



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PERSONAS CON  
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

AUTOR

Nicole Mishell Benítez Mora

AÑO

2020



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PERSONAS CON TRAUMATISMO  
CRANEOENCEFÁLICO

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos  
establecidos para optar por el título de Psicóloga con mención Clínica

Profesor Guía:

Ph. D Guido Mascialino Casas

Autor:

Nicole Mishell Benítez Mora

Año

2020

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Calidad de vida sexual en personas con traumatismo craneoencefálico, a través de reuniones periódicas con el estudiante Nicole Mishell Benítez Mora, en el semestre 202020, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.



---

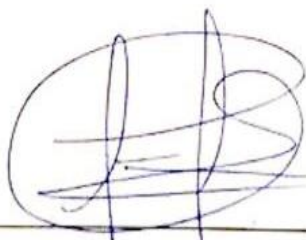
Guido Mascialino Casas

Ph. D en Psicología

CI: 0913887071

## DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Calidad de vida sexual en personas con traumatismo craneoencefálico, del estudiante Nicole Mishell Benítez Mora, en el semestre 202020, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".



Javier Ricardo Toro Merizalde

Psicólogo clínico. Magister en Educación

CI: 1712635596

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.



---

Nicole Mishell Benítez Mora

CI: 1727601112

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a los profesores de la  
Escuela de Psicología, que me  
brindaron el conocimiento durante  
estos 5 años de estudio. Un  
agradecimiento especial para Guido  
por su apoyo incondicional y su  
motivación en este trabajo.

## **DEDICATORIA**

A mis padres y hermanos por ser mi  
fortaleza para cumplir mis sueños,  
gracias por sus buenos consejos,  
por creer y confiar en mi cada día.  
A Elisa, Mónica, Karen y Javier que  
creyeron en mi y me apoyaron en el  
proceso.

## RESUMEN

Al traumatismo craneoencefálico (TCE) se lo denomina como una “epidemia silenciosa” debido a que es un problema de salud pública subestimado. Esta es una patología habitual e incapacitante ya que afecta distintas áreas del individuo, una de ellas es la sexualidad, la misma que constituye una parte esencial del ser humano. El presente trabajo tiene como objetivo comparar el nivel de la calidad de vida sexual en pacientes que han sufrido un TCE, ingresados al servicio de neurocirugía del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito entre los años 2018 - 2019, en contraste con el grupo control. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, alcance correlacional y exploratorio al igual que un diseño no experimental. La muestra es de 60 participantes entre 18 y 65 años de edad. De estos, 30 pertenecen al grupo clínico (TCE) y 30 al grupo control (sanos); los mismos que serán emparejados por sexo y edad. Como instrumentos de recolección de datos se aplicarán dos cuestionarios: 1. Cuestionario de calidad de vida sexual para el sexo femenino (SQOL-F) como para el sexo masculino (SQOL-M) y 2. Cuestionario sociodemográfico creado por la autora. Una vez, recolectado los datos, se procederá al análisis por medio del programa Statistical Package for Social Sciences. Además, se empleará la estadística descriptiva para caracterizar a la muestra y la prueba *t student* para determinar si los dos grupos difieren entre sí de forma significativa con respecto a sus medias. Los resultados de esta investigación permitirá proporcionar información sobre el TCE y la calidad de vida sexual en nuestro contexto, para que luego, esta información pueda ser usada o tomada en consideración al momento de desarrollar intervenciones específicas o planes de rehabilitación para esta población. En conclusión, el planteamiento de este trabajo ha demostrado que es importante tomar en cuenta el campo de la sexualidad después de sufrir un TCE, ya que esta llega a impactar de forma general en la calidad de vida del sujeto. Adicionalmente, esta investigación pretende aportar al conocimiento de esta temática para fomentar planes de actuación más especializados.

Palabras clave: calidad de vida sexual, traumatismo craneoencefálico (TCE)



## **ABSTRACT**

Traumatic brain injury (TBI) is a “silent epidemic” because it is a public health problem that is underestimated. TBI is a common and disabling pathology because it affects different areas of the individual. One of these is sexuality, which is an essential part of being human. This paper focuses on comparing the sexual quality of life in TBI patients with a control group. The TBI patients will be recruited from the neurosurgery service in the “Eugenio Espejo” Hospital between 2018 and 2019. This investigation has a quantitative focus, correlational and exploratory reach and likewise a non-experimental design. The sample includes 60 participants between 18 and 65 years old, half of which will be patients with a TBI and the other half the control group (healthy people). Both of them will be matched by sex and age. Two questionnaires will be applied as data collection instruments: 1. Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F) questionnaire and Sexual Quality of Life - Male (SQOL-M) questionnaire and 2. Sociodemographic questionnaire created by the author. Once the data is collected it will be analyzed using the Statistical Package for Social Sciences. Descriptive statistics will be used to characterize the sample and the *t student* test to determine the differences between both groups. The results will provide information about TBI and the sexual quality of life level in our national context, which should inform the development of specific interventions and/or rehab plans for this group. In conclusion, this work has shown that it is important to take into account the field of sexuality after suffering a TBI, as it has a general impact on the quality of life of the subject. In addition, this research aims to contribute to the knowledge of this topic to promote more specialized action plans.

Keywords: sexual quality of life, traumatic brain injury (TBI).

## ÍNDICE

1. Introducción .....	1
2. Formulación del problema y Justificación .....	4
3. Pregunta de Investigación .....	7
4. Objetivos .....	7
4.1.    Objetivo General .....	7
4.2.    Objetivos Específicos .....	8
5. Marco Teórico y discusión temática .....	8
6. Hipótesis .....	17
7. Metodología de Estudio .....	17
7.1.    Tipo de Diseño, Enfoque y Alcance .....	17
7.2.    Muestreo/Participantes .....	18
7.3.    Recolección de Datos/Herramientas a usar .....	20
7.4.    Pre-validación del Instrumento .....	21
7.5.    Procedimiento .....	22
7.6.    Tipo de Análisis .....	22
8. Viabilidad .....	23
9. Aspectos Éticos .....	24
9.1.    Consentimiento informado .....	24
9.2.    Tratamiento de la información .....	24
9.3.    Autoreflexividad .....	25
9.4.    Consecuencia de la investigación .....	25
9.5.    Devolución de Resultados .....	25
9.6.    Autorización para el uso de test .....	26
9.7.    Derechos de autor .....	26
10. Análisis de Estrategia de Intervención .....	26

11. Cronograma .....	30
12. Conclusiones y Recomendaciones.....	32
Referencias .....	34
Anexos .....	40

#### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios – Grupo Clínico .....	19
Tabla 2. Criterios – Grupo Control .....	19
Tabla 3. Cronograma .....	30

## 1. Introducción

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una patología que se caracteriza por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza, en donde se manifiesta al menos uno de los siguientes componentes: alteración de la consciencia y/o amnesia, cambios neurofisiológicos o neurológicos, diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas atribuidas al trauma (Charry, Cáceres, Salazar, López y Solano, 2017, p. 177). Al TCE se lo considera como una “epidemia silenciosa” debido a que es percibido como un problema de salud pública subestimado. Esta surge tras las altas tasas de incidencia, el aumento de mortalidad vinculado a la implementación restringida de estrategias de prevención, especialmente en países con ingresos regulares a escasos (Ortiz, Mascialino, Paz, Rodríguez, Gómez, Simbaña, Diaz, Coral y Espinosa, 2019, p. 2). Igualmente, se la denomina así porque es la causante de más años de vida perdidos que las 3 primeras causas de muerte como son la enfermedad cardíaca, cáncer e ictus (Piña, Garcés, Velásquez y Lemes, 2012, p. 28).

A nivel mundial, cada año aproximadamente 1,1 millones de personas ingresan a emergencia a causa de un TCE, de los cuales el diez por ciento son severos (Cabrera, Martínez, Ibarra, Morales, Laguna y Sánchez, 2009, p. 94). Algunos autores estiman que, la tasa mundial es de 579 por 100.000 individuos por año (Herrera, Ariza, Rodríguez y Pacheco, 2018, p. 4), en el cual por cada 250 a 300 traumatismos craneoencefálicos leves, existe 15 a 20 traumatismos craneoencefálicos moderados y 10 a 15 traumatismos craneoencefálicos graves (Charry et al., 2017, p. 177).

Entre las causas principales del TCE se encuentran: los accidentes vehiculares, los sucesos violentos y/o las caídas (Charry et al., 2017, p. 178), en donde se percibe un predominio en el sexo masculino y en países en vías

de desarrollo. Por ello, el TCE es una de las causas principales de incapacidad en individuos menores de 45 años, por lo cual, para el año 2030 está previsto que supere a otras circunstancias como causa de muerte y discapacidad (Herrera et al., 2018, p. 4).

Igualmente, en Estados Unidos, los Centers for Disease Control and Prevention indican que anualmente 2,5 millones de individuos sufren un traumatismo craneoencefálico, de los cuales 282.000 aproximadamente son ingresados al hospital y 56.000 de esos fallecen como consecuencia del mismo (2017, p. 4). En México, un estudio sobre la incidencia del TCE, reveló que 1.745 personas ingresan al hospital cada año, donde el 68% son hombres entre 25 y 44 años (Herrera et al. 2018, p. 4). En Iberoamérica, la incidencia está entre 200 y 400 por cada 100.000 ciudadanos, entre edades de 15 y 24 años (Cabrera et al., 2009, p. 94).

A nivel nacional, de acuerdo al primer estudio epidemiológico de incidencia y mortalidad debido a un traumatismo craneoencefálico entre los años 2004 y 2016, se encontró que durante esos trece años se registró 124.576 ingresos a hospitales, en donde 5.264 murieron por el traumatismo craneoencefálico. Por lo cual, la incidencia de TCE en el país es de 77,4 por 100.000 ciudadanos. Por último, la tasa de incidencia global específicamente por sexo fue de 90,1 por 100.000 para los hombres, mientras que en las mujeres fue de 64,1 por 100.000 individuos (Ortiz et al., 2019, pp. 3-7).

El TCE causa cambios en el dominio cognitivo, físico, social, conductual e incluso en la sexualidad (Downing y Ponsford, 2016, p. 1028). En el ámbito cognitivo se puede contemplar dificultades de atención, problemas de memoria y disfunción ejecutiva, la cual provoca inconvenientes para organizar actividades y pensamientos al igual que planificar y razonar de forma efectiva.

En cuanto al dominio físico se puede verificar, en la mayoría, dolores de cabeza, visión borrosa, fatiga e incluso puede existir trastornos del sueño. Y, por último, en el campo de la conducta se observa irritabilidad, trastornos del estado del ánimo y cambios en la personalidad (Mott, McConnon y Rieger, 2012, p. 1047). Con respecto a las secuelas del TCE, los dominios más estudiados son los mencionados anteriormente, sin embargo, el área de la sexualidad, no ha sido tan profundizado (Downing y Ponsford, 2016, p. 1028).

La sexualidad, según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, es una dimensión esencial del ser humano como resultado de la interacción de factores tanto biológicos, psicológicos y/o socioeconómicos, la cual se manifiesta en forma de pensamientos, deseos, fantasías, creencias, actitudes, prácticas, roles y relaciones (2000, p. 8). Igualmente, la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no sólo la ausencia de enfermedad, malestar o disfunción (OMS, 2018, p. 3). En el campo de la sexualidad, los cambios que se perciben tras un TCE incluyen: disminución del deseo sexual, inconvenientes para alcanzar orgasmos, reducción de la actividad sexual, problemas para mantener una erección, eyaculación precoz, descenso de la lubricación vaginal y dificultades en la excitación sexual (Latella, Maggio, De Luca, Maresca, Piazzitta, Sciarrone, Carioti, Manuli, Bramanti y Calabro, 2018, p. 2).

El TCE para el año 2030 se convertirá en una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo (Herrera et al., 2018, p. 4). Esto debido a que produce cambios en distintas esferas que conforman la vida de las personas. Una de ellas es la sexualidad, la misma que cumple un papel fundamental en la forma en cómo se perciben dichos individuos, al igual que está implicada en el bienestar general de los mismos. Adicionalmente, dentro de nuestro contexto ecuatoriano, se observa que hay poca o escasa

información sobre esta temática, la cual al parecer no ha sido aún explorada. Por ende, el objetivo de este trabajo será investigar la calidad de vida sexual en las personas que hayan sufrido un TCE, a partir de la profundización del conocimiento sobre los cambios en el funcionamiento sexual de las mismas, dentro de un contexto ecuatoriano.

## **2. Formulación del problema y Justificación**

El TCE es una patología que ocupa el tercer lugar en tasa de mortalidad alrededor del mundo al igual que perjudica a individuos que se encuentran en una edad reproductiva y económicamente activas (Quintero, 2015, p. 233). Además, esta patología es la promotora de más años de vida perdidos a escala mundial, comparándola con las tres primeras causas de muerte (Piña et al., 2012, p. 28). De tal forma que se estima que anualmente se reportará entre 64 y 74 millones de nuevos casos de TCE a nivel mundial (Dewan et al., 2019, p. 1086).

De acuerdo a Downing y Ponsford, el TCE causa cambios a nivel cognitivo, físico, conductual y social, los mismos que se han visto ampliamente documentados en la literatura, sin embargo, el área de la sexualidad no ha sido tan profundizado (2016, p. 1028). Este campo es importante debido a que la sexualidad es una parte integral de la personalidad, una necesidad básica e incluso un aspecto del ser humano que no se puede excluir de otros aspectos de la vida. Por lo tanto, ésta ejerce una influencia no solo en la salud física sino también en la salud mental del sujeto (Moreno, Arango, Gan y McKerral, 2013, pp. 69-70).

El estudio de la sexualidad tras sufrir un TCE ha sido escaso hasta principios de los años 80. Durante esta época la investigación se enfocó en conocer los cambios sexuales que se manifestaban tras esta patología y ver si se debían a la neuroanatomía. Dentro de estas investigaciones se encontró que la mayoría

de los sujetos manifestaban una disminución del atractivo sexual, de la autoconfianza, del deseo sexual, en la capacidad de mantener una erección y mínima frecuencia de relaciones sexuales e incluso desarrollo de depresión (Kreutzer y Zasler, 1989, pp. 183-185). A pesar de estos cambios señalados, Kreuter, Dahllöf, Gudjonsson, Sullivan y Siösteen, no lograron identificar una relación clara entre dichos cambios y el lugar de la lesión (1998, pp. 363-365). Sin embargo, otros autores señalan que las personas con TCE que sufren lesiones en el hemisferio derecho y frontal, no tienen un funcionamiento sexual reducido como en aquellas personas que tienen la lesión en otras regiones del cerebro (Sandel, Williams, Dellapietra y Derogatis, 1996, pp. 726-727).

Estos estudios fueron de los primeros que demostraron ciertos esbozos sobre lo que sucede en la esfera de la sexualidad del individuo tras sufrir un TCE, los mismos que permitieron exponer la importancia de este campo. Razón por la cual, en años subsecuentes, la investigación de la sexualidad en el TCE, se empezó a centrar en cuáles son aquellos cambios que se dan a nivel del funcionamiento sexual desde una perspectiva longitudinal. Esto a causa de que en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud, se informó la relevancia que tiene el ámbito de la sexualidad tanto en la felicidad del individuo como en su calidad de vida en general (Sander, 2013, p. 161).

Dentro de estas investigaciones longitudinales se descubrió que las personas con esta patología muestran cambios sexuales significativos hasta 5 años después de la lesión debido a que manifiestan una disminución en el deseo sexual, en el disfrute de la actividad sexual, en la capacidad de proporcionar satisfacción sexual a su pareja al igual que incapacidad de mantenerse excitado y llegar al clímax (Ponsford, 2003, pp. 280-286). Asimismo, se encontró que entre los 6 meses a 1 año de la lesión, las personas en general se sienten insatisfechas con su funcionamiento sexual a causa de dichos



cambios y a su vez por la baja frecuencia de actividad sexual (Sander, Maestras, Pappadis, Sherer, Hammond y Hanks, 2012, pp. 1335-1336). Además, Albadan y sus colaboradores revelaron que estos cambios se transforman en un gran problema, cuando el individuo tiene una edad mayor (2013, p. 226). De la misma manera, las dificultades con mayor prevalencia en el sexo femenino son la sequedad vaginal y la excitación, mientras que en el sexo masculino son la eyaculación precoz y disfunción eréctil (Sánchez y Honrubia, 2018).

A pesar de estas exploraciones con respecto a los cambios en la función sexual en personas con TCE, las cuales contribuyen de forma sustancial al conocimiento sobre esta patología, no se ha observado que se evalúe tanto la calidad de vida sexual de las mismas. Ésta es significativa ya que al tener una calidad de vida sexual apropiada puede ayudar a reducir la tensión muscular y emocional, aumentar el umbral del dolor, mejorar el sueño, disminuir el estrés físico e incluso el estrés emocional en las relaciones de dicho individuo (Moreno, Arango, Gan y McKerral, 2013, pp. 69-70).

Por consiguiente, existen dos estudios referentes con la calidad de vida sexual tras un TCE. El primero fue un estudio titulado *“The Relationship Between Postconcussion Symptoms and Sexual Quality of Life in Individuals with Traumatic Brain Injury”*, donde se evidenció que la calidad de vida sexual es significativamente menor en personas con TCE que en grupos controles sanos similares (Moreno, Arango y McKerral, 2015, pp. 491-494). El segundo fue realizado en Colombia a un grupo de mujeres, quienes expresaron que después de haber sufrido el TCE, tienen una calidad de vida sexual muy baja. Esto se obtuvo a través del cuestionario de calidad de vida sexual (Strizzi, Olabarrieta, Pappadis, Olivera, Valdivia, Fernandez, Perrin y Arango, 2015, pp. 4-5).

Como se ha contemplado en lo anteriormente dicho, el área de la sexualidad tras padecer un TCE se ha ido detallando en la literatura a partir de la evidencia sobre los cambios a nivel del funcionamiento sexual. Esto debido a que tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana de Salud, ven a la sexualidad como una dimensión intrínseca de la persona, la misma que se refleja en una calidad de vida óptima. Por ende, todo individuo tiene derecho a gozar de una buena salud sexual. Sin embargo, a pesar de que exista estudios o revisión de literatura documentados en contextos como Europa y/o Norteamérica. Al hablar de un contexto latinoamericano, se encontró un solo estudio realizado en Colombia. Mientras tanto, en el contexto ecuatoriano, no hay suficiente evidencia sobre dichos cambios en el funcionamiento sexual ni calidad de vida sexual en esta población, debido a que posiblemente la sexualidad no es un tema muy relevante para el desarrollo de la persona con TCE como lo son las otras áreas. Por ello, el aporte de este trabajo es brindar información a los profesionales ecuatorianos sobre qué cambios pueden surgir en los individuos que sobrellevan un TCE al igual que investigar la calidad de vida sexual en esta población con este padecimiento. Adicionalmente, este trabajo podrá servir como base en estudios posteriores para generar planes de tratamiento en el ámbito sexual dependiendo de las dificultades y características de la persona con TCE.

### **3. Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el nivel de calidad de vida sexual en personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico, en contraste con el grupo control?

### **4. Objetivos**

#### **4.1. Objetivo General:**

Comparar el nivel de la calidad de vida sexual en pacientes que han sufrido un TCE, ingresados al servicio de neurocirugía del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito entre los años 2018-2019, en contraste con el grupo control.

#### **4.2. Objetivo Específicos:**

**4.2.1.** Determinar el nivel de calidad de vida sexual en pacientes con TCE.

**4.2.2.** Determinar el nivel de calidad de vida sexual en el grupo control.

### **5. Marco Teórico y discusión temática**

#### **5.1. Traumatismo craneoencefálico (TCE)**

##### **5.1.1. Definición**

El TCE es una patología que se caracteriza por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza, en donde se contempla al menos uno de los siguientes componentes: alteración de la consciencia y/o amnesia a causa del trauma, cambios neurofisiológicos o neurológicos, diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas atribuidas al trauma (Charry et al., 2017, p. 177).

Al TCE se lo considera como una “epidemia silenciosa” a causa de que es percibido como un problema de salud pública subestimado. Esta surge tras las altas tasas de incidencia y el aumento de mortalidad asociado a la implementación restringida de estrategias de prevención, especialmente en países con ingresos regulares a escasos (Ortiz et al., 2019, p. 2). Asimismo, se la denomina así debido a que es la causante de más años de vida perdidos, que las tres primeras causas de muerte como son la enfermedad cardíaca, ictus y cáncer (Piña et al., 2012, p. 28).

##### **5.1.2. Clasificación del TCE**

El TCE se puede clasificar según el mecanismo del trauma o por la severidad del mismo. En cuanto al mecanismo se puede encontrar los TCE abiertos, los cuales se determinan cuando se quiebra la capa de protección del cerebro llamada duramadre, dejando así expuesto el tejido cerebral con el exterior, por

lo general estos son ocasionados por esquila y proyectiles. Y los TCE cerrados, donde el hueso y la capa funcionan de protección al tejido cerebral se conservan intactos, en otras palabras, el cerebro no está exhibido (Hamdan, 2005, pp. 113-115).

Con respecto a la severidad del traumatismo, usando la Escala de Coma de Glasgow (ECG), la misma que mide la respuesta tanto verbal, ocular como motora (Illescas, 2003, p. 92), se puede catalogar en tres tipos: TCE leve con una puntuación de 14 o 15 en la ECG, TCE moderado con una puntuación entre 13 y 9 y TCE grave con un resultado inferior a 8 (Silva y García, 2014, pp. 212-213).

### **5.1.3. Fisiopatología del TCE**

En el TCE, de acuerdo con su vertiente etiopatogénica, existen tres tipos de lesiones: primaria, secundaria y terciaria. La lesión primaria es el daño directo tras el impacto a causa del efecto biomecánico o por la aceleración-desaceleración, lo cual produce desgarramiento, lesión celular, alteraciones vasculares al igual que retracción axonal. En cambio, la lesión secundaria ocurre por una secuencia de procesos moleculares, vasculares, metabólicos o inflamatorios que tras el TCE, activan y aumentan la liberación de glutamato, el mismo que altera la permeabilidad de la membrana generando la estimulación y producción de lipasas, proteinasas e incluso endonucleasas que inicia la muerte celular inmediata ya sea por apoptosis o por necrosis (Charry et al., 2017, p. 178).

Dentro de la lesión secundaria existe hipertensión endocraneana de tipo difusa y focal. La primera sucede por el incremento difuso y agudo de algunos o todos los contenidos intracraneanos, lo cual originará un desarrollo de la PIC de tipo difuso. En cambio, la segunda es la elevación de la presión a nivel focal con efecto de masa sobre las estructuras vecinas (Charry et al., 2017, p. 178).

Por último, la lesión terciaria es la expresión tardía de los daños progresivos o no causados tanto por la lesión primaria como secundaria con apoptosis, necrosis o anoikis (Charry et al., 2017, p. 178). Esta lesión es la que puede originar eventos de neurodegeneración al igual que encefalomalasia (Guzmán, 2008, p. 80).

#### **5.1.4. Epidemiología del TCE a nivel mundial**

En el mundo, cada año se estima que se producirán entre 64 y 74 millones de nuevos casos de TCE (Dewan et al., 2019, p. 1086). Algunos autores estiman que la tasa mundial es de 579 por 100.000 individuos por año (Herrera et al., 2018, p. 4), en el cual por cada 250 a 300 TCE leves existen 15 a 20 TCE moderados y 10 a 15 TCE graves (Charry et al., 2017, p. 177).

Del mismo modo, la mayor carga de personas con TCE, se encuentra en los países de la región del sudeste asiático (18,3 millones) al igual que en los países de la región del pacífico occidental con 17,3 millones de individuos (Dewan et al, 2019, p. 1088). Igualmente, en EEUU, los Centers for Disease Control and Prevention señalan que anualmente 2,5 millones de personas sufren un TCE, de los cuales 282.000 aproximadamente son ingresados al hospital y 56.000 de esos mueren como consecuencia del mismo (2017, p. 4). En México, un estudio sobre la incidencia del TCE, informó que 1.745 personas ingresan al hospital cada año, donde el 68% son hombres entre 25 y 44 años (Herrera et al. 2018, p. 4). En Iberoamérica, la incidencia está entre 200 y 400 por cada 100.000 ciudadanos, entre edades de 15 y 24 años (Cabrera et al, 2009, p. 94).

#### **5.1.5. Epidemiología del TCE en el Ecuador**

En el Ecuador, según el primer estudio epidemiológico de incidencia y mortalidad debido a un TCE entre los años 2004 y 2016, se encontró que durante ese lapso de tiempo se registró 124.576 ingresos a hospitales, en donde 5.264 murieron por esta patología. Por lo cual, la incidencia de TCE es

de 77,4 por 100.000 habitantes. Adicionalmente, las provincias con tasas más altas por cada 100.000 habitantes son: Zamora Chinchipe (122/100.000), Tungurahua (107/100.000), Pastaza (100/100.000), seguido de Cañar (100/100.000) y Azuay (97/100.000). Por último, la tasa de incidencia global por sexo fue de 90,1 por 100.000 para los hombres, mientras que en las mujeres fue de 64,1 por 100.000 personas (Ortiz et al., 2019, pp. 3-7).

### **5.1.6. Causas y Consecuencias del TCE**

Dentro de TCE, las causas que se presentan con más frecuencia suelen relacionarse con los accidentes de tránsito, actos de violencia, caídas, incidentes laborales e incluso los deportes. En cuanto a sus consecuencias, se ha contemplado alteraciones cognitivas como: dificultad de procesamiento de la información, déficit de atención, memoria y aprendizaje, alteraciones en el lenguaje y funciones ejecutivas; alteraciones físicas que van desde dolor de cabeza, fatiga, convulsiones hasta parálisis y alteraciones emocionales-conductuales que incluyen: depresión, agresividad, ansiedad, cambios de personalidad, abuso de sustancias y manía (Quijano, Arango y Cuervo, 2010, p. 717). Adicionalmente, el TCE produce afectaciones o alteraciones en la esfera de la sexualidad de la persona (Downing y Ponsford, 2016, p. 1028).

## **5.2. Sexualidad y Traumatismo craneoencefálico**

### **5.2.1. Sexualidad, salud sexual y calidad de vida sexual**

La sexualidad, según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, es una dimensión constitutiva del ser humano como resultado de la interacción de factores tanto biológicos, psicológicos, culturales, éticos, espirituales o religiosos como socioeconómicos; la cual se exterioriza en forma de pensamientos, deseos, fantasías, creencias, actitudes, prácticas, roles y relaciones (2000, p. 8). Del mismo modo, la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no sólo la ausencia de enfermedad, malestar o disfunción (OMS, 2018, p. 3).

Adicionalmente, un término que está directamente relacionado con la sexualidad, es el de calidad de vida sexual. Esta se comprende como “la evaluación subjetiva del sujeto de los aspectos positivos y negativos de la relación sexual de uno, y su respuesta afectiva posterior a esta evaluación”. En otras palabras, la calidad de vida sexual se asocia tanto con los aspectos emocionales, físicos como relacionales de la sexualidad. De tal modo que recibir placer sexual, tener un orgasmo y la frecuencia de las relaciones sexuales se evalúan en relación con los aspectos físicos de la calidad de vida sexual (Dogan, Tugut y Golbasi, 2013, p. 240).

### **5.2.2. Cambios en la sexualidad tras el TCE**

El TCE causa cambios en el dominio cognitivo, social, físico, conductual e incluso en la sexualidad de la persona (Downing y Ponsford, 2016, p. 1028). Generalmente, los cambios en la sexualidad tras un TCE incluyen: disminución del deseo sexual, inconvenientes para alcanzar orgasmos, reducción de la actividad sexual, problemas para mantener una erección, eyaculación precoz, descenso de la lubricación vaginal y dificultades en la excitación sexual (Latella et al., 2018, p. 2). A continuación, se mencionan algunos estudios con respecto a la temática planteada con sus respectivos resultados.

#### **5.2.2.1. Cambios sexuales y neuroanatomía**

A partir de la década de los años ochenta, se empezó a contemplar la necesidad de esclarecer qué cambios surgen en el campo de la sexualidad de una persona que ha sufrido un TCE. Para esto, Kreutzer y Zasler crearon un cuestionario de evaluación psicosexual, el cual reveló que la mayoría de los participantes presentaba una disminución del deseo sexual, de la capacidad para mantener una erección y una menor frecuencia de las relaciones sexuales. En este estudio se concluye que el TCE parece afectar negativamente el funcionamiento sexual y el deseo, las relaciones sexuales, autopercepción y afecto (1989, pp. 183-185).

En años subsecuentes, las investigaciones se enfocaron no sólo en observar esos cambios sino en descubrir si hay una correlación entre la neuroanatomía y los cambios sexuales. Por consiguiente, en un estudio se halló que las personas con TCE que sufren lesiones en el lóbulo frontal y hemisferio derecho tenían un funcionamiento sexual relativamente mayor, que aquellos con lesiones en otras áreas del cerebro; por medio de la Entrevista de Derogatis para la Función Sexual (DISF) y por los datos de imágenes. Concluyendo así, que al conocer la importancia del lugar de la lesión puede guiar a intervenciones farmacológicas específicas (Sandel et al., 1996, pp. 726-727).

Igualmente, en otro estudio, a través de la escala de Interés Sexual y Satisfacción (SIS) y el cuestionario de ajuste sexual, se evidenció que el TCE cambia el funcionamiento sexual y el deseo, y esto posiblemente se deba a la ubicación de la lesión; sin embargo, los autores no lograron establecer una relación clara entre estos. En esta investigación, se concluye que tras el TCE, se reportan cambios primordiales en el funcionamiento sexual y que las disfunciones sexuales se intensifican con la gravedad de una discapacidad (Kreuter et al., 1998, pp. 363-365).

#### **5.2.2.2. Cambios sexuales longitudinales**

En años posteriores, la investigación sobre la sexualidad de las personas con TCE se ha orientado en percibir cuales son los cambios sexuales desde una perspectiva longitudinal. En un estudio se evidenció que hasta cinco años después de la lesión, los individuos con TCE muestran cambios sexuales significativos como: disminución en el deseo sexual (41%), en el disfrute de la actividad sexual (38%), en la capacidad de dar satisfacción sexual a su pareja (39%), incapacidad de mantenerse excitado (40%) y llegar al clímax (36%) al igual que una baja oportunidad y frecuencia de participar en actividades sexuales (39%). Estos datos fueron reflejados por el cuestionario de sexualidad, concluyendo que dada la frecuencia de dichos cambios, el abordar



y evaluar los problemas sexuales se debe convertir en una parte esencial del proceso de rehabilitación y de evaluación (Ponsford, 2003, pp. 280-288).

Del mismo modo, usando el DISF-autoinforme, Índice de Satisfacción Sexual Global (GSSI) y una entrevista estructurada sobre cambios en el funcionamiento sexual, se indicó que después de un año de la lesión, el 29% presenta insatisfacción general con su funcionamiento sexual a causa de disminución en el deseo e impulso sexual (34%) al igual que mínima frecuencia de actividad sexual (55%); concluyendo que hay una necesidad de tratamientos para mejorar dicho funcionamiento en hombres y mujeres con TCE (Sander et al., 2012, pp. 1334-1336).

Sin embargo, en un estudio de cohorte prospectivo y usando las mismas herramientas de evaluación, se evidenció que a los 6 y 12 meses, los sujetos manifiestan mayor problema solo en la excitación. Razón por la que concluyen que el funcionamiento sexual y satisfacción con la sexualidad es relativamente estable en este periodo de tiempo, lo cual ayudaría a los profesionales a poder realizar una planificación de tratamiento acorde a los recursos y cambios que se presentan (Hanks et al., 2013, pp. 182-184).

### **5.2.2.3. Percepción individual sobre la sexualidad en personas con TCE**

Uno de los últimos enfoques investigativos acerca de esta temática hace énfasis en poder captar la percepción de los sujetos con TCE. En un estudio por medio del cuestionario de lesión cerebral de sexualidad (BIQS), escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y escala de autoestima de Rosenberg, se halló que las personas con TCE sufren una disminución importante en su sexualidad a causa de cambios en su comportamiento sexual, autoestima y estado de ánimo bajos y mala calidad en la relación con su pareja; en comparación al grupo control. Además, que esto se asocia con un

incremento de depresión, ansiedad y una mayor edad. Por ende, terminan exponiendo que este tema debe ser evaluado y abordado en el proceso de rehabilitación ya que se confirma la alta frecuencia de una disminución en distintos aspectos de la sexualidad (Downing et al., 2013, pp. 174-177).

Igualmente, en otra investigación se mostró que la satisfacción general con la vida sexual en personas con TCE fue adecuado en el 93,3% de la muestra, sin embargo, los dominios del deseo sexual, erección y eyaculación se vieron afectados al igual que existe una correlación entre las distintas funciones cognitivas y los dominios del funcionamiento sexual. En esta investigación se utilizó la batería neuropsicológica NIMHANS, Inventario de Handedness de Edinburg, Escalas-21 depresión ansiedad estrés e Inventario breve de la función sexual (BSFI), y se concluyó que tanto el funcionamiento cognitivo como el sexual se alteran después del TCE y que los profesionales deben recibir una intervención educativa con el fin de sensibilizarlos sobre esta temática para una mejor gestión (War et al., 2014, pp. 30-32).

Adicionalmente, un estudio titulado "*Sexual health and Quality of life in people with moderate Brain Injury Trauma*", mostró que más de la mitad de la muestra está insatisfecha con su actividad sexual, siendo más prevalente en el sexo femenino. Igualmente, los problemas con mayor prevalencia en el sexo masculino son la eyaculación precoz y disfunción eréctil, en cambio en el sexo femenino es la sequedad vaginal, falta de excitación y dispareunia; todos estos datos se recogieron a través del cuestionario SF36 y los cuestionarios EVAS - H y EVAS - M. En esta investigación se concluye de forma general que los cambios cognitivos, emocionales, físicos y comportamentales que surgen tras el TCE tienen una influencia directa sobre la sexualidad al igual que afectan su entorno familiar (Sánchez y Honrubia, 2018).

Asimismo, se ha contemplado que la percepción sobre los cambios sexuales en estos sujetos, no solo los perjudica personalmente sino que también influye en la sexualidad de su pareja. Esto se evidencio en el estudio de Downing y Ponsford mencionando que tanto las personas con TCE como sus parejas, ven perjudicada su sexualidad ya que reportan cambios significativos como problemas de lubricación, erección y búsqueda de satisfacción sexual, estos hallazgos se lograron por la Entrevista de Derogatis para la función sexual - autoinforme (DISF-SR). Por ende, los autores concluyen que es probable que las parejas de personas con esta patología, se vean afectadas por los problemas en la función sexual de su pareja con TCE. Además, de investigar estos cambios sexuales y la forma de abordarlos son muy necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas con este padecimiento al igual que de sus parejas (2016, pp. 1031-1036).

### **5.3. TCE y Calidad de vida sexual**

En la literatura sobre TCE, hay escasos estudios que evalúan la calidad de vida sexual en estas personas, la misma que se entiende como aquella evaluación subjetiva de aspectos tanto negativos como positivos con respecto a la relación sexual que tiene el individuo y a su vez la repuesta afectiva detrás de dicha evaluación (Dogan et al., 2013, p. 240). A continuación, se mencionan dos estudios con sus respectivos resultados.

En un estudio transversal realizado en Neiva-Colombia, a un grupo de 58 mujeres (29 con TCE y 29 sanas) que completaron el Cuestionario de calidad de vida sexual (SQoL), el Índice de funcionamiento sexual femenino (FSFI), el Inventario de deseo sexual (SDI) y el Índice de satisfacción sexual (ISS), se evidenció que las mujeres con TCE expresan menos deseo, excitación, satisfacción sexual, lubricación y orgasmo al igual que una calidad de vida sexual más baja. Los autores concluyeron que estas mujeres con TCE, en comparación al grupo control, tiene alterado su funcionamiento sexual, por lo cual los programas de rehabilitación deben prestar atención a esos problemas

para mejorar la calidad de vida (Strizzi et al., 2015, pp. 3-6).

En otro estudio, realizado a 82 hombres de Montreal-Canadá (41 con TCE y 41 sanos), se encontró que la calidad de vida sexual es significativamente menor en sujetos con TCE en comparación al grupo control e incluso que hay una correlación alta entre calidad de vida sexual y síntomas posteriores a la conmoción cerebral en esta población; para esto los autores usaron el SQoL y la escala de síntomas posteriores a la conmoción cerebral. En este estudio se concluyó que los individuos con TCE que tienen más síntomas posteriores a la conmoción cerebral presentan una calidad de vida sexual muy inferior (Moreno et al., 2015, pp. 489-494).

## **6. Hipótesis**

Las personas con un traumatismo craneoencefálico tienen niveles significativamente más bajos de calidad de vida sexual, en comparación con el grupo control.

## **7. Metodología de Estudio**

### **7.1. Tipo de Diseño, Enfoque y Alcance**

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo debido a que se trata de una investigación que utiliza la recolección de datos para poder comprobar hipótesis, basándose en la medición numérica al igual que el análisis estadístico, con la finalidad de establecer patrones de comportamiento y/o probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 4).

Asimismo, consiste de un diseño no experimental ya que no se va a proceder a manipular de forma premeditada las variables, sino más bien contemplarlas en su entorno natural, con el motivo de analizarlas después. Igualmente, es transversal debido a que la recolección de datos acontece en una sola ocasión para posteriormente examinarlas (Hernández et al., 2010, pp. 149-152).

Del mismo modo, esta investigación tiene un alcance correlacional debido a que se plantea conocer la relación o grado de asociación que puede existir entre dos o más variables o conceptos, dentro de un entorno en específico (Hernández et al., 2010, p. 81). En este caso, averiguar la relación entre nivel de calidad de vida sexual y TCE. Adicionalmente, es exploratorio ya que se busca “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes” (Hernández et al., 2010, p. 79). Es decir, el tema de la sexualidad, específicamente la calidad de vida sexual en personas con TCE, es poco estudiado al igual que no se lo ha abordado en nuestro país.

## **7.2. Muestreo / Participantes**

En este estudio, para el grupo clínico se tomará en cuenta a 30 individuos tanto hombres como mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 65 años de edad, que hayan sufrido un traumatismo craneoencefálico y tengan un periodo de al menos seis meses tras el mismo. Esto debido a que en ese lapso de tiempo, la persona ya habrá sobrepasado la fase aguda, en donde se manifiesta alteraciones en el estado de conciencia, en la función respiratoria, en la piel, dificultades neurológicas, cambios metabólicos, trombosis venosa profunda y crisis epilépticas. Al igual que la fase subaguda, en la cual existe alteraciones tanto motoras, sensoriales, como de la comunicación (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2010, pp. 31-50).

Por consiguiente, el grupo control consistirá en 30 sujetos que no presenten un TCE, problemas psiquiátricos, enfermedades neurológicas, consumo de drogas, básicamente deben estar sanos. Por cada persona con TCE (grupo clínico) se encontrará un participante (grupo control) emparejado por sexo y edad.

Adicionalmente, la muestra es no probabilística y por conveniencia debido a

que “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra” (Hernández et al., 2010, p. 176). Además, el número de participantes fue seleccionado acorde al carácter exploratorio del estudio al igual que por investigaciones previas como el de Strizzi y sus colaboradores (2015, p. 2), donde usaron 29 individuos con TCE y 29 personas sanas.

Tabla 1

*Tabla de criterios - Grupo Clínico*

<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de Exclusión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pacientes hombres y mujeres entre 18 y 65 años de edad.</li> <li>➤ Pacientes que hayan sufrido un TCE.</li> <li>➤ Pacientes que tengan un periodo de al menos seis meses tras el TCE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pacientes que sean menores de 18 años de edad.</li> <li>➤ Pacientes que tengan antecedentes de trastornos psiquiátricos.</li> <li>➤ Pacientes que tengan un historial farmacológico relacionado con problemas sexuales.</li> <li>➤ Pacientes con presencia de consumo de sustancias.</li> <li>➤ Pacientes con antecedentes de enfermedades neurológicas.</li> </ul>

Tabla 2

*Tabla de criterios - Grupo Control*

<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de Exclusión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hombres y mujeres entre 18 y 65 años de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Personas que hayan sufrido un TCE.</li> <li>➤ Sujetos que tengan problemas psiquiátricos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Individuos con enfermedades neurológicas.</li> <li>➤ Individuos con presencia de consumo de sustancias.</li> <li>➤ Personas que manifiesten dificultades de tipo sexual.</li> <li>➤ Sujetos que posean un historial farmacológico vinculado con problemas sexuales.</li> </ul>
--	---

### **7.3. Recolección de Datos / Herramientas a usar**

Para la presente investigación se aplicarán dos cuestionarios a cada uno de los participantes (ver Anexo 1 y 2). El primero es el cuestionario de calidad de vida sexual para el sexo femenino (SQOL-F) como para el sexo masculino (SQOL-M); y el segundo es un cuestionario sociodemográfico realizado por la autora.

El cuestionario de calidad de vida sexual - femenino (SQOL-F) es un breve cuestionario que evalúa específicamente la relación entre la disfunción sexual femenina y la calidad de vida. Este cuestionario es un instrumento de autoinforme que se enfoca en la autoestima sexual, problemas emocionales al igual que problemas de relación. Consiste en 18 ítems, los cuales son calificados usando una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, que va desde “completamente de acuerdo” (1 punto) hasta “completamente en desacuerdo” (6 puntos). La puntuación total puede variar de 18 a 108 puntos. Por ende, si los puntajes son más altos, señalan una mejor calidad de vida sexual femenina (Symonds, Boolell y Quirk, 2005, pp. 388, 395).

Este cuestionario ha demostrado que tiene buenas propiedades psicométricas, incluida la validez discriminante, la validez convergente, la consistencia interna

y la confiabilidad test-retest. A través del alfa de Cronbach, la consistencia interna fue de 0.95 y la confiabilidad test-retest, usando el coeficiente de correlación intraclase y la prueba de pares emparejados de Wilcoxon, fue de 0.85 y 0.367, respectivamente (Symonds et al., 2005, pp. 389, 395).

En cambio, el cuestionario de calidad de vida sexual - masculino (SQOL-M) es un breve cuestionario que evalúa fundamentalmente la relación entre disfunción sexual masculina y calidad de vida debido a que es una versión modificada del SQOL-F. Dicho instrumento contiene 11 ítems, cada uno con una escala Likert de 6 puntos, en donde 1 es "Completamente de acuerdo" y 6 es "Completamente desacuerdo". La puntuación total varía de 11 a 66 puntos. Razón por la cual, mientras mayor sea el puntaje, mayor será la calidad de vida sexual (Abraham, Symonds y Morris, 2008, pp. 596, 600-601).

Haciendo referencia a las propiedades psicométricas de este cuestionario, se observa una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach mayor o igual a 0.82. Asimismo, mostró una excelente confiabilidad test-retest de 0.77 - 0.79, por medio del coeficiente de correlación intraclase ya que el nivel mínimo aceptable es 0.70. También, la validez convergente (0.41) fue buena (Abraham et al., 2008, p. 598).

Finalmente, el cuestionario sociodemográfico de propia autoría contiene ítems que recaban la siguiente información: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios (ver Anexo 3).

#### **7.4. Pre validación del instrumento**

Para la pre-validación de los instrumentos antes aludidos, se efectuó una investigación sobre las propiedades psicométricas, su empleo en estudios anteriores y su uso en personas con TCE. Por consiguiente, se contactó con el



docente guía para la revisión de los mismos, en donde se estableció la pertinencia de estos instrumentos y la justificación de la utilización en el estudio (ver Anexo 4). Posteriormente, se procedió a elaborar la redacción del documento de pre-validación (ver Anexo 5) para finalmente conseguir la aprobación por el mismo.

### **7.5. Procedimiento**

En primer lugar, se realizará un primer contacto con el personal encargado del área de Neurocirugía del Hospital Eugenio Espejo, en donde se explicará el propósito del estudio con la finalidad de gestionar los procesos administrativos pertinentes. En segundo lugar, ya teniendo la aprobación, se contactará con los participantes y se procederá a socializar el estudio para que conozcan de qué se trata. Se les indicará que la participación es totalmente voluntaria y que se tomarán dos cuestionarios. Por consiguiente, los participantes que acepten, firmarán el consentimiento informado (ver Anexo 6).

Posteriormente, para juntar a los participantes del grupo control, se colocarán carteles en el informativo del hospital al igual que en la universidad, donde esté un número telefónico y correo, para brindar cualquier información y acordar una entrevista para verificar si cumple los criterios del estudio y firmar el consentimiento informado. Una vez se tenga el número de personas acordado tanto del grupo control como clínico, se realizará la toma de cuestionarios de forma individual en dos días.

### **7.6. Tipo de Análisis**

Como esta investigación es de enfoque cuantitativo, se efectuará el análisis de los datos a través del programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), el cual procesa datos relacionados a análisis estadísticos para luego generar una tabla con los resultados (Moreno, 2008, p. 1).

Del mismo modo, se usará la prueba *t student* debido a que como menciona Hernández y sus colaboradores, este tipo de prueba sirve para “evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable” (2010, p. 319). Adicionalmente, para caracterizar a la muestra del estudio, se utilizará la estadística descriptiva la cual permite “describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable” (Hernández et al., 2010, p. 287).

## **8. Viabilidad**

Para la viabilidad de este estudio, se consideran los siguientes ítems:

**Tiempo:** El tiempo que se empleará es apropiado, debido a que el estudio es transversal al igual que los datos se recogerán una única vez. Además, para determinar el tiempo, se considera los siguientes factores: obtener la aprobación del CEISH (Comité de Bioética), recolección de la muestra y análisis de los datos. Por ende, se estima que el tiempo será de aproximadamente 9 meses.

**Acceso al grupo de estudio:** El acceso al grupo de estudio, pacientes con traumatismo craneoencefálico, es viable debido a que se gestionará los procesos administrativos pertinentes del Hospital Eugenio Espejo para obtener su autorización e incluso se trabajará con los jefes del servicio de cuidados intensivos y neurocirugía para coordinar el acceso y uso de información de los participantes que cumplan con los criterios planteados para la muestra.

**Disponibilidad de tutor académico para guiar el estudio:** Para la elaboración de esta investigación se cuenta con un tutor académico, el docente Guido Mascialino, Ph.D., el mismo que ha orientado y supervisado este trabajo haciendo las correcciones oportunas por su conocimiento en la temática. Además, posee una vasta experiencia investigativa con respecto al tema del TCE, convirtiéndolo en el profesional apropiado para guiar este estudio.

**Disponibilidad de recursos:** Los recursos que se emplearán dentro de esta investigación no tienen ningún costo y son de libre acceso. Razón por la cual, el presupuesto establecido es bajo, debido a que los gastos serían para fotocopiar los cuestionarios antes aludidos y comprar esferos o lápices. Estos gastos corren por cuenta de la estudiante.

**Sugerencias y/o recomendaciones:** Las recomendaciones para futuras investigaciones serían ampliar el tamaño de la muestra debido a que en nuestro estudio fue una porción pequeña y extender la investigación fuera de la ciudad de Quito, con el fin de poder abordar esta temática a nivel nacional y conocer si existe diferencias entre las provincias y si es así, el porqué del mismo.

## **9. Aspectos Éticos**

### **9.1. Consentimiento Informado**

Esta investigación se basa en normas éticas, razón por la cual, en la etapa previa a la toma de los cuestionarios, se le solicitará a cada participante su firma en el consentimiento informado (ver Anexo 6), en el cual se detalla el objetivo de la investigación al igual que se señala que su participación en el mismo es de forma totalmente voluntaria y confidencial.

### **9.2. Tratamiento de la Información**

Toda la información de los participantes que sea recogida dentro de esta investigación será tratada bajo términos de confidencialidad y anonimato, para lo cual sus nombres se cambiarán por un código de identificación alfanumérico. Del mismo modo, dicha información será de acceso exclusivo para la investigadora y el docente que esté a cargo. Por último, se podrá romper el acuerdo de confidencialidad en el caso de que la vida del participante o de terceros se encuentre en riesgo.

### **9.3. Auto reflexividad**

La presente investigación fue motivada porque el TCE es una patología común e incapacitante ya que afecta varios aspectos de la vida de la persona. Uno de ellos es el área de la sexualidad, la cual forma una parte esencial del ser humano. Además, teniendo en consideración el contexto ecuatoriano se ha contemplado que los recursos de rehabilitación y tratamiento para el TCE son escasos. Esto talvez se deba a que no existe información suficiente con respecto a dicha temática, por ende, hay una falta de respuesta profesional especializada. Esto a su vez, genera que los profesionales de la salud no brinden información o instruyan tanto al paciente como a su pareja o familia en relación a dicho dominio. Por lo tanto, el propósito de este estudio es tratar de tener un impacto positivo sobre la vida de la persona con TCE.

### **9.4. Consecuencia de la Investigación**

Esta investigación no prevé consecuencias negativas debido a que lo que busca es difundir información sobre la calidad de vida sexual en personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico, a partir de un instrumento corto y no intrusivo. Esta información, en el contexto ecuatoriano, podrá ser considerada o utilizada al momento de la realización de intervenciones específicas. Esto con el objetivo de poder mejorar la calidad de vida general de estas personas, ya que como se mencionó, este dominio de la sexualidad forma parte de la esencia del ser humano.

### **9.5. Devolución de Resultados**

La devolución de resultados es el paso final de la investigación debido a que al hacerlo se está cumpliendo con los aspectos éticos de la misma. Por consiguiente, se convocará al jefe del área de neurocirugía y de cuidados intensivos del hospital para comunicarle los resultados del estudio de forma oral y escrita por medio de un informe. Posteriormente, se citará a los participantes del estudio a una sesión informativa, en donde se les informará de manera general los resultados al igual que se les dará la oportunidad de hacer preguntas y ofrecer retroalimentación si se requiere. Esto se hará de forma oral

y usando un lenguaje sencillo a fin de favorecer el entendimiento.

#### **9.6. Autorización para el uso de test**

Los cuestionarios que se usarán en esta investigación son de uso libre. A causa de esto no se requiere autorización para su utilización, teniendo en cuenta que siempre se cite con las normas APA a los autores de dichos cuestionarios, tal y como se refleja en este trabajo.

#### **9.7. Derechos de autor**

El presente trabajo, según el Reglamento general de Titulación de la Universidad de Las Américas, menciona en su artículo 31 y 32 que la “propiedad intelectual de los trabajos de titulación pertenecerá a la Universidad” al igual que estos “podrán servir de insumo para otros proyectos de investigación de la Universidad. Los investigadores que utilicen total o parcialmente la información de un trabajo de investigación o titulación tendrán que reconocer los derechos de autor haciendo la mención correspondiente en los créditos de la investigación” (Universidad de Las Américas, 2015, pp.17-18).

### **10. Análisis de Estrategia de Intervención**

Dentro de la revisión de literatura sobre la temática de sexualidad y traumatismo craneoencefálico se ha demostrado que existe una limitada información acerca de estrategias de intervención en esta población. Sin embargo, a continuación se plantea una estrategia de intervención dirigida tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes con TCE y sus parejas, los cuales se basan en información proporcionada de una serie de estudios que recalcan la importancia de abordar esta temática.

Las intervenciones que son dirigidas a prevenir o tratar los problemas sexuales, deben incluirse como un componente esencial en los programas integrales de rehabilitación. De tal forma que deben ser del interés no sólo de los neuropsicólogos clínicos sino más bien de todo aquel profesional de la salud

que trabaje con sujetos que han sufrido un TCE. Esto parte de una conceptualización biopsicosocial, que propone que los problemas sexuales tras un TCE son el producto de tres dominios que interactúan: 1) problemas médicos y físicos, 2) efectos neuropsicológicos y psicológicos y 3) cambios en la relación (Moreno et al., 2015, pp. 491-492).

Por consiguiente, para la intervención hacia los profesionales de la salud que estén involucrados en el tratamiento del TCE, se contempla realizar una invitación a una sesión psicoeducacional sobre la temática. Esto debido a que Dyer y das Nier mencionan que los profesionales que trabajan con personas que han sufrido un TCE, consideran que la información facilitaría la comunicación sobre los problemas sexuales. Dentro de la información se debe introducir cómo los cambios tanto biológicos, psicológicos y/o sociales que se generan tras un TCE pueden llegar a afectar la sexualidad de la persona al igual de los problemas sexuales más frecuentes y cómo será la sexualidad de ese individuo a lo largo del ciclo vital. Además, estos autores refieren que dichos profesionales manifiestan que tener un tiempo limitado, recursos escasos y respetar la privacidad de su paciente, pueden impedir que se realicen discusiones sobre la sexualidad. Por ende, destacaron la suma importancia de manejar estos factores antes aludidos (2013, pp. 1435-1437).

Adicionalmente, Arango y sus colaboradores, encontraron que el noventa y siete por ciento de los proveedores de salud creían que la sexualidad debería ser discutida durante la rehabilitación, sin embargo, sólo el 36% de ellos lo hacía. También, manifestaron que la razón primordial para no discutir sobre el tema fue que los pacientes no soliciten dicha información al igual que falta de información y/o capacitación, a pesar de aquello concuerdan de que tanto la evaluación como el tratamiento de la sexualidad en individuos con TCE debe ser parte de su responsabilidad profesional. Por lo tanto, trabajar para aumentar la comodidad con el tema en los profesionales de la salud y proveer

una educación sobre esta temática en los mismos, puede tener consecuencias beneficiosas en sus pacientes (2017, pp.1609-1610).

Para este fin se contempla trabajar con el departamento de docencia del Hospital Eugenio Espejo con la finalidad de coordinar una sesión educativa, la misma que estará abierta a cualquier proveedor de la salud que trabaje con pacientes que han sufrido un TCE. Para esto, se realizará el contacto con dicho departamento para comunicarle la propuesta planteada. Luego, cuando se obtenga el permiso y colaboración de dicho departamento, se pasará un comunicado a los profesionales de la salud que traten a pacientes con TCE, indicando dónde y cuándo se llevará a cabo la sesión educativa. Posteriormente, el día de la sesión educativa, se abordará el tema de la sexualidad y TCE, en donde se hablará sobre los estudios previos que se han realizado alrededor de la temática (p. ej. los cambios en el funcionamiento sexual tras el TCE) e incluso se dará a conocer los resultados del estudio de forma general. Además, se facilitará un cuestionario informal sobre sus percepciones acerca del tema, el mismo que se usará con fines educativos para brindarles a los profesionales de la salud retroalimentación y recomendaciones sobre cómo tratar dicha temática. Esta charla informativa tendrá un lapso de tiempo de 2 horas aproximadamente.

Se estima que esta charla informativa a los proveedores de la salud, produzca efectos positivos tanto en sí mismos como en sus pacientes, debido a que ellos podrán facilitar asesoría o información sobre sexualidad a sus pacientes y a su vez los pacientes se van a poder sentir más cómodos al plantear preguntas sobre los cambios o dificultades sexuales que están percibiendo tras el TCE.

En cuanto a la estrategia de intervención dirigida hacia los pacientes con TCE y sus parejas, se ha optado por brindarles información acerca de esta temática y

a su vez una terapia de pareja. Esto debido a que la sexualidad, en el contexto del traumatismo craneoencefálico, se torna sumamente importante al tener en cuenta que hay estudios que informan que las tasas de divorcio y separación después de un traumatismo craneoencefálico van desde el 45 al 64%, lo que significa que son relativamente altas (Downing y Ponsford, 2016. p. 1029). Estas tasas pueden ser a causa de varias alteraciones sexuales que se dan tras el TCE, los cuales se reportan en algunos estudios. En general, se encuentra que las personas con esta patología manifiestan un deterioro en la capacidad de comunicarse verbalmente con su pareja al igual que un debilitamiento en la calidad de su relación con la misma e incluso señalaron que su capacidad de dar satisfacción sexual a su pareja es baja (Downing et al., 2013, pp. 174-175).

Por ende, se puede contemplar que dichos cambios que padecen estos individuos, pueden llegar a tener un impacto potencial muy significativo en sus relaciones de pareja, especialmente en el ámbito de la sexualidad, así como en las demandas y los cambios de roles dentro de la misma (Downing y Ponsford, 2016, p. 1028; Godwin, Kreutzer y Kolakowsky, 2012, pp. 1-5). De tal forma que, ciertos estudios manifiestan que la psicoterapia y/o la asesoría pueden ayudar con la comunicación, las relaciones o los problemas emocionales que podrían estar contribuyendo a las dificultades sexuales, tanto en las personas con esta patología como en sus parejas (Downing y Ponsford, 2016, p. 1036).

Razón por la cual, se contemplará trabajar a partir de unos folletos informativos que se les entregará a cada paciente participante del estudio junto con su pareja, con el objetivo de que conozcan la forma en que su relación puede ser afectada tras el TCE. Adicionalmente, se podría trabajar con el Centro de Psicología Aplicada (CPA) u otro centro psicológico, el cual pueda recibir a los pacientes y sus parejas para brindarles la terapia, con la finalidad de poder favorecer una mejora en la calidad de sus relaciones. Para esto como primer



paso se plantea realizar el contacto con el o los directores del centro para darles a conocer la propuesta y su respectiva justificación del mismo a fin de conseguir su colaboración. Luego, al tener su apoyo, se podrá referir a los pacientes con TCE y sus parejas a dicho lugar, si el caso lo amerita. Posteriormente, cuando los pacientes tengan designado un terapeuta, se hará un contacto con dicho profesional para proporcionarle información elemental sobre sus consultantes. Se estima que la terapia de pareja, como tiene un formato de terapia breve, las sesiones fluctuarán entre ocho y dieciocho (Montesano, 2015, p. 169), sin embargo, se debe tomar en cuenta los aspectos particulares de cada pareja.

Asimismo, al tener la colaboración de los directivos del centro, se propone sostener una reunión semanal o cada dos semanas con los terapeutas de los consultantes para tratar aquellas temáticas que puedan estar surgiendo dentro de la terapia a modo de supervisión. Esta reunión contará con profesionales experimentados en el tema de sexualidad y pareja e incluso en problemas neurológicos. Todo esto con el propósito de poder favorecer sugerencias o recomendaciones que podrán ser considerados o aplicados por los terapeutas de los pacientes con TCE y sus parejas, en sus sesiones terapéuticas.

## 11. Cronograma

Tabla 3

### *Cronograma*

<b>Semana/Mes</b>	<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>
Semana 1	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Aclaración de las nuevas directrices de TIT y entrega del apartado introducción.
Semana 2	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Entrega de la introducción con las correcciones respectivas y explicación de los apartados subsecuentes.

Semana 3	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Revisión final de la introducción y presentación del borrador del apartado de formulación del problema y justificación.
Semana 4	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Revisión del apartado de formulación del problema y justificación.
Semana 5	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Entrega del apartado de formulación del problema y justificación con los cambios correspondientes. Presentación del avance del marco teórico.
Semana 6	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Entrega del apartado del marco teórico, pregunta de investigación y objetivos. Revisión de los mismos.
Semana 7	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Entrega del apartado del marco teórico con las correcciones al igual que el de la hipótesis y metodología del estudio. Revisión de los mismos.
Semana 8	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Entrega del apartado de hipótesis y metodología del estudio con los cambios respectivos al igual que la viabilidad y aspectos éticos. Revisión de los mismos.
Semana 9	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Entrega del apartado corregido de viabilidad y aspectos éticos. Revisión del análisis de estrategia de intervención.
Semana 10	Entrega del Primer	Subir el primer borrador final del

	borrador final.	trabajo de titulación al aula virtual.
Semana 11	Publicación del Informe final con calificación al aula virtual.	El docente guía (Guido Mascialino) sube el informe final con la nota en el aula virtual.
Semana 12	Asignación de Correctores. Inicio de tutorías con los correctores.	A los estudiantes se les asignan los docentes correctores. Posterior, se inicia las tutorías con los mismos.
Semana 13	Presentación del Informe.	Los docentes correctores suben el informe preliminar en el aula virtual.
Semana 14	Entrega del documento corregido final.	Subir el trabajo final con las debidas correcciones al aula virtual.
Semana 15	Publicación del Informe final con calificación al aula virtual.	Los docentes correctores emiten el informe final con la nota en el aula virtual.
Semana 16	Entrega del documento en formato digital	Titulación autoriza la entrega del trabajo en formato digital.

## 12. Conclusiones y Recomendaciones

El desarrollo del trabajo “Calidad de vida sexual en personas con traumatismo craneoencefálico” no solo ha posibilitado conocer a profundidad la temática propuesta con respecto a contemplar cómo los cambios en el funcionamiento sexual tras el traumatismo ocasiona dificultades y por ende, tengan una calidad de vida sexual baja, sino también a que se pueda visibilizar en nuestro contexto. Es decir, se considera que este trabajo puede contribuir con información para el desarrollo de algunas alternativas de intervención y/o planes de rehabilitación, los cuales son destinados a esta población con esta patología. Adicionalmente, esta información puede ayudar a que los profesionales de la salud se sientan más cómodos al tratar esta temática en

sus consultas, debido a que se ha encontrado en algunos estudios que los proveedores de salud no hablan sobre este tema con sus pacientes con TCE, ya que no cuentan con la debida información. De tal modo que este proyecto ha evidenciado la realidad que pasan estas personas e incluso la necesidad de contar con más investigaciones referentes al tema. Como recomendación, se considera muy relevante contar con el apoyo de un profesional que tenga experticia en la temática ya que esto proporciona un panorama más amplio de la misma al igual que un alcance más asociado con la realidad en la que se encuentra.

## Referencias

- Abraham, L., Symonds, T. y Morris, M. (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. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00749.x
- Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. (2010). *Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar*. Barcelona: AIAQS.
- Albadan, M., Sánchez, M. y Vergara, G. (2013). Sexual response in a sample of men who have suffered a moderate-severe head trauma. *Psicoespacios*, 11 (7), 216-228. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4863343.pdf>
- Arango, J., Olabarrieta, L., Ertl, M., Flores, L., Morlett, A., Andelic, N. y Zasler, N. (2017). Provider perceptions of the assessment and rehabilitation of sexual functioning after Traumatic Brain Injury. *Brain Injury*, 31 (12), 1605-1611. doi:10.1080/02699052.2017.1332784
- Cabrera, A., Martínez, O., Ibarra, A., Morales, R., Laguna, G. y Sánchez, M. (2009). Traumatismo craneoencefálico severo. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 23 (2), 94-101. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2009/ti092g.pdf>
- Charry, J., Cáceres, J., Salazar, A., López, L. y Solano, J. (2017). Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 43, 177-182. Recuperado de: [http://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v43\\_n2\\_2017/charry\\_p177\\_v43n2\\_2017.pdf](http://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v43_n2_2017/charry_p177_v43n2_2017.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Traumatic Brain Injury-Related Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths-United States, 2007 and 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66

(9), 1-16. Recuperado de:  
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/ss/pdfs/ss6609.pdf>

Dewan, M., Rattani, A., Gupta, S., Baticulon, R., Hung, Y., Punchak, M., Agrawal, A., Adeleye, A., Shrime, M., Rubiano, A., Rosenfeld, J., y Park, K. (2019). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *Journal of neurosurgery*, 130, 1080-1097. doi:10.3171 / 2017.10.JNS17352

Dogan, T., Tugut, N. y Golbasi, Z. (2013). The Relationship Between Sexual Quality of Life, Happiness, and Satisfaction with Life in Married Turkish Women. *Sexuality and Disability*, 31 (3), 239-247. doi:10.1007/s11195-013-9302-z

Downing, M. y Ponsford, J. (2016). Sexuality in individuals with traumatic brain injury and their partners. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28 (6), 1028-1037. doi:10.1080/09602011.2016.1236732

Downing, M., Stolwyk, R. y Ponsford, J. (2013). Sexual Changes in Individuals With Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28 (3), 171-178. doi:10.1097/htr.0b013e31828b4f63

Dyer, K. y das Nair, R. (2013). Talking about sex after traumatic brain injury: perceptions and experiences of multidisciplinary rehabilitation professionals. *Disability and Rehabilitation*, 36 (17), 1431-1438. doi:10.3109/09638288.2013.859747

Godwin, E., Kreutzer, J. y Kolakowsky, S. (2012). Couples' Relationships After Traumatic Brain Injury. Model Systems Knowledge Translation Center (MSKTC), 1-6. Recuperado de: [https://tbi.washington.edu/wp-content/uploads/TBI\\_Couples\\_Relationships\\_after\\_TBI.pdf](https://tbi.washington.edu/wp-content/uploads/TBI_Couples_Relationships_after_TBI.pdf)

Guzmán, F. (2008). Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *Colombia Médica*, 39 (3), 78-84. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39s3/v39s3a11.pdf>

Hamdan, G. (2005). Trauma Craneoencefálico Severo: Parte I. *Revista de*

*Medicina Interna y Medicina Crítica*, 7 (2), 107-148. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/6b2b/ad6e6bf0f9bf6c84c9ba0efbf5abe0096fe2.pdf>

- Hanks, R., Sander, A., Millis, S., Hammond, F. y Maestras, K. (2013). Changes in Sexual Functioning From 6 to 12 Months Following Traumatic Brain Injury: A Prospective TBI Model System Multicenter Study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28 (3), 179-185. doi:10.1097/HTR.0b013e31828b4fae
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw-Hill.
- Herrera, M., Ariza, A., Rodríguez, J. y Pacheco, A. (2018). Epidemiología del trauma craneoencefálico. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 17 (2), 3-6. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2018/cies182b.pdf>
- Illescas, G. (2003). Escalas e índices de severidad en trauma. *TRAUMA*, 6 (3), 88-94. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2003/tm033c.pdf>
- Kreuter, M., Dahllöf, A., Gudjonsson, G., Sullivan, M., y Siösteen, A. (1998). Sexual adjustment and its predictors after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12 (5), 349-368. doi:10.1080/026990598122494
- Kreutzer, J. y Zasler, N. (1989). Psychosexual consequences of traumatic brain injury: methodology and preliminary findings. *Brain Injury*, 3 (2), 177-186. doi:10.3109/02699058909004550
- Latella, D., Maggio, M., De Luca, R., Maresca, G., Piazzitta, D., Sciarrone, F., Carioti, L., Manuli, A., Bramanti, P. y Calabro, R. (2018). Changes in sexual functioning following traumatic brain injury: An overview on a neglected issue. *Journal of Clinical Neuroscience*, 58, 1-6. doi:10.1016/j.jocn.2018.09.030

- Montesano, A. (2015). Claves fundamentales en terapia de pareja: Una guía de navegación para la práctica. *Revista de Psicoterapia*, 26 (102), 161-174. doi: 10.33898/rdp.v26i102.52
- Moreno, J., Arango, J., Gan, C. y McKerral, M. (2013). Sexuality after traumatic brain injury: a critical review. *NeuroRehabilitation*, 32 (1), 69-85. doi:10.3233/NRE-130824
- Moreno, J., Arango, J. y McKerral, M. (2015). The Relationship Between Postconcussion Symptoms and Sexual Quality of Life in Individuals with Traumatic Brain Injury. *Sexuality and Disability*, 33 (4), 483-498. doi:10.1007/s11195-015-9414-8
- Moreno, E. (2008). *Manual de Uso de SPSS*. Madrid: UNED.
- Mott, T., McConnon, M. y Rieger, B. (2012). Subacute to Chronic Mild Traumatic Brain Injury. *American Family Physician*, 86 (11), 1045-1051. Recuperado de: <https://www.aafp.org/afp/2012/1201/p1045.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala. Recuperado de: [http://www.carlaantonelli.com/salud\\_sexual.pdf](http://www.carlaantonelli.com/salud_sexual.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Ortiz, E., Mascialino, G., Paz, C., Rodriguez, A., Gómez, L., Simbaña, K., Diaz, A., Coral, M. y Espinosa, P. (2019). A Nationwide Study of Incidence and Mortality Due to Traumatic Brain Injury in Ecuador (2004-2016). *Neuroepidemiology*. doi:10.1159/000502580
- Piña, A., Garcés, R., Velásquez, E. y Lemes, J. (2012). Factores pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave del adulto. *Revista Cubana de*



*Neurología y Neurocirugía*, 2 (1), 28-33. Recuperado de:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49635>

Ponsford, J. (2003). Sexual changes associated with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 13 (1-2), 275-289. doi:10.1080/09602010244000363

Quijano, M., Arango, J. y Cuervo, M. (2010). Alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales a largo plazo en pacientes con trauma craneoencefálico en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (4), 716-731. doi:10.1016/S0034-7450(14)60211-0

Quintero, L. (2015). *TRAUMA: Abordaje inicial en los servicios de urgencias*. Santiago de Cali: Salamandra Editorial.

Sánchez, E. y Honrubia, M. (2018). Sexual health and Quality of life in people with moderate Brain Injury Trauma. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1). Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3498/349856428029/html/index.html>

Sandel, M., Williams, K., Dellapietra, L. y Derogatis, L. (1996). Sexual functioning following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10 (10), 719-728. doi:10.1080 / 026990596123981

Sander, A., Maestras, K., Pappadis, M., Sherer, M., Hammond, F. y Hanks, R. (2012). Sexual Functioning 1 Year After Traumatic Brain Injury: Findings From a Prospective Traumatic Brain Injury Model Systems Collaborative Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93 (8), 1331-1337. doi:10.1016/j.apmr.2012.03.037

Sander, A. (2013). Sexual Functioning After Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28 (3), 161-163. doi:10.1097/htr.0b013e318290c109

Silva, N. y García, A. (2014). Traumatismos craneoencefálicos. *Pediatría*

*Integral*, 18 (4), 207-218. Recuperado de:  
<https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii04/01/207-218.pdf>

Strizzi, J., Olabarrieta, L., Pappadis, M., Olivera, S., Valdivia, E., Fernandez, I., Perrin, P. y Arango, J. (2015). Sexual Functioning, Desire, and Satisfaction in Women with TBI and Healthy Controls. *Behavioural Neurology*, 1-7. doi:10.1155 / 2015/247479

Symonds, T., Boolell, M., y Quirk, F. (2005). Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31 (5), 385-397. doi:10.1080/00926230591006502

Universidad de Las Américas. (2015). Reglamento General de Titulación. Recuperado de: <https://www.udla.edu.ec/wp-content/uploads/2016/08/Reglamento-General-de-Titulacion.pdf>

War, F., Jamuna, R. y Arivazhagan, A. (2014). Cognitive and sexual functions in patients with traumatic brain injury. *Asian Journal of Neurosurgery*, 9 (1), 29-32. doi:10.4103/1793-5482.131061

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Cuestionario de calidad de vida sexual – sexo femenino (SQoL-F)

#### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SEXUAL - SEXO FEMENINO (SQoL-F)

Este cuestionario consiste en un conjunto de declaraciones. Cada una pregunta sobre pensamientos y sentimientos que usted pueda tener acerca de su vida sexual. Las preguntas pueden referirse a aspectos positivos o negativos de su vida sexual.

Se le pide evaluar cada una, según qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con la pregunta, marcando con un círculo una de las seis posibilidades de respuesta.

Al contestar las preguntas, se aplican las siguientes definiciones:

Vida sexual: se refiere a las actividades sexuales físicas y a la relación sexual emocional que tiene con su pareja.

Actividad sexual: Incluye cualquier actividad que resulte en estimulación sexual o placer sexual, por ejemplo, el coito (penetración), caricias, estimulación erótica, masturbación (ej. masturbarse a si misma o su pareja masturbándole) y sexo oral (ej. su pareja dándole sexo oral).

Usualmente, la primera respuesta que viene a su mente es la mejor, así que no pase mucho tiempo en cada pregunta.

**Todas sus respuestas serán completamente confidenciales.**



**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SEXUAL - SEXO FEMENINO (SQoL-F)**

(1) Not Done

1. Pienso que mi vida sexual 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 frustrada.	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 deprimida.	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 como 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 sobre mi misma.	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
6. He perdido confianza en mi misma 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 ansiosa.	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, me siento enojada.	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 cerca de mi pareja.	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo



**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SEXUAL - SEXO FEMENINO (SQoL-F)**

10. Me preocupa el futuro de mi vida sexual.	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
11. He perdido placer en la actividad sexual.	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 incómoda.	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, siento que puedo hablar con mi pareja sobre asuntos sexuales.	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
14. Trato de 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 lastimada o rechazada.	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 como que he perdido algo.	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, estoy satisfecha con la frecuencia de actividad sexual.	Completamente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo



## Anexo 2

### Cuestionario de calidad de vida sexual – sexo masculino (SQoL-M)

#### Cuestionario de calidad de vida sexual - Sexo masculino<sup>®</sup> (SQoL-M)

Este cuestionario consiste en un conjunto de declaraciones. Cada una pregunta sobre pensamientos y sentimientos que usted pueda tener acerca de su vida sexual. Las preguntas pueden referirse a aspectos positivos o negativos de su vida sexual.

Se le pide evaluar cada una, según qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con la pregunta, marcando con un círculo una de las seis posibilidades de respuesta.

Al contestar las preguntas, se aplican las siguientes definiciones:

**Vida sexual:** se refiere a las actividades sexuales físicas y a la relación sexual emocional que tiene con su pareja.

**Actividad sexual:** Incluye cualquier actividad que resulte en estimulación sexual o placer sexual, por ejemplo, el coito (penetración), caricias, estimulación erótica, masturbación (ej. masturbarse a sí mismo o su pareja masturbándole) y sexo oral (ej. su pareja dándole sexo oral).

Usualmente, la primera respuesta que viene a su mente es la mejor, así que no pase mucho tiempo en cada pregunta.

**Todas sus respuestas serán completamente confidenciales**

	Completa-mente de acuerdo	Moderada-mente de acuerdo	Ligerament e de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderada-mente en desacuerdo	Completa-mente en desacuerdo
1. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento frustrado.						
2. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento deprimido.						
3. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento menos como hombre.						
4. He perdido confianza en mí mismo como pareja sexual.						
5. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento ansioso.						
6. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento enojado.						
7. Me preocupa el futuro de mi vida sexual.						
8. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento incómodo.						
9. Cuando pienso en mi vida sexual, me siento culpable.						
10. Cuando pienso en mi vida sexual, me preocupa que mi pareja se sienta lastimada o rechazada.						
11. Cuando pienso en mi vida sexual, siento como que he perdido algo.						



**Anexo 3**  
**Cuestionario Sociodemográfico**

**Cuestionario Sociodemográfico**

<b>Nombres y Apellidos:</b>	
<b>Número de cédula:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Sexo:</b>	Femenino: _____ Masculino: _____
<b>Estado civil:</b>	Soltero/a: _____ Divorciado/a: _____ Casado/a: _____ Viudo/a: _____
<b>Dirección del domicilio:</b>	
<b>Número de teléfono (convencional o celular)</b>	
<b>Nivel de estudios:</b>	Primaria: _____ Secundaria: _____ Tercer nivel: _____ Cuarto nivel: _____ Maestría: _____ Doctorado: _____
<b>¿Padece de alguna enfermedad orgánica?</b>	
Si _____ No _____	
¿Cual? _____	
<b>¿Padece de alguna enfermedad psiquiátrica?</b>	
Si _____ No _____	
¿Cual? _____	
<b>*** ¿Hace cuánto tiempo sufrió el traumatismo craneoencefálico?</b>	
De 3 meses a 1 año _____	De 3 años a 4 años _____
De 1 año a 2 años _____	De 4 años a 5 años _____
De 2 años a 3 años _____	Más de 5 años _____

\*\*\* Sólo llenar si padece de un traumatismo craneoencefálico.

## Anexo 4

### Documento de Pre-validación

#### Documento de Pre-validación

**Título:** Calidad de vida sexual en personas con traumatismo craneoencefálico.

#### **Objetivos**

**Objetivo General:** Comparar el nivel de la calidad de vida sexual en pacientes que han sufrido un TCE, ingresados al servicio de neurocirugía del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito entre los años 2018-2019, en contraste con el grupo control.

#### **Objetivos Específicos:**

- Determinar el nivel de calidad de vida sexual en pacientes con TCE.
- Determinar el nivel de calidad de vida sexual en el grupo control.

**Los instrumentos para recolectar los datos son:**

- **Cuestionario de calidad de vida sexual - sexo femenino (SQoL-F)**

Es un breve cuestionario cuyo objetivo es evaluar específicamente la relación entre la disfunción sexual femenina y la calidad de vida. Este cuestionario es un instrumento de autoinforme que se enfoca en la autoestima sexual, problemas emocionales al igual que problemas de relación. Consiste en 18 ítems, los cuales son calificados usando una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, que va desde "completamente de acuerdo" (1 punto) hasta "completamente en desacuerdo" (6 puntos). La puntuación total puede variar de 18 a 108 puntos. Por ende, si los puntajes son más altos, señalan una mejor calidad de vida sexual femenina (Symonds, Boolell y Quirk, 2005, pp. 388, 395).

Por consiguiente, se ha demostrado que este cuestionario tiene buenas propiedades psicométricas, incluida la validez discriminante, la validez convergente, la consistencia interna y la confiabilidad test-retest. A través del alfa de Cronbach, la consistencia interna fue de 0.95 y la confiabilidad test-retest, usando el coeficiente de correlación intraclase y la prueba de pares emparejados de Wilcoxon, fue de 0.85 y 0.367, respectivamente (Symonds, Boolell y Quirk, 2005, pp. 389, 395).

- **Cuestionario de calidad de vida sexual - sexo masculino (SQoL-M)**

Es un breve cuestionario que evalúa fundamentalmente la relación entre disfunción sexual masculina y calidad de vida debido a que es una versión modificada del SQoL-F. Dicho instrumento contiene 11 ítems, cada uno con una escala Likert de 6 puntos, en donde 1 es "Completamente de acuerdo" y 6 es "Completamente desacuerdo". La

puntuación total varía de 11 a 66 puntos. Razón por la cual, mientras mayor sea el puntaje, mayor será la calidad de vida sexual (Abraham, Symonds y Morris, 2008, p. 596, 600-601).

Haciendo referencia a las propiedades psicométricas de este cuestionario, se observa una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach mayor o igual a 0.82. Asimismo, mostró una excelente confiabilidad test-retest de 0.77 - 0.79, por medio del coeficiente de correlación intraclase ya que el nivel mínimo aceptable es 0.70. También, la validez convergente (0.41) fue buena (Abraham, Symonds y Morris, 2008, p. 598).

#### **Referencias**

- Abraham, L., Symonds, T. y Morris, M. (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. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00749.x
- Symonds, T., Boolell, M., y Quirk, F. (2005). Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(5), 385-397. doi:10.1080/00926230591006502

**Anexo 5**  
**Solicitud de Pre-validación**

**SOLICITUD PRE-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

La presente tiene por objeto solicitar su colaboración para la revisión, evaluación y pre-validación del contenido del cuestionario de calidad de vida sexual - sexo femenino (SQoL-F) como sexo masculino (SQoL-M), los mismos que serán aplicados en el estudio denominado "*Calidad de vida sexual en personas con traumatismo craneoencefálico*", el cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de Psicóloga mención clínica por la estudiante Nicole Mishell Benítez Mora.

A continuación, firman los presentes:



---

**Ph. D. Guido Mascialino**  
**Tutor Guía**



---

**Nicole Mishell Benítez Mora**  
**Estudiante**

**Anexo 6**  
**Consentimiento Informado**



**Consentimiento Informado de Participación del estudio**

Yo, ..... he sido convocado/a a participar en en el estudio denominado “Calidad de vida sexual en personas con traumatismo craneoencefálico”, el cual tiene como objetivo comparar el nivel de la calidad de vida sexual en pacientes que han sufrido un TCE, ingresados al servicio de neurocirugía del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito entre los años 2018-2019, en contraste con el grupo control.

Este es un proyecto de investigación que se desarrolla con la finalidad de obtener el título de psicóloga clínica de la Universidad de las Américas.

Entiendo que mi participación en este estudio es totalmente voluntaria al igual que se me ha explicado que la información que entregue será absolutamente confidencial y conocida únicamente por la investigadora y el docente a cargo de la Universidad. Además, comprendo que es un deber ético de la investigadora reportar a los profesionales pertinentes, situaciones en donde estén en riesgo grave la salud e integridad física y/o psicológica del participante o de terceros.

Conozco que, durante el estudio, estoy en mi derecho de suspender mi participación si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto.

He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto participar en este estudio.

\_\_\_\_\_  
**Firma de participante**

C.I. \_\_\_\_\_

**Fecha** :.....

