxtasis). La lesión de la médula espinal no le ha quitado esta capacidad. Muchos hombres con lesiones de la médula espinal informan que experimentan algo similar a un orgasmo durante la intimidad física. Pueden ser las mismas sensaciones, con mayor o menos intensidad, pero definitivamente se experimenta algo.

Obtención de espermatozoides

Existen varias formas en las que puede obtenerse el espermatozoides si usted y su pareja desean tener un hijo. Tenga en cuenta que ninguna de estas técnicas garantizará un embarazo. Solo aumentan sus probabilidades de lograr un embarazo. Asimismo, es importante saber que estos tratamientos solo se realizan si está intentando concebir un hijo.

El primer paso para lograr un embarazo es ver si puede eyacular por sí mismo. Puede intentarlo mediante la masturbación o el

acto sexual. Tenga en cuenta que independientemente de qué tipo de lesión de la médula espinal tenga, la lesión de la médula espinal no es un método de control de la natalidad. Recuerde que solo se requieren un espermatozoide y un óvulo para hacer un bebé. Por lo tanto, tome precauciones si usted y su pareja no están listos para ser padres.

Si no puede eyacular, el paso siguiente es ver a su médico. Después de hablar con usted y con su pareja, le hará sugerencias sobre cuáles deberían ser los pasos siguientes.

En la mayoría de los casos, las parejas son remitidas a un especialista en fertilidad. Asegúrese de que el especialista que consulte tenga experiencia con personas que tienen disfunciones de la médula espinal. Los especialistas en fertilidad les realizarán pruebas a ambos integrantes de la pareja para asegurarse de abordar cualquier problema que pueda dificultarles tener un bebé.

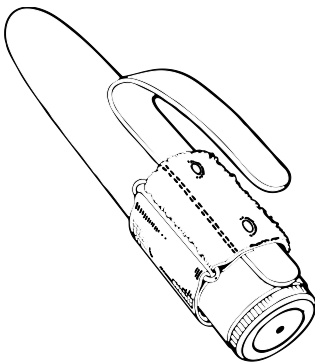
Usted y su pareja pueden tener algunas de las siguientes opciones: estimulación vibratoria peniana, eyaculación con sonda rectal y obtención por aspiración con aguja. A continuación, se incluye un breve análisis de estos métodos de obtención de esperma.

Estimulación vibratoria peniana (PVS)

Este es un método en el cual se coloca un vibrador en la cabeza del pene para estimular la eyaculación. Dado que tiene una disfunción de la médula espinal, debe usar un vibrador de alta amplitud para obtener mejores resultados. Los vibradores de alta amplitud están disponibles únicamente con receta médica. Los vibradores de baja amplitud están disponibles sin receta médica y pueden denominarse “masajeadores”.

Los estudios han demostrado que con el uso de vibradores de alta amplitud, el 55% de todos los hombres con disfunción de la médula espinal eyaculan. Los estudios también han demostrado que si su disfunción está por encima de T10, tiene una probabilidad del 80% de eyacular si usa un vibrador de alta amplitud. Lo que es más importante, las investigaciones realizadas han demostrado que el esperma obtenido cuando puede eyacular con el uso de un vibrador peniano es de mejor calidad que el esperma obtenido mediante otros métodos. Los vibradores penianos son menos caros y lleva muy poco tiempo aprender a utilizarlos. Debido a toda esta información, la estimulación vibratoria peniana (PVS, por sus siglas en inglés) se considera el primer método que debe probarse antes de pasar a métodos más tecnológicos de eyaculación con sonda rectal o aspiración con aguja.

Vibrador adaptado para una persona con uso manual limitado

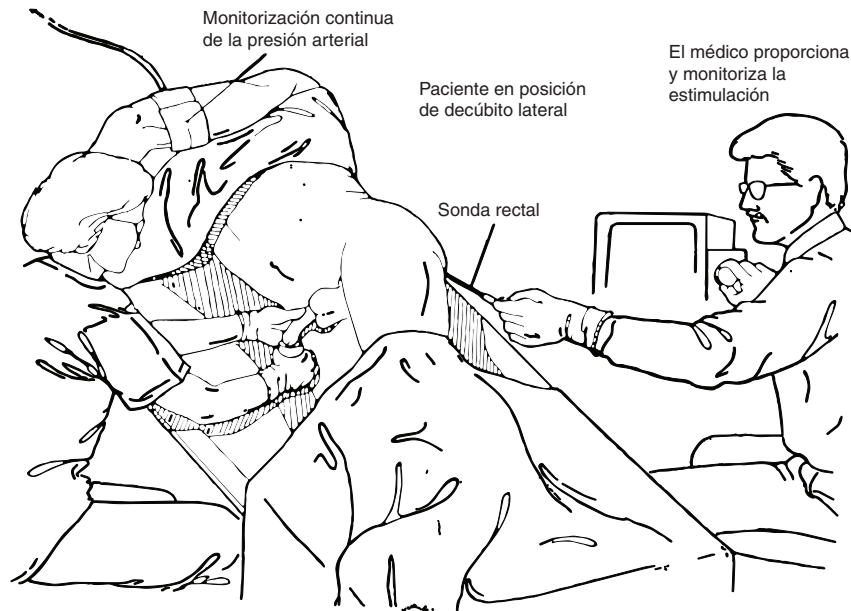


(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/ Dysfunction, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Electroeyaculación con sonda rectal (RPE)

Durante la electroeyaculación con sonda rectal (RPE, por sus siglas en inglés), un médico le coloca una sonda eléctrica en el recto al hombre con disfunción de la médula espinal. El médico controla la cantidad de estimulación que la persona recibirá. Generalmente, la sonda se deja en el recto durante aproximadamente 10 minutos. Una vez que ha ocurrido la eyaculación, se retira la sonda del recto y se recolecta el espermatozoides para la inseminación en su pareja.

Eyaculación con sonda rectal



(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: *A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/Dysfunction*, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Obtención por aspiración con aguja

Una vez que ha probado la estimulación vibratoria peniana y la electroeyaculación con sonda rectal, el paso siguiente es la obtención por aspiración con aguja. Se inserta una aguja en el testículo, el epidídimo o el conducto deferente. Luego, se extrae una pequeña cantidad de espermatozoides con la aguja y se utiliza para inseminación artificial.

La cantidad de espermatozoides que se obtiene con este método es pequeña, por lo tanto, se recomiendan técnicas de reproducción avanzadas como la fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés). La fertilización in vitro es una técnica en la cual se obtienen óvulos de la mujer y se obtiene espermatozoides del hombre. Se colocan juntos en el laboratorio donde se intenta fertilizar los óvulos. Los embriones se colocan en el útero de la mujer, donde se espera que se desarrollen hasta formar un bebé.

Problemas con la obtención de esperma

Disreflexia autonómica

Una de las principales complicaciones de cualquier estimulación sexual es la disreflexia autonómica si su disfunción de la médula espinal está en T6 o más arriba. Si es propenso a la disreflexia autonómica, debe informar al médico que lo está atendiendo que usted experimenta este problema. Su médico puede elegir recetarle algún medicamento que evitará que la presión arterial aumente significativamente durante estos procedimientos.

Eyaculación retrógrada

Durante la eyaculación normal, el cuello de la vejiga se cierra y se expulsa el semen a través de la punta del pene. Este proceso se denomina *eyaculación anterógrada*. En algunos hombres con disfunciones de la médula espinal, el semen no sale del pene. En cambio, el cuello de la vejiga no se cierra y parte o la totalidad del semen ingresa en la vejiga. Esto se denomina *eyaculación retrógrada*. La eyaculación retrógrada ocurre con mayor frecuencia con la electroeyaculación con sonda rectal, pero puede ocurrir con la masturbación o la estimulación vibratoria peniana. Si bien el esperma está expuesto a la orina en la vejiga, el personal de laboratorio puede obtenerlo mediante un catéter y limpiarlo. El esperma obtenido puede utilizarse para realizar análisis o inseminación.

Calidad del semen

Si bien en la actualidad existen métodos para obtener esperma de hombres con disfunción de la médula espinal, aún existe el problema de calidad deficiente del esperma. Con frecuencia, los hombres con disfunción de la médula espinal tienen recuentos de espermatozoides normales, pero la cantidad de espermatozoides móviles (aquellos que pueden nadar) es mucho menor que en los hombres sin disfunción de la médula espinal. Esta es la principal razón de infertilidad en los hombres con disfunción de la médula espinal.

Las investigaciones realizadas han ayudado a erradicar algunas de las razones que se creían verdaderas. Los científicos han descubierto que la siguiente información es verdadera.

La mayoría de los espermatozoides inmóviles de los hombres con disfunción de la médula espinal están muertos. Sus espermatozoides son muy frágiles y pierden rápidamente la capacidad para nadar. No parece haber una relación entre el nivel de la lesión, la edad, la cantidad de tiempo transcurrido después de la lesión o la frecuencia con la que eyacula. Los investigadores también saben que la calidad del semen no se

deteriora con el transcurso de los años. Lo que es más importante, los investigadores saben que las deficiencias en el semen que se observan en los hombres con disfunción de la médula no se observan en otros hombres estériles. Una vez que los investigadores saben qué causa esta deficiencia en el semen, pueden desarrollarse tratamientos para ayudar a superar este problema. Esté atento al surgimiento de más información al respecto en los próximos años.

Cambios por lesiones de la médula espinal que afectan a la mujer

Hasta hace poco gran parte de las investigaciones sobre el funcionamiento sexual después de una disfunción de la médula espinal se habían realizado en hombres. Existen varios motivos para esto. Es más fácil ver qué sucede en un hombre. En segundo lugar, la mayoría de las disfunciones de la médula espinal por traumatismos ocurren en los hombres. Por último, pero no por eso menos importante, gran parte de las investigaciones iniciales se realizaron en hospitales de la administración para veteranos, que atienden principalmente a hombres.

Sin embargo, en los últimos años, se ha obtenido mucha información necesaria y esperada respecto del funcionamiento sexual en las mujeres con disfunciones de la médula espinal. Si bien esta información ha ayudado a muchas personas, aún queda mucho por aprender.

Interrupción del ciclo menstrual (menstruación)

La lesión traumática de la médula espinal no tiene ningún efecto en las capacidades de reproducción de una mujer. La mayoría de las mujeres informan que su menstruación se interrumpe por un tiempo después de una lesión traumática o enfermedad. Esta interrupción puede durar de una semana a seis meses. Aparentemente la duración del ciclo menstrual y la cantidad de sangrado menstrual tienen un patrón similar al ciclo anterior a la lesión.

Si no ha comenzado a tener su periodo después de seis meses, debe hablar con su médico. La principal preocupación durante este tiempo es que no tiene su menstruación es el hecho de que puede quedar embarazada. Dado que no podemos predecir la cantidad de tiempo que tardará en reanudar su ciclo, es importante que adopte algún método de control de la natalidad. Si no desea quedar embarazada, debe hablar con su médico al respecto antes de arriesgar un embarazo.

¿Cómo manejo mi ciclo menstrual (menstruación)?

El mayor problema respecto de su menstruación después de una disfunción de la médula espinal es el grado de dependencia que es posible que tenga para realizar traspasos y cambiarse los tampones o las toallas femeninas. No hay ningún motivo por el cual no pueda usar el método de manejo de su menstruación que utilizaba anteriormente, a menos que le resulte físicamente imposible hacerlo usted misma.

Lubricación

Muchas mujeres con disfunciones de la médula espinal tienen dificultades con la lubricación de la vagina. Esto puede incluir problemas para humedecer la vagina y mantener la lubricación. Durante la actividad sexual, la vagina se vuelve más blanda y húmeda. Para que esto suceda, existen dos formas en las cuales se produce la lubricación y, generalmente, funcionan juntas. Estas son los procesos *reflexógeno* y *psicógeno*.

La lubricación reflexógena es un reflejo coordinado por la médula espinal en el área de S2, S3 y S4. La lubricación reflexógena ocurre con la estimulación directa de la vagina o el área genital, o mediante la estimulación interna, como la vejiga llena. La lubricación refleja requiere que el reflejo de la médula espinal de S2, S3 y S4 esté intacto.

La lubricación psicógena ocurre cuando la estimulación sensorial sola le produce excitación. Esta estimulación puede involucrar ver o imaginar aquello que es sexualmente placentero para usted, incluso olores o sonidos (como música). El cerebro envía un mensaje hacia la médula espinal de T10 a L2 para producir la lubricación. La lubricación psicógena requiere que la conexión entre el cerebro y la médula espinal esté intacta.

Después de una disfunción de la médula espinal, las vías nerviosas desde el cerebro y hacia este están completa o parcialmente dañadas. La lesión puede impedir que los mensajes del cerebro lleguen a los nervios de T10 a L2 que controlan la lubricación psicógena. Si tiene una lesión parcial, es posible que estas vías se encuentren intactas o que estén funcionando en forma parcial. Si este es el caso, es posible que aún tenga la capacidad para producir lubricación al ver o imaginarse algo.

El arco reflejo de S2, S3 y S4 de muchas mujeres con disfunción de la médula espinal aún funciona. Si este es el caso, aún tendrá la capacidad para tener y mantener cierto grado de lubricación.

Sin embargo, la calidad y la cantidad de la lubricación pueden ser diferentes de lo que usted recuerda antes de su lesión.

¿Cómo manejo una lubricación insuficiente?

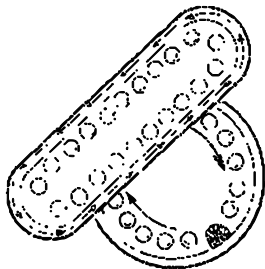
Una de las formas más fáciles de manejar la insuficiencia o ausencia de lubricación es comprar alguna jalea lubricante. Coloque un poco de jalea en la vagina antes del acto sexual. Esto ayudará a evitar el desgarro de la pared vaginal y hará que el acto sexual sea más placentero para usted y para su pareja.

Si tiene una función manual limitada, es posible que necesite que su pareja se encargue de colocarle la jalea. Muchas parejas informan que han incorporado esta actividad a la estimulación previa al acto sexual. Usted y su pareja deberán hacer lo que les resulte cómodo a ambos.

Anticoncepción (control de la natalidad)

En términos generales, las opciones de control de la natalidad para las mujeres con disfunciones de la médula espinal son las mismas que para las mujeres sin discapacidades. Sin embargo, cada método anticonceptivo tiene su propia serie de desventajas. Gran parte de su decisión sobre qué método de control de la natalidad usar dependerá de sus limitaciones físicas, problemas médicos previos, los métodos con los que se sientan cómodos usted y su pareja, y lo que haya usado en el pasado. Si bien, por lo general, el control de la natalidad se trata como un tema de salud de las mujeres, también es responsabilidad de los hombres. Es importante tener en cuenta cómo se siente su pareja y en qué medida sus limitaciones físicas afectarán aquello de lo que su pareja deba hacerse responsable.

Píldoras para el control de la natalidad



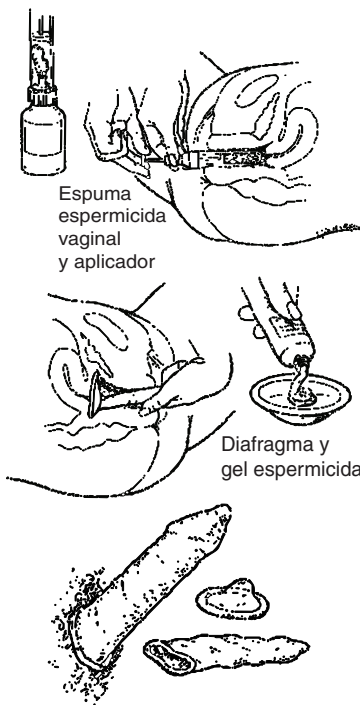
(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/ Dysfunction, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Píldoras para el control de la natalidad

La principal preocupación de usar píldoras para el control de la natalidad es el mayor riesgo de trombosis venosa profunda (coágulos de sangre) en las mujeres con disfunción de la médula espinal. Las píldoras para el control de la natalidad conllevan un mayor riesgo de formación de coágulos de sangre, de modo que la combinación de disfunción de la médula espinal y píldoras para el control de la natalidad es un tema controvertido para muchos médicos.

Si bien las píldoras de progesterona sola son menos efectivas que las píldoras con combinación de estrógeno y progesterona, las píldoras de progesterona sola provocan un menor riesgo de trombosis venosa profunda. Usadas en combinación con condones, las píldoras de progesterona sola son una alternativa para muchas mujeres con disfunción de la médula espinal. (La progesterona es una hormona).

Métodos de barrera



(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/ Dysfunction, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

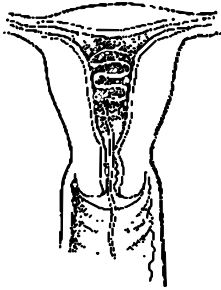
Métodos de barrera

Los métodos de barrera son métodos que evitan que el espermatozoide y el óvulo se encuentren físicamente. Los métodos de barrera incluyen opciones como el diafragma, el capuchón cervical, las espumas, las jaleas y los condones.

Cuando se usan métodos de barrera, es más efectivo si ambos integrantes de la pareja usan uno. Por ejemplo, si la mujer usa un diafragma, el hombre debe usar un condón. Usar dos métodos de barrera aumenta la efectividad de los métodos de barrera en hasta un 99%.

Los métodos de barrera presentan varios posibles problemas para las mujeres con disfunción de la médula espinal. Los métodos de barrera requieren una buena función manual para colocarlos correctamente. Esto puede ser un problema para algunas mujeres. Una posible solución es pedirle a su pareja que le coloque el diafragma o el capuchón cervical. La hipersensibilidad en el área genital puede ser otro problema para algunas mujeres. Si este es el caso, el uso de un diafragma o capuchón cervical no es una buena opción para usted. Por último, muchas personas que han estado en contacto con productos con látex, como catéteres y guantes, pueden tener sensibilidad al látex. Si este es el caso, entonces los métodos de barrera no son la opción adecuada para usted.

DIU



(Impreso con el permiso de Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL: *A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury/ Dysfunction*, Miami, FL, 2000, Miami Project to Cure Paralysis).

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Un dispositivo intrauterino (DIU) es un dispositivo que se inserta en el útero y provoca una infección de grado menor. Esta infección de grado menor convierte al útero en un lugar hostil para el crecimiento de un embrión y, en consecuencia, evita el embarazo. Los DIU disponibles actualmente en el mercado contienen medicamentos que parecen ser más efectivos y disminuyen la cantidad de sangrado menstrual que experimenta.

Uno de los principales problemas con los DIU es que pueden causar una infección denominada enfermedad inflamatoria pélvica. Si no tiene sensibilidad, es posible que no note esta infección hasta no estar muy enferma. Los signos de enfermedad inflamatoria pélvica incluyen dolor abdominal, espasmos intensos, fiebre inexplicable y flujo con olor desagradable. Si se produce una infección, es necesario retirar el DIU y administrar antibióticos para tratar la infección.

Implantes para el control de la natalidad

El implante Norplant® es un pequeño dispositivo implantable, que contiene un medicamento con progesterona que se libera lentamente a lo largo de un período determinado. Los implantes se colocan, generalmente, en la parte superior del brazo. Por lo general, los implantes tienen la misma efectividad que las píldoras de progesterona sola. Uno de los problemas con los implantes es que el sangrado menstrual puede volverse irregular, lo cual dificulta la planificación de los cuidados.

Temperatura corporal basal

Cada mujer tiene varios días en su ciclo menstrual en los que es fértil. Al inicio de este período fértil, se observa un aumento en la temperatura corporal. Este aumento en la temperatura es leve (menos de un grado), pero al usar un termómetro especial y tomarse la temperatura a la misma hora todos los días, puede comenzar a observar un ciclo (o ritmo). Mediante este ciclo, puede aumentar sus probabilidades de quedar embarazada o disminuirlas. Este método se denomina método del ritmo y se considera un método “natural” de planificación familiar.

Sin embargo, no se recomienda el uso de la temperatura corporal basal como medio de planificación familiar

natural después de una disfunción de la médula espinal. Esto se debe a que la capacidad del cuerpo para mantener bien controlada la temperatura corporal basal es deficiente.

Como puede ver, las opciones de control de la natalidad pueden ser limitadas según los métodos que usted y su pareja hayan usado anteriormente y su capacidad funcional actual. Sin embargo, al trabajar con su proveedor de atención de la salud, es posible que surjan nuevas ideas. Recuerde hacer preguntas y obtener información antes de tomar cualquier decisión.

Embarazo

La disfunción de la médula espinal no le brinda protección contra el embarazo. Se han realizado varios estudios que demuestran que un traumatismo de la médula espinal no afecta la fertilidad de una mujer.

Si decidiera concebir un hijo, le recomendamos que analice varios aspectos con su proveedor de atención de salud. La siguiente lista tiene por objeto proporcionar algunas pautas para los tipos de preguntas que es posible que desee hacer. Por supuesto, la lista no está completa y es posible que le surjan otras preguntas.

Algunas de las cuestiones que deben abordarse incluyen:

- ¿Aumentará mi discapacidad como consecuencia del embarazo?
- ¿Debo interrumpir el uso de algún medicamento antes de quedar embarazada?
- ¿Cómo se verá afectada mi independencia por el embarazo?
- ¿Mis programas intestinal y de la vejiga se verán afectados por el embarazo?, ¿cómo debo adaptarlos?
- ¿Mi nivel de espasticidad se verá afectado por el embarazo?
- ¿Puedo tener algún problema especial como consecuencia de quedar embarazada? (p. ej., aumento de la disreflexia autonómica o infecciones del tracto urinario [UTI, por sus siglas en inglés])
- ¿Quién debe ser mi proveedor de atención de salud primaria durante mi embarazo?
- ¿Existen programas de embarazo especiales que estén disponibles para embarazadas con discapacidades?

- ¿Qué problemas puedo tener como madre con una discapacidad?

Si usted y su pareja han decidido intentar ser padres, deben tener en cuenta que existen algunos problemas que pueden surgir durante el embarazo.

Aumento de las infecciones del tracto urinario

Desde su disfunción de la médula espinal, es posible que haya experimentado un aumento en la cantidad de infecciones del tracto urinario que tiene. El aumento de las infecciones del tracto urinario también es una complicación normal del embarazo. Tendrá que seguir su programa de la vejiga con mayor cuidado y aceptar que es posible que experimente un aumento en la cantidad de UTI que tenga durante este tiempo.

Cambios en el equilibrio

A medida que su embarazo avance, notará un cambio en su centro de gravedad. Esto puede afectar la forma en que realiza los traspasos, la movilidad en la cama, y diversas actividades de la vida diaria. Es posible que usted y su pareja necesiten prepararse con anticipación para un período de mayor dependencia al final del embarazo.

Cambios en la espasticidad

Dado que muchos medicamentos para la espasticidad que puede estar tomando no son buenos para el bebé, muchos médicos recomiendan que deje de recibirlos hasta que haya dado a luz. Debe estar preparada ya que, a medida que el embarazo avance, es posible que experimente un aumento en la espasticidad.

Cambios de equipos

A medida que su embarazo avance, es posible que le resulte más difícil desplazarse con una silla de ruedas manual o ayudar en los traspasos. Estos cambios pueden requerir el uso de una tabla de traspaso o un dispositivo de asistencia, o una silla de ruedas eléctrica. Al igual que cualquier mujer embarazada, necesitará realizar algunas adaptaciones para los cambios que está experimentando su cuerpo.

Disreflexia autonómica

Si es propensa a la disreflexia autonómica, el embarazo puede exponerla a un mayor riesgo de experimentarla. El aumento de la presión en la vejiga puede aumentar la cantidad de episodios que experimente, especialmente a medida que el embarazo avance.

Parto prematuro

Es común que las mujeres con disfunciones de la médula espinal comiencen el trabajo de parto en forma anticipada, posiblemente debido a un aumento en la infecciones del tracto urinario. Es importante que las mujeres con disfunción de la médula espinal conozcan los posibles signos y síntomas del trabajo de parto, y que se realicen los controles con mayor anticipación que las mujeres sin discapacidades. Los signos de trabajo de parto en una mujer con disfunción de la médula espinal incluyen: aumento en la espasticidad abdominal, sensación de que algo está por suceder, aumento en la incontinencia o urgencia urinarias y disreflexia autonómica.

Molestias respiratorias

Para algunas personas, la función respiratoria mejora con el embarazo. El bebé actúa como un corsé y facilita la respiración. Para otras personas, la presión adicional del bebé sobre el diafragma dificulta la respiración. Cambiar de posición, e inhalar por la nariz y exhalar por la boca puede resultar útil. Si el problema se vuelve más grave, es posible que su médico sugiera una consulta de terapia respiratoria.

Problemas con el cuidado de la piel

Con los cambios en el peso, es posible que experimente cambios en la distribución de su peso. Los desplazamientos del peso pueden ser más difíciles a medida que avance el embarazo. Es importante que continúe con su programa de cuidado de la piel y que revise la piel cuidadosamente para evitar problemas.

Si bien su discapacidad puede plantear un desafío aún mayor para el embarazo y la maternidad, hay muchas mujeres que ya han pasado por esto. No dude en hablar con alguien que haya vivido esta experiencia. (Consulte su Programa de Pares

Orientadores o los enfermeros titulados de la Clínica de Seguimiento de Lesiones de la Médula Espinal).

Menopausia

A medida que las mujeres envejecen, entran en la premenopausia y menopausia. Una disfunción de la médula espinal no parece tener un efecto significativo en esto. Sin embargo, algunos estudios han informado que las mujeres con disfunciones de la médula espinal entran en la menopausia un año o dos años antes que sus amigas y familiares sin discapacidades. Existen algunos síntomas de disfunción de la médula espinal que aumentan cuando las mujeres están en la etapa menopáusica. Estos incluyen un aumento en la espasticidad, un aumento en la disreflexia autonómica y un aumento en los espasmos vesicales. Asimismo, tendrá algunos signos de menopausia que sus amigas sin discapacidad también tendrán: sofocos, cambios repentinos del estado de ánimo y molestias abdominales. Si está experimentando estos síntomas y tiene entre 45 y 50 años, es posible que esté en la etapa premenopáusica.

Una de las mayores preocupaciones para las mujeres que están en la etapa menopáusica es el problema de la osteoporosis. Dado que su disfunción de la médula espinal puede exponerla a un mayor riesgo de sufrir osteoporosis, es importante que analice con su proveedor de atención de salud las opciones para ayudar a prevenir esta complicación. Entre ellas, se encuentra la opción de la terapia de reemplazo hormonal. Hable con su proveedor de atención de salud para determinar si esta opción podría ayudarla.

Cómo mantener su salud sexual

Independientemente de que sea hombre o mujer, sus necesidades de salud sexual no cambian como resultado de su disfunción de la médula espinal. Para las mujeres, esto incluye realizarse una prueba de Papanicolaou anual, realizarse autoexámenes mensuales de los senos y realizarse mamografías con la frecuencia adecuada. Para los hombres, esto incluye realizarse autoexámenes testiculares y controles de próstata.

Prueba de Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou se realiza en el consultorio de su médico (ginecólogo). Es un procedimiento de detección del cáncer de cuello uterino (el cuello uterino es donde se unen el útero y la vagina). Dado que, por lo general, un problema en el cuello uterino no presenta ningún síntoma durante los

primeros estadios, se trata de una buena forma de detectar estos cambios.

Para realizarle una prueba de Papanicolaou debe recostarse sobre una mesa de examinación. Se utiliza un instrumento denominado espéculo para abrir suavemente la vagina. Se toma una muestra celular del cuello uterino. Por lo general, recibirá los resultados de su prueba al cabo de algunas semanas. Debe consultar a su proveedor de atención de salud para saber cómo recibirá los resultados. Algunas personas le enviarán una copia de los resultados de la prueba. Otras la llamarán. Es su responsabilidad enterarse de los resultados. Por lo general, se recomienda que se realice una prueba de Papanicolaou una vez al año.

Para las mujeres con una discapacidad de la médula espinal, puede ser difícil encontrar un ginecólogo que tenga un consultorio de fácil acceso y que esté familiarizado con los posibles problemas que usted puede tener, como espasticidad, infecciones frecuentes del tracto urinario, dificultades para trasladarse a una mesa de examinación y dificultad para acomodarse en los reposapiés o en los estribos. Consulte a su proveedor de atención para la médula espinal para encontrar un ginecólogo que tenga más conocimiento sobre los problemas que usted puede tener. Su discapacidad de la médula espinal no elimina la necesidad de una prueba de Papanicolaou.

Autoexámenes de los senos

Los autoexámenes de los senos son la mejor forma de detectar los cambios en los senos que pueden ser cancerosos. Los autoexámenes de los senos son indoloros y fáciles de hacer. Solo llevan unos minutos todos los meses. Debe realizarse un autoexamen de los senos una vez al mes. El mejor momento del mes para hacerlos es generalmente uno o dos días después de su periodo menstrual. Es una buena idea hacer el autoexamen de los senos en el mismo momento todos los meses. Esto asegura que el tejido mamario sea uniforme de un mes a otro.

En frente del espejo, controle el tamaño y la forma de ambos senos. Apriete suavemente cada pezón para verificar que no haya secreción. Palpe cada seno para verificar que no haya protuberancias o bultos inusuales. Use los tres dedos del medio de una mano, haciendo un movimiento circular. Para obtener instrucciones más específicas, consulte a su proveedor de atención de salud.

Si físicamente no puede hacer esto usted misma, deberá pedirle a un asistente o a su pareja que lo hagan por usted.

Autoexámenes testiculares

Los hombres tienen la responsabilidad de revisarse los testículos todos los meses para detectar los cambios que se puedan presentar. Estos cambios pueden implicar que tiene cáncer testicular. Debe apretar suavemente cada testículo. Luego, usando dos dedos, palpe suavemente cada testículo y el escroto (saco) para detectar la presencia de cualquier protuberancia o bulto que no sean normales para usted.

Si físicamente no puede hacer esto usted mismo, deberá pedirle a un asistente o a su pareja que lo hagan por usted.

Exámenes prostáticos

Los hombres tienen la responsabilidad de realizarse un examen prostático una vez al año después de cumplir los 50 años (40 años si tiene antecedentes familiares de cáncer de próstata o si es afroamericano). Este examen es realizado por un médico que inserta suavemente su dedo en el recto para palparle la glándula prostática. Su médico también puede indicar un análisis de sangre denominado antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). Este análisis mide la cantidad de PSA presente en la sangre y es un buen indicador de problemas de próstata.

Su lesión de la médula espinal puede ocultar algunos de los síntomas de problemas prostáticos. Estos síntomas incluyen micción frecuente, especialmente durante la noche y dificultad para comenzar a orinar.

Los exámenes prostáticos se realizan para ayudar a detectar la prostatitis (una infección de la glándula prostática), la hipertrofia prostática benigna (aumento de tamaño de la glándula prostática que no es canceroso) y el cáncer de próstata. La detección temprana y el tratamiento de estos problemas son clave para mantener la salud de la próstata.

Conclusión

La sexualidad y el funcionamiento sexual son áreas respecto de las cuales sentimos una fuerte conexión emocional. Este capítulo contiene mucha información a fin de brindarle una parte de aquella información que usted necesita conocer. Sin embargo, no contiene toda la información que puede necesitar. Desde ya, no dude en preguntar y obtener más información sobre aquellas áreas que son importantes para usted. Recuerde, la sexualidad es un aspecto tan importante como cualquier otro aspecto de su vida. Explore, haga preguntas y analice lo que es importante para usted.

Glosario

Área genital	Área donde se ubican los órganos sexuales externos.
Autoestima	Valor que nos damos como personas.
Ciclo de respuesta sexual	Cambios físicos y psicológicos que ocurren cuando los hombres o las mujeres reciben estimulación sexual. Se trata de un ciclo de cuatro pasos.
Contractura	Acortamiento permanente del tejido blando, lo cual lleva a una limitación en la amplitud de movimiento de la articulación.
Disreflexia autonómica	Respuesta exagerada del sistema nervioso simpático a la estimulación (nociva o negativa) debajo del nivel de la lesión. Ocurre en personas con lesión de la médula espinal en T6 o más arriba y se considera una emergencia médica.
Erección	Endurecimiento del pene debido al flujo sanguíneo.
Erección psicógena	Erección causada por la estimulación del cerebro. Esta estimulación puede darse como resultado de ver o visualizar algo deseable desde el punto de vista sexual.
Erección refleja	Erección que se produce como resultado de una estimulación directa de los órganos sexuales. Esta estimulación incluye el tacto, las caricias y la manipulación.
Espasticidad	Movimientos no controlados o involuntarios de las extremidades o aumento en la resistencia al movimiento pasivo.
Esperma	Líquido que contiene espermatozoides y semen.
Excitación	La primera fase del ciclo de respuesta sexual. Período en que la excitación sexual comienza a aumentar.
Eyaculación	Expulsión de semen por la uretra.
Eyaculación retrógrada	Proceso por el cual el esperma ingresa en la vejiga en lugar de ser expulsado fuera de la uretra.
Fertilización <i>in vitro</i>	Medio artificial para fertilizar un óvulo con esperma con el fin de lograr un embarazo.
Funcionamiento sexual	Capacidad para realizar actos sexuales.
Imagen corporal	Imagen que tenemos de nuestro cuerpo.

Inseminación	Introducción de esperma en la vagina para lograr un embarazo.
Masturbación	Estimulación del pene o la vagina en forma manual o con un dispositivo artificial, como un vibrador.
Meseta	La segunda fase del ciclo de respuesta sexual, donde continúan las sensaciones experimentadas en la fase de excitación.
Nivel de la lesión	Nivel neurológico de la lesión de la médula espinal. Incluye tanto los niveles sensoriales como los motores.
Orgasmo	La tercera fase del ciclo de excitación sexual. Esta fase es el punto donde se alcanza el clímax.
Osteoporosis	Afección que reduce la cantidad de tejido óseo.
Priapismo	Erección que dura más de cuatro horas. Esta erección puede causar complicaciones médicas graves y se considera una emergencia médica.
Resolución	Fase final del ciclo de respuesta sexual donde todo vuelve al estado anterior a la excitación.
Semen	Combinación de plasma seminal y esperma que eyacula el cuerpo de un hombre
Sexo más seguro	Prácticas utilizadas para protegerse de enfermedades de transmisión sexual, embarazo (en las mujeres) o ambos.
Sexualidad	Todas las características que hacen de una persona un ser sexual.

Referencias

1. Amador MJ, Lynne CM, Brackett NL. *A Guide and Resource Directory to Male Fertility Following Spinal Cord Injury / Dysfunction*. University of Miami School of Medicine: Miami, FL, 2000.
2. Burns A S, Jackson AB. *Gynecologic and Reproductive Issues in Women with Spinal Cord Injury*. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co. (Pending Publication), 2001.
3. Ducharme SH, Gill KM. *Sexuality After Spinal Cord Injury: Answers to Your Questions*. Baltimore, MD: Paul H. Brooks Publishing Co, 1997.
4. Haseltine FP, Cole SS, Gray DB. *Reproductive Issues for Persons with Physical Disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brooks Publishing Co, 1993.
5. Katz ME, Millerre K, Powell D. *Your PAP Test*. San Bruno, CA: Krames Communications, 1998.
6. Lue TF. Erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 342(24), 1802-1813, 2000.

Sitios web

www.prostatehealth.com

Comentarios y opiniones

El personal del centro ha dedicado recientemente mucho tiempo y esfuerzo para revisar este manual. No obstante, sabemos que las personas que leen y utilizan el manual en forma activa pueden mejorarlo. Como parte de nuestro programa de mejora continua de la calidad, le solicitamos que ayude a guiar nuestros esfuerzos para mejorar el manual.

En la próxima sección del capítulo hay dos formularios. El primer formulario es un resumen por capítulo que intenta identificar aquellas áreas del manual que podrían mejorarse con un poco más de trabajo. También intentamos identificar cualquier inquietud importante que no haya sido abordada.

La segunda sección es un cuestionario más específico que tiene como meta los temas particulares que deben tratarse. Por ejemplo, si debe agregarse un término al glosario o si debe modificarse la definición. ¿Debería agregarse un medicamento al análisis de los programas intestinales?

Cuanto más específicos sean los comentarios, mayores serán las probabilidades que tendremos de realizar las mejoras que constituyen la base de su idea. Al comunicarse con Regional Spinal Cord Injury Center of the Delaware Valley; no obstante, los usuarios nos autorizan a usar cualquier información, sugerencia, idea, gráfico o concepto comunicado para cualquier propósito queelijamos, ya sea comercial, público u otro, sin ningún tipo de compensación ni reconocimiento.

Gracias por tomarse el tiempo para ayudarnos a mejorar este manual.

Atentamente,

Comité del Manual sobre SCI

Regional Spinal Cord Injury Center of the Delaware Valley
Thomas Jefferson University Hospital
132 S. 10th Street
375 Main Building
Philadelphia, PA 19107

Formulario de opiniones

Clasifique cada capítulo colocando una “X” en la escala debajo del término que mejor represente su opinión. Use la página siguiente para proporcionar comentarios específicos sobre sus calificaciones. Si lo desea, haga copias de la página siguiente.

	Sin opinión	Regular	Satisfactorio	Bueno	Excelente
Reconocimientos/Páginas preliminares					
Índice					
Introducción					
Lesión de la médula espinal					
Vejiga					
Intestino					
Sistema respiratorio					
Dependencia respiratoria					
Piel					
Sistema cardiovascular					
Nutrición					
Actividades de la vida diaria					
Equipos					
Movilidad					
Psicología					
Servicios vocacionales					
Terapia recreativa/Guía de recursos					
Viajes y transporte					
Sexualidad					
Sistema de Atención de Seguimiento de Lesiones de la Médula Espinal					
Glosario principal					

Sugerencias y comentarios

Capítulo: _____

Página(s): _____

Comentarios: _____

¿Hay algún término que deba agregarse al glosario? ¿Cómo definiría los términos?

¿Hay alguna sección o párrafo que no fue claro?

¿Hay algún dibujo o esquema que ayudaría a ilustrar el material tratado?

¿Hay algún tema adicional que debería cubrirse?

¿Hay alguna pregunta que cree se debería haber respondido en el manual?

¿Cuál es la pregunta?

¿Cuál es la respuesta sugerida?

¿Hay alguna referencia que debería agregarse? ¿Algún otro recurso que debería mencionarse?

Al comunicarse con Regional Spinal Cord Injury Center of the Delaware Valley; no obstante, los usuarios nos autorizan a usar cualquier información, sugerencia, idea, gráfico o concepto comunicado para cualquier propósito que elijamos, ya sea comercial, público u otro, sin ningún tipo de compensación.

