

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de la afectación sexual de los pacientes con lesión medular ingresados al Centro de Rehabilitación Julio Díaz de La Habana, Cuba. 2015

Characterizing sexual involvement in patients with spinal cord injury admitted to the Julio Díaz Rehabilitation Center in Havana, Cuba. 2015

✉ Nohora Alejandra Guerrero Ferreira¹, ✉ José Julián Castillo Cuello²

RESUMEN

Introducción: la lesión medular es un proceso patológico que produce cambios de las funciones motoras, sensitivas y autónomas, por lo que afecta la sexualidad de la mayoría de las personas que la padecen. Sin embargo, aunque existen innumerables servicios para la rehabilitación de estos pacientes, los aspectos sexuales no son incorporados de manera sistemática.

Objetivo: Caracterizar la afectación sexual de los pacientes masculinos con lesión medular.

Material y método: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el Servicio de Lesión Medular del Centro de Rehabilitación Nacional Julio Díaz de la Habana, Cuba. El universo fue de 119 pacientes y la muestra la conformaron 20 de ellos. Se revisaron las historias clínicas individuales, se realizó entrevista y examen físico, se aplicó el Test de completamiento de frases de Rotter y se solicitó la composición de un párrafo proyectivo con la consigna "Mi sexualidad y yo".

Resultados: la lesión medular traumática fue más frecuente en los casos de menores de 40 años y en región torácica; un porcentaje significativo de pacientes perdieron a su pareja estable y, consecuentemente, fueron más proclives a no adaptarse psicológicamente. La lesión medular no afectó el deseo sexual, pero sí la respuesta sexual orgánica, lo que influyó de forma negativa en la autovaloración de su sexualidad. Los factores sociales negativos no son percibidos como circunstancias que afectan la sexualidad, a pesar de que plantean que el hacinamiento, las barreras arquitectónicas y las dificultades con el transporte influyen negativamente en su calidad de vida. La mayoría de los casos plantearon la necesidad de que sus problemas sexuales fueran atendidos.

Conclusiones: la Lesión Medular es una afección que altera de manera severa la sexualidad en su esfera biológica, psicológica y social, con independencia de la edad y el nivel de la lesión; sin embargo, la mayoría de los pacientes no reciben una atención apropiada a sus dificultades, hecho que constituye una deficiencia del proceso de rehabilitación.

Palabras clave: sexualidad; traumatismos de la médula espinal.

DOI: <http://dx.doi.org/10.28957/rcmfr.v29n1a6>



ABSTRACT

Introduction: spinal cord injury is a pathological process that produces changes in motor, sensory and autonomic functions, which affects the sexuality of most people who suffer from it. However, although there are innumerable services for the rehabilitation of these patients, sexual aspects are not systematically incorporated.

Autores:

¹Residente de tercer año de la especialidad Medicina Física y Rehabilitación. Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz, La Habana, Cuba.

²Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor auxiliar. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán Domínguez, La Habana, Cuba.

Correspondencia:

Nohora Alejandra Guerrero Ferreira
alejandragerroferreira@gmail.com

Recibido:

04.05.19

Aceptado:

09.06.19

Citación:

Guerrero Ferreira NA, Castillo Cuello JL. Caracterización de la afectación sexual de los pacientes con lesión medular ingresados al Centro de Rehabilitación Julio Díaz de La Habana, Cuba. 2015. 2019;29(1):40-51.

Conflictos de interés:
Ninguno declarado por los autores.

Objective: To characterize the sexual involvement of male patients with spinal cord injury.

Material and method: a descriptive cross-sectional observational study was performed at the Medullary Injury Service of the Julio Díaz National Rehabilitation Center in Havana, Cuba. The universe was composed by 119 patients and the sample was made up by 20 of them. Their individual medical records were reviewed, an interview and physical examination were performed, the Rotter Incomplete Sentences Blank test was applied and the subject were asked to complete the projective paragraph with the sentence «My sexuality and me».

Results: traumatic spinal cord injury was more frequent in cases under 40 and in the thoracic region; a significant percentage of patients lost their stable partner and, consequently, were more likely to not adapt psychologically. Their spinal cord injury did not affect their sexual desire rather the organic sexual response, which negatively influenced the self-assessment of their sexuality. Negative social factors are not perceived as circumstances that affect sexuality, although they suggest that overcrowding, architectural barriers and difficulties with transportation negatively influence their quality of life. Most cases reported that they needed to have their sexual problems treated.

Conclusions: medullary Injury is a condition that severely alters sexuality in its biological, psychological and social sphere, regardless of age and level of injury; however, most patients do not receive appropriate attention to their difficulties, a fact that constitutes a deficiency in the rehabilitation process.

Keywords: sexuality; Spinal Cord Injury.

DOI: <http://dx.doi.org/10.28957/rcmfr.v29n1a6>



INTRODUCCIÓN

La lesión medular (LM) es un proceso patológico que produce cambios de las funciones motoras, sensitivas y autónomas; estos cambios tienen diversas consecuencias psicosociales para la persona y su familia, destacándose entre ellas el menoscabo de la sexualidad.

Por lo general, cuando las personas (incluyendo a muchos profesionales) se refieren a la sexualidad lo hacen pensando, principalmente, en los vínculos de parejas, tanto eróticos como filiales, o en los atractivos corporales.

Sin embargo, la sexualidad es más que la respuesta sexual y las relaciones eróticas. El pleno desarrollo de la sexualidad depende de la consecución de necesidades humanas primordiales, tales como el deseo de contacto de intimar o de lograr placer, ternura y amor, o de la posibilidad de que el individuo se realice desde su posición de hombre o mujer en cualquier campo de su existencia. Su progreso, en todas las dimensiones de la vida es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social de una persona; en este sentido, es también un elemento importante a tener en cuenta cuando se valora la calidad de vida^{1,2}.

Como las secuelas de la LM afectan la sexualidad de la mayoría de las personas que las padecen, es necesario realizar una atención apropiada de esta esfera tan importante de la vida durante el proceso de rehabilitación, e incluso posteriormente^{3,4}. Sin embargo, aunque existen innumerables servicios de rehabilitación para el tratamiento de las personas con discapacidad, en la mayoría de ellos no se establecen procedimientos para la atención de sus dificultades sexuales y solo, en muy contadas situaciones, es abordada aisladamente por algunos expertos, en especial respecto al tratamiento de las dificultades de la respuesta sexual biológica.

Para llevar a cabo una atención sexual eficaz, es indispensable determinar las diversas circunstancias negativas de índoles biológico, psico-

lógico y social que afectan la sexualidad del individuo, y así incidir de forma positiva sobre las mismas para que los pacientes alcancen una sexualidad sana.

Es objetivo de esta investigación determinar los parámetros necesarios para realizar un diagnóstico eficaz de la afectación sexual del paciente con LM y, con ello, ayudar a confeccionar protocolos de actuaciones asistenciales de atención de la sexualidad que podrán ser utilizados por los profesionales encargados de la rehabilitación; de esta forma se podrá llenar el vacío que ha existido al respecto^{2,5-7}.

Teniendo en cuenta que una adecuada atención de la sexualidad de los pacientes con LM influye positivamente en el proceso de rehabilitación y mejora su calidad de vida, se plantea el siguiente problema científico: ¿cómo se afecta la sexualidad en los pacientes masculinos con LM que ingresan al Centro de Rehabilitación Julio Díaz de la Habana, Cuba?

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes ingresados en el servicio de LM del Centro de Rehabilitación Julio Díaz durante el segundo semestre del año 2015. El total de casos ingresados con LM de múltiples causas fueron 119 pacientes, de los cuales 20 conformaron la muestra final. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de sexo masculino, mayores de 18 años y con secuela de LM post-traumática que ingresaron en el período de tiempo establecido a la institución de estudio. Como criterios de exclusión se tuvieron: pacientes que no desearon participar en el estudio, con LM de menos de un año de evolución, que presentaran trastornos de la comunicación que impidieran interpretar o contestar las preguntas apropiadamente, con antecedentes de trastornos psiquiátricos o sexuales, que hubieran recibido algún tratamiento médico o quirúrgico que interfiriera o alterara la respuesta sexual y con antecedentes de enfermedades que pudieran

influir en la respuesta sexual biológica, tales como diabetes *mellitus* o hipertensión arterial.

El nivel e intensidad de la lesión se determinó según lo descrito en la escala de ASIA (American Spinal Injury Association)⁸, mientras que los datos para determinar el impacto personal (psicológico) y social sobre la sexualidad se obtuvieron por medio de una entrevista, el test proyectivo de completar frases de Rotter⁹ y la composición de un párrafo con la consigna “Mi sexualidad y yo”.

Los datos obtenidos mediante la entrevista y la revisión de la historia clínica fueron plasmados en una planilla de recolección de datos confeccionada para este fin. Para comprobar el estado del sistema nervioso autonómico simpático y parasimpático, y con ello inferir la posible respuesta sexual, se realizó un examen físico según se ha descrito en la literatura^{4,6,8,10,11}.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el programa Microsoft Excel y el Sistema Estadístico SPSS: se creó una matriz de datos en Excel donde cada columna era una variable y cada fila un paciente y se fue llenando la matriz de datos a medida que se obtenía la información.

Los porcentajes se utilizaron para realizar el procesamiento estadístico, mientras que para establecer la asociación entre variables y su comparación se usó la prueba de Chi cuadrado y la diferencia de porcentajes para muestras no independientes, ambas con certeza del 95 % y probabilidad de error con significación de 0.05. Para las variables cuantitativas se utilizó el promedio y la desviación estándar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se garantizó la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y de la información que se generó durante la ejecución del estudio. Se notificó que de ser necesaria la divulgación de los resultados se mediaría la decisión conjunta del paciente, autores e

institución, lo cual fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Científica del hospital donde se realizó la investigación. Ninguna información utilizada en el estudio reflejó algún dato o situación que pudiera identificar a las personas objeto del estudio.

La investigación se realizó con aquellos pacientes que desearon participar de forma voluntaria en el mismo y que lo manifestaron en el documento de consentimiento informado que fue firmado por ellos, por un testigo y por uno de los investigadores del proyecto. Quienes no desearon participar continuaron su tratamiento con el mismo rigor y profesionalidad, ya que su decisión no repercutió negativamente en su atención. Al paciente y su acompañante se les explicaron todos los aspectos relacionados con la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la población objeto de estudio predominaron los pacientes de 18 a 39 años (50 %), seguidos por los del grupo de 40 a 60 años (45%) y un solo individuo mayor de 60 años (5%). La mayoría de estudios a nivel mundial reportaron en sus muestras un promedio de edad de entre 28 y 33 años, lo que es comprensible si se tiene en cuenta que las LM fueron por causas traumáticas y es la población joven la que mayor riesgo de accidentalidad presenta al realizar actividades y labores que conllevan un mayor grado de peligro. Esta situación tiene importancia si se tiene en cuenta que ocurre en hombres jóvenes en etapa productiva de la vida¹²⁻¹⁶ (Tabla 1).

En cuanto al nivel de la lesión, se constató que las lesiones a nivel torácico fueron las más comunes, con un 70 % de incidencia del total; las lesiones cervicales y lumbares presentaron una frecuencia similar con 3 casos representando cada uno el 15 % del total de los pacientes. Este resultado coincidió con lo encontrado por Robles-Ortiz *et al.*¹⁷, quienes también evidenciaron un predominio de los niveles torácicos en el 46,9 % (30 casos).

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y nivel de la lesión.

Edades agrupadas	Nivel de la lesión						Total	
	Cervical		Torácica		Lumbar			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
18-39 años	3	15	5	25	2	10	10	50
40-60 años	0	0	8	40	1	5	9	45
≥61 años	0	0	1	5	0	0	1	5
Total	3	15	14	70	3	15	20	100

* Los porcentajes se calcularon con base en el total de los casos estudiados (20).

Fuente: Elaboración propia.

En el presente estudio, 10 pacientes (50 %) perdieron su relación después de la lesión y solo 5 (25 %) conservaban una pareja estable al momento de la investigación. Al aplicarse la prueba de independencia de Chi cuadrado con un grado de libertad, se estableció una $p=0.008$ y significativa al 95 % de certeza, lo que expresa que padecer una LM aumenta la probabilidad de perder la pareja; este hallazgo reprodujo los resultados obtenidos en otras investigaciones^{5,16,18,19} (Tabla 2).

Según el test de Rotter, 12 casos se valoraron como adaptados (60 %), encontrándose entre ellos ocho individuos sin pareja (66,7 %) y cuatro con pareja estable (33,3 %). Entre los inadaptados (40 % del total), solo se encontró un caso con pareja estable (12,5 %, $p=0.03$ y significativa al 95 % de certeza), lo que orienta a que los pacientes con pareja son más propensos a la adaptación psicológica (Tabla 3).

Disminuir el pesar y trabajar en favor de restablecer la vida y el auto sentido es un eje primordial dentro de los esfuerzos para lograr la mayor adaptación del paciente al nuevo estatus de vida^{3,11,20-22}. Entonces, si se tiene en cuenta que el hecho de perder una pareja estable después de una LM puede provocar estados de ánimo negativos (depresión, ansiedad, poca cooperación durante la rehabilitación, etc.) que, consecuentemente, pueden perjudicar el proceso de rehabilitación del individuo, es una necesidad objetiva abordar los aspectos sexuales con el afectado y su pareja desde el inicio de la rehabilitación y, de esta manera, tratar de prevenir o minimizar las circunstancias adversas que puedan llevar a la separación.

Cuando se analizó el impacto de la LM sobre la respuesta sexual se encontraron alteraciones de las funciones sexuales (disfunción

Tabla 2. Distribución de pacientes según estado civil antes y después de la lesión.

Estado civil	Antes de la lesión		Después de la lesión	
	n	% *	n	% *
Con pareja	15	75	5	25
Sin pareja	5	25	15	75
Total	20	100	20	100

* Los porcentajes se calcularon con base en el total de casos (20).

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Distribución de pacientes según adecuación psicológica acorde el test de Rotter y estado civil.

Estado civil	Adaptación psicológica				Total	
	Adaptado		Inadaptado			
	n	% *	n	% *	n	% *
Con pareja	4	33,3	1	12,5	5	25
Sin pareja	8	66,7	7	87,5	15	75
Total	12	60	8	40	20	100

* Los porcentajes se hallaron con base en la distribución de los casos en cada columna.

Fuente: Elaboración propia.

eréctil, eyaculatoria y orgásmica) en todos los niveles de lesión. Aunque la dificultad en la realización del coito no es una disfunción sexual como tal, ya que está muy vinculada con el estado motor del paciente, se presentó dificultad en esta, hallazgo que coincide con múltiples estudios^{4,5,10,11,18,23-30} y confirma, una vez más, que la LM afecta la respuesta sexual del paciente, con independencia del nivel y grado de lesión; esta circunstancia también ratifica la necesidad de instituir programas para la atención de esta importante esfera de la vida (Tabla 4).

Sin embargo, no hubo afectación del deseo en ninguno de los pacientes, hecho que era de esperarse ya que el mismo no se afecta de forma directa por el daño medular; no obstante, debe

señalarse que por los cambios personales y de la esfera social que suceden después de la lesión, muchos pacientes declaran una disminución del deseo de tener relaciones eróticas, por lo que al evaluar la esfera sexual deberá tenerse en cuenta esta posibilidad, aunque en la presente investigación no se haya visto, aparentemente, afectada.

Hay que destacar que, desde los inicios del estudio de esta problemática, muchas investigaciones sobre sexualidad en personas con LM son realizadas, fundamentalmente, desde la perspectiva médica y biológica, por lo que se enfocan en la descripción y en propuestas de atención de las dificultades de la respuesta sexual-fisiológica²³⁻³⁴. En tales investigaciones se toman poco en cuenta los aspectos psico-

Tabla 4. Distribución de pacientes según afectación de la respuesta sexual y nivel de la lesión medular.

Respuesta sexual	Nivel de la lesión						Total (n=20)	
	Cervical (n=3)		Torácica (n=14)		Lumbar (n=3)			
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Disfunción del deseo	0	0	0	0	0	0	0	0
Disfunción eréctil	2	66,7	10	71,4	3	100	14	70
Disfunción eyaculatoria incluyendo retroeyaculación	3	100	12	85,7	1	33,3	16	45
Disfunción orgásmica	3	100	11	64,3	3	100	17	75
Dificultad para realizar el coito	2	66,7	11	78,6	3	100	16	80

* Los porcentajes fueron calculados con base en el número de casos en cada columna.

Fuente: Elaboración propia.

sociales, que, como parte de la sexualidad humana, también pueden influir en su compensación o no. En esta investigación se inquirió, entonces, qué factores sociales podrían interferir en la expresión de sexualidad.

El 40 % de los pacientes evaluados no plantearon ningún aspecto social que influyera de manera negativa en su sexualidad; sin embargo, cuatro casos (20 %) se quejaron de que el hacinamiento perjudicaba sus vínculos, mientras que 15 % dijo tener dificultades con el transporte y la presencia de barreras arquitectónicas. Solo dos individuos (10 %) refirieron dificultades monetarias y, paradójicamente, solo uno (5 %) consideró la falta de esparcimiento como un elemento que perjudicaba su sexualidad (Tabla 5), a pesar de que la mayoría de ellos al ser entrevistados se quejaban de que no podían asistir a lugares de recreación y similares por su condición.

Como se planteó, ocho personas (40 %) declararon no tener elementos negativos del entorno que influyeran en su sexualidad. Este hallazgo corrobora que la mayoría de las personas conciben como sexualidad los aspectos eróticos y biológicos vinculados con la respuesta sexual y obvian, por desconocimiento, muchos elementos del entorno que influyen de manera negativa en la expresión sexual; de esta manera, no se percatan que en numerosas ocasiones es-

tos elementos son los que están, en realidad, afectando su desarrollo personal y social y por ende su sexualidad, más que los cambios biológicos que presenten.

Es importante, entonces, incluir los aspectos socioeconómicos en la atención de la sexualidad de los pacientes con LM e incidir de manera positiva sobre aquellos que ejercen una influencia negativa. Para este fin, las terapias colectivas o grupales son excelentes vías para tratar los problemas sexuales y los relacionados con la discapacidad. El grupo, con la diversidad de realidades, dilemas y estilos de vida, permite a los individuos confrontar sus experiencias, aciertos o fallos y adquirir nuevas herramientas para conformar sus vidas. En este tipo de terapias, cada individuo aprende del otro y, a su vez, se convierte en un “maestro” a partir de sus propias experiencias⁴.

La oportunidad para tener privacidad, comunicarse, visitar y reunirse en sociedad, ocasiones de ocio y esparcimiento son recursos críticos para que el individuo tenga acceso al menos a los aspectos básicos de las relaciones humanas y, con ello, mejorar las relaciones de pareja y su calidad de vida.

Al relacionarse las distintas formas de disfunción con la valoración individual de la sexualidad según el párrafo proyectivo “Mi

Tabla 5. Distribución de pacientes según los factores sociales planteados que interfieren en la expresión de su sexualidad.

Factores sociales *	Influencia en la sexualidad (n=20)	
	f	%
Ninguno	8	40
Barreras arquitectónicas	3	15
Transporte inapropiado	3	15
Hacinamiento (falta de privacidad)	4	20
Dificultades monetarias	2	10
Necesidad de ocio y esparcimiento	1	5

*No excluyentes.

Fuente: Elaboración propia.

sexualidad y yo”, se encontró que tres de los cinco pacientes que se valoraban como aceptables en esta esfera de la vida presentaban disfunción en todas las esferas (excepto en la del deseo) de forma equitativa. Entre los encuestados que clasificaron su sexualidad como regular, el 100 % tenía disfunción eréctil y eyaculatoria, mientras que el 90 % se aquejaba de disfunción orgásmica y dificultad para el coito. Todos los pacientes que valoraron su sexualidad como mala tenían disfunción en cada una de las esferas de la respuesta sexual, excepto en la del deseo (Tabla 6).

Estos resultados indican que muchos de los pacientes consideran la respuesta sexual orgánica como una condición indispensable para tener una sexualidad aceptable; en el caso de los cinco que la consideraban como tal, tres tenían pareja estable, por lo que esta

condición pudo incidir positivamente en su valoración.

Al valorar si el paciente había recibido atención de sus dificultades sexuales, se encontró que el 55 % nunca habían tenido alguna atención de este tipo, mientras que el grupo que sí refirió haber sido tratado manifestó que la atención la recibió del grupo de atención sexual que laboró en la presente investigación. No obstante, el 85 % de los pacientes considera necesaria la atención especializada, mientras que solo el 15 % planteó que no la requería, hecho que ilustra lo necesario de abordar este aspecto durante el proceso de rehabilitación (Tabla 7). Una revisión de la literatura sobre sexualidad en pacientes con LM que incluyó 75 artículos encontró que existe un déficit importante de accesibilidad a la educación sexual y de intervenciones clínicas en pacientes que habían pre-

Tabla 6. Distribución de pacientes de acuerdo a la autovaloración de la sexualidad según el párrafo proyectivo “Mi sexualidad y yo” y la afectación de la respuesta sexual.

Respuesta sexual *	Valoración de la sexualidad						Total (n=20)	
	Mala (n=5)		Regular (n=10)		Aceptable (n=5)		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Disfunción del deseo	0	0	0	0	0	0	0	0
Disfunción eréctil	5	100	10	100	3	60	18	90
Disfunción eyaculatoria incluyendo retroeyaculación	5	100	10	100	3	60	18	90
Disfunción orgásmica	5	100	9	90	3	60	17	85
Dificultad para realizar el coito	5	100	9	90	3	60	17	85

* No excluyente.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Distribución de pacientes según atención recibida y necesidad de atención.

Atención especializada	Recibió atención		Cree que necesita atención	
	n	%	n	%
Sí	9	45	17	85
No	11	55	3	15
Total	20	100	20	100

Fuente: Elaboración propia.

sentado este tipo de lesión³⁵; sin embargo, ni a los pacientes ni a los médicos, en primera instancia, les gusta discutir los asuntos sexuales a pesar de que está probada la utilidad de implementar tratamientos adecuados, sumado a una educación sexual apropiada para mejorar la autovaloración³⁶⁻⁴².

Por lo tanto, se reitera la importancia que tiene para los pacientes el abordaje integral de su sexualidad por personal capacitado y la poca frecuencia con que se aborda la misma.

CONCLUSIONES

La LM es una afección que altera de manera severa la sexualidad de las personas que la padecen en su esfera biológica, psicológica y social, con independencia de la edad y el nivel de la lesión; sin embargo, la mayoría de los pacien-

tes no reciben una atención apropiada a sus dificultades, a pesar de que los mismos refieren necesitarla. Tal comportamiento es una deficiencia durante la atención de rehabilitación de estos individuos.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos del paciente.

FINANCIACIÓN

Ninguna declarada por los autores.

AGRADECIMIENTOS

Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS

1. González HA, Castellanos SB. Sexualidad y Géneros: Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003.
2. Castillo-Cuello JJ. Acercamiento y problema sexual con las personas con discapacidad en salud, malestares y problemas sexuales. La Habana: CENESEX; 2013.
3. García-Carenas L, Alcedo-Rodríguez MA, Aguado-Díaz AL. La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial*. 2008;17(2):125-41.
4. Castillo-Cuello JJ: Discapacidad y sexualidad. Un acercamiento al diagnóstico y su atención. La Habana: CENESEX; 2006.
5. Castillo-Cuadros J, Tapia-Zambrano C. Sexualidad en el lesionado medular: caracterización de la población masculina en control en el Hospital del Trabajador de Santiago, Chile. *Rev Col Med Fis Rehab*. 2012;22(1):32-43.
6. Castillo-Cuello JJ. Enfoques para una atención integral de la sexualidad de las personas con discapacidad. *Revista Sexología y Sociedad*. 2010; 43 (16): 4-12. Versión digital Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/396/438>
7. Castillo J J, Figueredo L, Infante I, Cano A M. Discapacitados en la comunidad. Programas de educación sexual. *Sexología y sociedad*. 1997; año 2 (9): 35-37. Versión digital Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/143/184>
8. American Spinal Injury Association (ASIA). *International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*. Chicago: ASIA; 2002.
9. Martínez-Angulo MR. *Manual de técnicas de exploración psicológica*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2013.
10. Bors E, Comarr AE. Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury. *Urol Surv*. 1960;110:191-221.
11. DeForge D J y colaboradores. Male erectile dysfunction following spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord* 2006; 44: 465-73.
12. Franceschini M, Di Clemente B, Rampello A, Nora M, Spizzichino L. Longitudinal outcome 6 years after spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2003;41(5):280-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3101457>.
13. Sipski ML, Jackson AB, Gómez-Marín O, Estores I, Stein A. Effects of gender on neurologic and functional recovery after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(11):1826-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.04.031>.
14. Bloemen-Vrencken JH, De Witte LP, Post MW, van den Heuvel WJ. Health behaviour of persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2007;45(3):243-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101967>.
15. Liang HW, Wang YH, Lin YN, Wang JD, Jang Y. Impact of age on the injury pattern and survival of people with cervical cord injuries. *Spinal Cord*. 2001;39(7):375-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.sc.310116910.1038/sj.sc.3101967>
16. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan*. 2010;10(2):157-72
17. Robles-Ortiz J, González-Roig JL, Saborit-Oliva Y, Machado-Moreno L, Jacas-Prado D. Epidemiología de la lesión medular traumática. *Rev Cub de Med Fis y Rehab*. 2012 [citado 2019 jul 18];4(2):85-94. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_4_2_12/mfr02212.pdf.
18. Rodríguez-Castiñeira R, Jiménez-Morales RM, Cordero-Montes R, Brunet-Gómez D, Macías-Delgado Y. Conducta sexual en hombres con lesión medular traumática. *Gac Méd*. 2014 [citado 2015 sep 22]16(1):12-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v16n1/gme03114.pdf>.

19. Franco-Chacón N, Aguilar-Chavarría E, García-Rojas V, Gómez-Montoya L, Jiménez-Quesada G, Quiñones-Corrales E, et al. Abordaje de la sexualidad en el proceso de rehabilitación de personas con lesión medular. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 2009 [citado 2015 sep 22];16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5021221>.
20. Elliott TR, Frank RG. Depression following spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77(8):816-23. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(96\)90263-4](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(96)90263-4).
21. Kalpakjian CZ, Albright KJ. An examination of depression through the lens of spinal cord injury. Comparative prevalence rates and severity in women and men. *Womens Health Issues* 2006;16(6): 380-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.08.005>.
22. González-Noriega MM. Depresión y otras variables psicológicas en el proceso de adaptación a la lesión medular [tesis]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2014 [citado 2019 jul 18]. Disponible en: <http://gedos.usal.es/xmlui/handle/10366/125488>
23. Dimitriadis F, Karakitsios, Tsounapi P, Tsambalis S, Loutradis D, Kanakas N, et al. Erectile function and male reproduction in men with spinal cord injury: a review. *Andrologia*. 2010;42(3):139-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2009.00969.x>.
24. Rahimi-Movaghar V, Vaccaro AR. Management of sexual disorders in spinal cord injured patients. *Acta Med Iran*. 2012 [citado 2015 sep 22];50(5):295-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22837080>.
25. Tsuji I, Nakajima F, Morimoto J, Nounaka Y. The sexual function in patients with spinal cord injury. *Urol Int*. 1961;12:270-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000277578>.
26. Alexander M, Rosen RC. Spinal cord injuries and orgasm: a review. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(4):308-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0092623080209634110.1159/000277578>.
27. Alexander CJ, Sipski ML, Findley TW. Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury. *Arch Sex Behav*. 1993;22(3):217-28. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/bf01541767>.
28. Dahlberg A, Alaranta HT, Kautiainen H, Kotila M. Sexual activity and satisfaction in men with traumatic spinal cord lesion. *J Rehabil Med*. 2007;39(2):152-5. Disponible en: <https://doi.org/10.2340/16501977-0029>.
29. Talbolt HS. The sexual function in paraplegia. *J Urol*. 1995;73(1):91-100. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)67370-1](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)67370-1).
30. Hess MJ, Hough S. Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application. *J Spinal Cord Med*. 2012; 35(4):211-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1179/2045772312Y.0000000025>.
31. Fitzpatrick WF. Sexual function in the paraplegic patient. *Arch Phys Med Rehabil*. 1974;55(5):221-27.
32. Munro D, Horne HW, Paul DP. The effect of injury to the spinal cord and cauda equina on the sexual potency of men. *N Engl J Med*. 1948;239(24):903-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM194812092392401>.
33. Sandowsky C. Sexuality and the paraplegic. *Rehabilitation Literature*. 1976;37(10-11): 322-7.
34. Zeitlin AB, Cottrell TL, Lloyd F. Sexology of the paraplegic male. *Fertil steril*. 1957; 8 (4): 337-344. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)32763-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)32763-7).
35. Sunilkumar MM, Boston P, Rajagopal MR. Sexual Functioning in Men Living with a Spinal Cord Injury-A Narrative Literature Review. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(3):274-81. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.164886>.
36. Singh U, Gogia VS, Handa G. Occult problem in paraplegia- A case report. *Indian J Phys Med Rehabil*. 2002;13:19-23.
37. Ostrander N. Sexual pursuits of pleasure among men and women with spinal cord

- injuries. *Sex Disabil.* 2009;27(1):11-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9103-y>.
38. Sharma SC, Singh R, Dogra R, Gupta SS. Assessment of sexual functions after spinal cord injury in Indian patients. *Int J Rehabil Res.* 2006;29(1):17-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.mrr.00001855947.56810.fc>.
39. Barbonetti A, Cavallo F, Felzani G, Francavilla S, Francavilla F. Erectile dysfunction is the main determinant of psychological distress in men with spinal cord injury. *J Sex Med* 2012; 9:830-6.
40. Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79:1433-9.
41. Castillo Cuello JJ. Los senderos del placer. Editorial CENESEX. La Habana, 2011.
42. Cobo Cuenca A I y cols. Calidad de vida del varón con lesión medular traumática y disfunción sexual. *Enfermería Clínica* 2012; 22(4):205-8.