

Discapacidad, ser sexuado y sociedad

José Julián Castillo Cuello

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán.

Después de reunir a dos grupos de estudiantes universitarios en aulas diferentes, se les pidió expresar con una palabra o frase su opinión sobre una persona, una joven que cumplía los parámetros de belleza habitualmente utilizados para calificar a una mujer como atractiva. El primer grupo realizó su valoración mientras la muchacha caminaba frente a ellos. Entre las palabras y expresiones para describirla, utilizaron «hermosa», «está buena», «bella», «rica», «un bombón», y otras similares. La misma joven fue sentada en un sillón de ruedas y aparentó estar con parálisis de sus cuatro miembros. Cuando se le presentó al otro grupo de alumnos, los términos fueron «pobrecita», «qué lástima que esté así», «desafortunada», «qué pérdida de mujer», «ojalá que pudiera caminar».

A pesar de tratarse de la misma persona en dos situaciones distintas, las percepciones resultaron totalmente opuestas: unas reflejaron atracción y erotismo; otras, lástima, incomodidad y pena. ¿Cómo pudo una silla de ruedas cambiar tan drásticamente la percepción sobre una persona? ¿Con una «deficiencia» pierde los atributos sexuales, su sexualidad, su condición de hombre o mujer?

Desafortunadamente, este ejemplo es la parte visible de un *iceberg* que enfrentan día a día las personas con algún problema físico (motor, visceral), sensorial (visual, auditivo) o mental.

En este artículo se esbozan una serie de circunstancias y hechos que menoscaban la integración social de las personas con discapacidad, y específicamente su sexualidad, los estereotipos, mitos y «verdades» comúnmente aceptadas.

¿Discapacitados o personas con discapacidad?

Aunque antes de la Segunda guerra mundial existían programas aislados y grupos de profesionales dedicados a la atención de los entonces llamados inválidos, no es hasta finalizado este conflicto que se hizo pública, en la recién nacida Organización de Naciones Unidas (ONU), la necesidad de constituir programas para el estudio y la rehabilitación de los millones de personas que quedaron con graves secuelas físicas y mentales, así como para prestar la máxima

asistencia a sus necesidades físicas, psicológicas, laborales y sociales.¹

Sin embargo, no es sino hasta los años 70 del pasado siglo que comenzaron a establecerse las consecuencias funcionales y sociales de las deficiencias, y a realizarse clasificaciones con el fin de unificar los términos y criterios existentes hasta ese momento para tratar de mejorar los programas de rehabilitación de los llamados discapacitados. En esa época toma su mayor auge la rehabilitación como una herramienta indispensable para integrar plenamente y sin desventajas a una persona en su medio social.²

La rehabilitación es un proceso dinámico y continuo, encaminado a lograr que los individuos con deficiencias físicas, sensoriales o mentales estén en las mejores condiciones para alcanzar y mantener un estado de salud óptimo desde el punto de vista físico, psíquico, sensorial, intelectual y social y, con ello, contar con los medios para modificar sus propias existencias e integrarse lo más independientemente posible en todas las esferas de la vida. Incluye las acciones necesarias para restablecer o compensar tanto la pérdida de una función o estructura corporal, como la limitación de las actividades de la vida diaria o las restricciones en su participación social. Por consiguiente, no solo supone la atención médica especializada para mejorar su capacidad física o mental, sino también una amplia gama de medidas educacionales, psicológicas, culturales, profesionales y medioambientales.

Aunque antes de los años 80 del siglo xx, en Cuba se realizaban acciones médicas de rehabilitación, principalmente de fisioterapia, no es hasta esa década cuando se inicia un trabajo continuo y estructurado de la especialidad de rehabilitación médica; se comienza a entender el concepto de rehabilitación como algo más que el mero hecho de la mejoría del estado físico y psicológico de la persona con una deficiencia. Sin embargo, aún persiste entre muchos profesionales cubanos un criterio mayoritariamente físico-médico. Se hace hincapié en la terapia física —ejercicios, agentes físicos y medidas similares empleadas en personas con discapacidades o no— como el pilar del conocimiento del especialista de rehabilitación médica, con lo cual se olvida la atención a otras dificultades emanadas de la propia discapacidad, como la alteración de la sexualidad.

Si se pregunta qué es un discapacitado, habitualmente se responderá que se trata de un individuo con una alteración física, sensorial o mental, una persona con un trastorno muchas veces visible. Se piensa en un ser que, por sus condiciones particulares de salud, tiene que afrontar cotidianamente numerosas dificultades para vencer los obstáculos de la vida. Con frecuencia se escuchará que «dependerá de su responsabilidad»,

«de su personalidad», «de su entereza», «de su voluntad de ánimo», «de su estado psicológico» y «de sus capacidades» para poder lograr su completa rehabilitación y el éxito individual y social. De acuerdo con esta visión, su potencial físico y psicológico lo llevará a «vencer en la vida». Luego, su prestancia personal y familiar resultará determinante para que alcance su rehabilitación y su completa integración. Pero, ¿es esto totalmente cierto? Indudablemente, el estado psicológico y físico de cualquier ser humano (de su personalidad y constitución biológica) le propiciará una mejor y mayor integración al entorno donde se desenvuelve. No obstante, ¿en qué medida el actual medio social cubano permite a quienes tienen esas «alteraciones» integrarse expeditamente?

A pesar de que existe un porcentaje significativo de personas en sillas de ruedas o necesitadas de muletas, no se ven frecuentemente en teatros, cines, ómnibus o andando por las calles,³ ni a individuos con alteraciones físicas de importancia —sensoriales o mentales— trabajando en los centros laborales. ¿Sus características físicas o mentales no se lo permiten? ¿No tienen la suficiente «personalidad», «fuerza», «entereza» o «estado de ánimo» para lograrlo? ¿No les gusta participar? ¿O encuentran múltiples impedimentos?

Se estima que 10% de los ciudadanos —por lo menos en las sociedades occidentales— tienen algún tipo de deficiencia, bien física, sensorial o mental, y que más de la tercera parte necesita de medios como sillas de ruedas, bastones, aparatos auditivos y otros para interactuar apropiadamente con el entorno.⁴ Paradójicamente, el desarrollo científico-técnico —incluyendo el de las ciencias médicas—, ha propiciado un aumento sustantivo de las personas con trastornos importantes de salud, sobre todo en las sociedades modernas, al elevarse la supervivencia de quienes, en momentos previos de la historia, no hubiesen podido sobrevivir. Hoy lo hacen niños con graves secuelas motoras o mentales; se incrementan y perduran personas accidentadas con severos daños corporales, o individuos con enfermedades crónicas (diabetes, trastornos del corazón, insuficiencia renal, entre otras), que hace apenas cincuenta años no tenían una esperanza de vida elevada. No obstante, estas condiciones sociales, favorecedoras del incremento de las deficiencias, y las actitudes inapropiadas de los «aparentemente normales», son, a su vez, la causa de que las personas con alguna carencia física o mental —al margen de la intensidad de la alteración— presenten algún grado de discapacidad.⁵

La deficiencia describe la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica, incluyendo las mentales. Como anormalidad se denota, estrictamente, una desviación significativa respecto a la norma estadística, y el término solo debe emplearse en

ese sentido. Por ejemplo, una deficiencia puede ser la pérdida de un miembro por un accidente, la ausencia de la visión desde el nacimiento, la parálisis de las piernas o, simplemente, la ausencia de las uñas al nacer.⁶

La aparición de una alteración o deficiencia está relacionada, principalmente, con las características biológicas y mentales del individuo: su «carga genética» (herencia), su desarrollo psicomotor, sus hábitos de vida (alimenticios, actividad física, hábitos tóxicos), su actividad laboral, etc. La participación social y la manifestación de la discapacidad dependerán, en gran medida, del medio donde se desarrolle el sujeto. La discapacidad es aquel estado en que una persona con una condición de salud⁷ determinada, presenta limitaciones para ejecutar las actividades personales (el aseo personal, el traslado, la alimentación) y restricciones en su participación social (dificultades para trabajar, estudiar, asistir a eventos, etc.) en comparación a cómo lo haría otra persona sin la particularidad de aquella.⁸

Con el término «discapacidad» se indican los aspectos negativos de la interacción de un individuo con una condición de salud determinada y los factores ambientales. Por lo tanto, independientemente de las condiciones de salud de una persona, las peculiaridades del contexto influirán de modo significativo en el grado de discapacidad —o lo que es lo mismo, en la integración social del individuo. Es innegable que una sociedad justa, preparada para acoger a las personas con cualquier dificultad, les facilitará a estas alcanzar una óptima calidad de vida de acuerdo con sus capacidades. Un hombre de 32 años altamente calificado en informática, con parálisis de sus piernas como resultado de un accidente automovilístico, pero completamente independiente desde su silla de ruedas, no puede encontrar un trabajo remunerado porque en los centros donde lo busca no existen los medios adecuados para su libre desplazamiento, ni baños apropiados, ni transporte conveniente para poder trasladarse. A los directivos laborales no les interesa contratarlo porque puede significarles «más problemas»; tampoco le permiten laborar en su casa porque carecen de los recursos necesarios (barreras «mentales» y ¿limitaciones de tecnologías?). Por ese motivo ¡es jubilado! porque sus ¡condiciones físicas! no le permiten trabajar. Difícilmente esta persona podrá sentirse realizada en su vida cuando se le envía a su casa con una pensión —que, por lo general, no cubre ni la quinta parte de sus necesidades vitales— y se le cercena de un golpe la posibilidad de brindar a la sociedad sus capacidades intelectuales, aún íntegras. De su personalidad y constancia dependerá que continúe «luchando» desde otras perspectivas y formas propias.

Preferimos utilizar el término «persona con discapacidad», ya que así resaltamos que el individuo

afronta o puede afrontar en su vida diaria un sinnúmero de dificultades ajenas a su propia condición personal y que limitan su completa participación e integración social. La expresión «discapacitado» se interpreta habitualmente como que el «problema» solo compete al individuo. Nadie debería llamarse ciego, parapléjico o retrasado mental; en última instancia, si es necesario referirse al último de ellos por cuestiones ineludibles, podría hablarse de «una persona con limitaciones en las actividades de aprendizaje» o «una persona con retraso mental». Debe evitarse que a un individuo se le caracterice por sus dificultades o deficiencias. Calificarlo por sus «defectos» ensombrece sus virtudes y disminuye su autoestima. Y no se trata solo de una cuestión lingüística. Con ello se evitaría eclipsar nuestra condición básica y común de personas, y la costumbre de marginar a grupos poblacionales encasillándolos con términos que resaltan sus deficiencias por encima de sus méritos, posibilidades y condiciones humanas.

El mayor reto afrontado por las personas con discapacidad ha sido convencer a la sociedad de que no son una clase diferente, una carga, una minoría; que pueden integrarse, ser útiles y productivas, al margen del grado de alteración que tengan. Desde luego, las características personales del individuo —tanto psicológicas como biológicas— favorecerán o no su completa integración social. Un paradigma de la constancia, la capacidad y la voluntad del ser humano es el físico inglés Stephen William Hawking. A pesar de tener una deficiencia física muy grave, ha podido desarrollar, en un medio favorable, un trabajo activo, publicar libros considerados *best sellers* (por ejemplo, *Historia del tiempo*) y aportar teorías novedosas, consideradas contribuciones muy importantes a la física y la cosmología. Es cierto que todos los individuos no son como Hawking. Sin embargo, es preciso que cada persona pueda desarrollar al máximo, y sin restricciones, sus capacidades y encontrar un medio social apropiado donde se integre totalmente desde su perspectiva individual, sin limitaciones de ninguna índole.⁹

¿Está preparada la sociedad para incorporar a las personas con discapacidad?

Aunque las relaciones sociales generan las deficiencias y las discapacidades, desafortunadamente aún no están preparadas las condiciones —objetivas y subjetivas— para enfrentar con equidad esta problemática. Se tiende a facilitar la mejoría del estado físico o mental de la persona, hacerla caminar, aumentar su fuerza muscular, disminuir sus dolores, enseñarla a leer, «adecuarla psicológicamente» con medios médicos y educativos, la mayoría de las veces de alta tecnología; pero

habitualmente se omite, de manera consciente o inconsciente, abordar otras muchas necesidades básicas después de que se han reacondicionado al máximo las carencias y dificultades físicas o mentales. Para que una persona con discapacidad obtenga la mejor calidad de vida posible, según sus capacidades, es necesario que alcance un conjunto de logros en su vida personal y social, no solo la mejoría de sus condiciones físicas o mentales. Se vuelve imprescindible adecuar lo más posible el medio y la sociedad en general a las personas con discapacidad y no lo contrario, es decir, esperar que se «adaptan» a las condiciones muchas veces inhóspitas del entorno.

Durante una reunión con arquitectos que estaban proyectando la reconstrucción de un centro hospitalario, les pregunté si habían previsto baños y áreas apropiadas para personas con discapacidad. Muy satisfechos, respondieron que sí: ¡habían diseñado una sala de rehabilitación con todas las condiciones necesarias para esas personas! Sin embargo en *ningún* otro recinto se había planteado siquiera construir un cuarto con un baño apropiado para el uso indistinto de personas con o sin discapacidad. Los individuos con lesiones medulares u otras enfermedades que ocasionan parálisis, las personas sin piernas y otras muchas que requieren medios especiales —sillas de ruedas, muletas—, ¿no se enferman de apendicitis, de neumonía o de cualquier otra enfermedad que las obligan a internarse en hospitales «comunes»? El problema no es crear un solo lugar con todas las condiciones, sino concebirlos todos (hospitales, hoteles, centros deportivos, cines teatros, calles) con los elementos mínimos necesarios —la mayoría de las veces muy poco costosos y fáciles de realizar— que puedan ser usados por cualquier persona, con o sin discapacidad. Se trata de crear conciencia, cambiar las actitudes tendientes a olvidar que existen miles de seres necesitados de medios especiales para su desenvolvimiento social.

Barreras sociales de la discapacidad en Cuba

Las personas con discapacidad enfrentan cotidianamente numerosos problemas que limitan su participación social, entre ellos:

- Se incumplen las normas de construcción y persisten las barreras arquitectónicas que impiden el desplazamiento y el acceso a cualquier instalación.
- Se dificulta la participación laboral remunerada, al no crearse todas las facilidades necesarias en los puestos de trabajo. Desafortunadamente, muchas veces se le niega un empleo a una persona con una deficiencia, a pesar de estar bien establecidas las

cuotas para estos individuos. Se argumenta su problema corporal como una limitante.

- Los medios de transporte público carecen de las condiciones apropiadas para personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales. Existen disposiciones (frecuentes «decretos verbales») que limitan su acceso a los aviones u otros medios de transporte cuando viajan solas, en vez de crear las condiciones para facilitarlos (personal de ayuda entrenado, asientos especiales y otras medidas similares).
- Los programas de seguridad social, aunque necesarios en algunas circunstancias, pueden convertirse en un desestímulo para que muchas personas con discapacidad busquen empleo. El sentimiento de ser útil en cualquier actividad y la participación social ayudan al bienestar psicológico del individuo. Se deberá, por lo tanto, valorar exhaustivamente la capacidad de trabajo de una persona antes de jubilarla por su dificultad.
- Resultan insuficientes la producción y disponibilidad de medios que faciliten la comunicación, la instrucción, la recreación y el esparcimiento de las personas con deficiencias, como libros en sistema Braille, casetes o discos, programas especiales de computación y subtítulo de programas televisivos.
- No existen, por lo general, medios de seguridad vial que permitan el desplazamiento con confianza y de la forma más independiente posible de las personas que tienen deficiencias.

Por otro lado, en Cuba, los medios de difusión masiva no ofrecen habitualmente una visión real de las personas con deficiencias, en la que se resalten los aspectos positivos o se les trate como al resto de los mortales. En algunos seriales, novelas o películas, el personaje negativo es una persona con una deficiencia física o de otro tipo, o se destaca su «vulnerabilidad» o sus «debilidades», que pueden generar sentimientos de compasión. Se han creado grupos musicales y teatrales integrados únicamente por sujetos con deficiencias de cualquier tipo. Su presentación en eventos y actividades es contraproducente para fomentar y facilitar su integración. También existe la propensión de mostrar los resultados —la mayoría de las veces con las mejores intenciones— en programas educativos o de otra índole, de la rehabilitación de estas personas, para que muestren los logros obtenidos o las habilidades alcanzadas, como si fuese algo totalmente impensable desde sus condiciones particulares.

Otra de las barreras que pudiéramos citar es el empleo de vocablos como «inválidos», «minusválidos», «lisiados», «disminuidos», asumidos con no poca frecuencia por locutores, narradores, animadores y

En el ámbito profesional, con no poca frecuencia se sigue abordando la sexualidad desde una posición totalmente terapéutica y dirigida a curar (algo muchas veces irrealizable) el síntoma sexual que se presenta. A veces se enfoca el tema solamente desde una perspectiva «psicológica», de información, de educación, sin brindar indicaciones precisas de cómo mejorar la ejecución sexual y la capacidad física en general.

redactores de prensa. Apenas existen programas donde se promueva la necesidad de cambiar las actitudes hacia estas personas, y donde se expongan y discutan los mitos, prejuicios, tabúes y estereotipos relacionados con la discapacidad en general y la sexualidad de estas personas en particular. Comúnmente, no se divulgan sus posibilidades reales de vivir y participar de manera íntegra en su medio y de expresar en pleno su sexualidad. Es significativo que durante la Olimpiada celebrada en Atenas, la difusión de los denominados Juegos Paralímpicos y su trasmisión televisiva (nunca «en vivo») ocupó menos de 5% del tiempo y espacio dedicados a los eventos de los deportistas «normales», a pesar de que la proporción de medallas obtenidas por la delegación cubana a los Juegos Paralímpicos fue superior.

Por otra parte, no es habitual la educación conjunta de las personas con deficiencias con aquellas que no las tienen. En la formación del personal de educación de cualquier nivel—primario, secundario, preuniversitario y universitario—, no se incluye el estudio de hechos relacionados con la discapacidad y las características particulares de su educación, de modo que se les permita a los maestros interactuar, educar o instruir a estas personas; tampoco hay una participación generalizada de jóvenes con deficiencias—de acuerdo con las posibilidades personales y el contexto real— en centros educativos regulares. Existen disposiciones que limitan el estudio de una profesión u oficio por la sola circunstancia de la deficiencia, a pesar de que la persona cumpla con las condiciones educativas e intelectuales requeridas.

En las escuelas de educación especial, necesarias para individuos que, por sus características particulares—por ejemplo, con ceguera o sordera— necesitan una instrucción muy compleja, se carece de vinculación con los centros de enseñanza regular, por medio de acciones educativas conjuntas como la educación física y las actividades recreativas, los encuentros de conocimientos. Esto permitiría a los alumnos de ambos centros relacionarse y conocer sus particularidades.

Asimismo, la participación activa de personas con discapacidad en organizaciones es aún insuficiente. Las relaciones con seres humanos de características similares permiten adquirir elementos provechosos que les facilitan interactuar adecuadamente con el medio. La posibilidad de conocer los logros y éxitos de otros puede servir de ayuda para que un individuo sea capaz de modificar su propia vida y participe cabalmente en su contexto sin restricciones psicológicas. No es común la consulta a las organizaciones de personas con discapacidad cuando se elaboran disposiciones, normas y reglamentos relacionados con el entorno y su accesibilidad.

La sexualidad

Otro elemento negativo en relación con la discapacidad—especialmente la física—, tanto dentro como fuera de las instituciones de salud, es la escasa atención a la sexualidad, a pesar de que la mayoría de las personas con discapacidad comúnmente plantea la necesidad de ser atendidas al respecto.¹⁰ Esta carencia se refleja en los programas de estudio de especialidades médicas, como la de Rehabilitación Médica y la licenciatura en Terapia Física y Rehabilitación. No se incluye una asignatura que instruya y capacite a los estudiantes en la atención de los problemas sexuales de estos individuos,¹¹ por lo que, al especializarse, no cuentan con los conocimientos necesarios en esta área.

Por otra parte, los profesionales que trabajan la sexualidad (sexólogos, psiquiatras, psicólogos, clínicos o urólogos), por lo general no están familiarizados con las particularidades de la discapacidad y los problemas físicos y psicológicos que de ella se generan. Entonces, ¿quiénes enfrentarán las dificultades relacionadas con la sexualidad de esos pacientes?

Hablar de sexualidad va más allá del erotismo, de la genitalidad, de tener relaciones sexuales. Generalmente, cuando se menciona este vocablo se alude a los vínculos de parejas (eróticos y reproductivos); sin embargo, la

sexualidad es la expresión psicológica y social de un ser sexuado en una sociedad y cultura determinadas, y parte inherente del ser humano. En aquella se integran elementos físicos (biológicos), psicológicos (emocionales, intelectuales) y sociales (históricos, culturales) que lo hacen actuar y sentir como hombre o mujer.¹²

El desarrollo de la sexualidad depende de la satisfacción de necesidades humanas primordiales como el deseo de contacto, de intimar, de lograr placer,¹³ ternura y amor. Se relaciona con la necesidad del individuo de realizarse plenamente. Su completo desarrollo, en todas las dimensiones de la vida, resulta esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. La sexualidad es también un elemento que tener en cuenta cuando hablamos de calidad de vida, y se expresa en todas las dimensiones humanas: el yo, el individuo (carácter particular, personalizado), la pareja (vínculos amorosos, hedónicos, de comunicación íntima), la familia (vía de reproducción y relaciones paterno-filiales) y la social (forma de establecer comunicación e interactuar con los demás).¹⁴ Considerando que se trata de una relación muy personal de todos los procesos que la conforman —biológicos (respuesta sexual, órganos genitales y organismo en general), psicológicos (prestancia cognitiva, afectiva, intelectual, valoración de sí misma) y sociales (relaciones interpersonales, integración social y todos los elementos históricos y culturales donde se desenvuelve el individuo)—, cada persona podrá tener una completa experiencia gratificadora, una vivencia positiva de su sexualidad, independientemente de que alguno de esos procesos no discurra según la norma o los criterios generales.

Se puede tener otra vivencia positiva de la sexualidad. Un sujeto que por una alteración biológica no puede lograr la eyaculación, pero que disfruta de todos los elementos de su vida, incluyendo las relaciones eróticas, tendrá una sexualidad sana a pesar de tener dañado un componente orgánico de su respuesta sexual. Lo mismo ocurre con el comportamiento de una persona en silla de ruedas si desde su situación de deficiencia-discapacidad, el individuo se siente hombre o mujer con los derechos y deberes, y con la capacidad de decidir y satisfacer cualquier necesidad de acuerdo con sus posibilidades físicas, sensoriales o mentales y las particularidades de su entorno. Logrará que su vida alcance la máxima calidad desde la perspectiva de lo masculino o femenino, desde su condición de un ser humano sexuado.

Sin embargo, se han tejido un conjunto de estereotipos, mitos, tabúes y prejuicios que propician la aparición de disfunciones sexuales, insatisfacciones y actitudes negativas menoscabando la completa

vivencia de la sexualidad cuando no se «cumplen» —por condiciones psicológicas o físicas— los requerimientos «establecidos». Los hechos nocivos son aún mayores cuando se trata de personas con discapacidad, ya que las circunstancias negativas no solo aparecen vinculadas con los aspectos sexuales, sino también con las particularidades físicas o mentales del individuo.

Entre los conceptos y criterios erróneos que minimizan la sexualidad en general y la expresión sexual en particular, se encuentran los siguientes:

- La erección del pene es indispensable para el éxito de una relación sexual. De hecho, las únicas relaciones sexuales válidas son las que concluyen con la penetración, es decir, la única relación sexual verdadera es el coito con penetración; lo otro, son «actividades sexuales complementarias».
- La satisfacción femenina depende del tamaño del falo.
- Mientras más potencia eréctil y capacidad sexual tenga un individuo, más viril será.
- Los hombres llevan la parte activa de la relación sexual e inician los encuentros sexuales. Son los encargados del orgasmo de la mujer («no hay mujeres anorgásmicas, sino hombres ineptos»).
- El orgasmo es esencial para el pleno goce sexual. Una buena relación sexual siempre concluye con el orgasmo de ambos miembros de la pareja; y si es al unísono, mejor.
- Expresar sentimientos de ternura, ser delicado y llorar no es propio de los hombres, que deben ser fuertes, valerosos, emprendedores, dinámicos, y con confianza plena en sus capacidades.
- Los hombres son el pilar económico de la familia. Asumen roles de proveedores. Cuando no pueden cumplirlos apropiadamente, su autoestima puede disminuir y dificultar su relación de pareja. Por oposición, las mujeres son débiles, tiernas, cariñosas, sensibles, intuitivas, afables, emocionalmente inestables, dependientes, hogareñas.
- Ninguna mujer «decente» busca o lleva la parte activa de una relación sexual. Los roles familiares (cuidado de los hijos, limpieza del hogar, cocinar) les son propios.
- Las mujeres que han tenido varias parejas son prostitutas.
- La educación sexual no es necesaria. Se aprende en la calle.
- Las personas con orientación homosexual son enfermas o aberradas. El homosexualismo es un trastorno psíquico que produce impotencia sexual.¹⁵
- La sexualidad es cosa de jóvenes. Las ancianas y ancianos no necesitan tener relaciones sexuales.
- La masturbación es dañina para la salud.

- La estimulación anal es una práctica de mujeres y homosexuales.

En el caso de las personas con discapacidad, se suman otra serie de falacias que menoscaban aún más su sexualidad:

- Son asexuales. No tienen intereses de índole sexual.
- Son dependientes de los demás, por lo que necesitan que las protejan.
- La alteración física genera trastorno psíquico.
- Deberían formar parejas con personas como ellos.
- Los padres de niños con discapacidad temen darles educación sexual.
- Si una persona con discapacidad padece un trastorno sexual, casi siempre se debe a su condición física o mental.
- Si una persona «normal» mantiene relaciones con una con discapacidad —hombre o mujer— es porque no puede atraer a otros individuos o tiene un interés ajeno a cualquier vínculo afectivo (intereses monetarios, vivienda).
- Las relaciones con personas con discapacidad solo se basan en el amor. Se excluye que puedan tener vínculos sexuales solo por placer erótico, con una mayor o menor entrega afectiva.
- Las personas con retraso mental son hipereróticas.
- Las personas con lesiones medulares son impotentes.

El modelo social y cultural occidental construye e idealiza la belleza física mediante patrones rígidos y estereotipados, así como con el andamiaje comercial a su alrededor —propagandas de perfumes, modas, estilos de vida. Ese modelo, tomado como parámetro necesario para el éxito personal y social y como uno de los requisitos necesarios para proporcionar y obtener el placer sexual, minimiza la percepción de sí mismo de cualquier persona que no lo cumpla. ¿Quién no ha visto anuncios publicitarios que muestran a mujeres «bellas, perfectas, sensuales e hipereróticas dispuestas en cualquier instante a tener relaciones sexuales y múltiples orgasmos, o «apuestos galanes» capaces de atraer y conseguir a cualquier pareja?»¹⁶ ¿Qué ocurrirá con aquellas personas que no cubren esas expectativas socialmente condicionadas? ¿Cómo actuarán? ¿Podrá su autoestima subsistir? Obviamente, esos conceptos, circunstancias y conductas influyen negativamente tanto en los sujetos con discapacidad como entre las personas con las que conviven. Aun sin ocurrir un daño orgánico de la respuesta sexual por trastornos físicos o mentales, la sexualidad de las personas con discapacidad se ve afectada, lo cual propicia la aparición de problemas sexuales o insatisfacciones en su vida personal (la percepción de su sexualidad).

La salud sexual es un derecho de todos los seres humanos, al margen del sexo, raza, religión, orientación sexual, clase social o limitaciones físicas, sensoriales o mentales. Nadie es «tan marcadamente discapacitado» para no poder expresar y vivenciar su sexualidad en todas las esferas de sus vidas. Nuestra sociedad tendría el deber de brindar los recursos necesarios para asegurar a estos individuos una sexualidad sana y libre de prejuicios. Atender la sexualidad en toda su magnitud hará que «mejorar la calidad de vida» sea algo más que un propósito.¹⁷

Uno de los errores que se cometen ordinariamente es considerar como «ajena» la sexualidad de las personas con discapacidad. Sus derechos, responsabilidades y expresiones sexuales son iguales que las de los demás. La solución no consiste en buscar las diferencias, sino comprenderlas y obtener el máximo disfrute y plenitud con las capacidades que se tengan.

En el ámbito profesional, con no poca frecuencia se sigue abordando la sexualidad desde una posición totalmente terapéutica y dirigida a curar (algo muchas veces irrealizable) el síntoma sexual que se presenta. A veces se enfoca el tema solamente desde una perspectiva «psicológica», de información, de educación, sin brindar indicaciones precisas de cómo mejorar la ejecución sexual y la capacidad física en general. Pero ambos extremos son nocivos. En el caso de las personas con discapacidad, coinciden una serie de elementos físicos y psicológicos: afrontarlos desde una sola visión resulta obviamente insuficiente. Es sobremanera importante lograr un adecuado equilibrio entre la información, los cambios de actitudes, los conocimientos que se intentan incorporar y las herramientas y posibilidades que se ofrezcan para paliar, en lo posible, las consecuencias físicas y psicológicas que produjo la alteración sobre el individuo. Sólo así se podría posibilitar el total disfrute de su sexualidad.

La atención sexual a las personas con discapacidad

En los programas de educación sexual emprendidos en instituciones para personas con discapacidad, se enseña que la masturbación no es dañina, sino una vía válida para saciar el deseo sexual; que no es pecaminosa; que no produce enfermedades, pero que deberá realizarse en la intimidad, fuera de la mirada de otros. Sin embargo, en esas instituciones no existen lugares íntimos donde se puedan masturbar, por lo que la instrucción se torna contradictoria y estresante cuando la persona no puede consumir lo que le han definido como legítimo y provechoso. La paradoja es que puede traerle problemas si la practica y es sorprendida.

La atención de los problemas sexuales de las personas con discapacidad les facilitará la percepción de una sexualidad con una dimensión más amplia que la tradicionalmente concebida. Ello les permitirá su vivificación y su pleno disfrute, lo cual redundará positivamente en su proceso de rehabilitación y en una mejor calidad de sus vidas. Para alcanzar el ajuste sexual de las personas con discapacidad, es indispensable lograr una actitud sexual positiva abandonando criterios prejuiciados, temores infundados, estereotipos y mitos, y eliminando las barreras ambientales que menoscaban la sexualidad.

No se puede esperar que una persona disfrute plenamente su sexualidad si no es vista y tratada como un ser sexuado, capaz de amar y ser amado, de disfrutar y hacer disfrutar con plenitud las relaciones interpersonales en general y las sexuales en particular, de participar enteramente, y sin obstáculos, en el medio donde se desenvuelve.

Independientemente de los procedimientos médicos, psicológicos o similares que podamos emplear para mejorar el estado mental y físico, es necesario ejecutar o establecer un conjunto de disposiciones para minimizar las influencias ambientales negativas que impiden la completa integración social y, con ello, la expresión de la sexualidad. Hay que lograr que el medio donde se desenvuelven las personas con discapacidad sea lo menos «escabroso» posible. Si solo se piensa en la sexualidad como equivalente del coito y del placer erótico, muchas personas con deficiencias, limitaciones o restricciones severas tendrán muy restringida esta posibilidad de sus vidas. No podrían, por consiguiente, sentirse satisfechos y plenos como hombres o mujeres. Sin embargo, si consideramos la sexualidad como una parte indispensable de la personalidad, implicada en todas las dimensiones de la vida, los caminos para vivenciarla totalmente, desde la individualidad, serán infinitos. Por eso es sumamente importante la participación de todas las personas—incluyendo las discapacitadas—para que este empeño se haga realidad.

Notas

1. Véase Joel A. DeLisa y M. N. Gordon, «Rehabilitation Medicine: Past, Present and Future», en Joel A. DeLisa y Bruce M. Gans, eds., *Rehabilitation Medicine*, J. B. Lippincott Company, 1993, pp. 3-27.
2. *Ibidem*.
3. Aunque es frecuente encontrarlos en portales de tiendas o lugares similares, vendiendo disímiles objetos o pidiendo ayuda.
4. Colectivo de autores, *Por la vida*, Casa Editora Abril, La Habana, 2003.

5. OMS, *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud*, versión castellana, OMS, OPS, INMERSO, Madrid, 2001.

6. *Ibidem*.

7. Una condición de salud incluye, además de enfermedades, trastornos, traumatismos, lesiones y otras eventualidades como el embarazo, el envejecimiento, las anomalías congénitas y las predisposiciones genéticas.

8. Véase OMS, *ob. cit.*

9. Un caso diametralmente opuesto es el del español Ramón Sampedro, quien «luchó incansablemente» para obtener la eutanasia al no querer vivir con las secuelas físicas que tenía. Pero, afortunadamente, estos casos son menos frecuentes.

10. Una situación que ilustra el criterio de que las personas con discapacidad sí sienten la necesidad de recibir atención a sus problemas o conflictos sexuales, es el hecho de que en el IV Congreso de la Asociación Cubana de Limitados Físicos Motores (ACLIFIM) uno de los temas ampliamente debatidos fue la problemática que presentaban en la esfera sexual. De este debate emanó el siguiente acuerdo: proponer a los ministerios de Educación y Salud Pública y al Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), que se creen programas sostenidos que aborden la sexualidad de las personas con discapacidad y de los individuos relacionados con ellas.

11. Actualmente se está desarrollando un Diplomado de rehabilitación y en ninguno de sus módulos se incluye o se tiene en cuenta la sexualidad.

12. Véase Alicia González y Beatriz Castellanos, *Sexualidad y género. Alternativas para su educación ante los retos del futuro*, Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2003.

13. Placer en su concepto general: satisfacción en cualquier esfera de la vida.

14. Véase Federico Posse y Silvia Verdeguer, *La sexualidad de las personas discapacitadas*, Fundación Creando espacios, Buenos Aires, 1993.

15. Increíblemente, esta aseveración también apareció en un artículo titulado «Diabetes y disfunción sexual», publicado en *Granma*, La Habana, 10 de abril de 2006, p. 2.

16. Sin embargo, en numerosos seriales o películas, el personaje negativo (el malo) tiene alguna deficiencia o defecto físico (se traslada en silla de ruedas, tiene una deformidad del tronco o le falta una pierna) por lo que entonces, inconscientemente, se asocia la calidad humana con el estado corporal.

17. Cuando se habla de calidad de vida, se tienen en cuenta categorías de índole material, espiritual, psicológicas, sociales, etc. Para muchas personas con deficiencias, la importancia de esas categorías (lugar que ocupan en sus vidas) pueden diferir de las prioridades del resto de la población, o surgir nuevas necesidades.