

Trabajo Original

Hospital Provincial de Rehabilitación Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spíritus

Conducta sexual en hombres con lesión medular traumática

Sexual behavior in men with spinal cord injury

Dr. Ricardo Rodríguez Castiñeira¹, Lic. Rodney Mauricio Jiménez-morales², Lic. Roger Cordero Montes³, Lic. Diego Brunet Gómez⁴, Lic. Yanet Macías Delgado⁵

Especialista de 1er grado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Hospital Provincial de Rehabilitación Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spíritus. Cuba.¹ Email: ricardo.rodriguez@ssp.sld.cu

Licenciado en Psicología. Máster en Psicología Médica. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial de Rehabilitación Dr. Faustino Pérez Hernández y Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Cuba.²

Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación. Máster en Medicina Bioenergética y Naturalista en APS. Profesor Asistente. Hospital Provincial de Rehabilitación Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spíritus. Cuba.³

Licenciado en Cultura Física. Profesor Asistente. Hospital Provincial de Rehabilitación Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spíritus. Cuba.⁴

Licenciado en Psicología. Profesor Instructor. Hospital Provincial de Rehabilitación Dr. Faustino Pérez Hernández de Sancti Spíritus. Cuba.⁵

RESUMEN

Los trastornos sexuales en lesionados medulares y su terapéutica es un problema de salud manifestado desde tiempos remotos. **Objetivo:** describir el comportamiento sexual en hombres con lesión medular traumática. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo transversal a una muestra de 50 hombres. Se aplicó una entrevista clínica y un examen físico exhaustivo que incluyó la escala de American Association Spinal Injuries. **Resultados:** predominaron pacientes jóvenes y la mayoría después de la lesión tuvo como una de las consecuencias el divorcio. Relacionado con el nivel de intensidad de la lesión prevaleció la lesión medular completa por encima de D10 y el deseo sexual se mantuvo intacto en casi todos los pacientes. La mayoría de ellos no experimentó erección, emisión, eyaculación y orgasmo, además la frecuencia del coito disminuyó en casi todos los pacientes, el tiempo demorado en iniciar el coito fue entre 1 y 2 años de la lesión. La variante sexual más usada fue el sexo oral. **Conclusiones:** se mostraron alteraciones sexuales debido a causas orgánicas en la totalidad de la muestra. Todos los pacientes consideraron necesario incluir la orientación sexual en el programa de rehabilitación.

DeCS: TRAUMATISMOS DE LA MÉDULA ESPINAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL/complicaciones, CONDUCTA SEXUAL

Palabras clave: lesión medular, médula espinal, disfunción sexual, conducta sexual

SUMMARY

Sexual disorders in spinal cord injured patients and their therapy is a health problem stated since ancient times. **Objective:** to describe sexual behavior in men with spinal cord injury (SCI). **Methodology:** a descriptive cross-sectional study was made on a sample of 50 men. A clinical interview and a thorough physical examination including the scale of American Association Spinal Injuries were applied. **Results:** young patients predominated and most had the divorce as a consequence after injury. According to the intensity level of the lesion complete spinal cord prevailed above D10 and sexual desire remained intact in almost all patients. Most patients had no erection, emission, ejaculation and orgasm, coital frequency also decreased in almost all patients, delayed start time intercourse was between 1 and 2 years of the injury. The most used sexual variant was oral sex. **Conclusions:** sexual dysfunction due to organic causes in the whole sample was shown. All patients considered necessary to include sexual orientation in the rehabilitation program.

MeSH: SPINAL CORD INJURIES, ERECTILE DYSFUNCTION/complications, SEXUAL BEHAVIOR

Keywords: spinal cord injury, spinal cord, sexual dysfunction, sexual behavior

INTRODUCCIÓN

Los lesionados medulares constituyen una de las causas más frecuentes de discapacidad a escala mundial, y es la causa traumática la responsable del mayor por ciento de los casos¹.

Se estima que entre 7000 y 10 000 personas sufren cada año lesiones medulares en el mundo. En países como Estados Unidos, España y Francia la incidencia es de 20 a 40 por un millón de habitantes, es cuatro veces más frecuentes en varones que en hembras y aunque puede estar presente en todas las edades, el mayor número de lesiones ocurre entre los 20 y 30 años de edad. En este sentido, un 80 % de los individuos afectados son menores de 45 años, y la edad promedio es de 25 años. El 54 % de las lesiones medulares son completas y el 82 % son del sexo masculino^{2,3}.

Estudios realizados en España arrojaron una incidencia de 800 y 1000 casos al año. El mayor porcentaje se produce en el rango de edad de 20 a 40 años, de ellas casi el 80 % son varones y el 70 % son de causa traumática⁴. En la actualidad la esperanza de vida de los pacientes con déficit motor secuelar es similar a la del resto de la población, gracias al perfeccionamiento de los cuidados y procedimientos médicos en general. Asimismo, las acciones médicas no van solo dirigidas a salvar la vida del paciente sino también incorporarlos a la vida socialmente útil, aspecto en el cual la rehabilitación juega un papel esencial⁵.

Entre los principales problemas presentados por estos pacientes se encuentran, los trastornos de la esfera sexual, lo que convierte la rehabilitación de los mismos en una tarea ardua, compleja y prolongada. La terapia sexual de los lesionados medulares puede considerarse como una disciplina joven que permite luchar contra la ignorancia y el rechazo al tema referente a la sexualidad. Por consiguiente, en los últimos años se han aunado esfuerzos y talentos para la realización de programas y procedimientos que abren perspectivas de esperanza para miles de esos seres humanos. Muchos autores consideran que la mayoría de los pacientes lesionados medulares desconocen su capacidad sexual y reproductiva porque la información que reciben los inhibe de explorar vías de gratificación posibles para ellos⁶⁻⁹. Se habla mucho de la necesidad de nuevas actitudes para ver el sexo de otra manera, pero poco de los conceptos. Los conceptos no suelen tener aceptación en un campo como el del sexo que se aprecia que valor no es la teoría sino la práctica. De esa forma (ha erigido en la teoría una práctica sin pensamiento). Los cambios producidos durante los últimos siglos han sido grandes; y el apego a los sistemas antiguos impide

con frecuencia establecer formulaciones claras de una serie de innovaciones que, por otra parte, es una cuestión de conceptos¹⁰, es decir hay tabúes que no permiten explorar nuevas situaciones.

La educación sexual desde la idea moderna del sexo es la guía para una modernización en el tema. El asesoramiento sexual es el formato de trabajo que cuenta con estas transformaciones de la educación de los sexos para una nueva forma de conducirse entre ellos. A los sexólogos se les confunde, en ocasiones, con reparadores de disfunciones sexuales a partir de las ideas y los modelos antiguos. La idea moderna de los sexos ha ofrecido un horizonte nuevo desde el cual intervenir y este es su máspreciado contenido tanto teórico como práctico.

Al analizar las consecuencias sexuales en los lesionados medulares se encuentra que todos aquellos que han tenido una personalidad premórbida con déficit en su imagen corporal y baja autoestima presentan más dificultades para reconectarse con la vida sexual luego de haber sufrido una lesión medular. Aquellos que se interesan por mejorar su vida sexual en su gran mayoría refieren haber recibido información insuficiente e inexacta durante su período de rehabilitación¹¹.

El poco conocimiento sobre la sexualidad de los lesionados medulares y la limitada información relacionada con esta problemática en Cuba motivaron a realizar un estudio que tuvo como objetivo describir el comportamiento sexual en hombres mayores de 15 años lesionados medulares traumáticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal dirigido a caracterizar el comportamiento sexual en hombres con lesión medular traumática ingresados en el Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz".

La población estuvo constituida por 215 pacientes con lesión medular ingresados en este Centro de Ciudad de la Habana, en el período comprendido entre enero de 2003 y abril de 2004. La selección de la muestra se realizó a partir de un muestreo no probabilístico, conformado por 50 pacientes del sexo masculino que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se estudiaron los pacientes solo del sexo masculino ya que la muestra del sexo femenino no fue suficiente en el tiempo estudiado por su menor frecuencia y no era factible la comparación.

Criterios de inclusión:

- pacientes mayores de 15 años de edad.
- pacientes que no hayan tenido enfermedades que interfieran en la sexualidad (rizotomía anterior, neurotomía del pudendo, alcoholismo, diabetes, etc).
- pacientes que hayan tenido relación sexual antes y después de la lesión medular.
- pacientes con un tiempo mínimo de evolución mayor de 6 meses de la lesión.

Los métodos y técnicas utilizados en el estudio fueron la entrevista clínica y examen físico para determinar nivel e intensidad de la lesión según escala de ASIA (American Association Spinal Injures), con el propósito de explorar las diferentes variables del estudio como fueron tiempo demorado en iniciar el coito, emisión, erección, eyaculación, orgasmo, satisfacción sexual, orientación sexual, otras variantes sexuales, entre otras.

La información se obtuvo mediante la realización de un examen físico exhaustivo, revisión de las historias clínicas de estos pacientes y una entrevista clínica realizada por el especialista de Medicina Física y Rehabilitación en las salas de pacientes con lesión medular del Centro Nacional de Rehabilitación, llenando así la guía confeccionada al respecto. La entrevista se realizó de forma

oral con privacidad y antes de ser aplicada se le informó al paciente el propósito del trabajo y su importancia, así como los términos utilizados de difícil comprensión.

Los resultados se dieron a través de medidas de resumen para variables cualitativas.

RESULTADOS

En cuanto a la edad (tabla 1) se observó un predominio de 20 a 29 años para un 30 % de la muestra, seguidos por el grupo de más de 50 años con 10 pacientes para un 20 %. Este último grupo, debido a que es de mayor rango de edades, sufrieron el trauma en edades jóvenes y tienen un tiempo de lesión amplio. Finalmente 46 de los pacientes estaban casados antes de la lesión, resultando divorciados posterior al trauma 24 de ellos para un 52 %.

Tabla 1: Pacientes según edad y estado marital

Edad Variables	15-19	20-29	30-39	40-49	50 y más	Total	%
No casados	2	1	1	0	0	4	8
Casados antes de la lesión	5	14	9	8	10	46	92
Divorciados después de la lesión	3	8	4	5	4	24	52

Fuente. Historia Clínica y Entrevista.

En la tabla 2 se muestra la clasificación de los niveles de la lesión. En cuanto a intensidad de lesión, se identificó un predominio en el 84% de los casos clasificadas en la escala de ASIA A (Lesiones medulares completas), seguido por lesiones incompletas en 8 pacientes clasificados en la escala ASIA B, C y D respectivamente.

Teniendo en cuenta el nivel de lesión se observó un predominio del nivel alto por encima de D10 con 39 pacientes que representa el 78 % de la muestra estudiada.

Tabla 2: Pacientes según edad, intensidad de la lesión según la escala de ASIA y nivel de lesión.

Edad Clasificación	15-19	20-29	30-39	40-49	50 y más	Total	%
A	5	12	8	7	10	42	84
B	1	2	2			5	10
C	1	1				2	4
D				1		1	2
E							
Lesiones altas por encima de D10	6	12	7	6	8	39	78
Lesiones bajas por debajo de D10	1	3	3	2	2	11	22

Fuente. Historia clínica y examen físico.

En la tabla 3 se mostró que el 98 % de los casos mantuvo el deseo sexual igual que antes de la lesión, incluso hubo un caso que refiere que este deseo aumento. Por otra parte la investigación constató ausencia de erección en el 46 % de la muestra objeto de estudio, seguido de los que tuvieron ambos tipos de erección con un 20 %. Asimismo, la emisión no ocurrió nunca en el 66 % de los pacientes y solo el 34 % la presentó.

Otro dato de interés clínico se relacionó con la eyaculación donde los resultados fueron que el 74 % de los pacientes no obtuvo eyaculación.

Relacionado con el orgasmo, antes de la lesión lo habían percibido el 100 % de los pacientes. Sin embargo, después de la lesión solo el 26 % lo percibió. Por otra parte, la frecuencia del coito disminuyó marcadamente en el 80 % y con ninguna frecuencia de relación sexual se presentaron en el 20 % de los casos.

Tabla 3: Distribución de la respuesta sexual de pacientes según variables.

Variables	Edad	15-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 más años	Total	%
Deseo sexual	Igual	7	14	10	8	10	49	98
	Mayor		1				1	2
	Menor							
Erección	Psíquica	1	4	2	0	2	9	18
	Refleja	1	2	1	2	2	8	16
	Ambas	0	3	3	2	2	10	20
	Ninguna	5	6	4	4	4	23	46
Emisión	Si	3	6	4	1	3	17	34
	No	4	9	6	7	7	33	66
Eyaculación	Si	3	7	2	1	0	13	26
	No	4	8	8	7	10	37	74
Presentaron orgasmo	Antes de lesión	7	15	10	8	10	50	100
	Después de lesión[r1]	1	7	3	1	1	13	26
Frecuencia del coito	Igual	0	0	0	0	0	0	0
	Mayor	0	0	0	0	0	0	0
	Menor	5	13	8	7	7	40	80
	Ninguna	2	3	2	1	1	10	20

Fuente. Historia clínica, entrevista.

En el estudio, de acuerdo con el tiempo demorado en iniciar el coito, se mostró un predominio del grupo entre uno y dos años de la lesión con 22 pacientes que representó el 44 % de la muestra en estudio (tabla 4). Seguido por el grupo de menos de un año de la lesión con 15 pacientes para un 30 %.

Se identificaron otras variantes de relaciones sexuales que los pacientes utilizaron como alternativa orientadas hacia la satisfacción de sus necesidades. En este sentido, predominó el sexo oral representado por el 40 % del total, la masturbación (32 %) y las caricias (18 %) respectivamente. Solo el 10 % de los pacientes no practicó ningún tipo de variante sexual y el 8 % había recibido orientación sexual considerándolo necesario el 100 % de la muestra.

Tabla 4: Describir la relación entre tiempo en iniciar el coito, otras variantes sexuales y orientación sexual según edad.

Variables		Edades	15-19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 y más	Total	%
coito - de 1 año			2	3	4	3	3	15	30
Coito entre 1-2 años			4	8	3	3	4	22	44
Coito + de 2 años			1	4	3	2	3	13	26
Otras variantes sexuales	Sexo oral		3	6	4	3	4	20	40
	Masturbación		1	5	3	3	4	16	32
	Caricias		0	4	2	2	1	9	18
	Ninguna		3	0	1	0	1	5	10
Recibió orientación sexual			0	2	2	0	0	4	8
Lo considera necesario			7	15	10	8	10	50	100

Fuente. Historia clínica, entrevista.

DISCUSIÓN

En el estudio se evidenció un predominio de la población joven que de unir los grupos etáreos constituirían casi la totalidad de los casos, teniendo en cuenta que el grupo de 50 y más años, el tiempo de lesión es mayor, es decir la lesión se presentó en edades jóvenes. Estos resultados coinciden con autores como Perrin J, que encontró que el 80 % de los individuos afectados son menores de 45 años y el 82 % son hombres. La lesión medular es un padecimiento que se presenta a cualquier edad, aunque predomina en adultos jóvenes si se tiene en cuenta que el mayor porcentaje es de causa traumática y el mayor riesgo de accidentalidad es en hombres jóvenes en etapa productiva de la vida¹²

Por otra parte, se identificó en la investigación que el estado marital de los pacientes antes y después de la lesión coincidió con criterios de Perrin Saias y Maqnan¹² que plantearon que el matrimonio se comporta como la ocupación, es decir se va perdiendo en la medida que evoluciona el tiempo de lesión y se observa la no recuperación, llegando a convertirse en una carga a la familia. En cuanto al nivel e intensidad de la lesión, hallazgos evidenciados por Dimitriadis F¹³, coinciden que el mayor número de pacientes sufre lesiones medulares completas y altas si se tiene en cuenta además que un número importante de estas fallecen con niveles de lesión alto por encima de C4.

La respuesta sexual en el estudio coincide en cuanto a deseo sexual y erección que se mantiene como antes de la lesión y se presenta en la mitad de los casos respectivamente. La emisión y eyaculación no se presentaron en la mayoría de los pacientes del estudio. Otros autores refieren que se presenta en más de la mitad de los casos y en un por ciento mayor si recibieron orientación sexual^{13,14}.

En el presente estudio se mostró como el orgasmo lo experimentó la minoría de la muestra a pesar que muchos de ellos tuvieron coito después de la lesión aunque con menor frecuencia. Los resultados son consistentes con hallazgos científicos que refieren que en la medida que los lesionados reciben orientación, clases prácticas, talleres de sexualidad, etc. son capaces de aumentar estas respuestas^{7, 13, 14}.

El tiempo demorado en iniciar el coito predominó en el grupo entre uno y dos años de evolución de la enfermedad, lo que no coincide con revisiones realizadas en casos que si recibieron orientación sexual, mientras que aquellos que no la recibieron sí coinciden con la muestra en estudio. La mayor parte de los pacientes practicó el sexo oral como variante sexual, seguido de masturbación, así se presentó en el estudio, planteando estas en primer lugar seguidas por un sin número de otras variantes. El total de los pacientes considera necesario que se debe incluir la educación sexual dentro del programa de rehabilitación integral del lesionado medular desde su inicio ayudándolos a aumentar su calidad de vida^{12,15}. Es pertinente la investigación por el valor que se considera en la esfera psicológica del lesionado medular para el mejoramiento de la calidad de vida e incorporación al medio circundante. Comprender y manejar estos conflictos internos en los pacientes por parte del personal de salud estimularía la confianza y la autonomía en el lesionado medular. En este sentido, se recomienda hacer otros estudios prospectivos e implementación de programa intervención con vistas a buscar conclusiones que ayuden a aumentar la calidad de vida en estos pacientes tan limitados.

CONCLUSIONES

En el estudio se identificó un predominio de la población joven con lesiones altas y completas, muchos de ellos sufrieron divorcio después de la lesión y el tiempo demorado en iniciar el coito fue entre 1 y 2 años. El sexo oral fue la variante sexual más utilizada y un mínimo de los pacientes habían recibido orientación sexual aunque la totalidad lo considera de vital importancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matthews WB. Enfermedades de la médula espinal. Ed. Scout B. Prices. Medicina Interna. 12 ed. España: Espaxs, 1982; t-2: 1769- 76.
2. Jeong SJ, Cho SY, Oh SJ. Spinal cord/brain injury and the neurogenic bladder. *Urol Clin North Am* [internet];. 2010 Nov [citado 23 ene 2014];37(4):537-46. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20955905>.
3. Giuliano F, Sanchez- Ramos A, Lochner- Ernst D. Efficacy and safety of tadalafil in men with erectile dysfunction following spinal cord injury. *Arch Neurol* [internet]. 2007 Nov [citado 23 ene 2014]; 64(11): 1584-92. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
4. Giuliano F, Hultling C, El Masry WS, Smith MD, Osterloh IH, Orr M, et al. Randomized Trial of Sildenafil for the treatment of Erectile Dysfunction in Spinal Cord Injury. Sildenafil Study Group. *Ann Neurol* [internet]. 1999 [citado 23 ene 2014]; 46(1):15-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
5. Soler JM, Previnaire JG. Ejaculatory dysfunction in spinal cord injury men is suggestive of dyssynergic ejaculation. *Eur J Phys Rehabil Med* [internet]. 2011 Dec [citado 23 ene 2014];; 47(4): 677-81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22222964>.
6. Brackett NL, Lynne CM. Treatment of infertility in men with spinal cord injury. *Nat Rev Urol* [internet];. 2010 Mar [citado 23 ene 2014];7(3):162-72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20157304>.

7. Castillo JJ, Mena P.O. Disfunciones sexuales en los discapacitados físicos motores. Sexología y sociedad. Cuba. 1995; 1(3): 34-5.
8. Lombardi G, Nelly F. Treating erectile dysfunction and central neurological diseases with oral phosphodiesterase type 5 inhibitors. Review of the literature. J Sex Med [internet]. 2012 Apr [citado 3 ago 2013]; 9(4):970-85. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
9. Rahimi-Movaghar V, Vaccaro AR. [Management of sexual disorders in spinal cord injured patients](#). Acta Med Iran [internet].2012 [citado 3 ene 2014];50(5):295-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
10. Cobo-Cuenca AL, Serrano-Selva JP. Quality of life of males with spinal cord injury and sexual dysfunction. Enferm Clin [internet].2012 Jul-Aug [citado 3 ene 2014]; 22(4): 205-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
11. Morales AM, Casillas M, Turbi C. Patients' preference in the treatment of erectile dysfunction. Int J Impot Res [internet]. 2011 Jan-Feb [citado 3 ene 2014];23(1):1-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21191396>.
12. Perrin J, Saïas-Magnan J, Lanteaume A, Thiry-Escudié I, Serment G, Bladou F, et. al. [Initial results of a novel technique for sperm retrieval in male infertility due to refractory retrograde ejaculation](#). Prog Urol [internet]. 2011 Feb [citado 3 ene 2014]; 21(2):134-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
13. Dimitriadis F, Karakitsios. [Erectile function and male reproduction in men with spinal cord injury: a review](#). Andrologia [internet]. 2010 Jun [citado 3 ene 2014]; 42(3): 139-65. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
14. Rizion N, Tranc, Sorenson M. Efficacy and satisfaction rates of oral PDE5is in the treatment of erectile dysfunction secondary to spinal cord injury. Spinal Cord Med [intenet]. 2012 Jul [citado 3 ene 2014]; 35(4): 219-28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
15. Ditunno IF, Cardenas DD, Formal C, Dalal K. Advances in the rehabilitation management of acute spinal cord injury. Handb Clin Neurol [internet]. 2012[citado 3 ene 2014]; 109:181-95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Recibido: 06/05/2013

Aprobado: 07/03/2014