

**FUNCIONAMIENTO PSICOSEXUAL, RIESGO SEXUAL Y ACTITUDES HACIA LA
INFIDELIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO.**

Tesis de pregrado para optar al título de psicólogas presentada por:

CAROLINA ROBALLO SABOGAL

LAUDY MATEUS FLÓREZ

Directora

Mg. JOHANNA ANDREA FOLLECO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ, 2014

Agradecimientos

Durante el desarrollo de esta investigación hay personas e instituciones que participaron en esta, a quienes queremos expresar nuestra gratitud.

En primer Lugar al Ejercito Nacional, en especial a la Teniente Coronel Luvy Patricia Barrera; Coordinadora de rehabilitación en Salud mental y procesos neurológicos del Batallón de sanidad, al Dr. Juan Carlos Arango Lasprilla, Ph., a la docente Johanna Andrea Folleco, directora de tesis y al docente José Luis Posada, a ellos agradecemos su tiempo, sus conocimientos y su dedicación.

Ante todo agradecer a nuestros padres por su infinito apoyo, dedicación y enseñanza.

También agradecer a todo el personal docente que contribuyó durante nuestra permanencia en la Universidad en nuestro proceso de formación académica. Agradecimiento especial a todos los pacientes voluntarios del estudio, por su entrega y paciencia.

Este trabajo ha sido realizado gracias a la voluntad de Dios.

Gracias a todos.

TABLA DE CONTENIDO

1. Planteamiento y Justificación del problema.....7

2. Objetivos 10

 2.1 Objetivo general..... 10

 2.2 Objetivos específicos 10

3. Marco Teórico 11

 3.1 Generalidades sobre los TCE..... 11

 3.1.1 Factores de riesgo. 12

 3.2 Clasificación de los traumatismos craneoencefálicos..... 13

 3.2.1 Clasificación según el tipo de lesión..... 14

 3.2.1.1 Lesiones cerebrales primarias. 14

 3.2.1.2 Lesiones cerebrales secundarias. 14

 3.2.2 Clasificación según la respuesta funcional..... 17

 3.2.2.1 Traumatismo craneoencefálico leve..... 19

 3.2.2.2 Traumatismo craneoencefálico moderado..... 20

 3.2.2.3 Traumatismo craneoencefálico grave o severo..... 20

 3.3 Secuelas de los TCE 21

 3.3.1 Secuelas físicas. 21

 3.3.2 Secuelas cognitivas..... 22

 3.3.3 Secuelas comporta mentales y emocionales. 24

 3.4 Funcionamiento sexual 26

 3.4.1 Respuesta sexual. 26

 3.4.2 Mecanismos neurales de la respuesta sexual. 28

 3.5 Enfoque biopsicosocial del abordaje de la sexualidad 32

 3.5.1 Efectos neurológicos y psicológicos. 32

 3.5.2 Problemas médicos y físicos..... 34

 3.5.3 Factores y cambios en la relación. 35

4. Marco metodológico..... 43

 4.1 Diseño 43

 4.2 Población y muestra..... 43

4.3 Instrumentos de valoración	44
4.3.1 Cuestionario de la calidad de vida sexual (SQOL-M).....	44
4.3.2 Índice de la eyaculación precoz (IPE).	44
4.3.3 Índice Internacional de función erectil (IIEF5).....	44
4.3.4 Inventario del deseo sexual (DSI).....	44
4.3.5 Inventario de orientación sociosexual revisado (SOI-R)	46
4.3.6 Medida de riesgo sexual (SRS).....	47
4.3.7 Escala de actitudes hacia la infidelidad.....	48
5. Procedimiento	48
6. Resultados.....	49
7. Discusión	58
8. Conclusiones	65
9. Recomendaciones.....	66
10. Referencias.....	67

RESUMEN

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son la segunda causa de morbilidad en el mundo. La alta incidencia y prevalencia, la complejidad y amplitud de las alteraciones subsecuentes, convierten a los TCE en un problema de salud pública. Se trata de lesiones que ocurren de forma abrupta, en donde el cerebro pierde su estabilidad por la acción de las fuerzas mecánicas de aceleración y desaceleración, que a su vez inducen variaciones en el metabolismo celular (Gómez, Bayona, Rojas, Santacruz & Uribe, 2008), dando como resultado secuelas que comprometen el funcionamiento físico, cognitivo, comportamental y emocional (Arango, Premuda & Holgin, 2012). Los cambios en estas capacidades inciden sobre una de las dimensiones humanas más importantes y trascendentes como lo es el funcionamiento sexual. Al respecto, el interés por el estudio de las alteraciones relacionadas con el funcionamiento sexual es relativamente reciente en el mundo, mucho más reciente aún en Colombia, donde solo se registran dos publicaciones. El objetivo de esta investigación buscó describir los cambios evidenciados en el funcionamiento psicosexual, el riesgo sexual y las actitudes hacia la infidelidad en un grupo de pacientes militares con diferentes grados de severidad de la lesión traumática. Se contó con la participación de 60 pacientes con TCE, sin antecedentes neurológicos y/o psiquiátricos, cuyo tiempo mínimo de evolución de la lesión fue de seis meses y el promedio de edad fue de 27,75 años. Se aplicó un protocolo de evaluación compuesto por 7 instrumentos estandarizados y validados que evalúan las variables de interés. No se encontraron diferencias significativas ($p \leq 0,05$) en el funcionamiento psicosexual, el riesgo sexual y las actitudes hacia la infidelidad, en relación a la severidad de la lesión.

Palabras clave: trauma craneoencefálico, funcionamiento psicosexual, riesgo sexual, actitudes hacia la infidelidad.

ABSTRACT

The traumatic brain injury (TBI) is the second cause of morbimortality around the world. Its high incidence and prevalence, as well as the wide range of subsequent alterations, make TBI a public health problem. TBI consists on injuries that occur abruptly, making the brain to lose its stability as a consequence of mechanic acceleration forces and inducing it to cell metabolism variations (Gómez et al., 2008) with effects that compromise physical, cognitive, behavioral and emotional functioning (Arango et al., 2012). Changes in these abilities also affect sexual functioning, one of the most important and transcendental human dimensions. In relation to this, the interest given to the study of those alterations affecting sexual is relatively recent around the world, and even more recent in Colombia, where only two publications are registered. The objective of this research was to describe evident changes in psychosexual functioning, sexual risk and attitude towards unfaithfulness in a group of military patients with different degrees of head trauma. 60 patients with TBI, without a history of neurological or psychiatric problems, participated in the study after a six month recovery of brain injury and with ages ranging from 27 to 75. An evaluation protocol consisting of 7 validated and standardized instruments was applied in order to evaluate the variables. No significant differences were found ($p \leq 0,05$) in psychosexual functioning, sexual risk or attitude towards unfaithfulness in relation to the injury severity.

Key words: traumatic brain injury, psychosexual functioning, sexual risk, attitude towards unfaithfulness.

1. Planteamiento y Justificación del problema

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son el tipo de daño cerebral adquirido con mayor índice de morbimortalidad en el mundo, principalmente en los países con bajos ingresos económicos. En Latinoamérica ciudades como São Paulo duplican los registros de incidencia registrados en los países industrializados (Arango, Premuda & Holgin, 2012). Según el Banco Mundial (2013) en Colombia el 70 % de los decesos y el 87% de las lesiones están asociadas a accidentes de tránsito, siendo ésta la segunda causa de muerte después de los homicidios. Según la Base de Datos de Tráfico de Carreteras y Accidentalidad o IRTAD por sus siglas en inglés (International Road Traffic and Accident Database) Colombia es el tercer país con mayor índice de mortalidad por accidentes de tránsito.

Los TCE dejan secuelas que comprometen en diverso grado de severidad el funcionamiento físico, cognitivo, comportamental, afectivo y emocional. En la actualidad cobra importancia la investigación centrada en las alteraciones referentes al funcionamiento sexual. Si bien se considera que este tipo de alteraciones tienen una frecuencia alta de aparición, no suelen incluirse dentro de los protocolos de evaluación haciendo que el reporte en las historias clínicas sea escaso (Morenoa, Arango, Ganc y McKerrala, 2013). Chandler y Brown (1998) estudiaron 70 pacientes con daño neurológico y encontraron que hasta un 51% de los pacientes presentó cambios notorios en la respuesta sexual.

La sexualidad es una dimensión trascendental de la existencia humana y relaciona aspectos cognitivos, afectivos, físicos y emocionales, por ende la alteración en uno o más de ellos repercute sobre la calidad de la misma. Gaudet, Crethar, Burger & Pulus (2001) estudiaron una muestra de 50 pacientes con TCE y concluyeron que las alteraciones cognitivas y las dificultades físicas de adaptabilidad afectan el desempeño sexual.

Los estudios centrados en describir y valorar las alteraciones del funcionamiento psicosexual, los cambios en la respuesta sexual y la intimidad son relativamente recientes, y se han desarrollado predominantemente en varios países de Europa y en Norteamérica. Colombia es un país de baja producción investigativa y en relación al tema aún más. Existen estudios sobre las alteraciones cognitivas y comportamentales en TCE e incluso se han adelantado algunos proyectos sobre rehabilitación cognitiva de funciones, pero en lo que a la sexualidad concierne solo se encuentra un estudio realizado por Albadan, Sánchez y Vergara, en el año 2013, quienes tras evaluar una muestra de 10 pacientes hombres con TCE moderado y severo, encuentran que tras la lesión los pacientes registran alteraciones en las cinco etapas de la respuesta sexual, siendo el deseo la fase la mayormente afectada.

Dentro de los síntomas característicos de las alteraciones del funcionamiento psicosexual se encuentran: la disminución o la exacerbación del deseo sexual y las dificultades en la iniciación, mantenimiento y finalización del intercurso sexual. Todos estos síntomas son determinantes en los cambios observados en el vínculo afectivo preexistente, o en la imagen que el paciente configura de sí mismo. En 1991 O'Carroll, Woodrow y Marouns estudiaron una muestra estadounidense de 122 pacientes con TCE y encontraron como síntomas significativos la insatisfacción con su vida sexual, la eyaculación precoz, la evitación de la actividad o el contacto sexual, la pérdida del deseo sexual y el distanciamiento de la pareja. Estos datos son consistentes con los hallazgos de Kreuter, Dahllof, Gudjonsson, Sullivan y Siosteen (1998) quienes reportan cambios en pacientes con TCE tales como la reducción significativa de la capacidad de lograr y mantener la erección y para sentir un orgasmo, síntomas acompañados de un descenso importante en la frecuencia de las conductas masturbatorias y en la intención de tener encuentros

sexuales. En el mismo estudio se afirma que solo un 24% de los pacientes reporta un incremento en el número de encuentros sexuales.

Ponsford (2003) estudió una muestra de 208 pacientes (97 hombres y 65 mujeres) para identificar los cambios en el funcionamiento sexual, afecto, autoestima y calidad de la relación después de un TCE. Encontraron que hasta un 54% de los pacientes percibieron un decremento significativo de la importancia otorgada a la actividad sexual en sus relaciones de pareja, una reducción significativa en el deseo, en la capacidad de brindar y sentir satisfacción sexual, y en el número de las relaciones sexuales.

Este proyecto forma parte de una investigación de carácter internacional dirigida por el Doctor Juan Carlos Arango, que pretende conocer las características de las alteraciones del funcionamiento sexual en una muestra de pacientes con TCE de Colombia y 4 países más. Tres aspectos relevantes favorecen el desarrollo de la presente investigación, la alta frecuencia con la que la respuesta sexual se puede ver afectada tras un TCE, el alto grado de importancia que tiene la sexualidad dentro del desarrollo humano y, finalmente, el escaso número de estudios desarrollados en el país.

Pregunta Problema

¿Cuáles son las características del funcionamiento psicosexual, el riesgo sexual y las actitudes hacia la infidelidad en pacientes militares con diferentes grados de severidad de traumatismo craneoencefálico?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir el funcionamiento psicosexual, el riesgo sexual y las actitudes hacia la infidelidad en un grupo de pacientes militares con diferentes grados de severidad de traumatismo craneoencefálico.

2.2 Objetivos específicos

Describir el funcionamiento psicosexual en un grupo de pacientes militares con diferentes grados de traumatismo craneoencefálico.

Describir el riesgo sexual en un grupo de pacientes militares con diferentes grados de traumatismo craneoencefálico.

Describir las actitudes hacia la infidelidad en un grupo de pacientes militares con diferentes grados de traumatismo craneoencefálico.

3. Marco Teórico

3.1 Generalidades sobre los TCE

Como daño cerebral adquirido (DCA) se considera toda lesión cerebral acontecida después del nacimiento, que ocurre de forma súbita y que altera el metabolismo y la estabilidad de los procesos cerebrales. Dentro de esta categoría, los accidentes cerebrovasculares (ACV) y los TCE son las afecciones más frecuentes. Cerca de 10 millones de casos de TCE se reportan anualmente en el mundo (Gómez, Bayona, Rojas, Santacruz & Uribe, 2008), la mayoría de ellos como producto de accidentes de tránsito. La Organización Mundial de la Salud -OMS- estima que para el año 2020 los accidentes de tránsito serán la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo (OMS, 2010). En la actualidad, Colombia ocupa el primer lugar en el índice de mortalidad y el tercero en mortalidad por esta causa (IRTAD).

Arango, Premuda & Holguin (2012) afirman que la prevalencia e incidencia de los TCE es aún mayor en países con bajos ingresos económicos, como es el caso de Latinoamérica, en São Paulo, por ejemplo, el número de casos duplica los datos registrados en los países industrializados. Según el Banco Mundial (2013) en Colombia el 70 % de las causas de muerte y el 87% de las lesiones se relacionan con accidentes de tránsito, siendo ésta la segunda causa de muerte, después de los homicidios. El conflicto armado que vive el país eleva los registros de casos en los que hubo uso y manipulación de armas de fuego o de artefactos explosivos (Rodríguez, Escobar, Arenas y Moran, 2005).

La alta prevalencia e incidencia, el alto índice de morbimortalidad y la tendencia al incremento en el registro de accidentes de tránsito, convierten a los TCE en un verdadero problema de salud pública al que se debe atender con prontitud.

3.1.1 Factores de riesgo.

Los TCE se pueden presentar a cualquier edad; no obstante el pronóstico, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones subsecuentes, están condicionados por la variable edad, donde se observa que a mayor edad peor pronóstico. Arango et al., (2012) afirma que la asociación entre TCE y un bajo nivel de escolaridad puede deberse al bajo nivel de funcionalidad de los procesos cognitivos y psicosociales, en tanto que la práctica de deportes como el boxeo, la equitación, el ciclismo, dadas las condiciones en las que se practican o la dinámica de los mismos, finalmente, ciertos cargos dentro de las fuerzas militares constituyen un factor de riesgo por la exposición al uso y manipulación de armas de fuego y artefactos explosivos, este último aspecto también es referido por Rodríguez, Escobar, Arenas y Moran (2005).

En cuanto al estrato socioeconómico, se sabe que en los países en vía de desarrollo como es el caso de Colombia, existen limitaciones para acceder a los servicios de atención en salud, situación que disminuye la probabilidad de supervivencia, incrementa los costos a largo plazo e impacta de forma negativa la funcionalidad y calidad de vida del paciente (Arango et al., 2012). Los pacientes con TCE, dependiendo de la gravedad de las lesiones, suelen requerir para su tratamiento de todo un equipo de rehabilitación compuesto por diferentes profesionales de la salud (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, neurología, neuropsicología y psicología).

Siendo los accidentes de tránsito la principal causa de los TCE, es necesario mencionar que los accidentes de tránsito con frecuencia se relacionan con situaciones como el consumo de alcohol y drogas antes y durante el ejercicio de la conducción (Teasdale & Jennett, 1974), el exceso de velocidad, la no utilización de medidas de seguridad (cinturón, casco, chaleco), el poco o nulo respeto por las normas de tránsito (tanto de peatones como de conductores), la

inexperticia o la osadía del conductor (adelantamientos indebidos, fallas mecánicas, maniobras peligrosas sin ninguna clase de precaución, poca distancia entre vehículos), las malas condiciones de las vías, la distracción, el sueño y la fatiga (Sabogal y Moscote, 2007).

Otros factores de riesgo de carácter sociodemográfico que incrementan la probabilidad de padecer un TCE son, la edad, el consumo de alcohol, el estrato económico bajo, el nivel de escolaridad bajo, la práctica de ciertos deportes y el pertenecer a las fuerzas militares.

3.2 Clasificación de los traumatismos craneoencefálicos

Una forma de clasificar a los TCE centra su atención sobre el daño evidenciado en el cráneo, entonces un TCE puede ser descrito como abierto o cerrado. En el primer caso se aprecia ruptura de la caja craneana y de las meninges y por ende la exposición de la masa cefálica al medio externo, un ejemplo frecuente de este tipo de traumatismos lo constituyen las heridas por arma de fuego o cualquier objeto despedido con gran fuerza (Bustamante, 1994). En los TCE cerrados, por el contrario, no hay hemorragia visible ni exposición de la masa cefálica, pero si hay pérdida de la conectividad de las redes por desprendimiento de los axones. Otra forma alternativa de clasificación se basa en la severidad del compromiso de las funciones cognitivas, motoras y comportamentales, en este caso los TCE se clasifican como leves, moderados o severos, para tal fin se emplea la Escala de Coma de Glasgow (Teasdale y Jennett, 1974). Según Sabogal y Moscote (2007) ésta es la clasificación de mayor interés en la actualidad por su relación con el pronóstico del paciente.

Ariza, Pueyo y Serra (2004) centran su atención sobre las lesiones subsecuentes al evento traumático y las clasifican en dos tipos, las lesiones primarias y las lesiones secundarias. Las primeras son aquellas que se producen en el momento mismo del impacto y abarcan la ruptura o

no del cráneo, las contusiones cerebrales, las laceraciones y la lesión axonal difusa, entre otros. Las lesiones secundarias son el resultado del daño inicial y comprenden la lesión cerebral isquémica, los hematomas intracraneales, el edema cerebral, el aumento de la presión intracraneal, la herniación cerebral y el vasoespamo, principalmente (Bárcena, Rodríguez, Rivero, Cañizal, Mestre, Calvo, Molina y Casado, 2006).

3.2.1 Clasificación según el tipo de lesión.

En los TCE una sacudida abrupta hace que el cerebro pierda estabilidad y choque contra el cráneo a causa del encuentro de las fuerzas de aceleración y desaceleración (Gómez et al., 2008). Las lesiones sobre el tejido que se presentan en el momento mismo del impacto se denominan daño primario y su severidad dependerá de las condiciones en las que se ocasionan (Arango et al., 2012); no obstante, de forma subsecuente los procesos proinflamatorios y las alteraciones mitocondriales, entre otros, ocasionaran otro tipo de lesiones a las cuales se les conoce como daño secundario.

3.2.1.1 Lesiones cerebrales primarias.

Las fracturas craneales son lesiones muy comunes en los TCE, sin embargo, la severidad del TCE no necesariamente corresponde con la severidad de la lesión craneal (Rowland y Pedley, 2011). Las fracturas craneales pueden ser: lineales, con hundimiento o conminutas. Las fracturas lineales se generan frecuentemente en la región temporoparietal, área donde el cráneo es más delgado, no suelen requerir de cirugía ya que no generan hundimiento o distorsión del hueso. En las fracturas craneales con hundimiento o depresión se presenta desplazamiento interno de uno o más segmentos óseos que comprimen el tejido encefálico; mientras que en las fracturas

conminutas o compuestas, existe la posibilidad de que múltiples segmentos o “esquirlas” óseas puedan desplazarse (Rowland y Pedley, 2011).

Por otra parte, las contusiones son ocasionadas por hemorragias provocadas por la ruptura de las venas o arterias tras el choque del encéfalo con el cráneo. La severidad de la contusión depende de la acumulación de energía que es transmitida en el momento del impacto (Guzmán, 2008). Las laceraciones se definen como “... desgarros de las meninges o del tejido cerebral, y suelen deberse a los cortes producidos por los bordes afilados de los fragmentos craneales...” (Rowland y Pedley, 2011, p.81). Se trata entonces de lesiones más profundas que las anteriormente mencionadas ya que implican la ruptura de la piamadre (Plaja, Rabassa y Serrat, 1998).

Finalmente, la lesión axonal difusa (LAD) o daño axonal difuso, surge por efecto de las fuerzas mecánicas de rotación que causan estiramiento, desgarramiento y ruptura parcial o total de las fibras axonales, afectando la conectividad de las redes neurales en diferentes regiones o áreas cerebrales. La severidad de este tipo de lesiones se relaciona con variables como el tiempo tras el impacto, la magnitud y la dirección del movimiento de la cabeza (Guzmán, 2008). También se relacionan con la duración del estado de coma, pues se ha podido evidenciar que la proporción de la LAD es significativamente menor si el paciente no superó las 24 horas en coma, e incrementa notoriamente, disminuye la LAD, pero si la duración supera las 24 horas se considera que la LAD es moderada o grave.

3.2.1.2 Lesiones cerebrales secundarias.

Las lesiones secundarias se derivan de los procesos proinflamatorios y la respuesta mitocondrial, entre ellas se encuentra las lesiones isquémicas, los hematomas, el edema, y la lesión axonal difusa.

Las lesiones isquémicas se producen por la reducción del flujo sanguíneo y por ende la disminución del aporte de oxígeno a las neuronas. Se genera por la obstrucción de una arteria y, dependiendo de la localización de la misma, afectará una región u otra. Cuando la lesión es específica y bien delimitada se conoce con el nombre de isquemia focal (Plaja et al., 1998).

Los hematomas intracraneales se producen por efecto del desgarro de los vasos sanguíneos en el interior del parénquima en el momento del impacto, estas son acumulaciones focalizadas de coágulos sanguíneos que se desplazan hacia el tejido encefálico. Los hematomas intracraneales se clasifican según su ubicación anatómica. Se denominan hematomas epidurales a aquellos que se localizan entre el cráneo y la duramadre, mientras que los hematomas subdurales se encuentran entre la duramadre y aracnoides (Snell, 2003). Por último, el hematoma intraparenquimatoso se ocasiona por la ruptura de vasos sanguíneos con salida de sangre hacia el parénquima cerebral (Plaja et al., 1998). Otro tipo frecuente de lesión cerebral secundaria es el edema cerebral. Significa el aumento del volumen del líquido en los espacios intra o extracelulares, lo que generalmente altera el flujo sanguíneo y al actuar como si fuera una masa con suficiente intensidad puede ocasionar la muerte del tejido cerebral por compresión (Snell, 2003).

Además de las lesiones antes mencionadas, se puede presentar aumento de la presión intracraneal producto de la inflamación del tejido en respuesta a la compresión que pueda estar generando un edema, una contusión o un hematoma. El aumento de la presión intracraneal puede inducir a la herniación cerebral, en donde se desplazan las estructuras cerebrales de un compartimiento a otro (Bascuñana, Villarreal, Koslowski & San Segundo 2002).

3.2.2 Clasificación según la respuesta funcional.

Otra forma de clasificación se relaciona con el nivel de compromiso de las funciones cognitivas, motoras y comportamentales evidenciado tras la lesión. Se reconocen tres niveles de severidad, leve, moderado y grave. Sabogal y Moscote (2007) afirman que la puntuación obtenida en la Escala de Coma de Glasgow o GCS por sus siglas en inglés (Glasgow Coma Scale), constituye un muy buen predictor del pronóstico del paciente. La tabla 1 contiene las áreas y los aspectos evaluados por la escala.

Tabla 1.

Escala de Coma de Glasgow

Área evaluada	Respuesta explorada	Puntuación
Apertura Ocular (Ao)	Espontáneamente	4
	A la voz	3
	Al dolor	2
	No responde	1
Mejor respuesta motora (Rm)	Cumple ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Solo retira	4
	Flexión normal	3
	Extensión anormal	2
	No responde	1
Respuesta verbal (Rv)	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras inapropiadas	3

Sonidos incomprensibles	2
No responde	1

Valor total: Ao+ Rm+ Rv= 3-15

Fuente: Teasdale y Jennett (1974)

Como se puede apreciar, la escala evalúa aspectos de la respuestas de apertura ocular, motora y verbal, y clasifica el grado de severidad según el paciente esté o no en capacidad de emitir la respuesta de forma espontánea o si requiere de un estímulo como lo es la voz o un pinchazo. También evalúa la calidad de la respuesta o la ausencia de la misma. La puntuación total de la GCS oscila entre un mínimo de 3 y un máximo de 15 puntos, estableciendo una relación inversamente proporcional entre el incremento en el puntaje y el grado de severidad de la lesión. Puntuaciones más bajas (≥ 8) significan mayor grado de severidad; mientras que puntuaciones entre 9 y 12 implican que las alteraciones evidenciadas corresponden a un TCE moderado. Finalmente, puntuaciones superiores a 13 clasifican al TCE como leve.

Algunos autores refieren como punto de referencia para la evaluación de la severidad del TCE al tiempo de duración de la amnesia postraumática (APT), puesto que este aspecto guarda muy buena correlación con el pronóstico del paciente. La APT se presenta inmediatamente después de que el paciente despierta del coma y se caracteriza por un estado de confusión y desorientación en donde se es incapaz de adquirir y/o evocar información. La duración de este estado es variable y guarda relación con el pronóstico del paciente. Una duración menor a 24 horas, indicaría un TCE leve; pero si su duración se extiende incluso hasta los 7 días siguientes al evento, el TCE será clasificado como moderado, finalmente, se tratará de un TCE severo si la duración del estado supera los 7 días (Arango et al., 2012).

Además de los criterios descritos, para evaluar la severidad de un TCE se recomienda realizar pruebas complementarias, como la evaluación por neuroimagen. Al respecto, son frecuentemente usadas, la electroencefalografía (EEG), la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RM) (Polonio, 2004), ya que permiten evidenciar anomalías tanto en el cráneo como en el tejido parénquima cerebral (Plaja et al., 1998).

3.2.2.1 Traumatismo craneoencefálico leve.

Los traumatismos craneoencefálicos leves se caracterizan por una pérdida de conciencia breve (menos a 5 minutos), pérdida de memoria para los eventos inmediatos antes y después del trauma y alteración generalizada del estado mental. Sin embargo, no en todos los casos se registra pérdida de la conciencia (Sabogal y Moscote, 2007).

La recuperación suele ser rápida; no obstante, con frecuencia se observan un conjunto de síntomas persistentes en el tiempo y que configuran el llamado síndrome posconmocional, caracterizado por alteraciones en el juicio, la memoria, el lenguaje, la capacidad de abstracción, la concentración y enlentecimiento de la velocidad de procesamiento. Se suelen presentar síntomas físicos como déficit auditivo, dolor cervical, dolor de cabeza, fatiga, mareos, susceptibilidad al ruido y a la luz, trastornos del gusto y olfato, vértigo y visión borrosa. A nivel emocional y afectivo es frecuente que se presente ansiedad, depresión, impaciencia, insomnio, intolerancia a la frustración, irritabilidad y labilidad emocional. La duración de este síndrome suele estar estimado en tres meses (Moreno et al., 2013).

3.2.2.2 Traumatismo craneoencefálico moderado.

En el TCE moderado la puntuación total obtenida en la escala de Glasgow oscila entre los 9 y los 12 puntos, en el que se evidencia pérdida de la conciencia y amnesia postraumática superior a 5 minutos, suele requerir de hospitalización inferior a 48 horas (Sabogal y Moscote, 2007).

La mayoría de personas diagnosticadas con TCE moderado, vuelven a realizar sus actividades de manera independiente y se logran reintegrar al ámbito laboral sin mayores dificultades, sin embargo las falencias relacionadas con el aprendizaje, la atención y la memoria, así como también las alteraciones a nivel afectivo y el déficit en el control de impulsos, suelen persistir en el tiempo (Sabogal y Moscote, 2007). Otro aspecto observado en este tipo de TCE es la epilepsia postraumática, trastorno neurológico de mayor incidencia después de un TCE. Puede evidenciarse desde el primer día de la lesión o semanas después (Bascuñana, Villarreal, Koslowski & San Segundo, 2002).

3.2.2.3 Traumatismo craneoencefálico grave o severo.

En el TCE grave las lesiones intracraneales comúnmente requieren de intervención quirúrgica (Sabogal y Moscote, 2007), el paciente entra en coma y al despertar se observan signos de amnesia postraumática.

Según Moreno et al., (2013) después de un TCE grave es muy baja la probabilidad de que el paciente logre incorporarse como antes a las actividades de cotidianidad. Generalmente requieren de un cuidador debido a que el compromiso de funciones cognitivas (déficit de atención, problemas de memoria y aprendizaje, alteraciones en las funciones ejecutivas y trastornos viso espaciales) resulta demasiado limitantes en la autonomía del paciente. El tipo de déficit dependerá de la localización y extensión del daño, no obstante, son muy comunes las

alteraciones en las funciones relacionadas con el funcionamiento de los lóbulos, temporal y frontal, en otras palabras, las capacidades cognitivas principalmente afectadas son, atención, memoria y funciones ejecutivas.

3.3 Secuelas de los TCE

Como se puede notar las secuelas pos trauma son variables y dependen de las características del impacto como, fuerza, longitud, intensidad y el área afectada (Elliott y Biever, 1996). Entonces, el compromiso sobre el funcionamiento físico, cognitivo, comportamental y emocional depende de la severidad de la lesión, y por ende el grado de limitación sobre la funcionalidad del paciente para ejecutar las tareas de la vida cotidiana en los ámbitos familiar, laboral y social, estará condicionado a la severidad de la lesión.

3.3.1 Secuelas físicas.

A nivel físico es frecuente encontrar cefalea persistente, fatiga, mareos, trastornos del estado de ánimo, cansancio y falta de motivación, pérdida del control de esfínteres y alteraciones sensoriales. Estos síntomas se relacionan con dificultades cognitivas, limitando aún más la independencia funcional del paciente en su proceso de integración social, situación que conduce a una sobrecarga para la familia (Sabogal y Moscote, 2007).

La cefalea está asociada con la baja velocidad de procesamiento, las dificultades en la memoria y la baja fluidez verbal. La fatiga, otro síntoma común dentro de los primeros cinco años después de la lesión, puede ocasionarse a consecuencia de alteraciones a nivel muscular. Los sobrevivientes a un TCE pueden presentar espasticidad, parálisis, debilidad corporal, dificultades en la coordinación de los movimientos musculares y en el mantenimiento del

equilibrio, y enlentecimiento o rigidez motora (Oddy, 2001). La fatiga no es solamente física, puede ser psicológica y se manifiesta en forma de cansancio y falta de motivación, afectando de forma negativa el funcionamiento del paciente, al exacerbar los trastornos del estado de ánimo o al aminorar las capacidades cognitivas (Morenoa et al., 2013).

La incontinencia de esfínteres es también una secuela muy limitante de los TCE, pues disminuye la independencia del paciente y puede ocasionar retraimiento y aislamiento ante el temor de protagonizar situaciones embarazosas (Arango et al, 2012).

Las alteraciones sensoriales son también un síntoma frecuente. Pueden derivarse de variaciones electrofisiológicas acontecidas tras el daño a áreas cerebrales específicas o por lesiones directas sobre el órgano sensorial. Dentro de éstas se encuentran hemianestesia, anosmia, pérdida de la sensación de calor o temperatura, sensibilidad al ruido o a la luz, vértigo, pérdida del gusto y déficit de la propiocepción. Las dificultades en la configuración del campo visual, visión borrosa, hemianopsia, visión distorsionada y trastorno de los movimientos oculares, suelen indicar daño al órgano sensorial. Las denominadas agnosias, o la incapacidad para reconocer objetos, sonidos, rostros, tienen una alta incidencia (Arango et al., 2012).

3.3.2 Secuelas cognitivas.

Es frecuente encontrar en los pacientes síntomas como, confusión, incapacidad para concentrarse y prestar atención o desarrollar operaciones mentales complejas (Ariza, Pueyo y Serra 2004). Concentración, atención y memoria, son los procesos cognitivos más afectados.

Los problemas atencionales y de concentración son los más comunes. Se presenta generalmente disminución de la concentración, tendencia a la distracción y falencias para atender más de una actividad a la vez (Junque, 1999), es posible que se presente una mayor lentitud en

el registro y almacenamiento de nueva información y establecimiento de aprendizajes, como también es frecuente encontrar un incremento en las perseveraciones (Elliott y Biever, 1996).

La atención es un mecanismo esencial en el funcionamiento humano, y no depende de un área cerebral específica sino que, por el contrario, resulta de la interacción entre los elementos de una red neural. Alteraciones en la atención inciden de forma negativa sobre el funcionamiento de otros procesos cognitivos tales como: memoria, orientación, concentración y funciones ejecutivas. Así las cosas, los déficit atencional también afectan la autonomía del paciente (Quijano y Cuervo, 2008). Las alteraciones atencionales pueden presentarse en todas las modalidades, sostenida, selectiva, alterna y dividida (Moreno et al., 2013).

Los problemas de memoria son muy frecuentes en la fase aguda, principalmente se observa amnesia retrógrada; mientras en la fase de recuperación se mantienen las alteraciones en la memoria a corto plazo (memoria de trabajo), la memoria visual y verbal, la memoria para la formación de conceptos y la memoria prospectiva (Junque, 1999).

Las afecciones del lenguaje se presentan en la modalidad expresiva y comprensiva. Los pacientes pueden presentar mutismo o configurar algún tipo de afasia. Entre los signos evidentes se reconoce la disartria, la disprosodia, las parafasias verbales y las dificultades en la comprensión y denominación (Vendrell, 2001). Estas dificultades pueden ser producto de la lesión de áreas específicas del lenguaje o pueden estar asociadas con alteraciones de orden cognitivo o socio afectivo; generar frustración y aislamiento social, pero responden favorablemente a la terapia de lenguaje (Arango et al., 2012).

Por otra parte, las alteraciones en el sistema ejecutivo limitan su capacidad para planificar, secuenciar y llevar a cabo las actividades propias para el cumplimiento de un objetivo, siendo flexibles, cuando los cambios situacionales y ambientales así lo demanden (Estabrooks y Albert,

2003). Los pacientes tienen dificultades para analizar, planificar e intentar solucionar tareas o problemas con diverso grado de complejidad; sin embargo se ha identificado que los pacientes preservan su capacidad para desarrollar apropiadamente las actividades estructuradas que requieren de poca iniciativa o dirección (Ariza, Pueyo y Serra, 2004).

3.3.3 Secuelas comporta mentales y emocionales.

Los trastornos del estado de ánimo que comúnmente se presentan como secuela del TCE son: depresión, manía, ansiedad, conductas agresivas, impulsividad e irritabilidad. En el caso particular de la función sexual, se observan trastornos relacionados con interés y el deseo sexual, entre otros, que pueden exacerbar las conductas sexuales o disminuirlas (hipersexualidad e hiposexualidad).

Los episodios depresivos asociados con la lesión cerebral, se acompañan de alteraciones en el apetito (pérdida o aumento de peso), en los patrones de sueño tales como; somnolencia diurna, insomnio y ronquidos, que pueden ser ocasionados por lesiones en el tallo cerebral o como efecto secundario a la toma de medicamentos (Pérez y Agudelo, 2007). Al respecto, los trastornos de sueño repercute de forma negativa en la calidad de vida del paciente, incluso puede empeorar síntomas como la fatiga y la irritabilidad, y limitar el alcance de los procesos de rehabilitación (Coughlan y Morgan, 2002).

El trastorno de ánimo depresivo es una de las condiciones psiquiátricas con mayor índice diagnóstico después de un TCE, un verdadero problema que impacta de forma negativa el funcionamiento emocional, comportamental y cognitivo (Moldover, Goldberg y Prout, 2004).

La manía, otra de las complicaciones presentes tras la lesión, tiene una incidencia mucho menor que el trastorno depresivo. Habitualmente se aprecia locuacidad (hablar en cantidad),

desinhibición, actividad motora incrementada, agresividad y aumento del deseo sexual (Pérez y Aguádelo, 2007). La apatía por su parte, se relaciona con la falta de iniciativa, la disminución de la respuesta emocional y la baja motivación (Arango et al., 2012).

Los trastornos de ansiedad también son frecuentes y se relacionan con el desarrollo del trastorno por estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de pánico y trastorno de ansiedad generalizada. La ansiedad afecta el funcionamiento cognitivo, principalmente en procesos como atención y memoria (Matos, Mcgrath, Harold y Gaviria, 2007), posiblemente por la preocupación experimentada ante la conciencia de las secuelas del trauma, las distorsiones cognitivas o la ruptura de los circuitos neuronales (Pérez y Agudelo, 2007). Al respecto, si el paciente presenta anosognosia, el proceso de rehabilitación se dificulta, ya que el paciente se opondrá al tratamiento (Warriner y Velikonja, 2006).

La predisposición a responder y comportarse de forma agresiva y violenta, observada en algunos pacientes, se asocia con lesiones que afectan al córtex frontal (Junque, 1999 y Warriner y Velikonja, 2006). Las conductas agresivas están relacionadas en su mayoría con comportamientos impulsivos, con falta de control emocional sobre las propias acciones, baja tolerancia a la frustración y baja capacidad de automonitoreo.

Finalmente, tras el primer año de la lesión es posible encontrar cuadros depresivos, abuso de sustancias como el alcohol, ansiedad, baja tolerancia a la frustración, hostilidad, conductas agresivas y comportamientos impulsivos (Warriner y Velikonja, 2006). Por otra parte, la presencia de trastornos psiquiátricos tras el TCE incrementa los episodios psicóticos, las ideaciones suicidas y los actos suicidas; no obstante, un gran número de personas con TCE tienen antecedentes de alteraciones psiquiátricas (Pérez y Agudelo, 2007), de ahí la importancia de tener en cuenta la personalidad premórbida para determinar si las alteraciones a nivel

comportamental o conductual son consecuencia del TCE, o este las exacerbó (Glenn & Grahame, 2011).

3.4 Funcionamiento sexual

Las secuelas físicas, cognitivas, conductuales y neuropsiquiátricas generan cierto grado de dificultad o limitación que interfiere con la expresión de la sexualidad, con la capacidad de dar y recibir afecto (Arango et al., 2012). Estas alteraciones requieren ser evaluadas y tratadas, pero la búsqueda de información y ayuda profesional por parte del paciente puede verse limitada en muchas ocasiones por las actitudes, pensamientos, conductas, prácticas y creencias previamente establecidas sobre la sexualidad, que se suman a los diversos problemas cognitivos y a la falta de información existente (Arango, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (2007) asume la sexualidad como una dimensión humana trascendental durante el desarrollo ontológico, y la define como un concepto multidimensional que relaciona componentes fisiológicos, sociales, culturales, psicológicos e interpersonales.

3.4.1 Respuesta sexual.

Un componente de la sexualidad es la respuesta sexual entendida por Arango (2008) como, una serie de acontecimientos que se dan de forma ordenada y que se encuentran determinados por una compleja interacción de factores psicológicos, ambientales y biológicos de orden neurológico, vascular, muscular y hormonal. La respuesta sexual se encuentra constituida por cuatro etapas: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Tras un TCE se aprecian cambios en la

las diferentes etapas, trastornos del deseo, disfunción eréctil, trastorno de la eyaculación y comportamiento sexual intrusivo, entre otros.

La fase del deseo sexual refiere a la motivación e interés por la actividad sexual, inducida por estímulos externos o internos, es decir, comportamientos, fantasías y pensamientos (Arango, 2008). Lesiones en las áreas frontales o fronto-temporales, pueden cambiar el procesamiento de los estímulos sexuales y con el deseo sexual (Ress, Flower y Mass, 2007). El incremento en el deseo sexual se conoce como hipersexualidad, y a la respuesta contraria se le conoce como deseo sexual hipoactivo (DSH).

La excitación es la segunda fase de la respuesta sexual, esta se desencadena por estímulos psicológicos o fisiológicos tanto en la zona genital como extragenital, la alteración más común de esta fase es la disfunción eréctil (DE) o “la incapacidad persistente o recurrente para que, ante la estimulación erótica, se obtenga y mantenga una rigidez peneana suficiente para tener una actividad sexual satisfactoria” (Arango, 2008, p. 87).

Esta alteración se debe a desórdenes neurológicos relacionados con lesiones en la región sacra o en las fibras automáticas de la columna vertebral (Simpson, Mccann y Lowys, 2003); sin embargo, también puede deberse a factores psicogénicos.

El estímulo psicogénico disruptivo (como un pensamiento antierótico) es capaz de inhibir las respuestas reflexológicas en la médula espinal. En segundo lugar, la estimulación simpática excesiva en un individuo ansioso quizá aumente el tono del músculo liso peneano, y como consecuencia, promueva la flacidez. Las causas más comunes de psicogénica son: angustia de desempeño sexual, depresión, conflictos de pareja, pérdida de atracción física, inhibición sexual, conflictos de la orientación sexual, abuso sexual en la infancia, miedo al embarazo o las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Arango 2008, p. 97).

En la tercera etapa se presentan alteraciones como la inevitabilidad eyaculatoria, alteración que consiste en la incapacidad de controlar el reflejo eyaculatorio a voluntad, y la Anorgasmia masculina, también conocida como eyaculación retardada, eyaculación inhibida o aneyaculación, entendida, en la que hay incapacidad para experimentar un orgasmo, sin importar la vía de estimulación (Arango, 2008).

3.4.2 Mecanismos neurales de la respuesta sexual.

Los aspectos neurológicos de la sexualidad se relacionan de manera compleja con los sistemas neuropsicológicos, neuroanatómicos, neuroquímicos y neurofisiológicos (Arango et al., 2012). Varias son las áreas corticales que se relacionan con la respuesta sexual (Ress, Flower y Maas 2007), entre ellas se encuentran, el tallo cerebral, la amígdala, el tálamo, sistema límbico, el hipotálamo y el hipocampo (Bajo, Lailla y Xercavins, 2009). El tallo cerebral o tronco encefálico envía señales a todas las áreas del cerebro, entre las cuales se encuentra el sistema de activación reticular de la protuberancia, el mesencéfalo y la amígdala, importantes para desarrollar las respuestas afectivas, el orgasmo y la excitación sexual. La activación de la amígdala agudiza la respuesta de los receptores de los cinco sentidos, permitiendo que las personas experimenten extrema sensibilidad, aumentando la intensidad del placer y la excitación sexual (Estupinyà, 2013).

Legorrea (2005) cataloga la libido o impulso sexual como una respuesta emocional. Esta respuesta emocional demanda la activación de dos recorridos distintos hacia la amígdala cerebral, el tipo de recorrido precisa el tipo de respuesta sexual experimentada (LeDoux, 2003). En el primer recorrido la información pasa a través del tálamo sensorial y es transferida de manera inmediata hacia la amígdala, arrojando como resultado una respuesta emocional intensa,

rápida y de directa excitación, es decir suscitando respuestas sexuales muy primitivas guiadas por el instinto. La segunda ruta, implica la participación del tálamo, que envía información a la amígdala pero en esta ocasión de forma indirecta a través de la corteza y el hipocampo, activando la memoria de experiencias sexuales pasadas, posibilitando la generación de fantasías eróticas (Legorrea, 2005). El núcleo amigdalino procesa sensaciones de placer, displacer, castigo, agresividad, ira, temor y excitación sexual.

El tálamo es una región cerebral encargada de procesar y canalizar información sensorial de todas las partes del cuerpo hacia el sistema límbico y la corteza cerebral. El sistema límbico contribuyen a gestionar respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales, incorpora información genética y ambiental por medio del aprendizaje, vincula e integra el medio interno y externo para ejecutar una conducta (Centro Amara, 2005), es por esto que el sistema límbico se asocia con toda la gama de respuestas sexuales entre las cuales se encuentra la motivación, emoción y refuerzo, entre otras (Medina, 2006).

El hipotálamo constituye el centro de regulación homeostática del cuerpo por excelencia (Medina, 2006), se encuentra debajo del tálamo y comanda la producción y secreción de hormonas, principalmente, desde la glándula pituitaria o hipófisis, estructura clave para el desarrollo del comportamiento sexual (LeDoux, 2003). El hipotálamo y la hipófisis son estructuras integradoras importantes en el control y ejecución de la respuesta sexual humana, puesto que intervienen en cada una de las fases (Micheli, Nogues, Asconape, Fernández y Biller, 2003).

El hipocampo, área que rodea al tálamo, desempeña un papel crucial en la formación de engramas, los mismos que constituyen la base de la memoria (Galimberti, 2002) y el aprendizaje (Medina, 2006).

Las regiones corticales superiores como los lóbulos frontales al igual que las regiones límbicas y paralímbicas son fundamentales para la regulación de la conducta sexual. Los lóbulos frontales constituyen la porción más evolucionada del neocortex, al respecto, Prada (1994) considera a los lóbulos frontales como el último y más sofisticado control de la sexualidad (p.22)”.

La respuesta sexual requiere de la integración de los sistemas corticales y subcorticales (Gándara y Puigvert, 2005), pero también del sistema nervioso periférico (Barón, 1997), ya que éste tiene un papel crucial en todas las fases de la respuesta sexual (Ress et al., 2007). Esta integración se logra a través del uso de los neurotransmisores, la dopamina, por ejemplo, está asociada con la sensación de placer y el incremento del deseo y la excitación sexual.

Estupinyà (2013) relaciona la función de diferentes neurotransmisores y hormonas dentro de la respuesta sexual, esta relación se presenta en la tabla 2.

Tabla 2

Neurotransmisores y su participación en la respuesta sexual

Mensajero químico	Función
Dopamina	Incrementa el deseo sexual, la euforia y el placer. Estimula la producción de testosterona.
Noradrenalina	Estimula la liberación de adrenalina y cortisol desde la glándula suprarrenal. El incremento desmesurado del cortisol puede inhibir la respuesta sexual.
Oxitócina	Responsable de generar sensación de bienestar y apego entre las personas que inicialmente solo deseaban conseguir el coito.
Endorfinas	Segregadas durante la actividad física (ejercicio) o el orgasmo, se encuentran directamente relacionadas con el placer físico y la reducción del

	dolor.
Serotonina	Principal modulador de los estados de ánimo. El uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina contribuye a la pérdida del deseo sexual.
Acetilcolina	Principal mediador de la erección-rigidez penéana, contribuye en el proceso de eyaculación, contracciones orgásmicas, sensibilidad táctil y aferencia de los reflejos genitales.

No solo los neurotransmisores juegan un papel importante en la respuesta sexual, también se ha identificado la participación de agentes vasodilatadores que al alterar el flujo sanguíneo, varía la respuesta sexual (Korolkovas y Burckhalter, 1983). Los agentes vasodilatadores tienen una participación notoria en la erección” (Gándara y Puigvert, 2005).

Los nervios simpáticos, también participan en la respuesta sexual. La secreción de noradrenalina genera contracción de la musculatura lisa propia de la fase orgásmica, facilitando la expulsión de semen, la contracción uterina y la reducción del aporte sanguíneo a los genitales que da paso a la fase de resolución (Gándara y Puigvert, 2005).

Coughlan y Morgan, (2002) afirman que los problemas sexuales son muy comunes después de una lesión cerebral. La pérdida de interés en el sexo constituye la afección más habitual, bien sea por efecto directo de la lesión sobre los circuitos que comandan esta respuesta, o a causa de los medicamentos suministrados.

Moreno et al., (2013) afirma que una forma de facilitar el trabajo de médicos y demás profesionales relacionados en la atención de las afecciones de la respuesta sexual tras un TCE, es abordar la condición desde la perspectiva planteada por el modelo biopsicosocial.

3.5 Enfoque biopsicosocial del abordaje de la sexualidad

El modelo biopsicosocial contempla el análisis de una problemática desde 3 dominios: 1) efectos neurológicos y psicológicos, 2) problemas médicos y físicos, y 3) factores y cambios en la relación, estos permiten adoptar una perspectiva holística de todos los elementos que se relacionan con el abordaje de los cambios en la sexualidad después del TCE.

3.5.1 Efectos neurológicos y psicológicos.

Las alteraciones cognitivas pueden irrumpir el funcionamiento sexual de diversas maneras, el déficit de atención, por ejemplo, interfiere con la interacción sexual, entonces la pareja del paciente puede pensar que ya no hay interés por ella. Estas alteraciones también pueden afectar la capacidad del paciente para excitarse, para fantasear y mantener la atención durante el encuentro sexual. La mayoría de los pacientes afirman que su capacidad para relacionarse con otras personas se ve seriamente afectada tras la lesión cerebral (Mills y Turnbull, 2004).

Las alteraciones de la memoria hacen que el paciente tienda a olvidar encuentros sexuales recientes, fechas relevantes o episodios significativos relacionados con la relación, aspecto que pueden molestar e incomodar a su pareja (Coughlan y Morgan, 2002).

Las alteraciones en el lenguaje y la comunicación, como la disartria, dificultan entablar una comunicación amena. Algunas personas tienen dificultades para aguardar turno en una conversación mostrándose poco sensibles ante las necesidades de los demás, afectando así su capacidad para formar o mantener relaciones. Las alteraciones en el lenguaje alteran la capacidad del paciente para manifestar amor y brindar afecto (Coughlan y Morgan, 2002).

Los cambios en la personalidad tienden a ser habituales (Quemada, Hormaechea y Muñoz, 2003), estos cambios muestran hasta dónde puede llegar a repercutir el TCE en la vida y en la salud de la persona que lo vivencia. Pérez y Agudelo (2007) afirman los estudios longitudinales indican que las alteraciones en la personalidad pueden sostener por un largo periodo de tiempo. Estos cambios pueden ser leves o sutiles, apenas perceptible por parte de las personas cercanas, o drásticos y muy notorios. Los pacientes pueden presentar dificultades para controlar impulsos, malinterpretando las señales sociales como señales sexuales, y mostrar un comportamiento sexualmente desinhibido. En algunos casos se ejecutan prácticas sexuales inseguras (Morenoa et al., 2013). Otros pacientes pueden presentarse indiferentes ante el acto sexual o adoptar conductas infantiles y egoístas.

Los factores psicológicos incluyen cambios en la imagen corporal, pérdida de identidad, problemas de adaptación, depresión y ansiedad. Un estudio de 25 pacientes con TCE encontró que los hombres con lesión cerebral estaban menos satisfechos con su apariencia física y funcionamiento sexual en comparación con el grupo control, acompañado de una desestructuración significativa en su autoestima. El estudio concluyó que la modificación y reducción de la imagen corporal y la autoestima son secuelas importantes en el género masculino tras un TCE (Howes, Edwards & Benton, 2005).

Las alteraciones emocionales y conductuales pueden afectar la confianza en la conformación de nuevas relaciones de pareja o en la adecuada capacidad de relacionarse con los demás (Morenoa et al., 2013). La pérdida de confianza y los cambios en la relación como consecuencia de las modificaciones en la personalidad del paciente con TCE, se asocian directamente con la disminución del interés por el sexo y con la evitación de encuentros sexuales (Coughlan y Morgan, 2002)

3.5.2 Problemas médicos y físicos.

Los problemas físicos tales como las dificultades de equilibrio, la falta de control de los movimientos finos y el temblor, repercuten en la sexualidad y hacen que esta sea difícil. El poco control sobre la deglución y el consecuente babeo tiene un impacto muy notorio en la interacción sexual. Tras el TCE algunas áreas corporales pueden quedar insensibles, afectando el deseo y la satisfacción sexual. La pérdida de sentido del gusto y el olfato son particularmente comunes después de un TCE (Coughlan y Morgan, 2002). El dolor de espalda o el dolor en otras partes del cuerpo pueden poner en peligro la intimidad física con la pareja, ya que el contacto físico puede exacerbar la sensación dolorosa.

La interacción sexual también se puede ver fragmentada en los casos en los que el paciente no se vea motivado a mantener adecuadas normas de cuidado personal, tendiendo a bañarse con menos frecuencia, olvidando lavarse los dientes, presentado inadecuada apariencia personal o emitiendo juicios erróneos sobre la coordinación y combinación en el momento de vestir (Coughlan y Morgan, 2002).

Después de un TCE, a muchas personas se les prescribe una variedad de medicamentos que alteran la función sexual (Morenoa et al., 2013); dentro de las prescripciones médicas psiquiátricas se encuentran antiepilépticos, antidepresivos, antipsicóticos, neurolépticos y ansiolíticos, el consumo de estos medicamentos ocasionan efectos secundarios como, disminución del deseo, problemas de excitación (Montejo, 2005) y dificultad para conseguir la erección (Coughlan y Morgan, 2002; Giuliano, Rampin, Benoit y Jardín, 1995). Los efectos secundarios de los medicamentos sobre la función sexual pueden contrarrestarse al suspender el medicamento o ajustar la dosis (Morenoa et al., 2013). Sin embargo, no en todas las ocasiones se

puede suspender el medicamento, pero aun así, se puede reemplazar por otro en pro de identificar el mayor beneficio para el paciente.

3.5.3 Factores y cambios en la relación.

Según Esmail, Esmail y Munro (2001) los comportamientos sexuales fluctúan de acuerdo a los estilos de vida y a lo que se considera aceptable culturalmente. Las actitudes están influenciadas por la educación, la familia, los grupos de pares, la religión, los valores, las experiencias personales, los estereotipos y las creencias, producto del aprendizaje a partir de las pautas de crianza y de la educación formal (Martínez, 2005).

Martínez (2005) afirma que el ser hombre conlleva a ser resistente, proveedor, capaz de ocultar los sentimientos, la expresividad emocional y afectiva, adoptando una figura de hombre seductor, influenciado en su mayoría por la educación de género, donde su atención debe estar centrada en una parte del cuerpo, ¡el pene! fuente de gratificación y representación de su masculinidad, a partir de la cual su ego y virilidad será definida por el número de actividades y prácticas sexuales, razón por la cual “a muchos varones no les interesa el preámbulo en una relación sexual, ya que su cuerpo está “anestesiado” y solo se centra en el resultado de la excitación-erección, orgasmo-eyaculación” (Arango, 2008, p. 37).

En algunos imaginarios sobre lo masculino señalan que antes de consolidar la relación coital, es importante experimentar fantasías de encuentros sexuales múltiples con diferentes parejas. En el ámbito militar lo descrito no varía, pues en el proceso de institucionalización sus miembros adquieren una identidad heroica digna de ser admirada, por su familia, pareja y personas del común. Ser miembro de las fuerzas militares implica viajar periódicamente y mantener estabilidad temporal en diferentes partes del terreno colombiano, lo cual restringe un poco el

contacto con la pareja, pero también facilita las oportunidades de entablar relaciones con otras mujeres, pareciera que fuera un guión de conducta en esta población un patrón repetitivo y persistente de conquistas y búsqueda de parejas sexuales esporádicas. La creencia de que la afectividad amorosa no es compatible con el placer erótico, les permite tener relaciones extramatrimoniales, donde se tiene una esposa, la mujer idealizada para formar un hogar y se mantienen relaciones con otras mujeres con el objetivo de entablar relaciones eróticas, sin desencadenar carga afectiva, relaciones soportadas en la libertad y en el placer, establecidas de manera voluntaria; no obstante en algunas ocasiones se recurre al consumo de sexo servicio, prácticas que conllevan a conductas de riesgo sexual. Este tipo de encuentros dentro de la población militar se manifiestan y presumen, dándole importancia al goce genital (Martínez, 2005).

El tema de la fidelidad parece no importar, es posible que se tenga la percepción que es natural en condición de hombre ser infiel, también es evidente el tabú que se tiene hacia las prácticas de autoestimulación, donde admitir su realización genera resistencia, culpabilidad y vergüenza, en algunos casos debido al sinnúmero de mitos que existen alrededor de la masturbación, y en otros porque pertenecer a las fuerzas militares implica reprimir y tener control sobre su propio deseo, donde la hombría se define según el grado de agresividad, competitividad e identidad heroica que les permite soportar la carga del conflicto armado y las secuelas de la guerra (Arango, 2008). El gran problema surge cuando ese hombre sexuado, genitalizado y heroico presenta dificultades sexuales y disminuye la frecuencia de su actividad sexual, pues se cree y se piensa que el pene es fuente única de satisfacción para la pareja, y que la excitación y el orgasmo solo deben ocurrir durante la penetración (Crooks, 2009).

Una investigación que se llevó a cabo en Nueva York en el año 2013, reportó que los hombres con TCE reducen en gran proporción su actividad sexual. Cuando se cuestionó sobre las relaciones sexuales que han tenido en el último año, la mitad afirmó no haberlas tenido. El estudio concluyó que la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales en los hombres se reduce después de la lesión, el grupo con TCE informó tener más problemas sexuales que el grupo control, reportando poco energía sexual, falencias en iniciar la relación sexual, en alcanzar la erección y conseguir el orgasmo, molestias en la posición y en los movimientos del cuerpo, menos sensibilidad corporal, pensamientos y sentimientos de ser menos atractivos y malestar por haber visto su cuerpo durante la relación sexual (Hibbard, Gordon, Flanagan, Haddad, y Labinsky, 2013).

Coughlan y Morgan, (2002) afirman que la lesión cerebral no sólo afecta a la persona implicada sino también a todas las personas cercanas a esta, las tensiones que experimenta en el diario vivir interfieren de manera significativa en la forma de relacionarse con otras personas. Las secuelas que deja el TCE influyen en la interacción con los amigos, familiares, compañeros de trabajo y las demás personas con los que vive el sobreviviente al trauma (Mills y Turnbull, 2004). Una de las preocupaciones más comunes, es que una persona con TCE puede dejar de expresar sus emociones y sentimientos o puede expresarlos de manera inapropiada, torpe o desalentadora. La persona lesionada puede sentirse irritable, frustrada por no realizar las cosas con la misma agilidad que antes del accidente, puede deprimirse y perder fácilmente la motivación no solo en el área sexual sino en las demás áreas que concatenan su vida. Pueden olvidarse de tranquilizar a sus amigos o a las personas cercanas que se preocupan por el (Coughlan y Morgan, 2002).

No obstante el impacto o las secuelas que deja la lesión cerebral traumática no afecta exclusivamente la interacción con las personas cercanas, como amigos, vecinos o conocidos, pues en la interacción con la pareja es donde los cambios se tienden a experimentar con mayor intensidad (Mills y Turnbull, 2004).

La autoestima fragmentada por parte de los pacientes con TCE se transfiere a la pareja fácilmente. La pareja es quien puede aumentar la autoestima del sobreviviente con elogios, gestos adecuados, o fácilmente disminuirla con ayuda de comentarios críticos, declaraciones insultantes o con la ausencia de gestos positivos (Mills y Turnbull, 2004). La persona con lesión cerebral puede sentir desconfianza de su pareja, puede dudar de su propio atractivo como consecuencia de la lesión, contemplando que fácilmente su compañera puede llegar a sentirse atraída por otros hombres, menos por el (Coughlan y Morgan, 2002). La falta de confianza, de respeto y de honestidad en los sobrevivientes a la lesión se puede llegar a transformar fácilmente en dependencia de la pareja (Mills y Turnbull, 2004).

El aumento de los estados emocionales como la ira y la irritabilidad conllevan a que las personas después del TCE tiendan a comportarse de manera hostil haciendo uso de la violencia verbal y física. El miedo al rechazo, al abandono, la confusión, la vergüenza, la duda, la culpa, los sentimientos de tristeza y la depresión asociada con ideas suicidas, son algo común en las relaciones de los pacientes sobrevivientes al trauma. El miedo que experimentan conduce a que vivencien ataques de pánico o ansiedad generalizada, en algunas ocasiones acompañadas de manipulación hacia la pareja (Mills y Turnbull, 2004).

Las parejas de los sobrevivientes a menudo afirman que ésta ha cambiado mucho, con frecuencia puede parecer de mal humor, indiferente y extraño a causa de algunos cambios que produce la lesión cerebral (Coughlan y Morgan, 2002). La compañera del sobreviviente puede

llegar a sentir que no lo puede tocar, darle un abrazo, un beso, o tomarlo de la mano de la misma forma que antes de ocurrir el accidente, pensando que no será bueno para su pareja, o sintiendo incomodidad por las personas que se encuentran a su alrededor y los observan. Es posible que inicialmente la pareja tenga preocupación o inquietud acerca de iniciar relaciones sexuales una vez que el sobreviviente está de nuevo en casa, sintiéndose confusa, preguntándose como la lesión cerebral puede afectar su intimidad y vida sexual, llegando a creer que si su pareja tuvo una hemorragia o aneurisma (dilatación patológica de una sección de la arteria intracerebral) (Izquierdo y Barbera, 1992), la interacción sexual podría hacerle daño de alguna manera (Hibbard et al., 2013).

La pareja puede llegar a experimentar enojo o resentimiento con el sobreviviente por estar enfermo y necesitar constante cuidado; sentimientos que pueden emerger como consecuencia del estrés que experimenta por hacer frente a todos los factores que concatenan la recuperación, como, el trabajo, las finanzas, los compromisos laborales, familiares y del hogar. Estas reacciones negativas tienden a ser naturales pero pueden generar tensión en la relación emocional, por más sólida que esta haya sido (Hibbard et al, 2013). Pero los cambios reportados por la pareja no solo son molestos y desmotivantes para esta, por supuesto también lo son para el sobreviviente, quien llega a sentir que no se puede hacer nada frente a las situaciones que vivencia (Coughlan y Morgan, 2002), el tipo de afrontamiento puede cambiar, dependiendo si se tiene, o no pareja.

Los cambios en el deseo sexual pueden deberse a factores tanto biológicos como psicológicos. Después de la lesión cerebral es factible el aumento en la frecuencia de comportamientos sexuales en las primeras etapas después de la lesión (Eghwrujakpo & Essien S.F), cuando el deseo sexual aumenta, el paciente puede tener dificultad para expresar sus sentimientos de forma

apropiada, manifestando incapacidad para reconocer si su compañera se siente cómoda durante el encuentro sexual (Hibbard et al., 2013). La hipersexualidad suele estar acompañada de una serie de conductas explícitamente sexuales inapropiadas como frotteurismo, entendido como tocamiento o rozamiento de los genitales con una persona que no otorga consentimiento, o exhibicionismo, entendía como exposición de los órganos genitales (Arango, 2008), comentarios lascivos, obscenos y masturbación compulsiva, que se manifiestan a nivel físico, cognitivo y emocional, conductas que se asocian a lesiones en las zonas orbitofrontal medial, área relacionada con el aumento de la impulsividad (Bezeau, Bogod y Matter, 2004). Según Elliott y Biever (1996) estas conductas pueden incidir en actos delictivos como violaciones o pedofilia, de ahí la importancia de una pronta rehabilitación y tratamiento para estas personas. La hipersexualidad se ha visto relacionada con las disfunciones en el hipotálamo, el lóbulo frontal o temporal (Adoni, Mutarelli y Omuro, 2006).

Normalmente el cerebro controla las respuestas asociadas con los sentimientos de excitación, asegurándose de que el sujeto responda de manera socialmente aceptable. Después de la lesión cerebral la capacidad de controlar la excitación puede verse afectada, la desinhibición puede implicar conductas inadecuadas tales como que el paciente con TCE se toque así mismo, a su pareja o a los demás de una manera sexualmente inapropiada para el contexto. En algunas ocasiones, la persona está consciente y avergonzada por su comportamiento, sin embargo no sabe cómo controlarlo o por el contrario no es consciente de que su comportamiento es inadecuado (Hibbard et al., 2013).

Eghwurdjakpo & Essien, (S.F), describieron el comportamiento de 5 pacientes que presentaron conductas sexuales aberrantes después de la lesión cerebral. Se observó que en la mayoría de los casos las conductas se manifestaron rápidamente y cedían ante el uso de

medicamentos, pero, también cedían sin la inclusión de los mismos, al parecer como parte del proceso de recuperación espontánea. El paciente número 1, de 24 años con TCE grave, alrededor de la décima semana empezó a manifestar comportamiento hipersexual, motivado por la presencia del personal femenino. Se le suministró medicación para controlar la agitación y se evidenció menos agitación en presencia del personal femenino y dos semanas más tarde el síntoma desapareció. La paciente número 3, de 33 años, afásica, recibió la visita de un hombre ante el cual exhibió sus senos e instó al visitante a masajearlos. Cuando finalmente pudo verbalizar utilizó lenguaje obsceno. No se le suministró ningún medicamento y semanas más tarde la conducta y el lenguaje obsceno disminuyeron gradualmente hasta desaparecer.

Glenn & Grahame (2011) proponen que un tratamiento para los comportamientos hipersersexuales se debe realizar desde un enfoque integral, en el cual las intervenciones terapéuticas ayuden a regular estos comportamientos inapropiados.

Las alteraciones sobre el orgasmo son una situación común tanto en hombres como en mujeres después de un TCE. En ocasiones, el cambio en las prácticas sexuales puede ayudar a solventar el problema. Se ha reportado que las parejas con TCE se involucran en mayor variedad de comportamientos sexuales inusuales en pro de alcanzar un nivel de satisfacción mayor, están prácticas no siempre se realizan en pareja (Mills y Turnbull, 2004).

Crowe y Ponsford (1999) realizaron un estudio comparando con 14 participantes, hombres, con alteraciones en el funcionamiento sexual después de una lesión cerebral traumática, encontrando que los pacientes son significativamente menos capaces de lograr satisfacción sexual a través de la imaginación, en comparación con el grupo control. Los pacientes fueron menos capaces de evocar imágenes sexuales y originar una respuesta sexual satisfactoria.

El abordaje de las alteraciones requiere del involucramiento de la familia del paciente. Kreutzer y Zasler (1990) afirman que debe realizar esfuerzos para enseñar al sujeto con lesión cerebral y a su familia, actitudes sexuales saludables. Los familiares deben buscar la ayuda de un profesional de salud mental que esté familiarizado con los TCE. Es importante que el profesional instruya al individuo y a su familia sobre los aspectos de la lesión cerebral, incluyendo las alteraciones psicológicas y cognitivas que se desprenden de la lesión y cómo éstas pueden afectar de manera negativa la función sexual. Es relevante aclarar a la familia que el problema sexual es otra de las secuelas que se originan tras el trauma, el profesional debe hacerle saber al paciente que el espacio de rehabilitación tiene como objetivo que el, pueda reconocer sus preocupaciones sexuales sin temor a ser juzgado (Kreutzer y Zasler, 1990).

Los profesionales en rehabilitación deben abordar temas sexuales abiertamente, al igual que lo hacen con las diferentes secuelas cognitivas y comportamentales producto de la lesión. Solo de esta manera se puede buscar un avance significativo en la recuperación integral del paciente (Kreutzer y Zasler 1990).

4 Marco metodológico

4.1 Diseño

Se llevó a cabo una investigación de corte no experimental, transversal descriptiva, porque no hubo manipulación de variables y fue en un tiempo de selección no determinado; se eligieron de forma no aleatoria 60 pacientes (muestreo por conveniencia) con diagnóstico de Traumatismo Craneoencefálico quienes tras firmar el consentimiento informado fueron clasificados en diferentes grupos según el grado de severidad (leve, moderado, severo) determinado por el puntaje obtenido en la escala Glasgow al ingreso.

4.2 Población y muestra

La investigación se realizó en Comando Ejército, Batallón de Sanidad (BASAN). La muestra estuvo compuesta por 60 pacientes, hombres, mayores de 18 años, con diagnóstico de TCE, mínimo de seis meses de evolución, capaces de leer, escribir, hablar, sin amnesia postraumática y con epicrisis que dé cuenta de la escala Glasgow (1 -15). Los criterios de exclusión fueron: antecedentes de dificultades de aprendizaje o lenguaje, alteraciones o enfermedades psiquiátricas, antecedentes de desórdenes neurológicos y sexuales. La media de edad fue de 27,75 con una desviación estándar de 5,82 y con promedio de años de escolaridad de 10,35 (desviación estándar de 2,60), con 7 pacientes en el grupo con diagnóstico de TCE leve, 27 pacientes en el grupo con diagnóstico de TCE moderado, con 26 pacientes en el grupo con diagnóstico de TCE severo. Los datos de los pacientes fueron codificados para proteger la identidad e integridad de los mismos.

4.3 Instrumentos de valoración

Se escogieron los siguientes instrumentos que miden el funcionamiento psicosexual: cuestionario de calidad de vida sexual –SQLQ- (Anexo 1), índice de eyaculación precoz –IPE- (Anexo 2), índice internacional de la función eréctil –IIEF-5- (Anexo 3), inventario del deseo sexual –IDE-2- (Anexo 4), inventario de orientación sociosexual revisado –SOI –R- (Anexo 5); cuestionario de riesgo sexual y medida de riesgo sexual –SRS- (Anexo 6) y el cuestionario de las actitudes hacia la infidelidad o escala de actitudes hacia la infidelidad (Anexo 7).

4.3.1 Cuestionario de la calidad de vida sexual (SQOL-M).

Instrumento que valora la confianza sexual, el bienestar emocional y problemas de relación. Empleado en diferentes investigaciones ha demostrado buenas propiedades psicométricas. Cuestionario compuesto por 18 ítems valorados cada uno mediante una escala Likert con 6 opciones de respuesta que van desde un totalmente de acuerdo hasta el desacuerdo. Las puntuaciones totales oscilan entre 18 y 108 puntos, donde una mayor puntuación corresponde a una percepción muy favorable de la calidad de vida sexual (Abraham et al, 2009;. Abraham Symonds y Morris, 2008; Symonds, Boolell y Quirk, 2005).

4.3.2 Índice de la eyaculación precoz (IPE).

Cuestionario en forma de autoinforme desarrollado para evaluar los siguientes aspectos relacionados con la eyaculación precoz (EP): satisfacción sexual, control sobre la eyaculación y angustia ante la condición.

Consta de 10 ítems calificados con escalas tipo Likert que otorgan puntuaciones entre 0 y 5 a cada respuesta. La puntuación total oscila entre 5 y 50 puntos, donde valores mayores indican

alteraciones más significativas en las variables evaluadas (Althof, Rosen, Symonds, Mundayat, May y Abraham, 2006).

4.3.3. Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5).

Instrumento compuesto por 5 ítems que evalúan cinco dimensiones: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción sexual y la satisfacción general. Cada ítem se califica con una escala Likert que otorga puntuaciones entre 1 y 5, las puntuaciones totales oscilan entre 5 y 25.

La presencia y grado de severidad de la disfunción se determina según los siguientes rangos en las puntuaciones totales: 22-25: No disfunción eréctil, 17-21: Leve disfunción eréctil, 12-16: Leve a moderada disfunción eréctil, 8-11: Moderado disfunción eréctil, 5-7: Disfunción eréctil severa (Quek, Low, Razack, Chua, & Loh, 2002; R. C. Rosen, Cappelleri, & Gendrano, 2002; Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick, & Mishra, 1997).

4.3.4. Inventario del deseo sexual (Sexual Desire Inventory -SDI-2).

Cuestionario de autoreporte compuesto por 14 ítems que evalúan el deseo sexual diádico, es decir el interés por mantener el contacto sexual con el compañero (ítems 1-8); deseo sexual en solitario o el interés por mantener contacto sexual consigo mismo (ítems 9-13) y el lapso de tiempo en el que se puede sentir cómodo en ausencia de cualquier interacción sexual (ítem 14).

Los ítems 1, 2 y 10 se califican con puntuaciones de 0 a 7, los demás se califican de 0 a 8. Las puntuaciones por ítem se suman para una puntuación total de 109, siendo 54,5 el valor promedio, por ende valores superiores indican la presencia de un fuerte deseo sexual (Spector, Carey, & Steinberg, 1996; King & Allgeier, 2000; Ortega, Zubeidat, & Sierra, 2006).

La escala cuenta con excelentes propiedades psicométricas y ha sido aplicada en diferentes poblaciones con diferentes edades, en personas solas y con pareja (Davis, 1998).

4.3.5. Inventario de Orientación Sociosexual Revisado (SOI –R).

Cuestionario de autorreporte compuesto por 9 ítems, que evalúa particularmente el comportamiento pasado del individuo en términos de número de parejas sexuales casuales (ítems 1 a 3), la actitud hacia el sexo explícito sin compromiso (ítems 4 a 6) y el deseo sexual dirigido a personas con las que no existe una relación romántica (ítems 7 a 9)(Allen & Bailey, 2007; Eisenberg, Campbell, MacKillop, Lum, y Wilson, 2007; McIntyre, Gangestad, Gray, Chapman, Burnham, O'Rourke, & Thornhill, 2006; Penke y Asendorpf, 2008; Seal y Agostinelli, 1994; Townsend y Wasserman, 1997; Wilson, Mattingly, Clark, Weidler, y Bequette, 2011).

Cada ítem es calificado con una escala tipo Likert que asigna valores entre 1 y 9. Los puntajes más altos se asocian a las personas que tienen una orientación sociosexual sin restricciones, mientras que las puntuaciones más bajas corresponden a una orientación sociosexual con restricciones, según la siguiente tabla (Penke, Asendorpf 2008).

Tabla 3

Puntuación escala de Orientación Sociosexual Revisado (SOI - R)

Aspecto	Valor Promedio	Desviación estándar
Comportamiento	2,76	1,63
Actitud	6,42	2,33
Deseo	5,62	1,91
Total	4,93	1,50

4.3.6. Medida de riesgo sexual (SRS).

Escala de autoreporte compuesta por 23 ítems que evalúan la frecuencia de comisión de conductas sexuales de riesgo en los últimos 6 meses (Turchik, 2007). La escala se compone de cinco factores: asunción de riesgos sexuales con parejas comprometidas, actos sexuales riesgosos, actos sexuales impulsivos, intención de participar en comportamientos sexuales de riesgo, y actos sexuales anales de riesgo (Turchik y Garske, 2009).

El SRS ha mostrado buenas propiedades psicométricas en tanto consistencia interna, fiabilidad test-retest, de contenido, concurrente y validez convergente (Turchik y Garske, 2009).

Cada ítem se califica en un formato abierto y los valores por factor se califican según la siguiente tabla:

Tabla 4

Valores por factor Medida de riesgo sexual (SRS).

Scale/factor (number of items)	Men		Women		Cohen's <i>d</i>	Cronbach's alpha
	<i>M</i>	SD	<i>M</i>	SD		
Sexual Risk Taking with Uncommitted Partners (8)	5.36	6.25	4.08	5.14	0.21	.88
Risky Sex Acts (5)	5.38	4.75	5.35	4.33	0.01	.80
Impulsive Sexual Behaviors (5)	5.58	4.67	4.29	3.73	0.31	.78
Intent to Engage in Risky Sexual Behaviors (2)	3.00	3.03	1.14	1.97	0.73	.89
Risky anal Sex Acts (3)	0.84	1.98	0.78	1.94	0.03	.61
Total scale (23)	20.14	14.89	15.63	11.29	0.34	.88

(Turchik y Garske, 2009)

4.3.7. Escala de Actitudes hacia la infidelidad.

Cuestionario de auto informe compuesto por 12 ítems que miden la aceptación de la infidelidad. Cada ítem se califica en una escala Likert de 7 puntos donde 1 refleja la menor aceptación de la infidelidad y 7 la mayor aceptación de la infidelidad. Los valores totales oscilan entre 12 y 84 puntos, donde una puntuación menor a 48 refleja menos aceptación de la infidelidad. El valor promedio es de 27,85 con una desviación estándar 12,02 (Whatley, 2006).

5 Procedimiento

Se contactaron a los pacientes que cumplieran con criterios de inclusión haciendo uso de la base de datos del área de neuropsicología del Batallón de Sanidad. El encuentro inicial se realizó con la participación de la Teniente Coronel Patricia Barrera, directora del área de Neuropsicología. Se abordó al paciente solicitando su participación en el estudio, posterior a ello se hizo lectura del consentimiento informado, en donde se detallan los beneficios de la participación y el impacto del estudio, entre otros aspectos relevantes; del mismo modo se abordó el proceso de aplicación de todos los instrumentos de acuerdo al protocolo. Una vez el paciente acepta, se firma el consentimiento informado (Anexo 8). La aplicación de los instrumentos se realizó en un consultorio clínico, libre de estímulos distractores, estableciendo rapport y un atmosfera de confianza. Los procedimientos llevados a cabo contaron con la aprobación del Comité de Ética.

La información fue sistematizada y analizada mediante el uso del software IBM SPSS 2.0 licenciado a la Fundación Universitaria Los Libertadores.

6 Resultados

A continuación se muestran los resultados para las variables calidad de vida sexual, eyaculación precoz, función eréctil, deseo sexual, orientación sociosexual, riesgo sexual y actitudes hacia la infidelidad. La tabla N° 5 muestra los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de los sujetos en las pruebas aplicadas, de acuerdo al nivel de severidad. Las tablas 3–10 muestran el análisis de comparación de medias a través de ANOVA de una sola vía con post hoc Bonferroni. Las figuras 1 - 7 muestran las medias marginales para cada variable con base en los tres niveles de lesión.

Tabla 5

Estadístico descriptivo de las puntuaciones de los sujetos en las pruebas aplicadas, de acuerdo al nivel de severidad.

Severidad	C.V.		E.P.		F.E.		D.S.		O.S.		R.S.		A.H.I.	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Leve	63,7	12,5	16,8	10,4	20,2	3,66	56	18,6	25,5	8,5	48,5	31	47,5	11,4
Moderado	54,1	13,5	23,6	13,5	16,9	4,85	58,7	18,4	23,11	8,32	37,52	43,7	48,37	11,6
Severo	58,9	12,5	24,4	11,9	18,6	4,38	60,2	22,0	26,33	10,7	39,48	38,3	46,74	10,1
Total	57,2	13,2	23,3	12,5	18,0	4,6	59,1	19,8	24,8	9,46	39,5	39,8	47,55	10,7

CV: Calidad de vida, E.P: eyaculación precoz, F.E: función eréctil, D.S: deseo sexual, O.S:

orientación sociosexual, R.S: riesgo sexual, A.H.I: actitudes hacia la infidelidad.

Tabla 6.

ANOVA de una sola vía para la variable calidad de vida sexual en los tres grupos de severidad del TCE.

Severidad	Grado de Severidad	Sig.
Leve	Moderado	.323
	Severo	1.000
Severo	Moderado	.546

*P <0,05

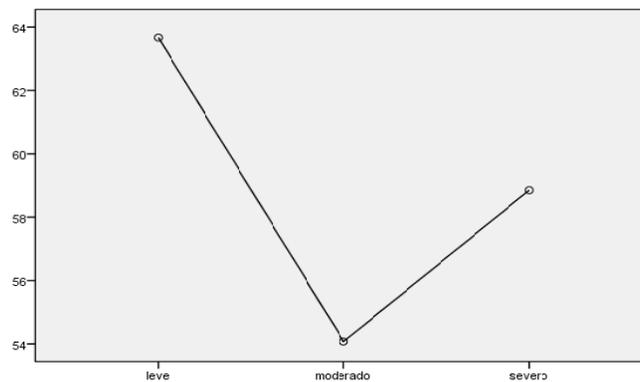


Fig.1 Medidas marginales estimadas de calidad de vida sexual para cada grado de severidad.

Cuando se comparó la variable calidad de vida para los tres grupos de severidad mediante un análisis de varianza considerando un $p < 0,05$ como nivel de significancia, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo se evidenciaron diferencias mínimas; el grupo con TCE moderado presento menor puntuación en la variable calidad de vida en comparación con los grupos con TCE leve y severo quienes presentaron mayores índices, puntuación predominante en el grupo con TCE leve.

Tabla 7.

ANOVA de una sola vía para la variable de eyaculación precoz en los tres grupos de severidad del TCE.

Severidad	Grado de severidad	Sig.
Leve	Moderado	.707
	Severo	.548
Severo	Moderado	1.000

*. P <0,05

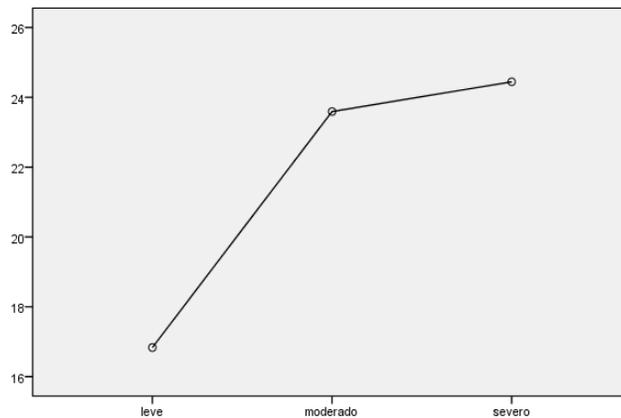


Fig. 2 Medidas marginales estimadas de eyaculación precoz para cada grado de severidad.

Cuando se comparó la variable de eyaculación precoz, mediante un análisis de varianza considerando un $p < 0,05$ como nivel de significancia, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo se evidenciaron diferencias mínimas, el grupo con TCE leve indica un menor índice en la variable de eyaculación precoz, mientras que los grupos con TCE moderado y severo, indican mayores puntuaciones, siendo el grupo con TCE severo el de mayor puntuación en esta variable.

Tabla 8.

ANOVA de una sola vía para la variable de la función eréctil en los tres grupos de severidad del TCE.

Severidad	Grado de severidad	Sig.
Leve	Moderado	.359
	Severo	1.000
Severo	Moderado	.521

*. $P < 0,05$

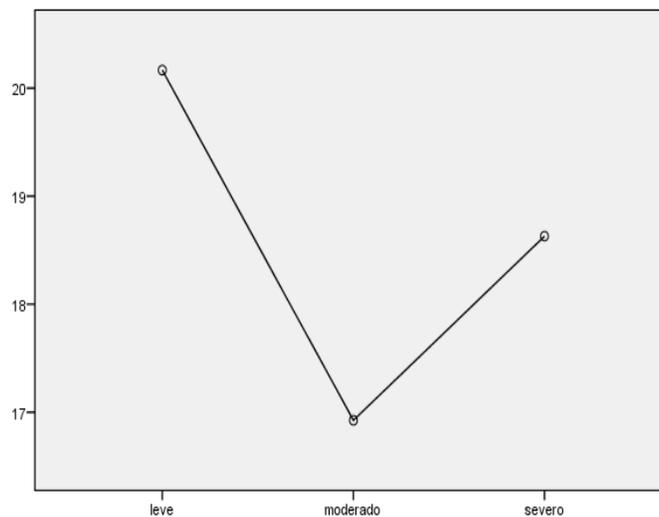


Fig. 3 Medidas marginales estimadas de la función eréctil para cada grado de severidad.

Cuando se comparó la variable de función eréctil, mediante un análisis de varianza considerando un $p < 0,05$ como nivel de significancia, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo se evidenciaron diferencias mínimas; el grupo con TCE leve presento menores

puntuaciones, mientras que los grupos con TCE moderado y severo indican mayores puntuaciones en la función eréctil, índice predominante en el grupo con TCE moderado.

Tabla 9.

ANOVA de una sola vía para la variable del deseo sexual en los tres grupos de severidad del TCE.

Severidad	Grado de severidad	Sig.
Leve	Moderado	1.000
	Severo	1.000
Severo	Moderado	1.000

*. $P < 0,05$

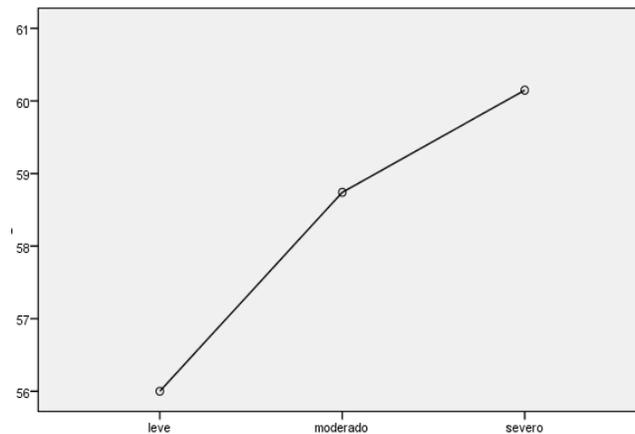


Fig. 4 Medidas marginales estimadas del deseo sexual para cada grado de severidad.

Cuando se comparó la variable del deseo sexual, para los tres grupos de TCE mediante un análisis de varianza considerando un $p < 0,05$ como nivel de significancia, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo se evidenció diferencias mínimas; el grupo con TCE leve

reporto menor puntuación en el deseo sexual, en comparación de los otros dos grupos(moderado, severo), quienes reportaron mayores índices, siendo el grupo con TCE severo el de mayor puntuación en esta variable.

Tabla 10.

ANOVA de una sola vía para la variable, de orientación sociosexual en los tres grupos de severidad del TCE.

Severidad	Grado de severidad	Sig.
Leve	Moderado	1.000
	Severo	1.000
Severo	Moderado	.653

*. $P < 0,05$

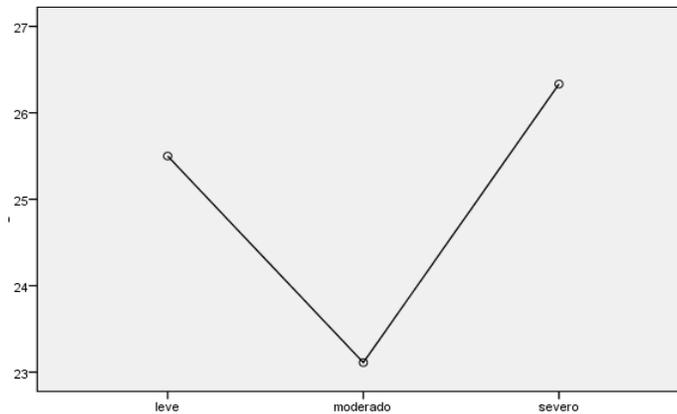


Fig. 5 Medidas marginales estimadas de orientación sociosexual para cada grado de severidad.

Cuando se comparó la variable de orientación sociosexual, para los tres grupos de TCE mediante un análisis de varianza considerando un $p < 0,05$ como nivel de significancia, no se

encontraron diferencias significativas, sin embargo se evidencio diferencias mínimas; el grupo con TCE moderado presento menores puntuaciones en comparación con los grupos con TCE leve y severo, quienes reportaron mayores índices de orientación sociosexual, puntuaciones predominante en el grupo con TCE severo.

Tabla 11.

ANOVA de una sola vía para la variable de riesgo sexual en los grupos de severidad del TCE.

Severidad	Grado de severidad	Sig.
Leve	Moderado	1.000
	Severo	1.000
Severo	Moderado	1.000

*. $P < 0,05$

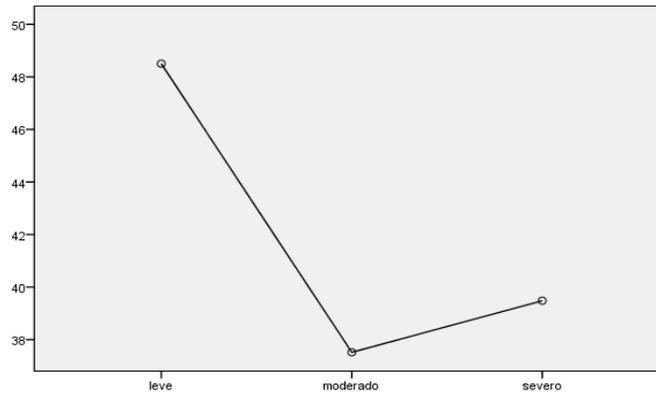


Fig. 6 Medidas marginales estimadas riesgo sexual para cada grado de severidad.

Cuando se comparó la variable de riesgo sexual para los tres grupos de TCE mediante un análisis de varianza considerando un $p < 0,05$ como nivel de significancia, no se encontraron

diferencias significativas, sin embargo se evidencio diferencias mínimas; los grupos con TCE moderado y severo, presentaron menores puntuaciones en comparación con el grupo con TCE leve.

Tabla 12.

ANOVA de una sola vía para la variable de actitudes hacia la infidelidad en los grupos de severidad del TCE.

Severidad	Grado de severidad	Sig.
Leve	Moderado	1.000
	Severo	1.000
Severo	Moderado	1.000

*. $P < 0,05$

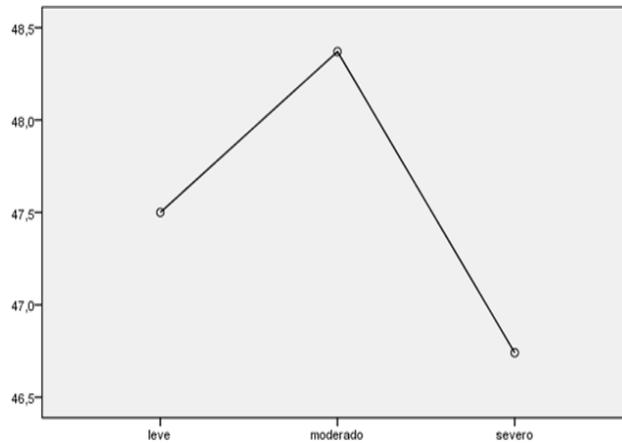


Fig.7 Medidas marginales estimadas de actitudes hacia la infidelidad para cada grado de severidad.

Cuando se comparó la variable actitudes hacia la infidelidad para los tres grupos de TCE mediante un análisis de varianza considerando un $p < 0,05$ como nivel de significancia, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo se evidenció diferencias mínimas; los grupos con TCE leve y severo reportaron menores índices en comparación con el grupo con TCE moderado quienes presentan mayor aceptación hacia la infidelidad.

Al realizar el ANOVA de una sola vía con post hoc Bonferroni. Los resultados indicaron que no se presentan diferencias estadísticamente significativas respecto a las variables de interés, sin embargo se evidencian diferencias mínimas en las puntuaciones como se muestra en las gráficas y los análisis del ANOVA para cada una de las variables y nivel de severidad.

7 Discusión

Comúnmente los TCE suelen estar ocasionados principalmente por accidentes de tránsito (Banco Mundial, 2013), accidentes laborales y la práctica de actividades deportivas, sin embargo, en nuestro contexto un número significativo de casos se relaciona con el uso de armas de fuego, asociado al conflicto armado vigente en el país. La población militar es el centro de esta investigación y de ella particularmente la descripción de las alteraciones relacionadas con la sexualidad tras la ocurrencia de un TCE.

Se contó con la participación de 60 militares hombres con diagnóstico de TCE, 7 de ellos con TCE leve, 27 con TCE moderado, 26 con TCE severo. En el 62% de los casos el TCE ocurrió durante el ejercicio de la labor militar y se relacionó con actos violentos que implicaban el uso de artefactos explosivos (35%), armas de fuego (12%) y golpes por caída (15%). El 27% de los casos de TCE acontecidos fuera del cumplimiento de la labor se relacionó con accidentes de tránsito, 18% relacionado con moto, mientras que el 9% estuvo asociado al uso de automóviles. El 11% restante refiere a causas de diversa índole como por ejemplo: golpe con hélice de un avión o descarga eléctrica.

El objetivo del presente estudio fue describir el funcionamiento psicosexual, el riesgo sexual y las actitudes hacia la infidelidad en un grupo de 60 pacientes con diferentes grados de severidad de traumatismo craneoencefálico de la ciudad de Bogotá.

Se puede apreciar que el grupo con TCE leve presentó mayores puntuaciones en la variable, función eréctil y riesgo sexual, mientras que el grupo con TCE moderado presentó mayores puntuaciones en la variable, actitudes hacia la infidelidad; finalmente, el grupo con TCE severo presentó mayores puntuaciones en las variables de eyaculación precoz y deseo sexual. Las puntuaciones elevadas significan mayores alteraciones en las variables evaluadas.

A continuación se describen las variables entre grupos por cada una de las variables evaluadas, al final se presentarán las relaciones entre las diferentes variables a través de los grupos.

En la variable calidad de vida, los grupos con TCE moderado y severo obtuvieron puntuaciones menores a las presentadas por el grupo con TCE leve. La puntuación obtenida por los dos grupos permite inferir menor bienestar emocional, desconfianza a nivel sexual y mayores problemas en la relación de pareja. Investigaciones previas señalan que los problemas en la dinámica de la relación observada en el grupo con TCE moderado y severo pueden estar relacionados con las fluctuaciones del estado de ánimo propio de este tipo de pacientes. La expresión inapropiada de sus emociones y sentimientos desencadenan comportamientos hostiles que pueden conducir al uso de violencia verbal y física, induciendo en la pareja sentimientos de enojo o resentimiento con el sobreviviente, posiblemente por el estrés que genera la condición actual de éste (Mills y Turnbull, 2004). Este tipo de reacciones generan tensión y desconfianza a nivel sexual en la relación por más sólida que ésta haya sido (Hibbard et al, 2013). Es muy probable que el paciente experimente desconfianza, dude de su propio atractivo y contemple el abandono por parte de su pareja como una situación muy probable dado el hecho de considerar que su pareja puede sentirse atraída facialmente por otras personas y en menor medida por él. Estos cambios en las formas de ver la relación y posicionarse a sí mismo en la relación señalan una autoestima desestructurada y este aspecto afecta la actividad sexual y la intimidad, incrementando aún más los problemas en la relación (Mills y Turnbull, 2004).

En la variable eyaculación precoz, los grupos con TCE moderado y severo presentan puntuaciones mayores a las obtenidas por el grupo con TCE leve. El deterioro significativo reportado en los dos primeros grupos indica una pérdida significativa de la capacidad para

controlar el reflejo eyaculatorio, acompañada de angustia por el tiempo de duración de la relación, y por ende incapacidad para experimentar un orgasmo sin importar la vía de estimulación. Una investigación que desarrollada en Nueva York en el año 2013 reportó que los sobrevivientes a una lesión cerebral traumática disminuyen la frecuencia de la actividad sexual, debido a las dificultades para alcanzar la erección y lograr la eyaculación, componentes de la respuesta sexual (Hibbard, Gordon, Flanagan, Haddad y Labinsky, 2013).

Resultados opuestos se encontraron en la evaluación de la variable función eréctil, en donde el grupo con TCE leve reportan que tras la lesión notan una disminución significativa en el grado de satisfacción alcanzado tras un encuentro sexual, aluden sentirse menos seguros de poder lograr y mantener la erección a voluntad, condiciones que. Estos hallazgos son similares a los reportados en 1991 por O'Carroll, Woodrow y Marouns quienes, tras estudiar una muestra de 122 pacientes estadounidense con TCE, reportaron como síntomas significativos la insatisfacción con su vida sexual, eyaculación precoz, pérdida del deseo, distanciamiento de la pareja y evitación de la actividad y el contacto sexual.

En los resultados arrojados por el Inventario del Deseo Sexual, se encontró que el grupo con TCE leve manifiesta mayores cambios en lo que al deseo sexual se refiere. Afirman que en la actualidad pueden pasar un lapso de tiempo amplio sin tener actividad sexual de ningún tipo y sin que ello genere incomodidad. Por el contrario, los grupos con TCE moderado y severo (este último con mayores puntuaciones) notan un incremento en su deseo sexual y el interés por las actividades sexuales en pareja y consigo mismo. Arango (2008) afirma que tras una lesión cerebral es frecuente encontrar en los pacientes decremento del deseo sexual, síndrome denominado deseo sexual hipoactivo (DSH), en el cual los pacientes experimentan poco o nulo interés por establecer contacto sexual alguno, carencia de pensamientos y fantasías de contenido

sexual o erótico, y baja receptividad a los estímulos sexuales; Ponsford (2003) por su parte afirma que después de un TCE más de la mitad de los sobrevivientes refiere experimentar una disminución significativa en la importancia dada a la actividad sexual, un decremento en el deseo con poco o nulo interés por los encuentros sexuales, acompañado de una sensación de incapacidad para brindar y sentir satisfacción sexual. En algunos casos ocurre todo lo contrario, los pacientes afirman experimentar aumento de su deseo sexual (hipersexualidad). Esta sensación se acompaña de la comisión de conductas explícitamente sexuales en contextos inapropiados como frotteurismo y el exhibicionismo. Esta condición indica que en los pacientes falla la capacidad para controlar sus impulsos, indicio de una lesión que compromete el funcionamiento del lóbulo frontal.

Los cambios en el deseo sexual pueden estar asociados a la topografía de la lesión o pueden derivarse, como efecto secundario, de la ingesta de algunos medicamentos tales como, ácido valpróico, clonacepam, sertralina y trazadona, entre otros. Por el contrario, algunos antidepressivos, antipsicóticos y ansiolíticos, se relacionan por lo general con la disminución del deseo sexual, problemas en la excitación (Montejo, 2005) y dificultad para conseguir la erección (Coughlan y Morgan, 2002). Dado que en la presente investigación no tuvo en cuenta la topografía de la lesión ni se registró el consumo de medicamentos no es posible establecer una relación clara entre estas variables.

En la variable de orientación sociosexual los pacientes con TCE leve y severo afirman contemplar la posibilidad de tener encuentros sexuales casuales con distintas personas, conducta más marcada en los pacientes con TCE severo. Estos pacientes están abiertos a la posibilidad de intimar sexualmente sin que exista de base un interés romántico que permita el desarrollo de una relación a largo plazo. En el ámbito militar es posible que este tipo de conductas encuentren

refuerzo social mucho antes de la lesión, pues al ser una institución marcadamente masculina y machista la virilidad y el ego de un hombre se definen según la frecuencia de sus actividades y prácticas sexuales, al respecto Martínez (2005) afirma que los hombres tienden a replicar una serie de conductas estereotipadas que demandan la reducción de la expresividad emocional y afectiva, adoptando el guion de figura seductora dando relevancia al goce genital. Ser miembro de las fuerzas militares facilita los encuentros sexuales múltiples con diferentes parejas debió a los traslados, y con ello la ejecución de conductas de riesgo sexual. Teniendo en cuenta este tipo de situaciones es necesario establecer la conducta sexual de los hombres no lesionados para poder así tener mayor seguridad de que este tipo de conductas surjan de la lesión.

En la variable riesgo sexual se observó que los pacientes con TCE leve son quienes reportan haber incurrido en un mayor número de conductas sexuales de riesgo en los últimos 6 meses, tales como sostener prácticas sexuales con personas desconocidas sin uso de preservativos o asistir a eventos sociales con la intención de que esto suceda. Caso contrario ocurre con los pacientes con TCE severo y moderado en quienes no se evidenció este tipo de conductas. Cabe resaltar que es posible que el sostener relaciones sexuales casuales por parte de los pacientes haya sido una conducta anterior a la lesión, en esta investigación no se recogió información al respecto.

En los resultados arrojados por la Escala de actitudes hacia la infidelidad, se encontró que únicamente el grupo con TCE moderado favorece la comisión de este tipo de conductas dentro de las relaciones de pareja, sin importar las circunstancias en las que se presenten, considerando además que la infidelidad es una condición natural de en su contexto laboral. Arango (2008) afirma que por lo general en culturas como la nuestra la infidelidad parece haberse naturalizado, por ende esta situación podría bien no deberse a la existencia de la lesión. Dado que no se cuenta

con un reporte que defina el patrón de comportamiento de los pacientes previo a la lesión, no es posible establecer con claridad si existen cambios o no que se puedan asociar a la lesión. Llama la atención que el grupo de pacientes con TCE severo reporta una actitud menos favorable hacia este tipo de comportamientos.

En términos generales, el análisis de las puntuaciones encontradas en cada uno de los grupos a través de las diferentes variables, permite describir las variaciones en el funcionamiento psicosexual, el riesgo sexual y las actitudes hacia la infidelidad por cada grupo. El grupo de pacientes con TCE leve reportó menos problemas en la relación de pareja, a la cual describen como satisfactoria y placentera, posiblemente porque este grupo no presenta alteraciones en las fases de deseo y orgasmo de la respuesta sexual, pero registran cambios significativos en la fase de excitación, así como también evidencian la ejecución de comportamientos de riesgos y una actitud favorable hacia la infidelidad. Es posible concluir que el impacto reducido de las secuelas físicas, cognitivas y comportamentales generen un menor impacto en la función sexual.

Por el contrario, el grupo con TCE moderado presentó mayores problemas en su relación de pareja, afirman no estar seguros totalmente de la fidelidad de su pareja. Llama la atención que siendo estos pacientes quienes muestran mayor naturalización de la infidelidad como parte de su rol de hombres en su ámbito laboral, son quienes menos reportan llevar a cabo actividades de sexuales riesgosas como el coito con personas desconocidas, incluso son quienes menos contemplan esta posibilidad. No es claro si esta actitud se deba a un patrón de conducta previo a la lesión o guarde relación con las alteraciones evidenciadas en la función eréctil, ya que son el grupo con mayor registro de este tipo de alteración. Este tipo de actitudes y la actividad sexual restringida a su pareja sin el más mínimo ánimo de establecer relaciones sexuales ocasionales, puede deberse a que la eficacia percibida sobre su desempeño sexual aminore su autoestima,

pues tal como afirman Howes, Edwards & Benton (2005) afirman que la autoestima se ve muy afectada después de una lesión cerebral, más si la lesión trajo consigo cambios en la apariencia física como amputación de miembros y deformaciones en el rostro, situaciones que generan angustia y frustración, razón por la cual prefieran evitar los encuentros sexuales.

Los pacientes con TCE severo reportan cambios significativos en la respuesta sexual. Eyaculación precoz, así como incapacidad para lograr y mantener la erección a voluntad, son algunos de los cambios evidenciados. En su mayoría estos pacientes perciben que tras el TCE su deseo sexual se ha incrementado, así como los pensamientos y fantasías sexuales con personas ajenas a la relación o desconocida, algunos incluso admiten haber sostenido encuentros sexuales con diferentes personas en el último año sin estar interesados en una relación de compromiso a largo plazo. No obstante, si bien naturalizan a infidelidad desde su rol de hombres, no conciben esta misma posibilidad para sus parejas estables, por el contrario, de ellas demandan claramente compromiso y exclusividad.

8 Conclusiones

No es posible establecer una relación directa entre el grado de severidad del TCE y los cambios evidenciados en el funcionamiento psicosexual, el riesgo sexual y las actitudes hacia la infidelidad; sin embargo fue posible notar que los participantes con TCE severo son quienes perciben mayores cambios en la respuesta sexual.

Los resultados de este estudio no son generalizables porque la muestra no es heterogénea, sin embargo este estudio constituye una primera aproximación a la comprensión de la relación entre los TCE y las alteraciones en la respuesta sexual y en las diferentes dimensiones o características de la sexualidad.

Es importante tener en cuenta la perspectiva de pareja, en el caso de que esta exista, para definir si los cambios en la conducta se deben a la lesión o simplemente se está frente a actitudes y comportamientos previamente establecidos, del mismo modo es necesario tener en cuenta que varios estudios aseguran que el paciente puede no estar totalmente consciente de su déficit o, por el contrario, puede exacerbar los síntomas. También es necesario establecer las características del comportamiento sexual de los colombianos en general para poder establecer claramente los cambios.

9 Recomendaciones

La población fue limitada, se trabajaron solo con personal masculino, pertenecientes a la población militar; en próximas investigaciones se debería involucrar personal femenino, de diferentes estratos y profesionales.

El tiempo transcurrido tras la lesión fue muy heterogéneo, solo se estableció un lapso de tiempo mayor después de la lesión.

Es recomendable tener en cuenta la perspectiva de la pareja en determinadas respuestas, es posible que en algunos casos, los pacientes no sean conscientes de su déficit o que la concepción sobre su sexualidad este subestimada.

Antes de empezar la aplicación de los instrumentos es recomendable identificar si el paciente se encuentra bajo la dosis de algún medicamento.

Es recomendable realizar en próximas investigaciones la comparación con un grupo control que presente las alteraciones después del TCE.

10 Referencias

- Abraham, L., Symonds, T., & Morris, M. F. (2008). Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 5(3), 595-601.
- Abraham, L., Symonds, T., May, K., Althof, S. E., Hallam-Jones, R., & Rosen, R. C. (2009). Psychometric validation of gender nonspecific sexual confidence and sexual relationship scales in men and women. *The journal of sexual medicine*, 6(8), 2244-2254.
- Adoni, T., Mutarelli, E.G., Omuro, A. (2006). hypersexuality following bilateral thalamic infarction. *Arq Neuropsiquiatr*, 64(1), 146-184.
- Albadan, A., Sánchez, L., & Vergara, T. (2013). Respuesta sexual en una muestra de hombres que han sufrido un trauma craneoencefálico moderado-severo. *Psicoespacios*, 7(10), 216-228.
- Allen, J. S., & Bailey, K. G. (2007). Are mating strategies and mating tactics independent constructs? *J Sex Res*, 44(3), 225-232.
- Althof, S., Rosen, R., Symonds, T., Mundayat, R., May, K., & Abraham, L. (2006). Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *The journal of sexual medicine*, 3(3), 465-475.
- Arango, I. (2008). Sexualidad Humana. México: Manuel Moderno S.A.
- Arango, J. Premura, P. & Holguin, J. (2012). Rehabilitación del paciente con traumatismo craneoencefálico: una guía para profesionales de la salud. México: Trillas.
- Ariza, M., Pueyo. R., y Serra, J.M. (2004). Secuelas neuropsicologicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Anales de psicología*. 20(2), 303-316.
- Bajo, J.M. Lailla, J.M. Xercavins, J. (2009) *Fundamentos de ginecología*. Bogotá: Panamericana.

- Bárcena, A. Rodríguez, C. Rivero, B. Cañizal, J. Mestre, C. Calvo, J. Molina, A., & Casado, J. (2006). Revisión del traumatismo craneoencefálico. *Neurocirugía*, 17, 495-518.
- Barón, R.A. (1997). *Fundamentos de Psicología*. México.
- Bascuñana, A., Villarreal, S., Koslowski, G., & San Segundo, R. Complicaciones del traumatismo craneoencefálico que interfieren con el tratamiento rehabilitador. *Rehabilitación*, 36(6), 393-402
- Bezeau, S., Bogod, N., & Matter, C. (2004). Sexually intrusive behavior following brain injury: approaches to assessment and rehabilitation. *BrainInjury*, 18(3), 299-313.
- Bustamante, J. (1994). *Neuroanatomía Funcional*. Santafé de Bogotá: Divinni editorial Ltda.
- Centro Amara, (2012). Cerebro y sexualidad. Recuperado de <http://www.centroamara.com>
- Chandler, B., & Brown, S. (1998). Sex and relationship dysfunction in neurological disability. *NeurolPsychiatry*, 66, 877-880.
- Coughlan, A. Morgan, (2002). *Rehabilitation Trust Sexual Problems after brain injury*. New York: author.
- Crooks, R. (2009). *Nuestra Sexualidad*. México: Edamsa Impresiones S.A.
- Crowe, S.F., Ponsford, J. (1999). The role of imagery in sexual arousal disturbances in the male traumatically brain injured individual. *BrainInjury*, 13(5), 347-354.
- Davis, C. M. (1998). *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Eghwudjakpo, P. O. Essien, A. A. (S.F). Hypersexual Behavior Following Craneocerebral Trauma An Experience with Five Cases.
- Eisenberg, D. T., Campbell, B., Mackillop, J., Lum, J. K., & Wilson, D. S. (2007). Season of birth and dopamine receptor gene associations with impulsivity, sensation seeking and

- reproductive behaviors. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *PLoS One*, 2(11), e1216.
- Elliott, M., & Biever, L. (1996). Head injury and sexual dysfunction. *Brain Injury*, 10(10), 703-717. doi: 10.1080/026990596123972
- Esmail, S., Esmail, Y., & Munro, B. (2001). Sexuality and Disability: The role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality and Disability*, 19(4), 267-282.
- Estabrooks, N. H. Albert, M. L. (2003). *Manual de afasia y de terapia de la afasia*. Buenos Aires: Panamericana.
- Estupinyà, P. (2013). *S=ex2: La ciencia del sexo*. Barcelona: DEBATE.
- Galimberti, U. (2002). *Dizionario di psicologia*. México: S.A.
- Gándara, J. Puigvert, A. (2005). *Sexualidad humana: una aproximación integral*. Buenos Aires: Panamericana.
- Gaudet, L. M., Crethar, H., Burger, S., & Pulus, S. (2001). Self-Reported consequences of traumatic brain injury: a study of contrasting TBI and non-TBI Participants. *Sexuality and disability*, 19(2), 111-119.
- Giuliano, F.A, Rampin, O. Benoit, G. Jardin, A. (1995). Neural control of penile erection. *UrolClin North Am*, 22(4), 747-66
- Glenn, K., & Grahame, S. (2011). Remediating serious inappropriate sexual behavior in a male with severe acquired brain injury. *SpringerScience*, 29, 313-327. doi: 10.1007/s11195-011-9213-9
- Gómez, C. Bayona, G. Rojas, A. Santacruz, H. & Uribe, M. (2008). *Psiquiatría Clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Médica Internacional Ltda.
- Guzmán, F. (2008). Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *Colombia medica*, 39(3), 78-84.

- Hibbard, M.R., Gordon, W.A., Flanagan, S., Haddad, L., & Labinsky, E. (2013) Sexual dysfunction after traumatic brain injury. Research and training center on community integration of individuals with traumatic brain injury. New York:
- Howes, H., Edwards, S., & Benton, A. (2005). Male body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, 19(2), 135-147.
- Izquierdo, J.M. Barbera, J. (1992). *Lecciones de neurocirugía*. Oviedo: Universidad de Oviedo
- Junque, C. (1999). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *RevNeurol*, 28 (4), 423-429.
- King, B. E., & Allgeier, E. R. (2000). The Sexual Desire Inventory as a measure of sexual motivation in college students. *Psychological reports*, 86(1), 347-350.
- Korolkovas, A., Burckhalter. J.H. (1983). *Compendio esencial de química farmacéutica*. España: REVERTE.
- Kreuter, M., Dahllof, A. G., Gudjonsson, G., Sullivan, M., & Siosteen, A. (1998). Sexual adjustment and its predictors after traumatic. *Brain Injury*, 12(5), 349-368.
- Kreutzer J.S., Zasler, N.D. (1990). Family and sexuality after traumatic brain injury. *Head Injury*. 270-253.
- LeDoux, J. (2003). The Emotional Brain, Fear, and the Amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23(4/5), 738-727.
- Legorrea, D. (2005). *La Segunda adolescencia: los cambios a partir de los cuarenta*. Barcelona: Granica.
- Martínez, D. (2005). *En las alas del placer: como aumentar nuestro goce sexual*. México: Pax.
- Matos, M., Mcgrath.H., & Gaviria, M. (2007). Manifestaciones psiquiátricas en accidentes cerebrovasculares. *Revista Chilena Psiquiatria*, 45(2), 129.

- McIntyre, M., Gangestad, S. W., Gray, P. B., Chapman, J. F., Burnham, T. C., O'Rourke, M. T., & Thornhill, R. (2006). Romantic involvement often reduces men's testosterone levels--but not always: the moderating role of extrapair sexual interest. *Journal of personality and social psychology*, *91*(4), 642-651.
- Medina, G. *Identidad sexual*. (2006). Bogotá: Copyright.
- Micheli, F., Nogues, M. A., Asconape, J. J., Fernández, M. M., Biller, J. (2003) *Tratado de neurología clínica*. Bogotá: Panamericana.
- Mills, B. Turnbull, T. Broken hearts and mending bodies: the impact of trauma on intimacy. *Sexual and Relationship Therapy*.(2004). *19*(3), 265-289. Doi: 10.1080/14681990410001715418
- Moldover, J., Goldberg, K., & Prout, M. (2004). Depression after traumatic brain injury: A review of evidence for clinical heterogeneity. *Neuropsychology Review*, *14* (3), 143-154.
- Montejo, A. L. (2005). *Sexualidad y salud mental*. Barcelona: Glosa.
- Moreno J.A., Arango, J.C., Ganc, C., & McKerrala, M. (2013). Sexuality after traumatic brain injury: A critical review. *NeuroRehabilitation*, *32*, 69–85. doi: 10.3233/NRE-130824.
- O'Carroll, R. E., Woodrow, J., & Marouns, F. (1991). Psychosexual and psychosocial sequelae of closed head injury. *Brain injury*, *5*(3), 303-313.
- Oddy, M. (2001). Sexual relationships following brain injury. *Sexual relationships following brain injury*. *16* (3), 259-247.
- OMS. (2010). Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf

- Ortega, V., Zubeidat, I., & Sierra, J. C. (2006). Further examination of measurement properties of Spanish version of the Sexual Desire Inventory with undergraduates and adolescent students. *Psychological reports, 99*(1), 147-165.
- Penke, L., & Asendorpf, J. B. (2008). Beyond global sociosexual orientations: a more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of personality and social psychology, 95*(5), 1113-1135.
- Pérez, A. F., & Agudelo, V. H. (2007). Trastornos neuropsiquiátricos por trauma craneoencefálico. *Revista Colombiana de psiquiatría, XXXVI* (1), 40-51.
- Plaja, J. Rabassa, B. & Serrat, M. (1998). *Trauma craneoencefálico. Un enfoque desde la Neuropsicología y la Logopedia*. Barcelona: Masson S.A.
- Polonio, L.B, (2004). *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*. España.Medicapanamericana S.A.
- Ponsford, J. (2003). Sexual changes associated with brain injury. *Neuropsychological rehabilitation.13* (1/2), 275-289.
- Prada, R. (1994). *Sexualidad y amor*. Bogotá: San Pablo
- Quek, K. F., Low, W. Y., Razack, A. H., Chua, C. B., & Loh, C. S. (2002). Reliability and validity of the Malay version of the International Index of Erectile Function (IIEF-15) in the Malaysian population. *International journal of impotence research, 14*(4), 310-315.
- Quemada, J.I., Hormaechea, J.A., Muñoz, J.M. (2003). La peritación psiquiatría y neuropsicología del daño cerebral traumático y la 30/95. *Actas esppsiquiatr, 31*(6), 353-360.
- Quijano, M.C., Cuervo, M.A. (2008). Las alteraciones de la atención y su rehabilitación en trauma craneoencefálico. *Pensamiento Psicológico, 4*(11), 167-182.

- Ress, P., Flower, C., & Mass, C. (2007). Sexual function in men and women with neurological disorders, *Lancet*, 369, 25-512.
- Rodríguez, C., Escobar, M., Arenas, C., & Moran M. (2005). *Revista Colombiana de Radiología*, 16(2), 1718-1722.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.
- Rowland, L.P., Pedley, T.A. (2011). *Neurologíade Merritt*. China: Lippincott William &Wilkins
- Sabogal, B. R., & Moscote, S. L. (2007). Fundamentos para un manejo integral. *Neuroanatomía*: 1-119.
- Schmitt, D. P. (2005). Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: a 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating. [Comparative Study]. *Behav Brain Sci*, 28(2), 247-275; discussion 275-311.
- Seal, D. W., & Agostinelli, G. (1994). Individual differences associated with high-risk sexual behaviour: implications for intervention programmes. *AIDS Care*, 6(4), 393-397.
- Simpson, G., Mccann, B., & Lovy, M. (2003). Tretment of premature after traumatic. *BrainInjury*, 17 (8) 723-729.
- Simpson, J. A., & Gangestad, S. W. (1991). Individual differences in sociosexuality: evidence for convergent and discriminant validity. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of personality and social psychology*, 60(6), 870-883.
- Snell, R. S. (2003). *Neuroanatomía clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.

- Spector, I. P., Carey, M. P., & Steinberg, L. (1996). The sexual desire inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Sex Marital Ther*, 22(3), 175-190.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
- Townsend, J. M., & Wasserman, T. (1997). The perception of sexual attractiveness: sex differences in variability. *Arch Sex Behav*, 26(3), 243-268.
- Turchik, J. A. (2007). Identification of sexual risk behaviors among college students: a new measure of sexual risk. (Master of Science), Ohio University.
- Turchik, J. A., & Garske, J. P. (2009). Measurement of sexual risk taking among college students. *Archives of sexual behavior*, 38(6), 936-948.
- Vendrell, (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revneurol*, 32(10), 980-986.
- Warriner, E., & Velikonja, D. (2006). Psychiatric disturbances after traumatic brain injury: Neurobehavioral and personality changes. *Current Science Inc*, 8(1), 73-80.
- Whatley, M. (2006). Attitudes toward Infidelity Scale. Valdosta State University.
- Wilson, K., Mattingly, B. A., Clark, E. M., Weidler, D. J., & Bequette, A. W. (2011). The gray area: exploring attitudes toward infidelity and the development of the Perceptions of Dating Infidelity Scale. *J Soc Psychol*, 151(1), 63-86.

Listado de anexos

Anexo 1. Cuestionario de calidad de vida sexual (SQLQ).....p. 78

Anexo 2. Índice de eyaculación precoz IPE.....p. 80

Anexo 3. Índice internacional de la función eréctil (IIEF-5).....p. 84

Anexo 4. Inventario del deseo sexual.....p. 85

Anexo 5. Inventario de orientación sociosexual revisado (SOI-R).....p. 87

Anexo 6. Medida del riesgo sexual (SRS)..... p 89

Anexo 7. Escala de actitudes hacia la infidelidad.....p. 91

Anexo 8. Carta de entrega de Consentimientos informados.....p. 96

Listado de tablas

Tabla 1. Escala de Coma de Glasgow..... 17

Tabla 2. Neurotransmisores y su participación en la respuesta sexual 30

Tabla 3. Puntuaciones escala de orientacion sociosexual revisado (SOI-R) 46

Tabla 4. Valores por factor medida de riesgo sexual (SRS)..... 47

Tabla 5. Puntuaciones de los sujetos en las pruebas aplicadas, de acuerdo al nivel de escolaridad.....49

Tabla 6. ANOVA de una sola vía para la variable calidad de vida sexual en los tres grupos de severidad del TCE.....50

Tabla 7. ANOVA de una sola vía para la variable de eyaculacion precoz en los tres grupos de severidad del TCE.....51

Tabla 8. ANOVA de una sola vía para la variable de funcion erectil en los tres grupos de severidad del TCE.....52

Tabla 9. ANOVA de una sola vía para la variable del deseo sexual en los grupos de severidad del TCE 53

Tabla 10. ANOVA de una sola vía para la variable orientacion sociosexual en los tres grupos de severidad del TCE54

Tabla 11. ANOVA de una sola vía para la variable de riesgo sexual en los grupos de severidad del TCE55

Tabla 12. ANOVA de una sola vía para la variable de actitudes hacia la infidelidad en los grupos de severidad del TCE56

Listado de figuras

Figura 1. Medidas marginales estimadas de calidad de vida para cada grado de severidad.....50

Figura 2. Medidas marginales estimadas de eyaculación precoz para cada grado de severidad...51

Figura 3. Medidas marginales estimadas de la función erectil para cada grado de severidad.....52

Figura 4. Medidas marginales estimadas del deseo sexual para cada grado de
severidad.....53

Figura 5. Medidas marginales estimadas de orientación Sociosexual para cada grado de
severidad.....54

Figura 6. Medidas marginales estimadas de riesgo sexual para cada grado de severidad.....55

Figura 7. Medidas marginales estimadas de actitudes hacia la infidelidad para cada grado de
severidad.....56

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SEXUAL (SQLQ)

Este cuestionario consiste en una serie de afirmaciones sobre pensamientos o sentimientos que usted puede tener sobre su vida sexual. Las afirmaciones pueden hacer referencia a aspectos positivos o negativos de su vida sexual.

Le pedimos que valore **cada** una de ellas según la medida en la que está de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación. Para ello, rodee con un círculo **una** de las seis opciones de respuesta.

A la hora de contestar a las preguntas, tenga en cuenta las siguientes definiciones:

Vida sexual: Incluye tanto la actividad sexual física como la relación sexual emocional que tiene usted con su pareja.

Actividad sexual: Incluye cualquier actividad que pueda producir estimulación sexual o placer sexual por ejemplo el coito, las caricias, los juegos previos, la masturbación (es decir, tanto la auto-masturbación como si su pareja lo masturba) y el sexo oral (es decir, su pareja le practica sexo oral).

Habitualmente, la primera respuesta que le viene a la cabeza es la mejor, así que no dedique mucho tiempo a cada pregunta.
Todas sus respuestas serán totalmente confidenciales.

1. Cuando pienso en mi vida sexual, creo que es una parte agradable de mi vida en general

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
2. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento frustrado(a)

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
3. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento deprimido(a)

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
4. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento menos hombre/mujer

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
5. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento bien conmigo mismo(a)

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
6. He perdido confianza en mí mismo(a) como pareja sexual

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
7. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento preocupado(a)

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
8. Cuando pienso en mi vida sexual, siento rabia

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
9. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento próximo(a) a mi pareja

Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------	-----------------------------
10. Me preocupa el futuro de mi vida sexual

Funcionamiento psicosexual en pacientes con TCE

	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
11. La actividad sexual ya no me produce placer	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
12. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento incómodo(a)	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
13. Cuando pienso en mi vida sexual, sé que puedo hablar con mi pareja sobre temas sexuales	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
14. Intento evitar la actividad sexual	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
15. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento culpable	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
16. Cuando pienso en mi vida sexual, me preocupa que mi pareja se sienta herido(a) o rechazado(a)	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
17. Cuando pienso en mi vida sexual, siento que algo se ha perdido	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
18. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento satisfecho(a) con la frecuencia de mi actividad sexual	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo

ANEXO 2

ÍNDICE DE EYACULACIÓN PRECOZ

Estas preguntas tratan sobre los efectos que sus problemas sexuales han tenido en su vida sexual durante las últimas cuatro semanas. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad y claridad posibles. Para contestar a estas preguntas tenga en cuenta las siguientes definiciones:

Coito: se define como penetración vaginal (usted penetra a su pareja)

Eyaculación: la expulsión de semen por el pene

Control: eyacular cuando usted está listo

Angustia: significa hasta qué punto está frustrado, preocupado o decepcionado a causa de su eyaculación precoz.

Marque con una cruz UNA sola casilla por pregunta

1. *Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido el coito, ¿con qué frecuencia ha tenido control sobre el momento en que eyaculaba?*

- No he tenido el coito (no procede)
- Casi siempre / siempre
- Más de la mitad de las veces
- Aproximadamente la mitad de las veces
- Menos de la mitad de las veces
- Casi nunca / nunca

2. *Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido el coito, ¿hasta qué punto se ha sentido seguro de su control sobre la eyaculación?*

- No he tenido el coito (no procede)
- Muy seguro
- Seguro
- Ni más ni menos seguro
- Inseguro

Muy inseguro

3. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido el coito, ¿con qué frecuencia ha sido satisfactorio para usted?

No he tenido el coito (no procede)

Casi siempre / siempre

Más de la mitad de las veces

Aproximadamente la mitad de las veces

Menos de la mitad de las veces

Casi nunca / nunca

4. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido el coito, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecho con su sensación de control sobre la eyaculación?

No he tenido el coito (no procede)

Muy satisfecho

Bastante satisfecho

Ni más ni menos satisfecho

Poco satisfecho

Muy poco satisfecho

5. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido el coito, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecho con el tiempo que tardaba en eyacular (duración hasta la eyaculación)?

No he tenido el coito (no procede)

Muy satisfecho

Bastante satisfecho

Ni más ni menos satisfecho

Poco satisfecho

Muy poco satisfecho

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecho con su vida sexual en general?

Muy satisfecho

- Bastante satisfecho
- Ni más ni menos satisfecho
- Poco satisfecho
- Muy poco satisfecho

7. *Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecho con sus relaciones íntimas con su pareja?*

- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Ni más ni menos satisfecho
- Poco satisfecho
- Muy poco satisfecho

8. *Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto ha disfrutado con el coito?*

No he tenido el coito (no procede)

- Mucho
- Bastante
- Ni más ni menos
- Un poco
- Muy poco

9. *Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido angustiado (frustrado) por cuánto tiempo duraba antes de eyacular?*

- No he tenido el coito (no procede)
- Extremadamente angustiado
- Muy angustiado
- Moderadamente angustiado
- Ligeramente angustiado
- Nada angustiado

10. *Durante las últimas cuatro semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido angustiado (frustrado) por su control sobre la eyaculación?*

- No he tenido el coito (no procede)
 - Extremadamente angustiado
 - Muy angustiado
 - Moderadamente angustiado
 - Ligeramente angustiado
 - Nada angustiado

ANEXO 3

ÍNDICE INTERNACIONAL DE LA FUNCIÓN ERÉCTIL (IIEF-5)

1. *¿Cómo calificaría su seguridad para lograr y mantener una erección?*

1 = Muy baja 2 = Baja 3 = Moderada 4 = Alta 5 = Muy alta

2. *¿Cuándo logra la erección mediante simulación sexual, qué tan a menudo fueron sus erecciones lo suficientemente duras para la penetración?*

1 = Casi nunca o nunca 2 = Pocas veces (menos de la mitad del tiempo) 3 = Algunas veces (la mitad del tiempo) 4 = La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) 5 = Casi siempre o siempre

3. *¿Durante la actividad sexual, qué tan capaz es usted de mantener la erección luego de penetrar a su pareja?*

1 = Casi nunca o nunca 2 = Pocas veces (menos de la mitad del tiempo) 3 = Algunas veces (la mitad del tiempo) 4 = La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) 5 = Casi siempre o siempre

4. *¿Durante la actividad sexual, qué tan difícil es para usted mantener la erección hasta el final de la relación sexual?*

1 = Extremadamente difícil 2 = Muy difícil 3 = Difícil 4 = Ligeramente difícil 5 = Sin dificultad

5. *¿Cuándo usted tiene una relación sexual, qué tan a menudo es esta satisfactoria para usted?*

1 = Casi nunca o nunca 2 = Pocas veces (menos de la mitad del tiempo) 3 = Algunas veces (la mitad del tiempo) 4 = La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) 5 = Casi siempre o siempre

ANEXO 4

INVENTARIO DEL DESEO SEXUAL

Este cuestionario pregunta sobre su nivel de deseo sexual. Por DESEO, entendemos INTERÉS EN o APETITO POR LA ACTIVIDAD SEXUAL. Para cada enunciado, por favor señale el número que mejor corresponda a sus pensamientos y sentimientos. Sus respuestas serán privadas y anónimas:

1. ¿Durante el último mes, qué tan a menudo le hubiera gustado tener actividades sexuales con su pareja (por ejemplo, tocarse mutuamente los genitales, dar o recibir estimulación oral, coito, etc.)?
 0. Para nada.
 1. Una vez al mes.
 2. Una vez cada dos semanas.
 3. Una vez a la semana.
 4. Dos veces a la semana.
 5. 3 a 4 veces a la semana.
 6. Una vez al día.
 7. Más de una vez al día.

2. ¿Durante el último mes, qué tan a menudo ha tenido pensamientos sexuales que involucren una pareja?
 0. Para nada.
 1. Una o dos veces al mes.
 2. Una a la semana.
 3. Dos veces a la semana.
 4. 3 o 4 veces a la semana.
 5. Una vez al día.
 6. Un par de veces al día.
 7. Varias veces al día.

3. Cuando usted tiene pensamientos sexuales, qué tan fuerte es su deseo de involucrarse en comportamientos sexuales con una pareja?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ningún deseo									Fuerte deseo

4. Cuando usted ve una persona atractiva, qué tan fuerte es su deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ningún deseo									Fuerte deseo

5. Cuando usted pasa tiempo con una persona atractiva (por ejemplo, en el trabajo o en la escuela), qué tan fuerte es su deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ningún deseo									Fuerte deseo

6. Cuando usted está en situaciones románticas (tales como una cena íntima a la luz de las velas, una caminata en la playa, etc.), qué tan fuerte es su deseo sexual?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ningún deseo									Fuerte deseo

7. ¿Qué tan fuerte es su deseo de iniciar la actividad sexual con una pareja?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ningún deseo									Fuerte deseo

8. ¿Qué tan importante es para usted satisfacer su deseo sexual a través de la actividad con su pareja?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Para nada importante									Extremadamente importante

9. ¿En comparación con otras personas de su edad y sexo, cómo calificaría su deseo de comportarse sexualmente con una pareja?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Mucho menos deseo Mucho más deseo

10. ¿Durante el último mes, qué tan a menudo le hubiera gustado comportarse sexualmente con usted mismo (por ejemplo, masturbarse, tocar sus genitales, etc.)?

- 0. Para nada.
- 1. Una vez al mes.
- 2. Una vez cada dos semanas.
- 3. Una vez a la semana.
- 4. Dos veces a la semana.
- 5. 3 a 4 veces a la semana.
- 6. Una vez al día.
- 7. Más de una vez al día.

11. ¿Qué tan fuerte es su deseo de iniciar la actividad sexual con usted mismo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Ningún deseo Fuerte deseo

12. ¿Qué tan importante es para usted satisfacer su deseo sexual a través de la actividad con usted mismo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Para nada importante Extremadamente importante

13. ¿En comparación con otras personas de su edad y sexo, cómo calificaría su deseo de comportarse sexualmente con usted mismo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Mucho menos deseo Mucho más deseo

14. ¿Cuánto tiempo podría usted pasar sintiéndose cómodo sin tener actividades sexuales de ningún tipo?

- 0. Por siempre.
- 1. Un año o dos.
- 2. Varios meses.
- 3. Un mes.
- 4. Algunas semanas.
- 5. Una semana.
- 6. Pocos días.
- 7. Un día.
- 8. Menos de una vez al día.

ANEXO 5

INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SOCIOSEXUAL REVISADO (SOI-R)

Favor responder las preguntas siguientes de manera honesta:

1. ¿En los últimos 12 meses, con cuántas personas diferentes tuvo una relación sexual?

 0 1 2 3 4 5-6 7-9 10-19 20 o más

2. ¿Con cuántas personas a usted tenido relaciones sexuales una sola y única vez?

 0 1 2 3 4 5-6 7-9 10-19 20 o más

3. ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales sin estar interesado en una relación seria a largo plazo?

 0 1 2 3 4 5-6 7-9 10-19 20 o más

4. El sexo sin amor está bien.
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

NO estoy de acuerdo Estoy de acuerdo

5. Yo me puedo imaginar sintiéndome cómodo y disfrutando del sexo "casual" con diferentes parejas.
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

NO estoy de acuerdo Estoy de acuerdo

6. Yo no quiero tener una relación sexual con alguien antes de estar seguro/a que estamos los dos en una relación seria a largo plazo.
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

NO estoy de acuerdo Estoy de acuerdo

7. ¿Cada cuánto tiene fantasías teniendo sexo con una persona con la cual usted no está en una relación amorosa seria?
 1 – nunca
 2 – de manera rara
 3 – una vez cada dos o tres meses
 4 – una vez cada mes

- 5 – una vez cada dos semanas
 - 6 – una vez por semana
 - 7 – varias veces por semana
 - 8 – casi todos los días
 - 9 – por lo menos una vez por día
8. ¿Con que frecuencia usted experimenta excitación sexual cuando entra en contacto con una persona con la cual usted no está en una relación amorosa seria?
- 1 – nunca
 - 2 – de manera rara
 - 3 – una vez cada dos o tres meses
 - 4 – una vez cada mes
 - 5 – una vez cada dos semanas
 - 6 – una vez por semana
 - 7 – varias veces por semana
 - 8 – casi todos los días
 - 9 – por lo menos una vez por día
9. ¿En su vida cotidiana, cada cuánto tiene usted fantasías espontáneas teniendo sexo con alguien que acaba de conocer?
- 1 – nunca
 - 2 – de manera rara
 - 3 – una vez cada dos o tres meses
 - 4 – una vez cada mes
 - 5 – una vez cada dos semanas
 - 6 – una vez por semana
 - 7 – varias veces por semana
 - 8 – casi todos los días
 - 9 – por lo menos una vez por día

ANEXO 6

MEDIDA DEL RIESGO SEXUAL (SRS)

Instrucciones: Por favor lea las siguientes afirmaciones y para cada pregunta utilice el espacio en blanco para anotar el número que corresponde a su realidad durante los últimos seis meses. Si no sabe con seguridad cuántas veces tuvo lugar un comportamiento, trate de estimar el número lo más cerca que pueda. Pensar en el número promedio de veces en las que el comportamiento sucedió en una semana o en un mes puede ayudarle a estimar un número más exacto, especialmente si el comportamiento sucedió con cierta regularidad. Si ha tenido múltiples parejas sexuales, trate de pensar cuánto tiempo estuvo con cada pareja, el número de encuentros sexuales que tuvieron y trate de hacer una estimación exacta del número total de cada comportamiento. Si la pregunta no se aplica a usted o usted nunca se ha visto involucrado en el comportamiento, escriba un "0" en el espacio en blanco. **Recuerde que en las siguientes preguntas, "sexo" incluye el sexo oral, anal y vaginal, y que "comportamiento sexual" incluye besar apasionadamente, manosear, acariciar, toquetear, estimulación oral-anal y la estimulación manual-genital.** Mire el glosario si hay palabras de las cuales no está seguro. Por favor considere solamente los últimos seis meses al responder y por favor hágalo con honestidad.

EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

1. ¿Con cuántas parejas se ha involucrado en comportamientos sexuales pero sin tener relaciones sexuales? _____
2. ¿Cuántas veces ha dejado un evento social con alguien que acaba de conocer? _____
3. ¿Cuántas veces ha tenido comportamientos sexuales sin tener relaciones sexuales completas con alguien que no conocía o que no conocía bien? _____
4. ¿Cuántas veces ha ido a bares/fiestas/eventos sociales con la intención de ligar e involucrarse en comportamientos sexuales sin tener relaciones sexuales con alguien? _____
5. ¿Cuántas veces ha ido a bares/fiestas/eventos sociales con la intención de ligar, involucrarse en comportamientos sexuales y tener relaciones sexuales con alguien? _____
6. ¿Cuántas veces ha tenido una experiencia sexual inesperada e imprevista? _____
7. ¿Cuántas veces ha tenido un encuentro sexual en el que se involucró de manera voluntaria pero del cual luego se arrepintió? _____

EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

Para el siguiente grupo de preguntas, siga las mismas instrucciones de antes. Sin embargo, para las preguntas 8-23, si nunca ha tenido sexo (oral, anal o vaginal), por favor escriba "0" en el espacio en blanco.

8. ¿Con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales? _____
9. ¿Cuántas veces ha practicado la penetración vaginal sin usar un condón de látex o poliuretano?
Nota: Incluya las veces cuando ha usado condones de membrana natural o animal. _____
10. ¿Cuántas veces ha practicado la penetración vaginal sin utilizar métodos contraceptivos?

11. ¿Cuántas veces ha hecho o le han hecho la felación (sexo oral a un hombre) sin condón?

12. ¿Cuántas veces ha hecho o le han hecho el cunnilingus (sexo oral a una mujer) sin una barrera de látex o la "protección adecuada" (por favor lea la definición de barrera de látex para saber lo que se considera como protección adecuada)? _____
13. ¿Cuántas veces ha tenido sexo anal sin condón? _____
14. ¿Cuántas veces usted o su pareja han practicado la penetración anal con la mano o con otro objeto sin un guante de látex o sin condón seguido de una penetración anal no protegida? _____

15. ¿Cuántas veces ha hecho o le han hecho el anilingus (estimulación de la región anal, “beso negro”) sin una barrera de látex o la “protección adecuada” (por favor lea la definición de barrera de látex para saber lo que se considera como protección adecuada)? _____
16. ¿Con cuántas personas conocidas ha tenido sexo sin involucrarse en ningún tipo de relación (por ejemplo, “amigos con derechos”, “amigos sexuales”)? _____
17. ¿Cuántas veces ha tenido sexo con alguien que no conoce o que acaba de conocer? _____
18. ¿Cuántas veces usted o su pareja han consumido alcohol antes o durante el sexo? _____
19. ¿Cuántas veces ha tenido sexo con una nueva pareja antes de discutir su historia sexual, uso de drogas intravenosas, estado de salud y otras parejas sexuales actuales? _____
20. ¿Cuántas veces (que usted sepa) ha tenido relaciones sexuales con alguien que ha tenido muchas parejas sexuales? _____
21. ¿Con cuántas parejas (que usted sepa) ha tenido relaciones sexuales que hayan sido sexualmente activas antes de estar con ellas y que no hayan pasado pruebas de ITS/ETS/VIH? _____
22. ¿Con cuántas parejas en las que no tiene confianza ha tenido sexo? _____
23. ¿Cuántas veces (que usted sepa) ha tenido sexo con alguien que tiene relaciones sexuales con otras personas durante el mismo período? _____

ANEXO 7

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA INFIDELIDAD

La infidelidad puede definirse como el engaño por parte de una persona en una relación monógama estable. El objetivo de esta escala es el de obtener una mejor comprensión de lo que la gente piensa y siente acerca de los asuntos relacionados con la infidelidad. No hay respuestas buenas ni malas a ninguna de estas afirmaciones; estamos interesados en sus reacciones y opiniones honestas. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y responda usando la siguiente escala:

- | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|---|--|---|--|--------------------------|--|---|--|---|--|---|
| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 |
| | Totalmente de acuerdo | | | | | | Totalmente en desacuerdo | | | | | | |
| _____ 1. | Ser infiel nunca lastimó a nadie. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 2. | La infidelidad en las relaciones conyugales es una causa de divorcio. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 3. | La infidelidad es aceptable como respuesta a la infidelidad. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 4. | Es natural que la gente sea infiel. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 5. | El comportamiento en línea/internet (p.ej. Chats de sexo, sitios pornográficos) es un acto de infidelidad. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 6. | La infidelidad es moralmente mala bajo todas las circunstancias sin tener en cuenta la situación. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 7. | Ser infiel en una relación de pareja es una de las cosas más deshonrosas que una persona puede hacer. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 8. | La infidelidad es inaceptable bajo cualquier circunstancia si la pareja es casada. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 9. | No me importaría si mi pareja tuviera una aventura con tal de que yo no me entere. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 10. | Sería aceptable que yo tenga una aventura, pero no mi pareja. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 11. | Sería aceptable tener una aventura si supiera que mi pareja no se dará cuenta. | | | | | | | | | | | | |
| _____ 12. | Si supiera que mi pareja es culpable de infidelidad, lo/la confrontaría. | | | | | | | | | | | | |