



ESCUELA DE PSICOLOGÍA



SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO



AUTOR

Joshua Kevin Dávila Tello

AÑO

2018



SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO

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

Profesor Guía

Ph.D Guido Mascialino Casas

Autor

Joshua Kevin Dávila Tello

Año

2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Satisfacción sexual en pacientes con traumatismo craneoencefálico, a través de reuniones periódicas con el estudiante Joshua Kevin Dávila Tello, en el décimo semestre período 2018-2, 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

ID: 24793-5

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, Satisfacción sexual en pacientes con traumatismo craneoencefálico, del estudiante Joshua Kevin Dávila Tello, en el décimo semestre período 2018-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Javier Ricardo Toro Merizalde

Magister en Educación

CI: 171263559-6

Eduardo José Granja Gilbert

Magister en Terapia Familiar
Sistémica

CI: 170725890-9

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”.

Joshua Kevin Dávila Tello

CI: 171924994-6

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos los profesores de la Escuela de Psicología, por todo el conocimiento que me brindaron durante estos cinco años de estudio, en especial a Guido, profesor guía de este trabajo, por su apoyo incondicional y motivación brindada a lo largo del proceso de este trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, por todo el amor, esfuerzo, los buenos consejos que me han servido para crecer como persona y la dedicación que me han brindado para poder cumplir con las metas que me he propuesto en la vida.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el nivel de satisfacción sexual de los pacientes que han sufrido un Traumatismo Craneoencefálico (TCE), atendidos en el Hospital de la Policía Nacional Quito N° 1, en comparación con el grupo control. Tiene un enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y exploratorio, y diseño no experimental. El estudio se llevará a cabo en el Hospital de la Policía Nacional Quito N° 1. La muestra incluye 60 participantes, hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 65 años. De estos, 30 sujetos sanos serán asignados al grupo control, uno por cada paciente con TCE emparejado por edad y género, y 30 pacientes que hayan presentado un TCE de tres a 36 meses al momento de la evaluación serán asignados al grupo clínico. Como herramientas de recolección de datos se usarán tres cuestionarios: la Escala de Satisfacción en la Pareja (ESP-10), la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva (ESSS) y un cuestionario estructurado sociodemográfico creado por el autor. Se espera que los tres cuestionarios sean realizados en una única sesión, en el lapso de 45 a 60 minutos de manera individual en uno de los consultorios de Salud Mental del Hospital de la Policía. Una vez recolectados los datos, se analizarán los mismos con el *Statistical Package for Social Sciences*. Adicionalmente, se usará la prueba *t student* para evaluar si existen diferencias entre los grupos en relación a sus características sociodemográficas. De no existir diferencias significativas en esta variable, se procederá a comparar los resultados totales de las dos escalas con la prueba *t student*. De existir diferencias significativas en las características sociodemográficas entre los grupos, se utilizará el análisis de covarianza (ANCOVA) para finalmente proceder a aceptar o rechazar la hipótesis planteada.

ABSTRACT

The objective of this research is to evaluate the level of sexual satisfaction in patients, treated at the "Policía Nacional Quito N° 1" hospital, who have suffered a traumatic brain injury (TBI) in comparison with the control group. It has a quantitative approach, a descriptive and exploratory scope, and a non-experimental design. The study will be carried out at the "Policía Nacional Quito N° 1" hospital. The sample includes 60 participants, men and women between the ages of 18 and 65. Out of these, 30 healthy subjects will be assigned to the control group, one for each patient with TBI matched by age and gender, and 30 patients who have presented a TBI from three months or more at the time of evaluation will be assigned to the clinical group. As for the data collection tools, three questionnaires will be used: the Couple Satisfaction Scale (ESP-10), the Sexual Subjective Satisfaction Scale (ESSS) and a structured sociodemographic questionnaire created by the author. It is expected that the three questionnaires will be carried out in a single session, during a period of 45 to 60 minutes, individually in one of the Mental Health offices of the "Policía Nacional" hospital. Once the data is collected, it will be analyzed with the Stata Package for Social Sciences. Additionally, the *t student* test will be used to evaluate if there are differences between the groups in relation to their sociodemographic characteristics. If there are no significant differences in this variable, we will proceed to compare the total results of the two scales with the *t student* test. If there are significant differences in the sociodemographic characteristics between the groups, the analysis of covariance (ANCOVA) will be used to finally proceed to accept or reject the proposed hypothesis.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Formulación del problema y Justificación.....	2
3. Pregunta de Investigación	6
4. Objetivos	6
4.1. Objetivo General	6
4.2. Objetivos específicos.....	6
5. Marco teórico	7
5.1. Traumatismo Craneoencefálico	7
5.1.1. Clasificación del TCE.....	7
5.1.2. Severidad	8
5.1.3. Secuelas.....	8
5.1.4. Fisiopatología	10
5.2. Sexualidad y Satisfacción Sexual	11
5.2.1. El TCE y la sexualidad.....	14
5.2.2. Alteraciones sexuales.....	15
6. Hipótesis	15
7. Metodología de Estudio	16
7.1. Tipo de Diseño, Enfoque y Alcance	16
7.2. Muestreo	16
Tabla de criterios - Grupo Clínico	17
Tabla de criterios - Grupo Control.....	18
7.3. Recolección de Datos.....	18

7.4. Pre-validación	20
7.5. Procedimiento	20
7.6. Tipo de Análisis.....	21
8. Viabilidad	22
9. Aspectos Éticos	23
9.1. Consentimiento informado.....	23
9.2. Tratamiento de la información.....	24
9.3. Autoreflexividad	24
9.4. Consecuencia de la investigación	24
9.5. Devolución de Resultados.....	25
9.6. Autorización para uso de tests	25
9.7. Derechos de autor	26
10.Análisis de Estrategia de Intervención	26
11.Cronograma	34
REFERENCIAS	37
ANEXOS	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	17
Tabla 2	18
Tabla 3	34

1. Introducción

Según la American Academy of Neurology, (2016, párr. 1) el traumatismo craneoencefálico (TCE) “se define como un golpe en la cabeza o una lesión penetrante (...) que interrumpe la función normal del cerebro.”

Como indican Santacruz y Herrera, (2003, p. 233), el TCE ocupa el tercer lugar en tasa de mortalidad en el mundo y afecta especialmente a personas en edades económica y reproductivamente activas. En Ecuador, el TCE ocupa el sexto puesto dentro de las diez causas más distinguidas de morbilidad masculina (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012).

Las personas que han padecido un TCE, además de presentar dificultades intrafamiliares, aislamiento y soledad, tienen dificultades sexuales que afectan su estado emocional, ya sea por carencia de contacto sexual debido a sentimientos de inferioridad o a causas fisiológicas como desordenes hormonales producto del traumatismo (Lagos et al., 2013, p. 12). A pesar de ello, profesionales de la salud dentro de sus protocolos de intervención establecen como acciones prioritarias la rehabilitación cognitiva y física del paciente, sin tomar en cuenta una evaluación de su vida sexual posterior al TCE.

Hasta la fecha se han estudiado otros aspectos del TCE como su epidemiología, clasificación, rehabilitación cognitiva y motora, pero realmente pocos estudios han obtenido cifras enfocados en la satisfacción sexual de estos pacientes. Esta es una falta significativa al tomar en cuenta que la esfera sexual es de suma importancia en la vida de los seres humanos y mucho más en edades en las cuales el TCE es más frecuente, pues afecta principalmente a personas jóvenes en una media de edad entre 15 a 45 años (Ontiveros, Preciado, Matute, López-Cruz y López-Elizalde, 2014, p. 211).

Actualmente no existen investigaciones realizadas en el país en dónde se relacionen las variables anteriormente mencionadas, motivo por el cual la referencia bibliográfica es inexistente sobre el tema en Ecuador. Este hecho

genera contradicción y cuestionamiento ya que en el país se registraron más de siete mil pacientes hospitalizados a causa del TCE en el año 2012 (INEC, 2012).

Por esta razón, el propósito de esta investigación es evaluar el nivel de satisfacción sexual de los pacientes que han sufrido un Traumatismo Craneoencefálico, atendidos en el Hospital de la Policía Nacional Quito N° 1, en comparación con el grupo control. La expectativa es que posteriormente se realicen más investigaciones sobre el tema y se otorgue relevancia a la sexualidad de los pacientes con TCE.

Para lograrlo se deberán conseguir los dos objetivos específicos descritos a continuación. El primero, comparar el grado de satisfacción sexual del grupo clínico, pacientes que han tenido un traumatismo craneoencefálico, con el grupo control, para lo cual se administrará la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva (ESSS). El segundo es relacionar el nivel de satisfacción sexual con la pareja en el grupo clínico, pacientes que han tenido un traumatismo craneoencefálico, y en el grupo control mediante la Escala de Satisfacción en la Pareja (ESP-10).

2. Formulación del problema y Justificación

El TCE ocupa el tercer lugar en tasa de mortalidad en el mundo y afecta especialmente a personas en edades económica y reproductivamente activas, además, si se analizan los años de vida perdidos a causa de la discapacidad, el TCE tiene más responsabilidad de ello a nivel mundial, generando así dificultades a nivel individual, familiar, y social (Santacruz y Herrera, 2003, p. 233).

De acuerdo a Gosselin, Spiegel, Coughlin y Zirkle, (2009) los TCE causan más de cinco millones de muertes cada año, además, indican que los TCE en el año de 1990 componían más del 15% de las dificultades médicas en el mundo, y se valoró que para el año 2020 esta cifra aumentaría hasta en un 20%.

En Ecuador según datos obtenidos por el INEC, hasta el año 2012, el TCE ocupa el sexto lugar dentro de las diez principales causas de morbilidad masculina. En

ese mismo año esta condición tuvo un total de ingresos de 7.325 pacientes (INEC, 2012).

Se considera que los TCE son unos de los incapacitadores neurológicos más significativos, ya que mayormente afectan a personas jóvenes, lo cual magnifica el impacto de esta condición a nivel social, dado los años perdidos de productividad y el efecto a largo plazo que éstos tienen en la calidad de vida del paciente (Sánchez, 2012, p. 2). Estas personas, a causa del TCE, pueden sufrir afectaciones a nivel funcional, conductual, cognitivo, afectivo, físico, y sexual (Ruet et al., 2017, p. 2).

En cuanto a la afectación funcional y su recuperación, Lannsjö, Geijerstam, Johansson, Bring y Borg, (2009, p. 218) mencionan que las personas con un TCE leve no suelen presentar síntomas hasta tres meses después de la lesión, por lo que su recuperación es mucho más rápida y su reinserción al ámbito laboral no excede los cuatro meses. Sin embargo, el TCE moderado y grave conllevan más problemas funcionales por lo que en comparación con el leve, les cuesta mucho más retornar a su trabajo. Se ha estimado que solo el 40% de las personas sobrevivientes a un TCE se reincorporan al ámbito laboral (Ontiveros et al., 2014, p. 211).

Las secuelas cognitivas del TCE son tanto heterogéneas como significativas. Dentro de estas, se pueden presentar problemas de memoria y una disminución en la concentración, así como problemas en las funciones ejecutivas. Los problemas afectivos se caracterizan por irritabilidad e inquietud, y también altos niveles de depresión y ansiedad. Los problemas motores afectan el funcionamiento del diario vivir de estas personas y los problemas somáticos más frecuentes que se pueden presentar son náuseas y dolores de cabeza (Lundin, Boussard, Edman y Borg, 2009, p. 799).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es una característica central e inherente de los seres humanos, es decir, está presente a lo largo de toda su vida ya que forma parte de la personalidad del sujeto y se manifiesta a través de sus conductas, diferentes formas de comunicar, dar y

obtener placer. En esta esfera se encuentran inmersos los roles de género, el erotismo, la orientación sexual, la reproducción, la intimidad y el sexo (OMS, 2006).

Sobre los aspectos sociales relacionados con la pareja del paciente, es muy importante evaluar en qué condición se halla la pareja en el momento del TCE, como está la relación, los niveles de seducción física, mental, afectiva y cómo emplear su sexualidad dentro de la pareja (Cáceres, Montoya y Ruiz, 2003, p. 63). Siempre tomando en consideración que las parejas tendrán que adaptarse a una vida que puede incluir una considerable reducción o privación de contacto sexual, esto se debe tratar con cuidado ya que puede desencadenar una pérdida de atracción hacia el otro miembro de la pareja, produciendo sentimientos de aislamiento social, depresión y soledad (Cáceres et al., 2003, p. 63).

Es importante mencionar que las alteraciones relacionadas a la sexualidad de pacientes con TCE, si bien son notadas por los profesionales de la salud, no han sido estudiadas a profundidad. Es por este motivo que el presente estudio es de suma importancia no sólo para incrementar el conocimiento en esta área sino también para proveer una base desde la cual se pueda eventualmente desarrollar intervenciones clínicas estructuradas y validadas empíricamente.

Actualmente, en muchos de los manuales de rehabilitación para personas que han sufrido TCE, solo se toma en cuenta la parte motora y cognitiva de la persona y no existe un protocolo para evaluar su satisfacción sexual. Así lo corrobora el manual de *Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar*, en el cual se menciona que se debe valorar el impacto que se presenta en la función sexual y hablar sobre la sexualidad con el paciente y su respectiva pareja. Sin embargo, los temas relacionados a la sexualidad solo están descritos dentro del manual y no se ofrece una explicación de la manera en que se puede abordarlo. Situación que sí sucede en relación a los aspectos físicos y psicológicos (Departament de Salut, 2010).

El estudio realizado por Hibbard, Gordon, Flanagan, Haddad y Labinsky, (2000, p. 107), llamado "*Sexual dysfunction after traumatic brain injury*", menciona que

las personas con TCE presentan dificultades con respecto a su autoimagen lo cual perjudica de manera negativa a la actividad y el interés sexual. Los autores concluyen que existe la necesidad de que se genere una evaluación más amplia sobre las disfunciones sexuales a causa del TCE y así lograr implementar planes de tratamiento para mejorar el funcionamiento sexual de las personas que han sufrido TCE (Hibbard et al., 2000, p. 119).

Por otra parte, en el estudio de Downing y Ponsford, (2016, p. 1) "*Sexuality in individuals with traumatic brain injury and their partners*", tuvo como objetivo identificar los cambios en las funciones sexuales del individuo y su pareja, se logró concluir que los individuos que han sufrido TCE experimentan grandes cambios de forma negativa en su función sexual, entre los que se destacan los problemas de lubricación y la reducción de la excitación sexual. Las causas que se atribuyen a estos problemas son muy extensas pero poco investigadas, por lo que en el estudio se sugiere que se realicen más investigaciones para identificar más a profundidad las causas que generan estos cambios en pacientes con TCE.

Como se menciona dentro del estudio "Satisfacción y frecuencia de relaciones sexuales en parejas casadas", la satisfacción sexual va de la mano de mantener relaciones sexuales de calidad, independientemente de la frecuencia en la que se practique. Las personas más jóvenes refieren tener una alta satisfacción sexual y una mayor frecuencia que las personas de mayor edad, debido a que la satisfacción sexual disminuye por la insatisfacción marital que actúa directa o indirectamente, acompañada de ansiedad y de alexitimia (Moral De La Rubia, 2010, p. 35).

Adicionalmente en "La primera encuesta nacional sobre sexo" realizada en la ciudad de México, se menciona que en promedio las personas mayores de 18 años mantienen 7.3 relaciones sexuales al mes. En cuanto al promedio de hombres que mantienen relaciones sexuales es de 7.6 y el de mujeres es de 7.0. Dentro de la encuesta realizada, se menciona que la frecuencia de mantener relaciones sexuales va disminuyendo con la edad, las personas menores de 30 años mencionan mantener un promedio de 8.2 relaciones mensuales; los que se

encuentran entre los 30 y 49 años un promedio de 8.0 y finalmente, a partir de los 50 la frecuencia baja a 3.6 relaciones sexuales al mes (Consulta Mitofsky, 2004, p. 6).

Dada la carencia de conocimiento científico sobre la sexualidad y el TCE, la falta de abordajes clínicos, y el gran impacto que la disfunción sexual puede tener en los pacientes con TCE, la pertinencia y necesidad de esta investigación es clara. Además, es relevante el uso de un grupo control debido a que existen datos que ejemplifican la importancia de mantener relaciones sexuales satisfactorias dentro de una edad productivamente activa. Es por ello que al comparar los resultados del grupo control y el grupo experimental, se podrá identificar las variaciones entre los resultados de satisfacción de personas que han sufrido un TCE y las que no.

3. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de satisfacción sexual de los pacientes que han sufrido un Traumatismo Craneoencefálico, en comparación con el grupo control?

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Evaluar el nivel de satisfacción sexual de los pacientes que han sufrido un Traumatismo Craneoencefálico, atendidos en el Hospital de la Policía Nacional Quito N° 1, en comparación con el grupo control.

4.2. Objetivos específicos

- Analizar los niveles de satisfacción sexual tanto en el grupo clínico como en el grupo control.
- Comparar el grado de satisfacción sexual del grupo clínico, pacientes que han tenido un traumatismo craneoencefálico, con el grupo control.

- Comparar el nivel de satisfacción sexual con la pareja en el grupo clínico, pacientes que han tenido un traumatismo craneoencefálico, con el grupo control.

5. Marco teórico

5.1. Traumatismo Craneoencefálico

El TCE es un tipo de lesión cerebral que se adquiere debido a un trauma que daña el cerebro cuando la cabeza se golpea violentamente con un objeto o cuando éste atraviesa el cráneo entrando al tejido cerebral (American Academy of Neurology, 2016, párr. 1). Otra causa es la aceleración y la desaceleración, ya que este impacto produce dos efectos, traslación y rotación. La traslación genera que la masa encefálica se desplace causando alteraciones en la presión intracraneal. La rotación provoca degeneración axonal difusa, causando a su vez contusiones, hematomas e incluso coma postraumático (Luque y Boscá, 2017, p. 12).

Los síntomas del TCE pueden diferir en base a la gravedad del cuadro y a la extensión del daño. Por ejemplo, los pacientes con TCE leve pueden no perder la conciencia, tener dolor de cabeza, aturdimiento, mareos y visión borrosa, mientras que estos síntomas pueden agravarse si el TCE es moderado o grave. De la misma manera, las secuelas del TCE, así como su tratamiento, varían en función del tipo y severidad de la lesión.

5.1.1. Clasificación del TCE

Existen dos tipos de TCE: los cerrados y los abiertos. Dentro de los TCE cerrados, el hueso y la capa que proporciona la protección al tejido cerebral se mantienen intactos, es decir, que el cerebro no está expuesto. Un ejemplo de esto es el que se produce por la aceleración y desaceleración frecuentemente en los accidentes de tránsito (Hamdan, 2005, p. 115). Por el contrario, en los TCE abiertos, la capa de protección que protege al cerebro (duramadre) se rompe y deja expuesta al tejido cerebral con el exterior, estos accidentes son

frecuentes cuando existe agresión con un arma de fuego (Hamdan, 2005, p. 113).

5.1.2. Severidad

La herramienta más utilizada para medir el nivel de conciencia es *La Escala de Coma de Glasgow (ECG)*, la cual contiene tres criterios: respuesta verbal, respuesta ocular, y respuesta motora. Cada uno de estos criterios es evaluado por una subescala, siendo cada una de estas determinadas independientemente. Para medir el estado de conciencia se suman los números correspondientes a las respuestas del paciente en cada subescala (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2011, p. 1). De esta manera el TCE se pueden clasificar en tres tipos de acuerdo al puntaje total. El TCE leve presentan con una puntuación de 14 o 15 en la ECG, el TCE moderado requiere una puntuación entre nueve y 13 puntos en esta escala, mientras que el TCE grave requiere un resultado menor a nueve.

Añadiendo a esto, Luque y Boscá, (2017, p. 8) indican que existe un TCE denominado *potencialmente grave* en el que se agrupa todo impacto craneal aparentemente leve pero con probabilidad de deterioro neurológico dentro de las primeras 48 horas posteriores al traumatismo. Dentro de este tipo de TCE existen marcadores de gravedad que deben ser considerados como: si fue por caída, impacto de proyectil o accidente de tránsito, la duración de la amnesia superior a los cinco minutos, cefaleas, vómitos y la edad (Luque y Boscá, 2017, p. 8).

La duración de la amnesia postraumática también es un marcador de severidad, se considera: a) muy leve, si la amnesia es menor a cinco minutos, b) leve, de cinco a 60 minutos, c) moderado, de una a 24 horas, d) grave, de uno a siete días, e) muy grave, de una a cuatro semanas, y f) extremadamente grave, más de cuatro semanas (Ladera-Fernández, 2001, p. 468).

5.1.3. Secuelas

Los pacientes que sufren un TCE pueden presentar varias secuelas de tipo cognitivo, emocionales, físicas y sexuales, todas ellas con un tiempo de duración

que varía en cada caso ya que esto depende de diferentes factores como la gravedad del TCE, tipo, y condiciones del paciente entre otras (Lagos et al., 2013, p. 12).

Existen varias alteraciones cognitivas derivadas del TCE, se encuentran: déficit de atención, problemas en la velocidad de procesamiento, alteración del lenguaje y la comunicación, afectaciones en las funciones ejecutivas y problemas en la velocidad del pensamiento. Estas secuelas pueden permanecer meses e incluso años después del incidente (Gutiérrez, Tovar, Reyes, Orlando y Bohorquez, s.f., p. 36).

Entre las alteraciones emocionales que se producen después de un TCE está el sentirse triste, nervioso o irritable y estos sentimientos pueden afectar la sexualidad, principalmente en el deseo de tener relaciones sexuales. Asimismo, existen cambios en las actividades sociales, ya que en muchas ocasiones la relación de pareja se rompe y el paciente presenta dificultades para establecer nuevas relaciones sociales, lo que a su vez implica que le resulte más complicado encontrar a una nueva pareja sexual (Model Systems Knowledge Translation Center, 2011, p. 2).

Adicionalmente, Gutiérrez et al., (s.f., p. 15) indican que como consecuencias físicas se pueden presentar minusvalías, esto genera un gran impacto no solo para la persona sino para su familia, debido a que constituye un problema económico y emocional, ya que la persona se siente limitado en cuanto a la adaptación al medio, autocuidado, orientación o destrezas y la comunicación, algunas secuelas físicas son:

parecias espásticas; trastornos del movimiento; deficiencias sensoriales en un hemicuerpo; trastornos de la coordinación y el equilibrio; deterioro parcial o completo de la visión o la audición, el olfato o el gusto; síndromes convulsivos y cefaleas postraumáticos así como desacondicionamiento musculoesquelético. (Gutiérrez et al., s.f., p. 15)

Con respecto a las secuelas relacionadas a la sexualidad, se encuentran: la disminución o aumento de la libido, dificultades para lograr un orgasmo, o disminución de la excitación sexual por razones fisiológicas a pesar de no haber perdido el interés por el sexo. También, según el MSKTC, (2011, pp. 1-3), pueden existir alteraciones reproductivas como la disminución en la producción de espermatozoides en los hombres y la alteración del ciclo menstrual en la mujer. Todas estas alteraciones pueden estar relacionadas directamente con el TCE o ser causadas por alteraciones en el pensamiento, cambios hormonales, cansancio o fatiga, problemas de movimiento, efectos secundarios a la medicación, alteraciones emocionales, problemas de autoestima, alteración en el pensamiento, cambios en la relación de pareja y actividades sociales.

5.1.4. Fisiopatología

El TCE se puede presentar con alteraciones focales y difusas. Las focales se distinguen debido a las laceraciones y contusiones que comprometen a la zona en la cual se localiza el impacto. Las localizaciones que se presentan con mayor frecuencia son en los lóbulos temporales y frontales. Las difusas, en cambio, se presentan debido a un daño axonal difuso mediante: edema cerebral, incremento de fluidos que generan que la presión intracraneal se eleve, o una isquemia, detención de la circulación sanguínea que produce una reducción en el ingreso oxígeno (Casas, 2008, p. 119; Estrada et al., 2012, p. 19; González-Villavelázquez y García-González, 2013, p. 187).

También existen las lesiones “coup / contre-coup”. Los golpes, también llamados coup, son lesiones cerebrales que se generan justo en el sitio del impacto, mientras que las lesiones de contragolpe o contre-coup, se producen cuando el cerebro colisiona en el lado contrario al impacto (Liotta, 2011, p. 108).

Adicionalmente, tomando en cuenta que los principales nutrientes del cerebro son la glucosa y el oxígeno, cuando se da una obstrucción del flujo de aire mayor a diez segundos, el paciente puede quedar inconsciente y si llega a los 15 segundos o sobrepasa este límite de tiempo el paciente puede presentar lesiones neuronales irreversibles, porque el cerebro es el tejido que tiene la

menor tolerancia a la isquemia. Por este motivo, los efectos fisiológicos que se producen en las personas después de sufrir un TCE pueden resultar muy graves (Guzmán, 2008, p. 79).

5.1.4.1. Tipos de lesiones

Se distinguen tres tipos de lesiones:

En primer lugar, se encuentra 1) la lesión primaria, esta se produce cuando ha existido un impacto directo, que incluye un desgarro dural o venoso, contusiones del tallo, contusión cortical, entre otras (Santacruz y Herrera, 2003, p. 236).

Dentro de 2) las lesiones secundarias se pueden observar hematomas epidurales, intracraneales o subdurales, hipoperfusión cerebral, isquemia con elevaciones de neurotoxinas, hipoxia, edema cerebral e hipertensión endocraneana (Santacruz y Herrera, 2003, p. 237).

Por último, se encuentran 3) las lesiones terciarias. Aquí se agrupan las *cascadas bioquímicas* que se accionan en el momento del impacto, lo que hace que se produzca un fenómeno en el que se liberan aminoácidos excitotóxicos y esto produce que exista una entrada masiva de calcio dentro de la célula (Pellegrino, 2010, p. 1). La cascada química es de particular relevancia para este estudio porque esta puede afectar a neurotransmisores que están relacionados en la función sexual (Acuña, 2008, p. 118).

5.2. Sexualidad y Satisfacción Sexual

Es importante destacar que dentro de esta investigación se entiende la satisfacción sexual como “el nivel de agrado, bienestar y ajuste presentado frente a una interacción sexual” (Rodríguez, 2010, p. 42).

En cuanto al término satisfacción sexual, no se encuentra registrado dentro del Diccionario de la Real Academia Española DRAE pero sí en diferentes tipos de palabras como agradar, complacer, saciar, etc. Pero para Pinney, Gerrard y Denney, (2010) la satisfacción sexual se define como la valoración

subjetiva de agrado o desagrado que las personas tienen en relación a su vida sexual, o como la competencia de obtener placer sexual mediante el acto sexual.

Las herramientas que se van a utilizar en esta investigación tienen unas categorías (autoconcepto, valoración subjetiva, aspecto emocional y ejecución sexual), las cuales se van a analizar, para detallar el constructo de satisfacción sexual en relación a dichos componentes.

El autoconcepto se lo considera como la manera en la cual la persona se percibe y se evalúa, en las relaciones afectivas el autoconcepto es importante ya que facilitara el establecimiento de las relaciones de pareja, debido a que este delimitará la capacidad para expresar sus emociones frente al resto. Además, dentro de las relaciones de pareja el autoconcepto también influye en la calidad de interacciones sexuales y en su satisfacción (Benavides, Moreno y Calvache, 2015, p. 83).

Dentro de un estudio llamado "Imagen corporal y satisfacción sexual" se menciona que la forma en la que se percibe al cuerpo tiene una relación estrecha con las relaciones sexuales y esto también influye en la frecuencia de realizarlas, debido a que en muchas ocasiones el simple hecho de ganar un poco de peso suele condicionar a un menor nivel de experiencia sexual (Paredes y Pinto, 2009, p. 29).

Adicionalmente, dentro del estudio "Desarrollo y Validación de una Escala para Medir Satisfacción Sexual Subjetiva en Adultos Puertorriqueños" se menciona que la imagen que las personas tienen de sí misma influye en el aspecto sexual por lo que esta está relacionada en la satisfacción sexual de la persona (González-Rivera, Veray-Alicea, Santiago-Santos, Castro-Castro y Quinones, 2017, p. 61).

Finalmente, en cuanto a la ejecución sexual, hay que tomar en consideración algunos aspectos los cuales son; la duración del acto, dificultades para alcanzar orgasmos, satisfacción del acto sexual en con respecto a la cantidad de sexo que la persona práctica y las partes del cuerpo que producen placer. Las

dimensiones que este factor, son semejantes con los elementos de la investigación sobre satisfacción sexual debido a que identifica la misma como el resultado directo de la actividad sexual placentera y la calidad de su ejecución (Barrientos y Páez, 2006, p. 351).

Tomando en cuenta estos cuatro factores mencionados, se puede plantear que la sexualidad se encuentra conformada por diferentes componentes, los cuales de cierta forma influyen no solo en la satisfacción sexual sino en la sexualidad en general y es por este motivo que cobra especial relevancia dentro de la calidad de vida de las personas.

En cambio para Scott y Sprecher, (2004) se toma a la satisfacción sexual como la última etapa de la respuesta sexual que continua a las de deseo, excitación y orgasmo, estando vinculada a la repetición y variedad de las actividades sexuales. Es necesario mencionar que dentro del bienestar marital, la excitación sexual influye en la satisfacción sexual, puesto que personas con trastornos de la excitación muestran bajos niveles de satisfacción sexual sobre todo física.

Dentro de un estudio llamado “Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez” Santos, Sierra, García, Martínez, Sánchez y Tapia (2009, p. 260) mencionan 5 factores los cuales pueden afectar a la satisfacción sexual.

Prácticas sexuales: mayor variedad de técnicas sexuales, la participación en actividades no coitales y orgasmos.

Aspectos socio-emocionales de la relación con la pareja: la satisfacción sexual está relacionada de forma directa con el deseo sexual y con la satisfacción global de la pareja.

Conocimientos, actitudes y valores hacia la sexualidad: actitudes conservadoras, poco conocimiento en cuanto a la sexualidad, fuertes valores religiosos y poca asertividad sexual pueden influir en una baja satisfacción sexual.

Salud física y vitalidad: la depresión, enfermedades coronarias, escasa vitalidad, baja salud física, esto también puede ver afectada la satisfacción sexual.

Barreras ambientales: dentro de este punto se puede destacar a la falta de intimidad que suelen tener las personas y eso puede afectar la disminución de satisfacción sexual.

5.2.1. El TCE y la sexualidad

A continuación se mencionan algunos estudios que guardan relación con la presente investigación, en ellos se evidencian los resultados obtenidos en la investigación

En un estudio denominado “*Sexual dysfunction after traumatic brain injury*” realizado por Hibbard et al., (2000, p. 107), se obtuvo como resultado que las personas con TCE presentan: a) dificultades fisiológicas que les obstaculizan llegar al orgasmo, b) dificultades físicas como la falta de movimiento que impiden la capacidad de posicionar el cuerpo, y c) dificultades con su autoimagen, lo cual les genera inseguridad durante el acto sexual (Hibbard et al., 2000, p. 119). En este estudio se concluye que las personas que han sufrido TCE presentan inconvenientes con imágenes fisiológicas y físicas que perjudican el interés y la actividad sexual, es por ello que se manifiesta que debería ser un requisito evaluar ampliamente la disfunción sexual para poder implementar métodos para mejorar la actividad sexual después de un TCE.

De igual forma, Downing y Ponsford, (2016, p. 1), en otro estudio piloto llamado “*Sexuality in individuals with traumatic brain injury and their partners,*” mencionan que existe una escasa información sobre sexualidad en parejas en las cuales uno de los dos haya sufrido TCE. Los autores evaluaron a 55 sujetos y concluyen que el TCE no solo marca a la persona que lo posee, sino que también a su pareja y es por ello que es necesario dar prioridad a los problemas sexuales y brindar una rehabilitación en este aspecto.

En otro estudio, descriptivo y transversal, llamado “*Una aproximación a la realidad de la sexualidad en pacientes con traumatismo craneoencefálico*”, se

obtuvieron como resultados que en la mayoría de los pacientes con TCE se ve de cierta manera afectada la sexualidad ya que afirman no tener una pareja estable y haber notado cambios en su vida social y autoestima (Sánchez, 2012, pp. 2-3).

5.2.2. Alteraciones sexuales

Según el MSKTC, (2011, p.1) las causas de las alteraciones de la función sexual en personas con TCE son variadas y complejas, y se distinguen en orgánicas y psicológicas.

En cuanto a las causas orgánicas, algunas disfunciones son producidas porque la lesión está en un área del cerebro que controla este tipo de funciones. En segundo lugar, la sexualidad no solo puede verse afectada por déficits neurológicos, sino que también el sistema endocrinológico afectando la producción de hormonas como la progesterona, testosterona y el estrógeno, todas involucradas en las bases fisiológicas de los procesos sexuales. Como tercera causa, muchos de los efectos secundarios de los medicamentos para tratar estas lesiones pueden disminuir el deseo de tener relaciones sexuales. Más aún porque las personas que han sufrido TCE tienden a cansarse o fatigarse con mayor facilidad y el cansancio ya sea físico o mental colabora a la pérdida de interés en tener sexo (MSKTC, 2011, p. 2).

En relación a las causas psicológicas, los pacientes con TCE pueden desarrollar trastornos de ansiedad, alteraciones de personalidad, trastornos del sueño y dificultades en la psicomotricidad (Pérez y Agudelo, 2007, pp. 43-46), esto puede generar alteraciones sexuales en el paciente, así como las perturbaciones en el estado de ánimo ya que en ocasiones el paciente puede sentirse triste, nervioso o irritable (MSKTC 2011, p. 2).

6. Hipótesis

Los pacientes con traumatismo craneoencefálico tienen niveles de satisfacción sexual significativamente más bajos en comparación con el grupo control.

7. Metodología de Estudio

7.1. Tipo de Diseño, Enfoque y Alcance

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo debido a que se basa en una investigación empírico-analista y en análisis estadísticos, con el objetivo de conseguir respuestas para la pregunta de investigación y la hipótesis planteada (Morales, 2017, p. 3). Con este enfoque se puede recolectar datos y analizarlos de una forma estadística con medidas psicométricas y así obtener resultados fiables para afirmar o rechazar la hipótesis planteada.

Consta de un diseño no experimental, debido a que no se manipulan variables de manera intencional, y transversal ya que todos los datos obtenidos se los recogerá una única vez para luego proceder a analizarlos (Hernández et al., 2010, p. 149-151).

Esta investigación tiene un alcance correlacional y exploratorio.

Es correlacional porque propone analizar la relación entre dos variables, en este caso el haber sufrido un TCE y el nivel de satisfacción sexual.

El estudio es exploratorio ya que se busca "(...) examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes." (Hernández et al., 2010, p. 79). Como se mencionó en el marco teórico, la sexualidad en pacientes con TCE es un tema poco estudiado, del cual no se tienen datos ni información concluyente.

7.2. Muestreo

Esta investigación tendrá lugar en el Hospital de la Policía Nacional Quito N° 1, ubicado en la ciudad de Quito, donde se tomará en cuenta para el grupo clínico a 30 pacientes hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 65 años, que hayan presentado un TCE desde tres hasta 36 meses al momento de la evaluación. Se ha tomado como mínimo tres meses desde el TCE debido a que el paciente en ese tiempo habrá superado la fase aguda, en donde hay alteración en la conciencia, alteraciones en la función respiratoria, trombosis

venosa profunda, alteraciones de la piel, problemas neurológicos, alteraciones metabólicas y crisis epilépticas, así como la fase subaguda, caracterizada por alteraciones en el control motor, en la visión, audición, gusto, olfato, disfunción vestibular y alteraciones en la comunicación (Departament de Salut, 2010, pp. 31-47).

El grupo control constará de 30 sujetos sanos. Por cada paciente con TCE (grupo clínico), habrá un participante (grupo control) emparejado por edad y género.

Los criterios de inclusión y exclusión para ambos grupos están detallados en la tabla que sigue a esta sección. Para verificar el cumplimiento de estos criterios se realizará una entrevista de tamizaje, con el objetivo de confirmar que el participante cumpla con todas las características que requiere esta investigación.

La muestra es no probabilística y por conveniencia debido al acceso y disponibilidad de los sujetos. La cantidad de sujetos fue elegida en base a la naturaleza exploratoria del estudio, e informada por otros estudios del mismo tipo llevados a cabo en el extranjero que seleccionaron un número similar de sujetos, como es el caso del estudio realizado por Strizzi et al., (2015, p. 1) denominado “*Sexual Functioning, Desire, and Satisfaction in Women with TBI and Healthy Controls*” en donde la muestra fue de 58 sujetos, de los cuales 29 pertenecían al grupo control y 29 al grupo clínico.

Tabla 1

Tabla de criterios - Grupo Clínico

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes que hayan sufrido un TCE de tres a 36 meses al momento de la evaluación. ● Pacientes entre 18 y 65 años 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes con comorbilidad con algún otro tipo de trastorno que no haya sido causado por el TCE. ● Pacientes con algún tipo de adicción

de edad.	<p>o consumo de sustancias en el último año.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes que hayan presentado problemas de tipo sexual previo al TCE.
----------	---

Tabla 2

Tabla de criterios - Grupo Control

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Sujetos entre 18 y 65 años de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Personas con historial de TCE. ● Sujetos con condiciones neurológicas. ● Individuos con condiciones psiquiátricas. ● Personas que presenten o hayan presentado problemas de tipo sexual.

7.3. Recolección de Datos

Para la investigación se administrarán tres cuestionarios a cada participante: la Escala de Satisfacción en la Pareja (ESP-10), la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva (ESSS) y un cuestionario estructurado demográfico creado por el autor.

El ESP-10 es una escala cuyo objetivo es evaluar la satisfacción en la pareja por medio del juicio global de las personas. Esta escala consta de diez preguntas y cuatro opciones de respuesta en cada una, desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo” (González-Rivera y Veray-Alicea, 2018, p. 106). La

corrección de esta escala es por medio de la suma de las respuestas; se puntúa de 1 “Totalmente en desacuerdo” hasta 4 “Totalmente de acuerdo” y mientras más alta sea la puntuación, más satisfacción existe en la relación de pareja.

Las propiedades psicométricas de esta escala se obtuvieron valorando los índices de discriminación, los cuales variaron entre 0.57 y 0.82, lo que significó que todos los reactivos tuvieron adecuados índices de discriminación, considerando que la literatura científica recomienda que sean mayores a 0.30 (González-Rivera, y Veray-Alicea, 2018, p. 113). Adicionalmente, se realizó un estudio de solidez interna que demostró un coeficiente Alfa de 0.91 y de 0.91 para la prueba Spearman-Brown (González-Rivera, y Veray-Alicea, 2018, p. 113).

La segunda herramienta, la ESSS, tiene como objetivo medir la satisfacción sexual, es decir el nivel de agrado o desagrado de la persona en relación a su propia vida sexual. Se compone de 20 preguntas organizadas en cuatro categorías (Valoración Subjetiva, Aspecto Emocional, Ejecución Sexual y Autoimagen), cada una se componen de cinco ítems (González-Rivera et al., 2017, pp. 53-54). Esta escala al igual que la anterior se corrige sumando las respuestas del participante, considerando que se puntúa de 1 “Totalmente en desacuerdo” hasta 4 “Totalmente de acuerdo”, excepto en las preguntas 6, 9, 11, 13, 18 y 19 que se puntúan de forma inversa (González-Rivera et al., 2017, p. 55).

Haciendo referencia a las propiedades psicométricas de esta Escala, los autores verificaron la validez del constructo al obtener correlaciones altas entre la ESSS y sus sub-escalas. Para determinar los niveles de confiabilidad se utilizó, el coeficiente Alfa de Cronbach, 0.91, y la división de Spearman-Brown, 0.89. De igual forma se ejecutaron los mismos análisis en los cuatro factores de la escala y las puntuaciones oscilaron entre 20 y 80 (González-Rivera et al., 2017, p. 59).

Finalmente, el cuestionario estructurado (ver Anexo 4) creado por el autor, consta de preguntas que recaban información sociodemográfica, dichas preguntas están relacionadas con el TCE incluyendo severidad, tiempo desde

que tuvo la lesión, y localización del TCE, así como cualidades demográficas como género, nivel de educación y edad.

7.4. Pre-validación

El proceso de pre validación es un requisito institucional para los planes de titulación de la Universidad de Las Américas, en donde dos docentes expertos en el tema revisan las herramientas a utilizar en la investigación, en base a los objetivos y metodología planteada, y aprueban o rechazan los mismos.

Para la pre-validación de estos instrumentos, se investigó las escalas de satisfacción sexual y se seleccionó aquellas que tenían relación con los objetivos planteados en este estudio. Posterior a eso, se procedió a contactar a los docentes correctores para la revisión y pre-validación de estos instrumentos.

Se concretaron reuniones con los docentes de la Escuela de Psicología de la Universidad de Las Américas: Javier Toro y Eduardo Granja, quienes procedieron a revisar los instrumentos y la relación de ellos con el presente estudio. Con las correcciones y observaciones hechas por los docentes correctores, se hizo un documento de pre-validación (ver Anexo 1) con los cambios necesarios, para finalmente obtener la aprobación por escrito de ambos docentes y del docente guía de este trabajo (ver Anexo 2).

7.5. Procedimiento

Se ha planificado como paso inicial establecer el primer contacto en noviembre del 2018, momento en el cual se hablará con la Doctora Mirella Lafebre, neuropsicóloga encargada del área de salud mental del Hospital Quito N° 1 Policía Nacional.

Una vez obtenida su aprobación, se procederá a obtener la autorización del comité de bioética. Una vez aprobado el proyecto por esta institución, la doctora Lafebre informará sobre el estudio a los pacientes con TCE que cumplan con el criterio de temporalidad (de tres a 36 meses desde el traumatismo), de estar

interesados se recogerá su número telefónico con su permiso, para en lo posterior contactarlos mediante una llamada telefónica.

Para reunir a los participantes del grupo control, se pegarán panfletos en las carteleras del hospital y de la universidad, en dónde se incluirá un correo electrónico para que los sujetos que se sientan atraídos por la investigación puedan comunicarse con el investigador y así proceder a realizar la entrevista de tamizaje y verificar que cumpla con los criterios para ser parte del estudio.

Una vez que hayan cumplido estos criterios, se les explicará el contenido del consentimiento informado para poder obtener su autorización y firma en caso de estar de acuerdo con los términos y accedan a participar en la investigación. Con esto listo, el siguiente paso es aplicar estos cuestionarios.

Se espera que los tres cuestionarios sean realizados en una única sesión, en el lapso de 45 a 60 minutos de manera individual en uno de los consultorios de Salud Mental del Hospital de la Policía.

7.6. Tipo de Análisis

Debido al enfoque cuantitativo de esta investigación, se realizará el análisis de datos mediante el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 24.0 (International Business Machines, 2016).

Se utilizará la prueba *t student*, ya que como indican Hernández et al., (2010, p. 319), esta prueba sirve para “(...) evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable.” En primer lugar se evaluará si existen diferencias entre los grupos en relación a sus características sociodemográficas para luego controlar estas variables si es que se encuentran diferencias.

De no existir diferencias significativas en estas variables, se procederá a comparar los resultados totales de las dos escalas con la prueba *t student*. De existir diferencias significativas en las características sociodemográficas de ambos grupos, se utilizará el análisis de covarianza (ANCOVA), como indican

Hernández et al., (2010, p. 326) para controlar el efecto de las diferencias sociodemográficas entre los grupos. El ANCOVA tiene como objetivo “Analizar la relación entre una variable dependiente y dos o más independientes, al eliminar y controlar el efecto de al menos una de estas variables independientes.” (Hernández et al., 2010, p. 326), en el caso de esta investigación, es controlar el efecto de la variable sociodemográfica, para poder hacer la comparación de resultados.

8. Viabilidad

Para evaluar la viabilidad de este estudio es necesario tomar en cuenta algunos aspectos importantes que son:

Tiempo: Este estudio es muy eficiente en cuanto al tiempo estimado de duración, debido a que el estudio es transversal y los datos sólo serán recogidos una única vez, sin embargo hay que tomar en cuenta la disponibilidad de tiempo y la cantidad de pacientes, por este motivo, se estima que esta investigación se llevará a cabo en cuatro meses, considerando la afluencia de pacientes mensuales entre nueve y 12 pacientes, según refiere la doctora Mirella Lafebre, en el servicio de salud mental de esta casa de salud.

Acceso al grupo de estudio: El acceso al grupo es posible debido a que se solicitará la autorización para realizar esta investigación en esta institución a la Dra. Mirella Lafebre (quien funge como Coordinadora del servicio de Salud Mental del Hospital de la Policía Nacional Quito N°1). Adicionalmente, como ya mencionado, esta institución trata a un número alto de pacientes con TCE, lo que facilita su disponibilidad.

Disponibilidad de tutor académico para guiar el estudio: Para el desarrollo de esta investigación se cuenta con un tutor, el docente Guido Mascialino, quien ha guiado y supervisado el trabajo del estudiante haciendo correcciones e invirtiendo su tiempo y vasto conocimiento del tema en este trabajo. Además, tiene una amplia experiencia investigativa en el tema del traumatismo craneoencefálico y es el profesional idóneo para guiar esta investigación.

Disponibilidad de recursos: Las escalas utilizadas en este estudio son de libre acceso y se encuentran en internet para ser descargados de manera gratuita, motivo por el cual el presupuesto estimado para el estudio es bajo, ya que los únicos gastos requeridos serían para copias, lápices, esferos, transporte para movilizarse hacia el hospital. Todos estos gastos correrán por cuenta del estudiante.

Sugerencias y/o recomendaciones: Se sugiere utilizar un lenguaje apropiado y no tan técnico hacia las personas a las cuales se aplicará el test, para que de esta manera se pueda comprender las instrucciones e indicaciones. Además, la persona que aplica las escalas debe estar pendiente de si el paciente presenta algún tipo de dificultad como fatiga, frustración, confusión en alguna de las preguntas para poder satisfacer sus dudas y, finalmente, sensibilidad frente a las reacciones psicológicas del paciente. En caso de ser necesario, la psicóloga estará disponible para atender al participante si su reacción lo amerita.

Se recomienda que en próximas investigaciones sobre este tema, se utilice toda la información adquirida dentro de esta investigación y así evidenciar la necesidad de que se definan normas para poder abordar el tema de la sexualidad en pacientes con TCE, pues es un tema muy significativo para varios profesionales de la salud y pacientes.

9. Aspectos Éticos

9.1. Consentimiento informado

Este proyecto de investigación se rige por normas éticas, debido a esto, se le pedirá al paciente que firme el consentimiento informado (ver Anexo 3) de manera libre y voluntaria. En el consentimiento informado se incluirán los objetivos de la investigación, el procedimiento, su rol dentro de la investigación, los beneficios y posibles riesgos.

Dentro de los riesgos, existe un mínimo porcentaje de que la persona evaluada presente incomodidad, ansiedad o estrés, y para disminuir estos riesgos se le brinda al sujeto la posibilidad de discontinuar en el cuestionario. Adicionalmente,

una psicóloga estará disponible para intervenir psicoterapéuticamente en caso de que el nivel de ansiedad o estrés aumente o la persona lo requiera.

9.2. Tratamiento de la información

Toda la información estará bajo normas de confidencialidad. Los cuestionarios estarán bajo llave y solo tendrá acceso la Dra. Mirella Lafebre y el autor de esta investigación. Todo esto se le explicará al participante enfatizando que todo lo que responda en los cuestionarios será completamente confidencial y anonimizado en la base de datos.

Además, se dará a conocer que esta norma pierde su valor cuando corre en riesgo la vida del participante o de terceros cercanos al mismo, tal y como se especifica en el consentimiento informado.

9.3. Autoreflexividad

Lo que me motivó a realizar esta investigación fue que en el lugar en donde realicé mis prácticas pre-profesionales (Hospital de la Policía) se ven casos de TCE constantemente. Dentro de estos casos se trabaja mucho desde la rehabilitación neuropsicológica, para que el paciente recupere las funciones cognitivas perdidas a causa del accidente y se pueda reinsertarse al trabajo sin mayor dificultad.

No obstante, la mayoría de pacientes en la entrevista clínica referían tener problemas de tipo sexual con sus parejas, y a pesar de ello no se abordaban a estos pacientes desde esa perspectiva. Debido a esto consideré necesario realizar esta investigación para que se obtengan datos reales y estadísticos sobre esta problemática y de este modo que se tome más en cuenta la sexualidad de estos pacientes y en un futuro esta problemática sea un aspecto a incluirse en el tratamiento de pacientes con TCE.

9.4. Consecuencia de la investigación

La presente investigación no anticipa efectos negativos, ya que lo que busca es generar información sobre la satisfacción sexual de una persona que ha sufrido

un TCE. Con la esperanza de que en lo posterior, estos factores sean tomados en cuenta al momento de realizar intervenciones terapéuticas y así lograr incrementar la calidad de vida de los pacientes, ya que como se ha evidenciado en la revisión bibliográfica, la sexualidad es parte fundamental en la vida de una persona.

Adicionalmente, para la población ecuatoriana será beneficioso contar con esta información, sobre todo en instituciones como la Policía Nacional, en donde el TCE es muy frecuente a causa de la actividad laboral de estas personas.

9.5. Devolución de Resultados

Dentro de la investigación se contempla la entrega de resultados a los y las participantes de la investigación una vez concluido el estudio, para cumplir con los aspectos éticos planteados al inicio.

Para esto, el investigador convocará a los participantes a una sesión en el Hospital de la Policía, para explicar los resultados de forma anónima y global, así como un pequeño resumen de la investigación manejando un lenguaje simple para facilitar el entendimiento de todos los presentes.

Finalmente, se entregará un informe claro y conciso a la coordinadora del servicio de Salud Mental y a los directivos de docencia del hospital. Este informe deberá incluir todo el progreso de la investigación y el análisis de los resultados, así como los hallazgos con relevancia en el estudio.

9.6. Autorización para uso de tests

Los tests a utilizarse en esta investigación son de uso libre y se los encuentra en internet para ser descargados de manera gratuita. Debido a esto, no se necesita autorización para su uso siempre y cuando se cite con normas APA a los autores de las escalas, tal y como se ha realizado en esta investigación.

9.7. Derechos de autor

Este trabajo es dominio de la Universidad de Las Américas, tal como se encuentra establecido en el Reglamento de titulación de la Universidad en el literal número 13, en dónde indica que la pertenencia teórica de los trabajos de titulación serán exclusivamente de la Universidad (Universidad de Las Américas, 2013, p. 8).

10. Análisis de Estrategia de Intervención

Aunque existe limitada información sobre estrategias de intervención en la sexualidad en pacientes con TCE, a continuación se plantea una estrategia de intervención para estos pacientes, seguido de una serie de estudios que proveen bocetos sobre las posibles direcciones, las cuales se pueden pensar como estrategias de intervención para el tema investigado.

En la estrategia de intervención, es necesario comenzar con una **evaluación** a la pareja, debido a que la evaluación tiene como objetivo exteriorizar cuales son las áreas de conflicto y la forma en que estos se dan, detectando las conductas, las cogniciones y las emociones envueltas. Esto se puede plantear con una serie de preguntas como ¿Cuáles son los elementos que los dividen? ¿Cómo está de afectada la pareja? ¿Cuáles son las fortalezas que hacen que se mantengan juntos?

Para que de esta manera se poder realizar la intervención. Según García, (2013) se puede trabajar de dos maneras; individual y en pareja.

Individual: Este tipo de terapia es utilizada cuando no existe una pareja estable, la persona prefiere abordar el tema de manera individual debido a no sentirse cómodo al momento de hablar sobre lo que le sucede o cuando la pareja no está de acuerdo en involucrarse (García, 2013).

Pareja: El factor principal dentro de la terapia en pareja es poder establecer una buena comunicación entre los dos, debido a que esto brindará la oportunidad de explorar los posibles inconvenientes que puedan estar sucediendo y también

para que de esta manera se genere un mayor autoconocimiento, para poder exteriorizar las preferencias sexuales de cada uno (García, 2013).

Luego de determinar si la intervención se realizará de manera individual o en pareja es necesario comenzar a **indagar sobre las áreas del conflicto** y abarcar todas ellas (García, 2013). Los conflictos dentro de la pareja suelen darse por los siguientes elementos, las finanzas, las responsabilidades, el poder, las relaciones con los miembros de la familia, actividades sociales, trabajo, cuidado de los hijos, la comunicación y la sexualidad e intimidad. Dentro de TCE se tiene que delimitar si las causas de las disfunciones son causadas por factores físicos o psíquicos.

Factores físicos: Pueden ser causados por diferentes causas como enfermedades (esclerosis múltiple, neuropatía diabética, tumores, etc), fallo en sistemas orgánicos (en los pulmones y el corazón), deficiencias hormonales (carencia de testosterona, estrógeno o andrógeno), desórdenes endocrinos (problemas en pituitaria, glándulas suprarrenales, tiroides, pituitaria), enfermedades congénitas, consumo de drogas (alcohol, nicotina, antihipertensivos, antihistamínicos), problemas de espalda, daño nervioso y riego sanguíneo (Asociación Mentes Abiertas, 2018).

Factores psíquicos: Estos pueden relacionarse con miedos, culpa, traumas, vergüenza, problemas en las relaciones interpersonales, problemas en la relación de pareja, falta de confianza o dificultades para comunicarse.

Además, existen varias disfunciones las cuales se debe tomar en cuenta las cuales son: anafrodisia, aversión al sexo, deseo sexual hipoactivo, desórdenes en la excitación, en las mujeres dificultades para alcanzar la excitación frigidez, en hombres impotencia, eyaculación precoz, eyaculación retardada, etc. (Asociación Mentes Abiertas, 2018).

Posteriormente, cuando se han definido los problemas existentes y las conductas envueltas en ellos, es necesario que se establezcan objetivos personales en la pareja, estos objetivos tienen que compaginar y estar relacionados a la pareja

en todo momento para que esta pueda funcionar. Es fundamental establecer objetivos los cuales se puedan lograr ya sean a corto y largo plazo, puesto que mientras no exista un cambio en la dinámica de la pareja, el conflicto seguirá latente y seguirán existiendo conflictos. Para que se pueda seguir con un programa de tratamiento seleccionando las técnicas que permitan realizar los cambios (García, 2013). El número de sesiones se trabajarán dependiendo de las dificultades que tenga el paciente y la complejidad, en algunos casos tomarán más sesiones que en otros. Cada sesión tendrá una duración de 1 hora con 20 minutos. Dentro de cada sesión se abordarán diferentes temas los cuales vayan surgiendo mientras se avanza en las sesiones (Bulacio, Vieyra, Álvarez y Benatuil, 2004, p. 3). Es indispensable trabajar con **psicoeducación**, ya que es un proceso el cual brinda a los pacientes la facultad de fortalecer y desarrollar sus capacidades para afrontar diversas situaciones y adaptarse a ellas de una mejor manera. Es por esto que después de un TCE es necesario trabajar en la psicoeducación (Bulacio et al., 2004, p. 3).

Adicionalmente, desde la psicoterapia es necesario trabajar **a nivel cognitivo**, debido a que esto ayuda mediante un análisis a la reestructuración de los estereotipos mentales de la persona, esto contribuirá a los conocimientos que la persona no posea analizándolos de manera crítica, también en los prejuicios culturales ya que estos pueden estar influyendo en las disfunciones o reforzando el autoestima de la persona. Nivel afectivo es necesario trabajar dentro de la consulta como también en el entorno social de la persona, aportando conocimientos acerca de cómo se conforman, cuáles son sus funciones, analizando los efectos negativos del miedo, la culpa y la vergüenza, para posteriormente sugerir que realice determinadas acciones dentro de su entorno para anular los efectos negativos los cuales están asociados a su comportamiento sexual. Nivel conductual, se realizarán recomendaciones y se brindarán técnicas que se adapten a cada caso o disfunción, las cuales la persona debe de realizarlas, para que de esta manera le permita tener un aprendizaje de comportamientos sanos, eróticos y placenteros (Asociación Mentes Abiertas, 2018).

En cuanto a la **terapia sexual** es necesaria abordarla en estos casos debido a que puede existir algún tipo de disfunción que interfiera en la pareja, generando consecuencias negativas para su vida marital (Crespi, s.f. p. 38).

Adicionalmente, la terapia sexual se la utiliza para modificar las respuestas sexuales que no son deseadas, porque generan disfunciones dentro de la pareja como la eyaculación precoz o retardada, vaginismo, anorgasmia, frigidez, etc. Dentro de esta terapia, se utiliza un tipo de técnica que se llama focalización sensorial, las cuales consisten en acercamientos al cuerpo de la pareja, con prohibición de intentar el coito, con la finalidad de extinguir de manera gradual la ansiedad asociada a determinados estímulos. Las terapias sexuales, son métodos que sirven para reeducar al sistema de respuestas sexuales de la persona, incluyendo su sistema de valores sexuales, respuestas cognitivas, temores, asco, vergüenza, enojo, los cuales se encuentran asociados a determinadas situaciones sexuales, como a sus respuestas motoras (Mussi, 1985).

Así como en la terapia sexual, en la **terapia de pareja** las mismas pasan por momentos de crisis, a las que se las considera como cambios que son parte del ciclo vital de la pareja. Es por ello que las parejas siempre van a estar cambiando, los sentimientos que los unen cambian de igual forma, pero todos estos cambios no tienen que ser vistos como algo malo sino un paso más hacia un modelo distinto de amor y comunicación. Es por esto que es necesario que cuando la pareja sienta enredada en sus emociones, comiencen un proceso terapéutico para que esta nueva etapa evoluciones de manera positiva (Contreras, Ortega y García, s.f.).

Ahora en el caso de que un miembro de la pareja sufra un TCE, es necesario comenzar con psicoeducación para la pareja, debido a que existirá un cambio en cuanto a su sexualidad a causa del TCE y la pareja tendrá que irse ajustando a diferentes tipos de cambios, en los cuales se verá afectado el contacto sexual. Ante esta situación es recomendable brindar herramientas las cuales les ayuden a tener una mejor comunicación, para poder abordar los conflictos que se puedan presentar y de esta manera mantener una relación de pareja saludable.

Con respecto a la **terapia neuropsicológica**, es necesaria en pacientes que han sufrido un TCE porque existen déficit cognitivos y perceptuales, los cuales un neuropsicólogo puede ayudar a mejorarlos definiendo el área y función que se encuentra comprometida mediante test específicos y métodos neuropsicológicos. Así mismo, ayudará a mejorar los problemas conductuales y emocionales del paciente, brindándole técnicas con el fin de tratar conductas autoagresivas y agresivas mediante un reforzamiento conductual (Gutiérrez et al., s.f., p. 55).

Finalmente es necesario realizar un **seguimiento** y prevenir las recaídas que la persona o la pareja puedan tener, esto es necesario porque la persona al momento de que haya comenzado a realizar las tareas indicadas, se irán revisando sesión a sesión los resultados obtenidos y de esta forma se puede readaptar en función a las dificultades que vayan surgiendo, esto sirve para que en un futuro las personas sean capaces de afrontar nuevas dificultades con las capacidades de afrontamiento ya aprendidas (Asociación Mentes Abiertas, 2018).

Este plan de intervención se puede justificar basado en los estudios descritos a continuación: En primer lugar, dentro de un estudio llamado "*Programa de Intervención en Sexualidad a personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA)*", se menciona que existe poca información sobre los problemas sexuales provenientes de una lesión cerebral, sin embargo, indican que los planes de tratamiento deben considerar las disfunciones sexuales y los cambios de actitudes que presenten los pacientes. Dentro de estos cambios y disfunciones, las más frecuentes son problemas eréctiles, disminución de la libido, depresión, anorgasmia, reducción en la frecuencia de contactos sexuales, desintegración de la relación, comportamiento sexual inadecuado, inhabilidad, y problemas sexuales (Honrubia y Sánchez, 2016, p. 709).

Ante esto, los autores plantean un programa de intervención sexual en personas con DCA, este programa constó de un total de diez horas, las cuales fueron divididas en cinco sesiones de dos horas cada una a la semana, estas se realizaron en el hospital donde las personas realizan su rehabilitación. El

propósito de este programa no solo era aumentar los conocimientos de la sexualidad, sino también integrar en los objetivos de las instituciones la educación afectivo-sexual de personas con DCA, crear relaciones interpersonales entre ellos con un panorama positivo en la salud integral e impulsar cambios dentro de la familia para fortalecer los vínculos existentes (Honrubia y Sánchez, 2016, pp. 709-710).

El programa se implementó de la siguiente manera: en la primera sesión se realizó la presentación de los participantes, se hizo un listado de temas a tratar (aceptación, reconocimiento y conocimiento sobre sexualidad). En la segunda sesión se presentaron aclaraciones para normalizar el funcionamiento, anatomía interna y externa del aparato reproductor tanto femenino como masculino, la respuesta sexual, métodos anticonceptivos apropiados en DCA, orgasmo y eyaculación. En la tercera sesión, se expusieron las diferencias de género, identidad, autoestima social, autoestima relacionada a la figura corporal sexuada, habilidades sociales, entre otras (Honrubia y Sánchez, 2016, pp. 711-712). En la cuarta sesión, se explicó el galanteo, conductas sexuales, juegos sexuales, caricias no coitales y coitales, masturbación, comportamientos de pareja, intimidad, compromiso y pasión, las reglas en las relaciones sexuales como la comunicación, responsabilidad, placer, respeto y los abusos sexuales y a quienes pueden pedir ayuda en caso de sufrirlo. Y en la quinta sesión se ofrecieron recursos para aumentar el placer y se trabajó sobre aspectos que no hayan quedado del todo claros en las sesiones anteriores, para posterior a esta pedir reflexiones en cuanto a lo planteado (Honrubia y Sánchez, 2016, pp. 711-712).

Se utilizaron varios métodos para describir el progreso de las sesiones del programa: los resultados de los cuestionarios EVAS-H y EVAS-M, información obtenida en grupos de discusión, valoración de profesionales y una bitácora (Honrubia y Sánchez, 2016, p. 712). Con los datos obtenidos de los instrumentos antes mencionados, se implementó el programa con normalidad, tres meses después de terminado el programa, se llamó a todos los participantes para que

respondan los cuestionarios nuevamente, y de este modo evaluar si hubieron cambios en su sexualidad o no.

El estudio demostró que todos los participantes manifestaron cambios significativos en su vida sexual. Más de la mitad de la muestra 55.7% se encuentra insatisfecho con su actividad sexual y este porcentaje es superior en las mujeres con un 78.3% en comparación al de los hombres con un 47.2%. Algunos de los participantes expresaron insatisfacción con los profesionales de salud. Incluso, uno de los participantes mencionó que nunca recibió información en cuanto a su sexualidad por parte de un profesional. Otro participante refiere que su médico de cabecera le remitió con una sexóloga y en la primera sesión ella le dijo que no se preocupe que estudiaría su caso, ya había pasado un año y aún no tenía respuestas (Honrubia y Sánchez, 2016, p. 713).

Tomando en cuenta este estudio y los resultados que se obtuvieron, se puede rescatar que es necesario generar mayor información para los profesionales de la salud, y que de esta manera puedan abordar los casos de TCE desde la sexualidad. Por lo cual es necesario crear protocolos para que personas con este tipo de lesiones reciban toda la información necesaria para enfrentarse a los problemas, no solo en el ámbito cognitivo o motor, sino también en cuanto a su sexualidad debido al gran malestar que esto les genera.

Desde otra perspectiva Álvarez, Del Castillo, Fernández y Muñoz, (2010, pp. 23-24), mencionan que en la sexualidad de una persona se ven involucrados factores psicológicos, culturales, físicos, y sociales. Adicionalmente, se discute el rol de las enfermeras/os en educar a los pacientes y sus familias sobre los efectos del TCE en la sexualidad. El estudio evidencia la necesidad de que los profesionales en enfermería puedan valorar estos elementos y así logren delimitar el estado de bienestar sexual del paciente. Los autores señalan que la enfermería, debido a la proximidad que tiene con el paciente, puede brindar orientación y enseñanzas de salud sexual y reproductiva con una metodología inherente de esta rama. Los patrones que se deben evaluar son las alteraciones de la sexualidad, seguridad en las relaciones sexuales, problemas percibidos por la persona y la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad (Álvarez, Del

Castillo, Fernández y Muñoz, 2010, pp. 23-24). Dicho de otra manera, el tema de la sexualidad también se podría abordar desde la enfermería, ya que otorga una mejor información del tema, no solo a los pacientes, sino también a la pareja o familiares. Y de este modo que las personas sepan las dificultades que puede presentar el paciente y cómo abordar dichas dificultades.

Concerniente a un estudio de Arango-Lasprilla et al., (2017, p. 1605), llamado "*Provider perceptions of the assessment and rehabilitation of sexual functioning after Traumatic Brain Injury*" se menciona cómo los expertos de la salud que trabajan con pacientes con TCE abordan asuntos relacionados con el tratamiento y las valoraciones de la sexualidad después del trauma.

Para el estudio se tomó en cuenta a 324 profesionales de la salud y se les pidió que hagan una encuesta de 53 preguntas para determinar qué tan capacitado estaba el profesional para evaluar la sexualidad en los pacientes con TCE y sus posturas con respecto a esto. Los resultados que se evidenciaron fueron que el 97% de los participantes admitieron que la sexualidad debería tratarse durante la rehabilitación y que los profesionales no suelen discutir el tema de la sexualidad con sus pacientes debido a que los pacientes no solicitan información (Arango-Lasprilla et al., 2017, p. 1605).

Se reconoce la importancia de la sexualidad y de abordar el tema acompañado de un profesional, sin embargo, los profesionales refieren que no tienen la capacitación adecuada para hacer intervenciones desde esta perspectiva (Arango-Lasprilla et al., 2017, p. 1605). Añadiendo a esto, se puede evidenciar la falta de conciencia que existe por parte de los profesionales en cuanto a la sexualidad de las personas. Por este motivo es pertinente que exista una capacitación para abordar la sexualidad con los pacientes con TCE e informarles de manera adecuada las consecuencias que pueden tener en cuanto a su vida sexual, así como brindarles las herramientas necesarias para disminuir la afectación del problema.

Si bien en todos los estudios mencionados anteriormente, no existen protocolos para poder abordar a la sexualidad de las personas que han sufrido un

TCE, consideró necesario que aunque no exista una manera específica de abordarlos, se debe realizar una intervención como la mencionada al inicio de este apartado, la cual conste de psicoterapia tanto individual como de pareja, psicoeducación, terapia sexual, terapia de pareja, rehabilitación neuropsicológica y seguimiento, siempre acorde de las necesidades de cada paciente y su pareja.

11. Cronograma

Tabla 3

Cronograma

Semana	Actividades	Descripción
Semana 1	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Presentar el cronograma para las tutorías. Revisar el título, pregunta de investigación y objetivos.
Semana 2	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Revisar el avance con las correcciones de los apartados anteriores. Revisar la introducción, formulación y justificación del problema.
Semana 3	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Revisar el avance con las correcciones de los apartados anteriores. Revisar el marco teórico, hipótesis y metodología.
Semana 4	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Revisar el avance con las correcciones de los apartados anteriores. Revisar metodología y propiedades psicométricas de las herramientas.

Semana 5	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Revisar el avance con las correcciones de los apartados anteriores. Revisar metodología (análisis de resultados).
Semana 6	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Revisar el avance con las correcciones de los apartados anteriores. Revisar metodología (pre-validación del instrumento).
Semana 7	Reunión con el Docente Guía (Guido Mascialino).	Revisar el avance con las correcciones de los apartados anteriores. Revisar Viabilidad y Aspectos Éticos.
Semana 8	Reunión con el docente Guía (Guido Mascialino).	Revisar el avance con las correcciones de los apartados anteriores. Revisar el análisis de estrategias de intervención y trabajo total.
Semana 9	Reunión con los docentes correctores para la pre-validación del instrumento (Javier Toro y Eduardo Granja).	Revisar los objetivos de la investigación, justificación, instrumentos y la pertinencia de los mismos en la investigación.
Semana 10	Carga del borrador en el aula virtual.	Cargar en el aula virtual el primer borrador, con todas las correcciones del docente Guía (Guido Mascialino).

Semana 11	Presentación de informe del Docente Guía (Guido Mascialino).	El docente Guía (Guido Mascialino) sube el informe con nota al aula virtual y entrega el mismo en físico en Secretaría Académica.
Semana 12	Reunión con los docentes correctores (Javier Toro y Eduardo Granja).	Revisar el primer borrador y ejecutar de las correcciones. Subir el trabajo con correcciones al Aula Virtual.
Semana 13	Presentación de informes.	Los docentes correctores (Javier Toro y Eduardo Granja) suben el informe preliminar al aula virtual.
Semana 14	Entrega del informe final corregido	Subir el informe final corregido al aula virtual y en físico a Secretaría Académica.
Semana 15	Autorización de Secretaría Académica	Secretaría Académica autoriza la entrega de trabajos en formato digital.
Semana 16	Entrega del documento físico final.	Entrega física del plan de titulación con las condiciones necesarias.

REFERENCIAS

- Acuña, A. (2008). La cascada de neurotransmisores en la función sexual. *Revista Urología Colombiana*. 17(2): 107-120. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1491/149120372016.pdf>
- Álvarez, J., Del Castillo, F., Fernández, D. y Muñoz, M. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Recuperado de: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- American Academy of Neurology. (2016). *Traumatic Brain Injury*. Recuperado de: http://patients.aan.com/disorders/index.cfm?event=view&disorder_id=1092
- Arango-Lasprilla, JC., Olabarrieta-Landa, L., Ertl, M., Stevens, L., Morlett-Paredes, 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.
- Asociación Mentes Abiertas. (2018). *Terapia Sexual*. Recuperado de: <http://www.mentesabiertas.org/terapia-sexual/sexologia/problema-disfuncion/tratamiento-psicologico/psicologos/terapia-adultos-infantil/asociacion-psicologia-madrid>
- Barrientos, J. y Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(5), 351-368. doi: 10.1080/00926230600834695
- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, D. y Benatuil, D. (2004). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- Cáceres, D., Montoya, Z., y Ruiz, A. (2003). Intervención psicosocial para el incremento de la calidad de vida en pacientes con trauma craneoencefálico moderado a severo. *Revista Colombiana de Psicología*. 1(12), 60-72 doi: 10.15446/rcp

- Casas, C. (2008). *Traumatismos craneoencefálicos*. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17-tce.pdf>
- Consulta Mitofsky. (2004). *Primera Encuesta Nacional sobre Sexo*. Recuperado de: <http://www.sociologia.uson.mx/lecturas/encuestasobresexoenmexico.pdf>
- Contreras, M., Ortega, S. y García, E. (s.f.). *Terapia de Pareja y Terapia Sexual*. Recuperado de: <https://www.vinculopsicoterapia.com/terapia-de-pareja-y-terapia-sexual/>
- Crespi, E. (s.f.). *Terapia Sexual*. Madrid, España: EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
- Departament de Salut. (2010). *Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar*. Recuperado de: http://aguas.gencat.cat/web/.content/minisite/aguas/publicacions/2010/pdf/rhb_tce_aiaqs_2010es.pdf
- Downing, M. y Ponsford, J. (2016). Sexuality in individuals with traumatic brain injury and their partners. *Neuropsychological Rehabilitation*, 28: 1-10. DOI: 10.1080/09602011.2016.1236732.
- Estrada, F., Morales, J., Tabla, E., Solis, B., Navarro, H., Martínez, M., Pérez, A., González, R., Rodríguez, L. y Navarro, L. (2012). Neuroprotección y traumatismo craneoencefálico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55(4): 16-29. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un124d.pdf>
- García, J. (2013). *La terapia de pareja desde la perspectiva cognitivo conductual*. Recuperado de: <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/pareja.htm>
- González-Rivera, J.A., y Veray-Alicea, J. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción en la Pareja (ESP-10) en una muestra de adultos puertorriqueños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 100-120. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/64019>
- González-Rivera, J.A., Veray-Alicea, J., Santiago-Santos, D., Castro-Castro, S. y Quinones, R. (2017). Desarrollo y Validación de una Escala para Medir

Satisfacción Sexual Subjetiva en Adultos Puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 4(1), 52-63. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/320591944_Desarrollo_y_Validacion_de_una_Escala_para_Medir_Satisfaccion_Sexual_Subjetiva_en_Adultos_Puertorriquenos

González-Villavelázquez, M. y García-González, A. (2013). Traumatismo craneoencefálico. *Anestesiología en Neurocirugía*, 36(1): 186-193. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131as.pdf>

Gosselin, R., Spiegel, D., Coughlin, R. y Zirkle, L. (2009). Los traumatismos: el problema sanitario desatendido en los países en desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 87. 246-246. DOI: 10.2471/BLT.08.052290

Gutiérrez, J., Tovar, M., Reyes, C., Orlando, N. y Bohorquez, F. (s.f.). *Rehabilitación en Traumacraneoencefálico*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/rehabi_traum_craneo.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*. 2(7), 107-148. Recuperado de: <http://www.medicrit.com/rev/v2n7/27107.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGRAW-HILL.

Hibbard, M., Gordon, W., Flanagan, S., Haddad, L. y Labinsky, E. (2000). Sexual dysfunction after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 15(2): 107-120. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11455088/>

Honrubia, M. y Sánchez, E. (2016). *Programa de Intervención en Sexualidad a personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA)*. Recuperado de:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/63740/1/Psicologia-y-educacion_81.pdf

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2011). MEDICIÓN DE SIGNOS NEUROLÓGICOS (ESCALA DE GLASGOW). Recuperado de: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). *Compendio Estadístico*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico/>

International Business Machines. (2016). *Downloading IBM SPSS Statistics 24*. Recuperado de: <http://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg24041224>

Ladera-Fernández, V. (2001). Síndrome amnésico postraumático. *Revista de Neurología*, 32(5). 467-473. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Valentina_Ladera/publication/11914999_Post-traumatic_amnesia_syndrome/links/0c96053abd1298606f000000/Post-traumatic-amnesia-syndrome.pdf

Lagos, G., Buitrago, K., Correa, L., Daniells, M., Echeverri, S., Flórez, J., Galarza, A., Gañán, M., Gaviria, A., Giraldo, C. y Gómez, S. (2013). *GUÍA DE REHABILITACIÓN EN TEC*. Recuperado de: <http://academia.utp.edu.co/programas-de-salud-3/files/2014/02/TEC.pdf>

Lannsjö, M., Geijerstam, J., Johansson, U., Bring, J. y Borg, J. (2009). Prevalence and structure of symptoms at 3 months after mild traumatic brain injury in a national cohort. *Journay Brain Injury*. 23(3): 213-219. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699050902748356>

Liotta, C. (2011). Conmoción cerebral en el deporte. *Trauma Fund MAPFRE*, 22(2): 108-112. Recuperado de: http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v22n2/pdf/02_06.pdf

- Lundin, A., Boussard, C., Edman, G. y Borg, J. (2009). Symptoms and disability until 3 months after mild TBI. *Journey Brain Injury*. 20(8). DOI: <https://doi.org/10.1080/02699050600744327>
- Luque, M. y Boscá, A. (2017). *Traumatismo Craneoencefálico*. Recuperado de: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/traucra.pdf>
- Model Systems Knowledge Translation Center. (2011). *La sexualidad después de una lesión cerebral traumática*. Recuperado de http://www.msktc.org/lib/docs/factsheets/spanish_factsheets/tbi_sexuality_sp.pdf
- Moral De La Rubia, J. (2010). Satisfacción y frecuencia de relaciones sexuales en parejas casadas. *Ciencia UANL*, 13(1), 30-37. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40211897006.pdf>
- Morales, S. (2017). *La Investigación Cuantitativa*. Recuperado de: https://issuu.com/suheil8/docs/revista_20investigacion_20cuantitat
- Mussi, J. (1985). Terapias sexuales y terapias comportamentales: reflexiones epistemológicas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 17(1); 113-119. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80517106.pdf>
- Ontiveros, A., Preciado, A., Matute, E., López-Cruz, M. y López-Elizalde, R. (2014). Factores pronósticos de recuperación y reinserción laboral en adultos con traumatismo craneoencefálico. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15(4): 211-217. Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm144-05-Facto.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Salud Sexual*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Paredes, J. y Pinto, B. (2009). IMAGEN CORPORAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL. *Ajayu*, 7(1), 28-47. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v7n1/v7n1a2.pdf>

- Pellegrino, F. (2010). *TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO FISIOPATOLOGIA MONITORIZACION Y TRATAMIENTO*. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Fernando_Pellegrino2/publication/260418907_TRAUMATISMO_CRANEOENCEFALICO_FISIOPATOLOGIA_MONITORIZACION_Y_TRATAMIENTO/links/0deec53114b9b7ea1d000000/TRAUMATISMO-CRANEOENCEFALICO-FISIOPATOLOGIA-MONITORIZACION-Y-TRATAMIENTO.pdf
- Pérez, A. y Agudelo, V. (2007). Trastornos neuropsiquiátricos por trauma craneoencefálico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1): 40-51. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a06.pdf>
- Pinney, E., Gerrard, M. y Denney, N. (2010). The pinney sexual satisfaction inventory. *The Journal of Sex Research*, 23(2), 233-251. doi: <https://doi.org/10.1080/00224498709551359>
- Rodríguez, O. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico*. 7(14), 41-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/801/80113673003/>
- Ruet, A., Jourdan, C., Bayen, E., Darnoux, E., Sahridj, D., Ghout, I., Azerad, S., Pradat, P., Aegerter, P., Charanton, J., Vallat, C. y Azouvi, P. (2017). Employment outcome four years after a severe traumatic brain injury: results of the Paris severe traumatic brain injury study. *Journal Disability and Rehabilitation*. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1327992>
- Sánchez, E. (2012). Una aproximación a la realidad de la sexualidad en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE). *Revista Científica de Enfermería*. 1(5), 1-20 doi: <https://doi.org/10.14198/recien.2012.05.03>
- Santacruz, L. y Herrera, A. (2003). Trauma craneoencefálico. En L. Quintero y A. Ahumada. (Comps). *Trauma: abordaje inicial en los servicios de urgencias*. Medellín: Fundación Salamandra.
- Santos, P., Sierra, J., García, M., Martínez, A., Sánchez, A. y Tapia, M. (2009). Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez.

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9(2): 259-273. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/235/ndice-de-satisfaccin-sexual-iss-un-ES.pdf>

Scott, C. y Sprecher, S. (2004). Sexuality in Marriage, Dating, and Other Relationships: A Decade Review. *Journal of Marriage and Family*. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00999.x>

Strizzi, J., Olabarrieta, L., Pappadis, M., Olivera, S., Valdivia, E., Fernandez, I., Perrin, P. y Arango-Lasprilla, J. (2015). *Sexual Functioning, Desire, and Satisfaction in Women with TBI and Healthy Controls*. Recuperado de: <https://www.hindawi.com/journals/bn/2015/247479/>

Universidad de Las Américas. (2013). *REGLAMENTO PARA LA EJECUCIÓN Y PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE TITULACIÓN*. Recuperado de: <https://www.udla.edu.ec/wp-content/uploads/2015/06/Reglamento-titulacion-2015.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Documento de pre-validación

Informe de Pre-Validación

Objetivos

Objetivo General

- Evaluar el nivel de satisfacción sexual de los pacientes que han sufrido un Traumatismo Craneoencefálico, atendidos en el Hospital de la Policía Nacional Quito N° 1, en comparación con el grupo control.

Objetivos específicos

- Comparar el grado de satisfacción sexual del grupo clínico, pacientes que han tenido un traumatismo craneoencefálico, con el grupo control.
- Comparar el nivel de satisfacción sexual con la pareja en el grupo clínico, pacientes que han tenido un traumatismo craneoencefálico, con el grupo control.

Recolección de Datos

Para la investigación se administrarán tres cuestionarios a cada participante: la Escala de Satisfacción en la Pareja (ESP-10), la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva (ESSS) y un cuestionario estructurado demográfico creado por el autor.

El ESP-10 es una escala cuyo objetivo es evaluar la satisfacción en la pareja por medio del juicio global de las personas, que valora la relación de pareja, esta escala consta de diez preguntas y cuatro opciones de respuesta en cada una, desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo” (González-Rivera y Veray-Alicea, 2018). La corrección de esta escala es por medio de la suma de las respuestas; se puntúa de 1 “Totalmente en desacuerdo” hasta 4 “Totalmente de acuerdo” y mientras más alta sea la puntuación, más satisfacción existe en la relación de pareja (González-Rivera y Veray-Alicea, 2018).

Dentro de la escala ESP-10 los autores consideran que la satisfacción en la pareja es una evaluación positiva o negativa que la persona posee acerca de su pareja. Esta evaluación va a depender de si se satisfacen las necesidades y se cumplen las expectativas para que la persona pueda considerar que es una buena relación de pareja. Dentro de esta escala se utiliza un modelo unidimensional, el cual toma en cuenta a la satisfacción como una valoración subjetiva a la relación de pareja, placer o displacer, agrado o desagrado y de esta manera determina la satisfacción de pareja como una postura favorable o desfavorable hacia la relación (González-Rivera y Veray-Alicea, 2018).

Para evaluar las propiedades psicométricas de esta escala, se tomó una muestra de 504 participantes, los cuales debían cumplir ciertos criterios de inclusión, ser mayor de edad, tener la capacidad de leer español y finalmente tener una pareja ya sea noviazgo, convivencia o matrimonio, los datos obtenidos se recopilaron en una plataforma llamada PsychData, para generar una base de datos, todos los procedimientos del estudio fueron aprobados por el Comité Institucional de Revisión de la Universidad Carlos Albizu de San Juan, Puerto Rico. Una vez finalizada toda la recolección de los datos se empezó a inspeccionar las propiedades psicométricas de la escala (González-Rivera, y Veray-Alicea, 2018).

Las propiedades psicométricas de esta escala se obtuvieron valorando los índices de discriminación, los cuales variaron entre 0.57 y 0.82, lo que significó que todos los reactivos tuvieron adecuados índices de discriminación, considerando que la literatura científica recomienda que sean mayores a 0.30 (González-Rivera, y Veray-Alicea, 2018, p. 113). Adicionalmente, se realizó un estudio de solidez interna que demostró un coeficiente Alfa de 0.91 y de 0.91 para la prueba Spearman-Brown (González-Rivera, y Veray-Alicea, 2018, p. 113).

Finalmente, en cuanto a la confiabilidad, se puede mencionar que los datos obtenidos fueron superiores a lo que se tenía planteado, por ello y por las extraordinarias características psicométricas alcanzadas por la escala ESP-10, se puede inferir que es muy efectiva para cubrir diferentes aspectos dentro de la relación de pareja de manera global, en las que se puede manifestar un juicio de

valor negativo de insatisfacción o positiva de satisfacción, desde esta perspectiva, se puede concluir que los reactivos del ESP-10 evidencian indicadores apropiados de confiabilidad y validez (González-Rivera y Veray-Alicea, 2018).

Siguiendo esta perspectiva, en un estudio llamado “Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas”, se puede concluir que al analizar esta relación que existe entre estos conceptos, es necesario que se establezcan diferentes modelos para tomar en consideración a la satisfacción sexual y el valor que esta tiene junto a la evaluación positiva del cuerpo (Carrobles, Gámez-Guadix y Almendros, 2011, p. 32). Dentro del mismo estudio se menciona que la motivación sexual es importante para conservar las relaciones sexuales de una forma activa. Finalmente, con respecto al bienestar psicológico y subjetivo, se pudo evidenciar que cuando se obtenían puntuaciones elevadas en motivación sexual, autoestima sexual, consistencia orgásmica, atractivo físico y sexual percibido, todo esto se asocia a un aumento de bienestar sexual, pero en cuanto a si se presenta puntuaciones bajas estas están relacionadas con un deterioro del funcionamiento sexual y se encuentra más presente un malestar psicológico (Carrobles et al., 2011, p. 32).

La segunda escala es la ESSS, la cual tiene como objetivo medir la satisfacción sexual, es decir el nivel de agrado o desagrado en relación a su propia vida sexual, se compone de 20 preguntas organizadas en cuatro categorías (Valoración Subjetiva, Aspecto Emocional, Ejecución Sexual y Autoimagen) cada categoría se compone de las respuestas de cinco preguntas (González-Rivera, Veray-Alicea, Santiago-Santos, Castro-Castro y Quinones, 2017, p. 55). La corrección de esta escala es por medio de la suma de las respuestas; se puntúa de 1 “Totalmente en desacuerdo” hasta 4 “Totalmente de acuerdo” excepto en las preguntas 6, 7, 8, 9, 11, 13, 18 y 19 que se puntúan de forma inversa siendo 4 “Totalmente en desacuerdo” hasta 1 “Totalmente de acuerdo” y mientras más alta sea la puntuación, más satisfacción sexual subjetiva (González-Rivera et al., 2017, p. 55).

Los autores de esta escala entienden el constructo de “satisfacción sexual” en base a un modelo de cuatro dimensiones. En primer lugar, la valoración subjetiva que hace la persona en torno a cuán satisfecho se siente con el sexo que ha tenido, como segundo punto está el aspecto emocional posterior al encuentro sexual, en relación al nivel de satisfacción que siente, en tercer lugar se encuentra la ejecución sexual como tal y finalmente la autoimagen de la persona, es decir cómo se siente consigo mismo (González-Rivera et al., 2017, p. 55).

En el estudio para desarrollar y validar esta escala, se tomó una muestra no probabilística compuesta de 615 participantes entre edades de 20 a 75 años, siendo la media de edad 32 años. Los datos recopilados se analizaron en el sistema de análisis IBM SPSS versión 23, y en el análisis de factores confirmatorios el AMOS Graphic versión 23 con el método máxima verosimilitud (González-Rivera et al., 2017, p. 55).

Con los análisis mencionados anteriormente y haciendo referencia a las propiedades psicométricas de esta Escala, los autores verificaron la validez del constructo al obtener correlaciones altas entre la ESSS y sus sub-escalas. Para determinar los niveles de confiabilidad se utilizó, el coeficiente Alfa de Cronbach, 0.91, y la división de Spearman-Brown, 0.89. De igual forma se ejecutaron los mismos análisis en los cuatro factores de la escala y las puntuaciones oscilaron entre 20 y 80 (González-Rivera et al., 2017, p. 59).

Dentro de un estudio llamado “Relación entre el nivel de satisfacción sexual y autoconcepto en parejas de la pastoral familiar de Pupiales”, se menciona que el autoconcepto es la forma de valorarse a sí mismo, esto dentro de las relaciones interpersonales puede facilitar o generar dificultades en la creación de relaciones de pareja. Adicionalmente, se verán influidas las interacciones sexuales que tenga y que tan satisfecho está con las mismas (Benavides, Moreno y Calvache, 2015, p. 83).

Es relevante destacar que debido a que estas escalas no han sido validadas en Ecuador, se realizará un proceso de adaptación lingüística, con la autorización previa de los autores de estos instrumentos.

Finalmente, el cuestionario estructurado tiene como objetivo determinar ciertos datos sociodemográficos del paciente, contiene preguntas relacionadas con el TCE incluyendo severidad, tiempo desde que tuvo la lesión, y localización del TCE, así como cualidades de género, nivel de educación y edad.

REFERENCIAS

- Benavides, M., Moreno, A. y Calvache, C. (2015). *Relación entre el nivel de satisfacción sexual y autoconcepto en parejas de la pastoral familiar de Pupiales*. Recuperado de:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/325206>
- Carrobles, J., Gámez-Guadix, M. y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1): 27-34.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16717018004.pdf>
- González-Rivera, J.A., y Veray-Alicea, J. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción en la Pareja (ESP-10) en una muestra de adultos puertorriqueños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 100-120. Recuperado de:
<https://www.juananibalgonzalez.com/instrumentos>
- González-Rivera, J.A., Veray-Alicea, J., Santiago-Santos, D., Castro-Castro, S. y Quinones, R. (2017). Desarrollo y Validación de una Escala para Medir Satisfacción Sexual Subjetiva en Adultos Puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 4(1), 52-63. Recuperado de:
<https://www.juananibalgonzalez.com/instrumentos>

Anexo 2

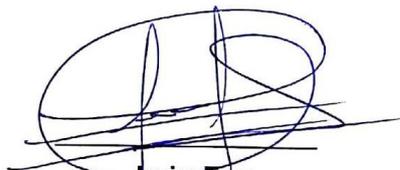
Solicitud de pre-validación

Quito, 31 de mayo de 2018

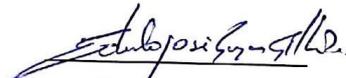
SOLICITUD PRE-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La presente tiene por objeto solicitar su colaboración para la revisión, evaluación y pre-validación del contenido de **Joshua Kevin Dávila Tello**, el mismo que será aplicado en el estudio denominado **Satisfacción sexual en pacientes con traumatismo craneoencefálico**, el cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de Psicólogo mención Clínico.

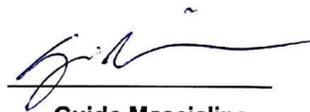
A continuación firman los presentes:



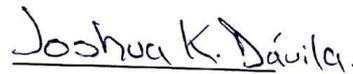
Javier Toro
Docente validador



Eduardo Granja
Docente validador



Guido Mascialino
Tutor



Joshua Dávila T.
Estudiante

Anexo 3

Consentimiento Informado



Consentimiento de Participación de un Estudio

Yo, _____ he sido invitado a participar en un estudio denominado “**Satisfacción sexual en pacientes con traumatismo craneoencefálico.**”

Este es un proyecto de investigación que se realiza con la finalidad de obtener el título de psicólogo clínico de la Universidad de Las Américas.

Comprendo que mi participación el estudio es completamente voluntaria, estoy en conocimiento que la información que yo entregue será confidencial.

Conozco que los resultados generados del estudio no incluirán ningún tipo de información que me identifique y que estos serán de dominio público, según lo que establece la ley orgánica de Educación Superior.

Entiendo que es un deber ético del investigador reportar a los profesionales competentes, situaciones en donde están en riesgo grave la salud e integridad física o psicológica, del participante y/o su entorno cercano.

He leído y entiendo esta hoja de consentimiento y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma de Participante

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Joshua Dávila al teléfono 0998805811 o ponerse en contacto con la carrera de Psicología de la Universidad de Las Américas, tel. 3981000.

Anexo 4

Cuestionario estructurado demográfico

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

Señale en grupo de edad en el que se encuentra:

<25 años

Entre 25 a 35 años

Entre 36 a 50 años

>50 años

Señale su género:

Femenino

Masculino

Indique su nivel más alto de instrucción

Primaria

Bachiller

Tercer Nivel

Cuarto nivel

¿En dónde se localizó el traumatismo craneoencefálico?

Lóbulo Frontal

Lóbulo Occipital

Lóbulo Temporal

Lóbulo Parietal

¿Cuál fue la severidad de su traumatismo craneoencefálico?

Leve

Moderado

Grave

¿Hace cuánto tiempo tuvo el traumatismo craneoencefálico?

De 3 meses a 1 año

De 1 a 2 años

De 2 a 3 años

De 3 a 4 años

De 4 a 5 años

>5 años

Anexo 5

Escala de Satisfacción en la Pareja (ESP-10)

ESCALA DE SATISFACCIÓN EN LA PAREJA (ESP-10)

(González-Rivera et al., 2017)

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de aseveraciones relacionadas a la satisfacción que pudiese tener en su relación de pareja. Al lado de cada premisa encontrará una serie de alternativas que van de 1 a 4. Por favor, circule el número de la categoría que mejor describa su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Estoy satisfecho en mi relación de pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Disfruto de la compañía de mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me divierto mucho con mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ninguna persona podrá hacerme feliz como lo hace mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi pareja me hace saber cuan satisfecho está en la relación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Disfruto mucho el sexo con mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Confío plenamente en mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento conectado/a con mi pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi pareja es el amor de mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento completamente lleno/a en mi relación de pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Developed by Juan A. Gonzalez-Rivera, Dolmarie Adorno, Abigail González, Gabriela Lugo, Luis O. Meléndez, Yaiza Rivera & Jaime Veray-Alicea. Those interested in using the ESP for clinical or research purposes are asked to contact Juan A. Gonzalez Rivera, 500 West Main Suite 215, Bayamón, P.R. 00961, prof.juangonzalez@hotmail.com.

Anexo 6

Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva (ESSS)

ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL SUBJETIVA (ESSS)

(González-Rivera et al., 2017)

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de aseveraciones relacionadas con su satisfacción sexual. Al lado de cada premisa encontrará una serie de alternativas. Por favor, haga una marca de cotejo en la categoría que mejor describa su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Considero que mi vida sexual es muy excitante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Luego de tener relaciones sexuales me siento pleno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho con la cantidad de sexo que practico a la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me considero buen amante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi vida sexual es divertida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Tengo poco interés en el sexo.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Suelo fingir mis orgasmos o placer sexual.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>Me siento inexperto cuando tengo relaciones sexuales.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <i>A mi vida sexual le falta calidad.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Experimento gratificación emocional luego de tener relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <i>Se me hace difícil tener orgasmos.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Las otras personas me consideran buen amante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <i>Considero que mi vida sexual es monótona.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
14. Me siento satisfecho con la frecuencia de mis orgasmos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Conozco las áreas del cuerpo que me producen placer sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Considero que soy creativo en mis relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento cómodo con la calidad de sexo que practico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. <i>Tengo ciertos complejos que limitan mi vida sexual.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. <i>Mis relaciones sexuales son de poca duración.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me excito con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Developed by Juan A. Gonzalez-Rivera, Deborah Santiago-Santos, Saúl Castro-Castro, Ruth Quiñones-Soto & Jaime Veray-Alicea. Those interested in using the ESS for clinical or research purposes are asked to contact Juan A. Gonzalez Rivera, 500 West Main Suite 215, Bayamón, P.R. 00961, prof.juangonzalez@hotmail.com.

