

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**IMPACTO EN LA SEXUALIDAD TRAS UN  
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

IMPACT ON SEXUALITY AFTER A TRAUMATIC BRAIN  
INJURY



Universidad Autónoma de Madrid

Grado de Enfermería

Curso 2021-2022

**Autora:** Marina Zancajo Alejandre

**Tutora:** Lara Edurne González Castellanos



## Resumen

**Introducción:** La sexualidad tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) resulta olvidada y estigmatizada. Sin embargo, es una necesidad inherente y esencial en el ser humano y, por ende, los afectados necesitan satisfacerla al igual que el resto de la población.

**Objetivo:** Analizar la evidencia científica acerca del impacto en la sexualidad de un TCE que genera una lesión cerebral en personas adultas.

**Metodología:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa en ocho bases de datos, utilizando tanto lenguaje libre como controlado y combinándolos mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. La búsqueda se limitó a documentos publicados en los últimos 10 años y en los idiomas español e inglés.

**Resultados y conclusiones:** Se seleccionaron 23 artículos, de los que se concluye que, tras un TCE que genera una lesión cerebral, se producen multitud de cambios biopsicosociales que afectan directamente a la sexualidad del individuo y a las personas que le rodean. Además, existen distintos factores que pueden determinar su desarrollo sexual y sobre los que es importante actuar. Las víctimas del TCE reciben muy poca educación afectivo-sexual tras el incidente y los profesionales sanitarios refieren una baja formación sobre el tema. Hay que continuar investigando sobre esta materia y el papel que la enfermera tiene en él.

**Palabras claves:** sexualidad, traumatismos craneoencefálicos, daño cerebral, familia, parejas, profesionales sanitarios, enfermería.

## **Abstract**

**Background:** Sexuality after a traumatic brain injury (TBI) is forgotten and stigmatized. However, it is an inherent and essential need in human beings and, therefore, affected people need to satisfy it just like the rest of the population.

**Objective:** To analyze the scientific evidence about the impact on sexuality of a TBI that generates a brain injury in adults.

**Methods:** A narrative literature review was carried out in eight databases, using free and controlled terms and combining them through the boolean operators “AND” and “OR”. The research was limited to documents published in the last 10 years and Spanish and English languages.

**Results and conclusions:** 23 articles were selected, from which it is concluded that after a TBI, a multitude of biopsychosocial changes occurs that directly affect the sexuality of the individual and the people around him. In addition, different factors can determine their sexual development and on which it is important to act. Brain injury victims receive very little affective-sexual education after the incident and health professionals report low training on the subject. It is necessary to continue researching this matter and nurse’s role in it.

**Keywords:** sexuality, traumatic brain injuries, brain injury, family, spouses, health personnel, nursing.

## Índice de contenido

|   |    |
|---|----|
| 1. Estado de la cuestión .....                    | 1  |
| Diversidad funcional.....                         | 1  |
| Daño Cerebral Adquirido.....                      | 1  |
| Traumatismo Craneoencefálico .....                | 2  |
| Sexualidad Humana .....                           | 5  |
| Sexualidad Humana y Daño Cerebral Adquirido ..... | 6  |
| Familia y Daño Cerebral Adquirido .....           | 7  |
| Enfermería y Daño Cerebral Adquirido.....         | 8  |
| 2. Justificación.....                             | 9  |
| 3. Objetivos general y específicos .....          | 9  |
| 4. Metodología.....                               | 10 |
| 5. Resultados.....                                | 16 |
| 6. Discusión .....                                | 26 |
| 7. Conclusiones.....                              | 37 |
| 8. Agradecimientos.....                           | 39 |
| 9. Bibliografía.....                              | 40 |
| 10. Anexos .....                                  | 45 |
| Anexo I. Escala de Coma de Glasgow.....           | 45 |

## Índice de tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Términos de búsqueda en lenguaje libre, DeCS y MeSH .....                       | 11 |
| Tabla 2. Resultados de los artículos encontrados en las bases de datos.....              | 14 |
| Tabla 3. Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa ..... | 18 |

## Índice de figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos .....                    | 13 |
| Figura 2. Países de origen de los artículos seleccionados para la revisión narrativa. .... | 16 |

## **Glosario de abreviaturas**

DCA - Daño Cerebral Adquirido

TCE – Traumatismo Craneoencefálico

TBI – Traumatic Brain Injury

GCS – Escala de Coma de Glasgow

DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH - Medical Subject Headings



# **1. Estado de la cuestión**

## **Diversidad funcional**

Por primera vez, en 2005, el Foro de Vida Independiente introduce el término de diversidad funcional refiriéndose a todas las personas que tienen características diferentes y que, por tanto, no realizan las funciones o actividades de la vida cotidiana de la misma manera que la mayoría de las personas o precisan de otros sujetos para llevarlas a cabo (1).

Este concepto se establece con el fin de eliminar la connotación negativa tradicionalmente atribuida a este colectivo y que se ve representada por el uso de términos despectivos como minusválido, discapacitado, anormal, dependiente, enfermo, etc. (2).

Mediante la modificación del lenguaje, el cual orienta la forma de pensar, se busca prevenir la exclusión social y la discriminación a la que se ven expuestas estas personas. Además de darle una nueva visión social a esta comunidad, no tratando su diferencia como una carencia, sino añadiéndole un significado positivo de diversidad, valor que aporta un enriquecimiento al mundo (1). De este modo, se consideran igual de valiosas todas las expresiones posibles de funcionamiento y se exige el respeto a la dignidad de todos los seres humanos (2).

## **Daño Cerebral Adquirido**

El daño cerebral adquirido (DCA) o daño cerebral sobrevenido consiste en toda lesión producida en un cerebro previamente desarrollado y posterior al nacimiento del individuo, provocando una alteración en su estructura y funcionamiento de forma temporal o permanente (3,4).

Las principales causas que pueden provocar el daño cerebral sobrevenido son, en primer lugar, el ictus o accidente cerebrovascular y, a continuación, el traumatismo craneoencefálico. No obstante, existen otras múltiples etiologías menos comunes del daño cerebral sobrevenido como los tumores cerebrales, encefalopatías anóxicas, infecciones y enfermedades autoinmunes del sistema nervioso central e intoxicaciones (3). Asimismo, los trastornos degenerativos no se consideran DCA, a pesar de la multitud de patologías que engloban (4).



Igualmente, el DCA se origina de manera súbita y agresiva y puede desencadenar daños muy diversos a nivel cognitivo, motor, conductual, físico e, incluso, alterar todas las áreas funcionales del individuo (4). La severidad de las secuelas varía en función del tipo de lesión, localización, extensión, gravedad inicial, edad del sujeto, estado premórbido, atención médica recibida tras el daño, eficacia de la actuación sanitaria, etc. (3).

### **Traumatismo Craneoencefálico**

El TCE consiste en una lesión en el cerebro originada por un impacto violento contra este por un agente externo o por un golpe del propio cerebro contra un obstáculo, produciéndose una afectación de tejido y vasos sanguíneos cerebrales (3).

Las causas más frecuentes de TCE son los accidentes de tráfico, seguido de las caídas y las agresiones. Los primeros afectan con más regularidad a personas jóvenes de menos de 25 años, mientras que las caídas fortuitas son más comunes en personas mayores de 60 años. Asimismo, el alcohol y las drogas suponen un factor muy relevante en la incidencia de TCE (3).

Según el Instituto Nacional de Estadística, en España en el año 2019 fueron registrados 25.763 pacientes dados de alta por TCE, siendo el 56% del total hombres y un 44% mujeres. El principal motivo fueron los accidentes de tráfico y la incidencia aumentó un 2,1% respecto al año anterior (5).

De manera inmediata tras producirse el TCE, pueden aparecer lesiones primarias, que ocurren como efecto directo del daño cerebral tras el choque, y estas pueden derivar en lesiones secundarias, que pueden tardar minutos, horas o días en surgir, como respuesta fisiológica al daño inicial. Las lesiones primarias más frecuentes son la hemorragia intracraneal o por contragolpe, fractura craneal o lesión axonal difusa y las lesiones secundarias más habituales son el hematoma intracraneal, la isquemia o la hipoxia cerebral (3).

Igualmente, los TCE se pueden clasificar, en función del mecanismo de acción, en abiertos, si un cuerpo externo penetra el cráneo y alcanza el tejido cerebral, o en cerrados, si la lesión se origina como consecuencia de un choque violento del cerebro contra el interior del cráneo, pero sin que la masa cerebral entre en contacto con el exterior. Los TCE abiertos tienen mayores tasas de mortalidad que los cerrados, sin embargo, estos últimos son los que se producen con más regularidad (3).

Paralelamente, los TCE se pueden distinguir, dependiendo de la localización del daño, en lesiones focales, si se limitan al área del tejido cerebral en donde se produce el impacto, o lesiones difusas, si afecta a diferentes estructuras cerebrales y no solo se circunscribe a la zona que ha sufrido el daño. Los TCE abarcan, por lo general, tanto lesiones focales como difusas. Además, cuanto más grave es la lesión, menos probabilidad de que se trate de un daño únicamente focal (3).

Otra clasificación importante se realiza según la gravedad del TCE, que se determina, entre otros métodos, a partir de la Escala de Coma de Glasgow (GCS) (Anexo 1). Esta escala permite valorar el nivel de consciencia en pacientes que han sufrido un TCE y puede ser aplicada por cualquier profesional sanitario en el momento del incidente. Emplea tres parámetros: la respuesta verbal, la ocular y la motora; su puntuación mínima es tres y la máxima y óptima quince (6). A través de ella, los TCE se pueden diferenciar en leves, moderados y severos o graves. El TCE leve tiene una puntuación en la GSC de 14 a 15, no suele ir acompañado de secuelas neuropsicológicas, ni alteraciones físicas o cognitivas y, si se dan, estas normalmente son leves o transitorias. El TCE moderado requiere una evaluación de 9 a 13 en la GSC, pueden aparecer alteraciones neuropsicológicas y cambios físicos y cognitivos. Finalmente, el TCE severo o grave ocurre si la puntuación en la GSC es menor de 8 y el nivel de conciencia se ve altamente afectado y durante más tiempo que en los anteriores. Tanto el TCE moderado como el severo pueden requerir hospitalización, intervenciones quirúrgicas y rehabilitación para alcanzar una recuperación parcial o total (3).

En cuanto a los factores que determinan un mal pronóstico de un TCE, estos son la edad avanzada, evolución clínica rápida, alteración pupilar, hipertensión intracraneal y una puntuación inicial baja en la GSC (7).

Por otro lado, algunas de las complicaciones más frecuentes que pueden surgir y poner en riesgo la vida de la persona en un tiempo variable tras el TCE son la hemorragia intracraneal, hipoxia, escape del líquido cefalorraquídeo, meningitis, convulsiones, embolia o lesiones ocultas por el coma. Cuanto antes se reconozca y trate esta sintomatología, mejor será el pronóstico del paciente (7).

Las consecuencias tras un TCE varían desde el estado de coma del afectado hasta su recuperación completa. Profundizando en las secuelas de los TCE, en el ámbito sensoriomotor destacan las alteraciones en el equilibrio, incapacidad en la marcha o en bipedestación, limitación en el movimiento de las extremidades, pérdida de sensibilidad

en ciertas partes del cuerpo, temblor, epilepsia secundaria y daño completo o parcial en la funcionalidad de los sentidos, como la vista. En cuanto al nivel cognitivo, pueden aparecer alteraciones en la atención, concentración, memoria, aprendizaje, lenguaje, capacidad de pensamiento, velocidad del procesamiento de la información y en la comunicación. Por último, con respecto a las alteraciones emocionales o conductuales, es común la aparición de labilidad emocional, irritabilidad, impulsividad, desinhibición conductual, falta de autocontrol, episodios de ira repentinos, síntomas ansiosos o depresivos, apatía, alexitimia y anhedonia (3).

Además, es habitual que las víctimas de esta afectación cerebral presenten anosognosia, es decir, que no sean conscientes de las limitaciones provocadas por la lesión cerebral, sobre todo aquellas que presentan secuelas cognitivas y emocionales. Este problema hace que rechacen la ayuda de quienes les atienden y que sea más complicada su rehabilitación y cuidado (4).

Los DCA, y en concreto los TCE, son un problema de salud de alta relevancia a nivel mundial y especialmente en los países industrializados debido, por una parte, a la significativa cifra de fallecimientos y, por otra, a su elevada incidencia y numerosa prevalencia en personas jóvenes. Esto último ocurre por el desarrollo de los recursos terapéuticos y diagnósticos en medicina, que aumentan la supervivencia de las personas con lesiones cerebrales (4,6).

Tanto los TCE como el resto de DCA vienen asociados a elevados porcentajes de discapacidad y dependencia y, por tanto, suponen un gran impacto a nivel personal, familiar, laboral, educativo, sanitario y económico, conllevando a una pérdida de calidad de vida tanto de la víctima como de sus familiares y entorno (6). Por esto, el principal objetivo de la rehabilitación en este tipo de pacientes es conseguir el mayor grado de autonomía posible tanto individualmente como en la sociedad (8).

## Sexualidad Humana

Para empezar, la Organización Mundial de la Salud (9) define la sexualidad como:

“Un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

De acuerdo con esta definición, la sexualidad acompaña al ser humano desde que nace hasta que muere y va evolucionando y moldeándose durante el transcurso de la vida. Es por esto por lo que no es posible considerarla como estática y predecible, sino que engloba la vida de todos los individuos y va transformando la historia de cada sujeto. De esta forma, se puede decir que no es igual la sexualidad de un niño que la de un adolescente o un adulto, ya que cada etapa precisa de unas experiencias y conocimientos determinados para su idóneo desarrollo (10).

La sexualidad es un componente fundamental de la personalidad de los seres humanos y es considerada como una totalidad porque abarca todos los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que definen a una persona y cada sujeto tiene la posibilidad de manifestarla en cualquiera de estas esferas (10). Por esta razón, todos los humanos son seres sexuados, aunque cada uno tenga su forma de expresar, construir y vivir su sexualidad (11). Asimismo, va más allá de los genitales, el sexo y el orgasmo e incluye actitudes, conductas, emociones, valores, opiniones, etc. (10).

Dentro de la sexología, se emplea con regularidad un concepto conocido como el Hecho Sexual Humano, que hace referencia al proceso a través del cual las personas van formándose como seres sexuales únicos en el mundo. Este término engloba tres elementos principales, siendo el primero de ellos la sexuación, es decir, la construcción e identificación del individuo como hombre o mujer con sus infinitas peculiaridades. A continuación está la sexualidad, que es la forma de sentirse y vivir como sujeto sexuado y orientar el deseo sexual, en otras palabras, descubrir qué le atrae a partir de las vivencias

que haya experimentado. El último pilar es la erótica, que hace referencia a la manera de expresar todo lo anterior a través de deseos, gestos, fantasías o conductas. En definitiva, aunque estos tres componentes puedan ser estudiados por separado, han de ser vividos conjuntamente (12).

La sexualidad humana tradicionalmente ha recibido una connotación negativa y llena de prejuicios. De hecho, siempre se ha abordado desde el punto de vista patológico, es decir, estudiando sus enfermedades o alteraciones y, además, su finalidad se ha vinculado constantemente a la reproducción, rechazando la posibilidad de que existieran otras razones como la comunicación o el placer sexual. Igualmente, la sexualidad se ve influenciada por factores como la sociedad, la cultura, la religión, la economía y la política. Por ello, la historia de la sexualidad también ha ido evolucionando y, aunque continua siendo una materia comprometedora de tratar, hablar de ella ha dejado de ser un tabú y, actualmente, su estudio tiene el mismo prestigio que otras cuestiones científicas (10).

### **Sexualidad Humana y Daño Cerebral Adquirido**

Como ya se ha mencionado anteriormente, todos los humanos son seres sexuados y, por tanto, existen tantas sexualidades como personas hay en el mundo (13). Es por esto que también los sujetos con diversidad funcional tienen su propio proceso de sexuación, su particular modo de vivir la sexualidad y su correspondiente forma de expresar la erótica, a pesar de las limitaciones que conlleva su enfermedad, y deben ser tratados como sujetos sexuados (12).

Del mismo modo, las personas con diversidad funcional, además de presentar las alteraciones tanto físicas como psicológicas producidas por sus lesiones y los miedos y preocupaciones que estas conllevan, se enfrentan a las barreras culturales creadas por la sociedad, como los prejuicios o los mitos, que dificultan el abordaje de esta cuestión (14).

Asimismo, si en personas con diversidad funcional la sexualidad está muy poco atendida, en las víctimas de daño cerebral sobrevenido el desinterés es mucho mayor, ya que presentan múltiples complejidades, matices y singularidades (13). Esto se ve reflejado en las pocas investigaciones que hay sobre el tema en comparación con las de otros tipos de discapacidades (15).

Tras un TCE, es posible que el sujeto haya sufrido numerosos y relevantes cambios de forma repentina que afecten a cualquiera de las distintas dimensiones de su sexualidad y puede que, a partir de ahora, esta no tome la importancia que tenía anteriormente. Sin embargo, eso no quiere decir que haya que renunciar a ella, sino que hay que trabajarla, adaptarse a esta nueva situación y buscar soluciones como otra limitación más producida por la lesión (13). Igualmente, la vivencia de la sexualidad en estos individuos depende de múltiples circunstancias como el tipo de discapacidad, la edad en la que aparece, el nivel de gravedad, la existencia de experiencias sexuales previas al daño, etc. (16).

Las consecuencias de una lesión cerebral producida por un TCE sobre la sexualidad del afectado son muy variadas. Las secuelas pueden ser más severas y, por tanto, tener una mayor afectación en la vida sexual (dificultades en la movilidad, pérdida de sensibilidad, incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, etc.) o más sutiles, pero que también repercuten en esta esfera (limitaciones en la comunicación o habilidades sociales) (6,13). Además, en función de la gravedad del traumatismo y de sus secuelas, el sujeto puede tener alterada su respuesta sexual, proceso que comienza con el deseo, prosigue con la fase de excitación y la de meseta y termina con el orgasmo y resolución. Todas estas etapas las experimentan tanto los hombres como las mujeres, aunque ambos sexos lo expresan de forma diferente debido a la respuesta fisiológica de sus genitales (6).

### **Familia y Daño Cerebral Adquirido**

La mayoría de las veces, los individuos con daño cerebral sobrevenido son dependientes de otras personas, viven en el contexto familiar y su cuidado recae en las madres, padres, hijos, hermanos o parejas (13). Al suceder el TCE de forma inesperada y repentina, los hábitos de vida y planes de futuro de la familia se ven modificados y se genera un gran impacto en todos los integrantes, provocando que dejen de lado sus propias necesidades y centren toda su atención en la persona afectada (6). Igualmente, la relación de pareja y su dinámica también se pueden ver afectadas, incluso hasta llegar a romperse, por todos los cambios producidos tras el traumatismo (13).

Normalmente, la familia atraviesa una serie de cambios para adaptarse a la nueva realidad. Asistir a una persona que ha padecido un TCE requiere tiempo, dedicación, energía, esfuerzo y conocimientos. Por esto, es habitual que los integrantes y, sobre todo, el miembro que adopta el rol de cuidador principal sufran de estrés crónico, agotamiento

físico, sobrecarga emocional, aislamiento social y otros tipos de trastornos tanto físicos como psicológicos derivados del exceso de tiempo dedicado a cuidar del afectado y la responsabilidad que esto conlleva (6).

Por otra parte, las secuelas que provocan mayor dificultad en la familia al atender y convivir con los sobrevivientes de un TCE son sus cambios conductuales y emocionales, como, por ejemplo, déficit de autocontrol, impulsividad, agresividad, irritabilidad, desinhibición o falta de conciencia de la lesión (6).

Con respecto a la sexualidad después de la lesión cerebral, las percepciones y actitudes de la familia de la persona damnificada hacia este tema pueden verse modificadas y, de la misma manera que se altera la sexualidad del afectado, también se perturba la de los familiares, quienes tienen que construir de nuevo su identidad sexual (13).

Finalmente, a pesar de que el DCA tiene un gran impacto en la familia, esta es uno de los grandes apoyos del afectado e imprescindible en el proceso de rehabilitación y en su integración en la sociedad (6).

### **Enfermería y Daño Cerebral Adquirido**

Las víctimas de DCA y sus familiares deben ser atendidas por un equipo multidisciplinar de profesionales que trabajan de manera coordinada y con el mismo objetivo, que consiste en lograr que estas se reconstruyan de nuevo como personas y familias. Así, para el beneficio del paciente, cada miembro del equipo aporta las habilidades, conocimientos y competencias específicas de su área de trabajo (13).

En cuanto a la enfermería, no siempre se ha vinculado su atención a las personas con diversidad funcional, sin embargo, las enfermeras están lo suficientemente capacitadas para atender y responder a sus complejas necesidades biopsicosociales. Además, estos profesionales sanitarios cuentan con una metodología de trabajo enfermera que incorpora la valoración de la sexualidad y que pueden llevar a cabo con cualquier persona (6).

Por lo que, dentro de dicho equipo multidisciplinar, las enfermeras tienen un papel idóneo para desarrollar los cuidados holísticos, y más concretamente trabajar la sexualidad en pacientes que han sufrido un TCE, debido a la proximidad al usuario desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, a la posibilidad de actuar en los diferentes niveles asistenciales y a poseer las herramientas adecuadas para ello (6).

Algunas de las intervenciones que desempeñan las enfermeras consisten en detectar los problemas de la función sexual y, a través de la educación y asesoramiento sexual, buscar soluciones para conseguir que estas personas adquieran mayor autonomía, gocen de una buena sexualidad y, por ende, de mayor calidad de vida (6,14).

## **2. Justificación**

Este trabajo se realiza con el propósito de entender cómo se ve afectada la dimensión de la sexualidad en las personas con lesión cerebral después de sufrir un TCE. Esto es debido a que, tras el accidente, se pueden generar multitud de cambios que afectan a las diferentes esferas que envuelven al ser humano, sin embargo, la sexualidad es una dimensión que resulta olvidada y estigmatizada tras el incidente, provocando un deterioro en la calidad de vida y bienestar biopsicosocial de los afectados.

El motivo por el que se realiza el estudio comienza con la necesidad de dar a conocer este problema tan desatendido, integrar a las personas con diversidad funcional en la sociedad y desmitificar su sexualidad. Para ello, se realiza un análisis, mediante una revisión bibliográfica narrativa, sobre los conocimientos actuales de esta cuestión con la finalidad de reunir toda la documentación pertinente que haya y que todo el que quiera tenga la posibilidad de consultarla.

Igualmente, permite a los profesionales de la salud que vayan a acompañar en el proceso de rehabilitación a estos usuarios y en especial a las enfermeras tener la información y recursos necesarios para detectar, intervenir y solucionar todos los problemas generados tanto en el paciente como en la familia, bajo la evidencia científica más actualizada.

## **3. Objetivos general y específicos**

El objetivo general de este trabajo de fin de grado consiste en analizar la evidencia científica acerca del impacto en la sexualidad de un TCE que genera un lesión cerebral en personas adultas, mediante una revisión narrativa, con el fin de mejorar las estrategias de abordaje, garantizar una mejor atención de salud y aumentar la calidad de vida de este grupo de la población.



Los objetivos específicos son:

- Conocer los cambios físicos, psicológicos y sociales, relacionados con la sexualidad, que se producen en un individuo tras sufrir un TCE que genera un daño cerebral.
- Describir los factores predisponentes del funcionamiento sexual de las personas que han padecido un TCE.
- Conocer la repercusión del TCE en las parejas y familias de las personas afectadas en relación con su sexualidad.
- Describir las necesidades, actitudes y demandas en torno a la sexualidad y con respecto a la atención sanitaria de las personas que han sobrevivido a un TCE.
- Conocer las actitudes, percepciones, creencias, barreras y actuaciones de los profesionales sanitarios al abordar la sexualidad de las personas que han sufrido un TCE.

#### **4. Metodología**

Para responder al objetivo planteado en este trabajo se optó por llevar a cabo una revisión narrativa, que es un tipo de estudio bibliográfico cuya finalidad consiste en localizar y recuperar literatura sobre un determinado tema y obtener conclusiones que favorezcan el conocimiento de esta materia, a través de la fundamentación teórica (17). Para ello, se hizo una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud, como son PubMed, CINAHL Complete, CUIDEN, Scopus, la Biblioteca Cochrane y Web of Science, en la biblioteca virtual SciELO y en el metabuscador Dialnet.

Para comenzar la búsqueda, se escogieron los términos del lenguaje libre y, más tarde, para la búsqueda en las distintas bases de datos, se tradujeron a un lenguaje controlado mediante el empleo de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), tanto en inglés como en español, y de los tesauros Medical Subject Headings (MeSH) correspondientes, tal y como se puede ver en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Términos de búsqueda en lenguaje libre, DeCS y MeSH

| Lenguaje libre               | DeCS                               |                                   | MeSH                              |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                              | Español                            | Inglés                            |                                   |
| Daño Cerebral                | Lesiones Encefálicas               | Brain Injuries                    | Brain Injuries                    |
| Traumatismo Craneoencefálico | Lesiones Traumáticas del Encéfalo  | Brain Injuries, Traumatic         | Brain Injuries, Traumatic         |
| Sexualidad                   | Sexualidad                         | Sexuality                         | Sexuality                         |
| Salud Sexual                 | Salud Sexual                       | Sexual Health                     | Sexual Health                     |
| Conducta Sexual              | Conducta Sexual                    | Sexual Behavior                   | Sexual Behavior                   |
| Educación Sexual             | Educación Sexual                   | Sex Education                     | Sex Education                     |
| Disfunción Sexual            | Disfunciones Sexuales Fisiológicas | Sexual Dysfunction, Physiological | Sexual Dysfunction, Physiological |
| Familia                      | Familia                            | Family                            | Family                            |
| Esposos                      | Esposos                            | Spouses                           | Spouses                           |
| Parejas sexuales             | Parejas Sexuales                   | Sexual Partners                   | Sexual Partners                   |
| Profesionales Sanitarios     | Personal de Salud                  | Health Personnel                  | Health Personnel                  |
| Enfermería                   | Enfermería                         | Nursing                           | Nursing                           |

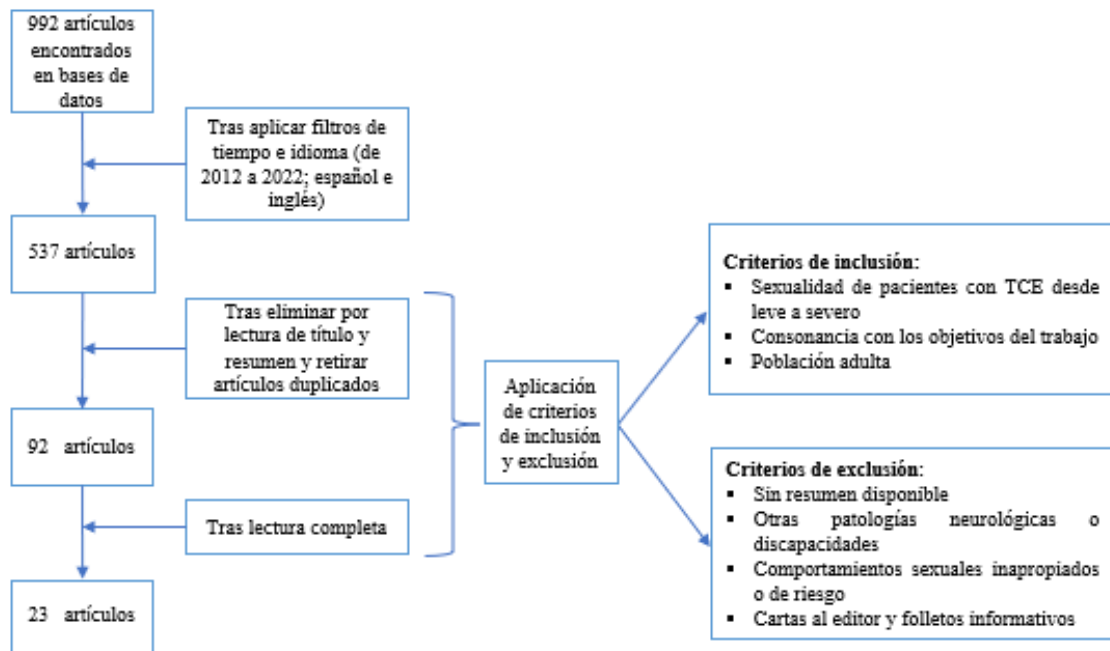
A continuación, se combinaron los términos anteriores mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” con el fin de crear diferentes estrategias de búsquedas para cada una de las bases de datos seleccionadas y afinar la búsqueda de información al objetivo del estudio. Una vez realizada la búsqueda y para obtener una mayor precisión de los resultados, se establecieron unos filtros de tiempo y de idioma. Con respecto al tiempo, se decidió limitar la búsqueda a los artículos publicados en los últimos 10 años, es decir, a partir del año 2012, dado que si se acotaba a 5 años los documentos encontrados no eran suficientes para llevar a cabo la revisión y, en cuanto al idioma, se limitaron los resultados al español y al inglés. Tras lanzar las estrategias de búsquedas en las distintas bases de datos y aplicar los límites anteriormente comentados, se obtuvieron 537 artículos.

A su vez, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión comunes para todas las bases de datos, con la finalidad de facilitar una elección apropiada de los documentos. Dichos criterios de inclusión consistieron en que el título y resumen de todos los artículos recuperados abordaran la sexualidad de pacientes que han sufrido un TCE desde leve a severo, respondieran a los objetivos del trabajo e hicieran referencia a la población adulta. Por otra parte, con respecto a los criterios de exclusión, se descartaron aquellos artículos que carecían de resumen disponible, trataban de otro tipo de patologías neurológicas o a otras discapacidades y los que consistían únicamente en estudiar los comportamiento sexuales inapropiados o conductas sexuales de riesgo de este grupo de la población. Igualmente, se aceptaron artículos de cualquier tipología científica, excepto las cartas al editor y los folletos informativos.

Más adelante, se llevó a cabo una lectura del título y resumen de los artículos recuperados y se seleccionaron aquellos que coincidían con dichos criterios de inclusión y exclusión. Asimismo, se prescindió de aquellos documentos que estuvieran repetidos o recuperados en otras bases de datos, rescatando el de la primera base de datos o el de la primera estrategia de búsqueda realizada. De esta forma, quedaron 92 artículos.

Posteriormente, se hizo una lectura completa de los 92 artículos y se realizó una nueva selección más exhaustiva de los resultados, aplicando nuevamente los criterios de inclusión y exclusión, dando lugar finalmente a una recopilación de 23 artículos que fueron los elegidos para realizar esta revisión.

A continuación, en la Figura 1 se expone un diagrama de flujo representando el proceso de selección de los artículos:



**Figura 1.** Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

Por otra parte, para la obtención de los artículos que no estaban disponibles a texto completo en las bases de datos utilizadas se hizo uso del servicio de Préstamo Interbibliotecario de la Biblioteca de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Para finalizar, en la tabla 2 se reflejan los resultados obtenidos con las diferentes estrategias de búsqueda en cada una de las bases de datos elegidas.

**Tabla 2.** Resultados de los artículos encontrados en las bases de datos

| Bases de datos      | Estrategias de búsquedas   | Tras aplicar filtros de tiempo e idioma | Tras eliminar por lectura de título y resumen | Tras retirar los duplicados | Tras lectura completa |
|---------------------|--|---|---|-----------------------------|-----------------------|
| PubMed              | ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh] OR "Sex Education"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Physiological"[Mesh] OR "Sexual Health"[Mesh]) AND ("Brain Injuries"[Mesh])  | 60                                      | 25  | 25                          | 16                    |
|                     | ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh] OR "Sex Education"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Physiological"[Mesh] OR "Sexual Health"[Mesh]) AND ("Brain Injuries"[Mesh]) AND ("Sexual Partners"[Mesh] OR "Spouses"[Mesh] OR "Family"[Mesh]) | 6                                       | 4   | 0                           | 0                     |
|                     | ("Sexuality"[Mesh] OR "Sexual Behavior"[Mesh] OR "Sex Education"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Physiological"[Mesh] OR "Sexual Health"[Mesh]) AND ("Brain Injuries"[Mesh]) AND ("Health Personnel"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh])                  | 3                                       | 0   | 0                           | 0                     |
| CINAHL Complete     | (Sexuality OR Sexual health OR Sex Education OR Sexual Behavior OR Sexual Dysfunction, Physiological) AND Traumatic Brain Injury   | 112                                     | 33  | 19                          | 2                     |
|                     | (Sexuality OR Sexual Health OR Sex Education OR Sexual Behavior OR Sexual Dysfunction, Physiological) AND (Brain Injury OR Traumatic brain injury) AND (Sexual Partners OR Spouses OR Family)  | 20                                      | 5   | 5                           | 0                     |
|                     | (Sexuality OR Sexual Health OR Sex Education OR Sexual Behavior OR Sexual Dysfunction, Physiological) AND (Brain Injury OR Traumatic brain injury) AND (Health Personnel OR Nursing)   | 15                                      | 3   | 1                           | 0                     |
| CUIDEN              | (("Sexualidad") OR ("Conducta sexual") OR ("Disfunción sexual") OR ("Educación sexual")) AND (("Daño cerebral") OR ("Traumatismos craneoencefálicos"))   | 0                                       | 0   | 0                           | 0                     |
| Biblioteca Cochrane | Sexuality AND Brain Injuries   | 0                                       | 0   | 0                           | 0                     |

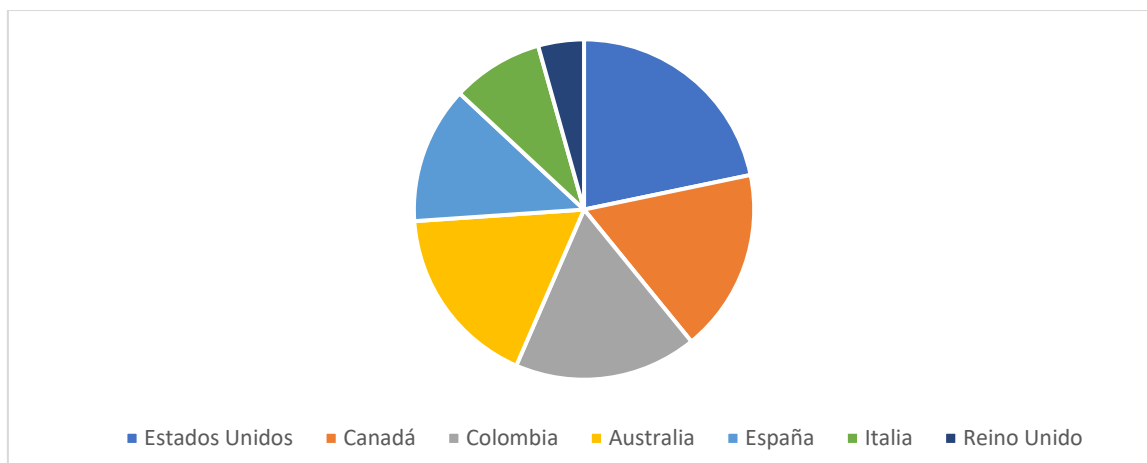
| Bases de datos | Estrategias de búsquedas   | Tras aplicar filtros de tiempo e idioma | Tras eliminar por lectura de título y resumen | Tras retirar los duplicados | Tras lectura completa |
|----------------|--|---|---|-----------------------------|-----------------------|
| Scopus         | (Sexuality) AND (Brain Injury OR Traumatic Brain Injury)   | 108                                     | 30  | 16                          | 1                     |
|                | (Sexuality) AND (Brain Injury OR Traumatic Brain Injury) AND (Family OR Spouses OR Sexual Partners)  | 26                                      | 7   | 0                           | 0                     |
|                | (Sexuality) AND (Brain Injury OR Traumatic Brain Injury) AND (Health Personnel OR Nursing)   | 11                                      | 4   | 0                           | 0                     |
| Web of Science | TS=(Sexuality) AND (TS=(Traumatic Brain Injury) OR TS=(Brain injury))  | 109                                     | 33  | 18                          | 0                     |
|                | (TS=(Sexuality)) AND (TS=(Traumatic Brain Injury) OR TS=(Brain injury)) AND (TS=(Spouses) OR TS=(Sexual Partners) OR TS=(Family))  | 29                                      | 9   | 2                           | 0                     |
|                | (TS=(Sexuality)) AND (TS=(Traumatic Brain Injury) OR TS=(Brain injury)) AND (TS=(Health personnel ) OR TS=(Nursing))   | 11                                      | 0   | 0                           | 0                     |
| Dialnet        | ((Sexuality) OR (Sexual Health) OR (Sex Education) OR (Sex Behavior) OR (Sexual Dysfunction, Physiological)) AND (Brain Injury)  | 18                                      | 6   | 6                           | 4                     |
|                | ((Sexuality) OR (Sexual Health) OR (Sex Education) OR (Sex Behavior) OR (Sexual Dysfunction, Physiological)) AND (Brain Injury) AND ((Family) OR (Spouses) OR (Sexual Partners)) | 5                                       | 1   | 0                           | 0                     |
|                | ((Sexuality) OR (Sexual Health) OR (Sex Education) OR (Sex Behavior) OR (Sexual Dysfunction, Physiological)) AND (Brain Injury) AND ((Health Personnel) OR (Nursing))            | 3                                       | 0   | 0                           | 0                     |
| SciELO         | ((Sexuality) OR (Sexual Health) OR (Sex Education) OR (Sex Behavior) OR (Sexual Dysfunction, Physiological)) AND (Brain Injury)  | 1                                       | 0   | 0                           | 0                     |

## 5. Resultados

Para la discusión de la revisión narrativa fueron seleccionados finalmente 23 documentos, de los cuales 16 procedieron de PubMed, uno de Scopus, dos de CINAHL Complete y cuatro de Dialnet. Asimismo, de los artículos elegidos, 19 estaban en lengua inglesa y cuatro en español y, en relación con el año de publicación, nueve artículos fueron publicados en los últimos 5 años y los 14 restantes son estudios realizados entre el año 2012 y el 2017.

En cuanto a la tipología, se incluyeron dos revisiones bibliográficas, dos investigaciones cualitativas, 18 estudios cuantitativos y un artículo que contenía una primera fase cuantitativa y una segunda cualitativa. Asimismo, las principales técnicas de recogida de datos fueron los cuestionarios, las escalas, las encuestas, las entrevistas y los grupos focales.

Con respecto al país de origen, cinco se llevaron a cabo en Estados Unidos, cuatro en Canadá, cuatro en Australia, cuatro en Colombia y el resto en Europa, realizándose tres en España, dos en Italia y uno en Reino Unido, como se puede ver reflejado en la Figura 2.



**Figura 2.** Países de origen de los artículos seleccionados para la revisión narrativa.

De los estudios seleccionados, en relación con los objetivos, 13 trataban sobre los cambios biopsicosociales relacionados con la sexualidad en las personas que han sufrido un TCE; 16 analizaban los factores que predisponen el funcionamiento sexual después de un TCE; ocho abordaban la repercusión en la sexualidad de las familias y parejas de los afectados por el traumatismo; siete estudiaban las necesidades, actitudes y demandas en torno a la

sexualidad y hacia la atención sanitaria de las personas que han padecido dicha lesión y seis trataban sobre las actitudes, percepciones, creencias, barreras y actuaciones de los profesionales sanitarios al abordar la sexualidad de las personas víctimas de un TCE.

A continuación, se elaboró la Tabla 3 con información más detallada sobre los artículos seleccionados para la revisión narrativa. Se recogieron tanto los documentos elegidos como sus respectivos autores, año de publicación, país de procedencia, tipo de estudio, muestra utilizada para la investigación, objetivos y principales hallazgos o conclusiones extraídos. Igualmente, se ordenaron según bases de datos, siendo los primeros los artículos encontrados en PubMed, luego el de Scopus, después los de CINAHL Complete y, por último, los de Dialnet.



**Tabla 3.** Características de los artículos seleccionados para la revisión narrativa

| Título  | Autor/es  | Año y país              | Tipo de estudio y muestra  | Objetivos   | Principales hallazgos   |
|---|---|-------------------------|--|---|---|
| A biopsychosocial analysis of sexuality in adult males and their partners after severe traumatic brain injury.                        | Bivona U, Contrada M, Antonucci G, Rizza F, Leoni F, Zasler ND y Formisano R. | 2016.<br>Italia.        | Estudio observacional analítico de casos y controles.<br><br>20 hombres con TCE severo y 20 sanos, ambos grupos con sus respectivas parejas. | Investigar los cambios en la función sexual de los hombres y sus parejas tras un TCE severo.  | Después de un daño cerebral traumático grave, los hombres parecen tener una calidad de vida sexual reducida, lo que puede deberse más a una disfunción en la relación que a un déficit de rendimiento sexual derivado de sus lesiones cerebrales. |
| Changes in sexual functioning from 6 to 12 months following traumatic brain injury: a prospective TBI model system multicenter study. | Hanks RA, Sander A, Millis SR, Hammond FM y Maestas KL                        | 2013.<br>Estados Unidos | Estudio observacional analítico de cohortes.<br><br>182 personas (53 mujeres y 129 hombres) con TCE de moderado a grave.                     | Investigar los cambios longitudinales en el funcionamiento sexual durante el primer año después de un TCE de moderado a grave.                | La función y la satisfacción sexual se mantienen estables entre los 6 y 12 meses tras el TCE de moderado a severo, con la excepción de una mejora mínima en la excitación.  |
| Co-creation of a post-traumatic brain injury sexuality information toolkit: a patient-oriented project.                               | Deschênes P, Gagnon MP y Lamontagne ME.                                       | 2019.<br>Canadá.        | Investigación cualitativa.<br><br>7 personas: 5 adultos con TCE moderado o severo y 2 cónyuges.  | Crear recursos e información para personas con TCE de moderado a severo y sus parejas para que la puedan consultar durante su rehabilitación. | Son numerosos los intereses y necesidades de los participantes y están respaldados por la literatura. Se espera que el material creado sea una herramienta útil para las personas con TCE y para las que intervienen en su rehabilitación.        |

| Título  | Autor/es  | Año y país               | Tipo de estudio y muestra   | Objetivos  | Principales hallazgos   |
|---|---|--------------------------|---|--|---|
| Experiences, attitudes, and needs related to sexuality and service delivery in individuals with traumatic brain injury. | Moreno JA, Gan C, Zasler N y McKerral M                   | 2015.<br>Canadá.         | Estudio observacional descriptivo transversal.<br><br>16 hombres y 22 mujeres con TCE leve, moderado o severo                 | Explorar las experiencias, actitudes y necesidades en torno a la sexualidad de las personas con TCE durante su rehabilitación.         | Las personas con TCE desean una mayor franqueza al tratar sus preocupaciones sexuales. También, se debate sobre las implicaciones clínicas para satisfacer las necesidades sexuales de estas personas.  |
| Factors associated with sexuality following traumatic brain injury.   | Ponsford JL, Downing MG y Stolwyk R.                      | 2013.<br>Australia.      | Estudio observacional descriptivo transversal.<br><br>986 individuos con TCE de moderado a severo.                            | Determinar la asociación entre la sexualidad tras un TCE y las variables demográficas relacionadas con la lesión y posteriores a ella. | La rehabilitación en estos casos tiene que centrarse en tratar la depresión cuando esté indicado y la autoestima. Además de favorecer la participación social en aquellas personas menos independientes en su vida diaria.  |
| Multicenter study of sexual functioning in spouses/partners of persons with traumatic brain injury                      | Sander AM, Maestas KL, Pappadis MR, Hammond FM y Hanks RA | 2016.<br>Estados Unidos. | Estudio observacional analítico de cohortes.<br><br>70 personas con TCE leve, moderado o severo, con sus respectivas parejas. | Investigar el funcionamiento sexual y sus factores predictores en las parejas de personas con TCE.                                     | Una mayor disfunción sexual en las parejas se asocia con una mayor edad y con un peor funcionamiento sexual en la persona lesionada. Los profesionales de la rehabilitación deben brindar educación sobre el posible impacto de la lesión en el funcionamiento sexual tanto a las personas damnificadas como a sus parejas. |

| Título  | Autor/es   | Año y país            | Tipo de estudio y muestra  | Objetivos   | Principales hallazgos   |
|---|--|-----------------------|--|---|---|
| Predictors of sexual functioning and satisfaction 1 year following traumatic brain injury: A TBI model systems multicenter study. | Sander AM, Maestas KL, Nick TG, Pappadis MR, Hammond FM, Hanks RA y Ripley DL. | 2013. Estados Unidos. | Estudio observacional analítico de cohortes.<br><br>255 personas con TCE moderado o severo (187 varones y 68 mujeres).   | Investigar los factores predictores del funcionamiento sexual un año después de una lesión cerebral traumática.   | Las personas mayores y las mujeres parecen tener un mayor riesgo de disfunción sexual después de un TCE. Se identifica una relación entre la participación social y la función sexual y entre la depresión y la satisfacción sexual, lo cual puede servir como indicadores clínicos para una mejor intervención y evaluación. |
| Provider perceptions of the assessment and rehabilitation of sexual functioning after TBI.  | Arango Lasprilla JC, Flores Stevens L, Ertl MM y Morlett Paredes A.            | 2017. Estados Unidos. | Estudio observacional descriptivo transversal.<br><br>324 profesionales de la salud.                                     | Explorar cómo los profesionales de la salud que tratan con personas con TCE abordan los problemas relacionados con la evaluación y el tratamiento de la sexualidad tras la lesión cerebral.             | A pesar de conocer la importancia de tratar la sexualidad y saber que es su responsabilidad, muchos profesionales reclaman una falta de capacitación. Aumentar la comodidad con el tema y brindar educación integral sobre el tratamiento de la sexualidad puede ser beneficioso.   |
| Sexual changes in individuals with traumatic brain injury: a control comparison.  | Ponsford JL, Downing MG y Stolwyk R.   | 2013. Australia.      | Estudio observacional analítico de casos y controles.<br><br>865 participantes con TCE de moderado a severo y 142 sanos. | Comparar la sexualidad en individuos con TCE con personas sanas de la misma edad y género. Después, relacionar a aquellos que padecen un deterioro sexual con ciertas variables demográficas y médicas. | Se justifica una mayor investigación que examine los factores que contribuyen a los cambios en el funcionamiento sexual.  |

| Título   | Autor/es   | Año y país            | Tipo de estudio y muestra  | Objetivos  | Principales hallazgos   |
|--|--|-----------------------|--|--|---|
| Sexual functioning 1 year after traumatic brain injury: findings from a prospective traumatic brain injury model systems collaborative study | Sander AM, Maestas KL, Pappadis MR, Sherer M, Hammond FM y Hanks RA.   | 2012. Estados Unidos. | Estudio observacional analítico de cohortes.<br><br>223 personas con TCE leve, moderado o severo (165 hombres y 58 mujeres)      | Investigar la incidencia y tipos de dificultades sexuales en personas con TCE un año después de la lesión, así como su nivel de comodidad al discutir estos problemas con los profesionales de la salud. | Las dificultades sexuales están presentes en una parte sustancial de las personas con TCE tras un año de la lesión. Se justifican las intervenciones educativas para aumentar la conciencia entre las personas con TCE y los profesionales de rehabilitación, así como las intervenciones para mejorar el funcionamiento sexual.                          |
| Sexual functioning, desire, and satisfaction in women with TBI and healthy controls.   | Strizzi J, Olabarrieta Landa L, Pappadis MR, Olivera SL, Valdivia Tangarife ER, Fernandez Agis I, Perrin PB y Arango Lasprilla JC. | 2015. Colombia.       | Estudio observacional analítico de casos y controles.<br><br>58 mujeres (29 con TCE moderado o severo y 29 sin lesión cerebral). | Evaluar el funcionamiento sexual, deseo y satisfacción en mujeres con TCE y compararlo con un grupo control.   | Estos resultados revelan que las mujeres con TCE tienen peor funcionamiento sexual y están menos satisfechas sexualmente que el grupo control.  |
| Sexuality after traumatic brain injury: A critical review.   | Moreno JA, Arango Lasprilla JC, Gan C y McKerral M.  | 2013. Canadá.         | Revisión bibliográfica.<br><br>14 artículos consultados.   | Comprender las repercusiones cognitivas, conductuales y físicas de un TCE en la sexualidad.  | Las dificultades sexuales son comunes en los afectados de TCE y también repercuten en la familia. Los profesionales deben disipar el mito de que la discapacidad excluye la sexualidad. La evaluación, el tratamiento y el seguimiento de las dificultades sexuales posteriores a un TCE deben incluirse tanto en la rehabilitación como después de ella. |

| Título   | Autor/es                 | Año y país           | Tipo de estudio y muestra  | Objetivos   | Principales hallazgos  |
|--|--------------------------|----------------------|--|---|--|
| Sexuality in individuals with traumatic brain injury and their partners.   | Downing MG y Ponsford J. | 2016.<br>Australia.  | Estudio observacional descriptivo transversal.<br><br>55 personas con TCE leve, moderado o severo y sus 55 cónyuges sanos.     | Investigar la sexualidad de las parejas en las que uno de los miembros ha sufrido una lesión cerebral traumática.                                 | Dada la alta frecuencia de problemas sexuales en personas con TCE que también afectan a sus parejas, el abordaje de los problemas sexuales debe ser una prioridad en la rehabilitación.  |
| Talking about sex after traumatic brain injury: perceptions and experiences of multidisciplinary rehabilitation professionals. | Dyer K y das Nair R.     | 2013.<br>Reino Unido | Investigación cualitativa.<br><br>24 profesionales de la salud.  | Explorar las experiencias y percepciones de los profesionales de la rehabilitación al hablar sobre sexualidad con usuarios que han tenido un TCE. | Las investigaciones sugieren que se debe adoptar un enfoque más proactivo para abordar los problemas de sexualidad incorporando evaluaciones y ofreciendo información a los usuarios. También, se necesita apoyo para los profesionales en forma de desarrollo de políticas, formación continua y supervisión. |
| Towards a taxonomy of sexuality following traumatic brain injury: A pilot exploratory study using cluster analysis.            | Moreno JA y McKerral M   | 2017.<br>Canadá.     | Estudio observacional descriptivo transversal.<br><br>42 individuos con TCE leve, moderado o severo (19 varones y 23 mujeres). | Identificar grupos de personas con TCE que muestran patrones similares de funcionamiento sexual.  | Los profesionales de la salud deben ser más proactivos abordando las cuestiones sexuales, principalmente en los afectados de mayor edad con dificultades emocionales y cognitivas, e independientemente del sexo, la cronicidad y la gravedad de la lesión.  |

| Título  | Autor/es   | Año y país       | Tipo de estudio y muestra  | Objetivos  | Principales hallazgos  |
|---|--|------------------|--|--|--|
| Understanding the multidimensional nature of sexuality after traumatic brain injury.              | Fraser EE, Downing MG y Ponsford JL.   | 2020. Australia. | Estudio observacional analítico de casos y controles.<br><br>84 individuos con TCE leve, moderado o severo y 88 sanos. | Investigar la asociación de la sexualidad con variables sociodemográficas, médicas, físicas, neuropsicológicas, psicológicas y sociales tras el TCE.             | Tras un TCE, ocurren cambios en la sexualidad que dependen de múltiples factores, destacando la depresión como un mecanismo clave a través del cual otros factores pueden afectar al funcionamiento sexual.  |
| Changes in sexual functioning following traumatic brain injury: An overview on a neglected issue. | Latella D, Grazia M, De Luca R, Maresca G, Piazzitta D, Sciarrone F, Carioti L, Manuli A, Bramanti P y Salvatore R.          | 2018. Italia.    | Revisión bibliográfica   | Aportar información sobre los cambios en la función sexual y relaciones sociales en individuos con TCE, para una mejor asistencia y calidad de vida del paciente | Proporcionar a los pacientes y sus familias información puede ser útil para lograr una buena salud sexual. Es importante disipar mitos, estereotipos y percepciones en pacientes, familias y profesionales sanitarios.   |
| Sexual function in men with traumatic brain injury.   | Strizzi J, Olabarrieta Landa L, Olivera SL, Valdivia Tangarife R, Soto Rodríguez IA, Fernández Agis I y Arango Lasprilla JC. | 2017. Colombia   | Estudio observacional analítico de casos y controles.<br><br>71 hombres con TCE de moderado a severo y 71 sanos.       | Comparar el funcionamiento sexual de hombres con TCE y hombres sanos.  | Los hombres con TCE tienen el deseo, satisfacción y calidad de vida sexual significativamente más bajos que los varones sanos. La erección, control de la eyaculación y satisfacción al eyacular está disminuida en las personas con lesión cerebral. El 44% de los participantes con TCE tenían diversos grados de disfunción eréctil en relación con el 10% de las personas del grupo control. |

| Título  | Autor/es  | Año y país         | Tipo de estudio y muestra  | Objetivos   | Principales hallazgos   |
|---|---|--------------------|--|---|---|
| Survey on international health professional training and attitudes on sexuality after traumatic brain injury. | Arango Lasprilla JC, Olabarrieta Landa L, Ertl MM, Flores Stevens L, Morlett Paredes A, Andelic N y Zasler N. | 2017.<br>España.   | Estudio observacional descriptivo transversal.<br><br>324 profesionales de la salud.   | Examinar las actitudes y el nivel de capacitación de profesionales sanitarios de todo el mundo y la existencia de pautas en sus entornos de trabajo para abordar la sexualidad en personas con TCE. | Los hallazgos demuestran una clara necesidad de formar a los sanitarios sobre sexualidad, así como especializarse en la sexualidad de personas con TCE. Además, deben estar vigentes pautas para garantizar una evaluación y tratamiento adecuados en la sexualidad de las personas que han sufrido un TCE. |
| Alteraciones del funcionamiento psicosexual en hombres con trauma craneoencefálico y un grupo sano de Neiva.  | Segura MA, Lozano JE, Soto AR y Núñez NA.   | 2019.<br>Colombia  | Estudio observacional analítico de casos y controles.<br><br>76 hombres (38 con TCE de moderado a severo y 38 sin lesión cerebral) | Comparar la función psicosexual en hombres con TCE de moderado a grave y un grupo control en Neiva, Colombia.   | La investigación demuestra que el TCE afecta al funcionamiento psicosexual de los hombres, derivando en múltiples disfunciones sexuales y con importantes diferencias en las esferas biológicas, subjetivas y psiquiátricas con respecto al grupo control.  |
| Respuesta sexual en una muestra de hombres que han sufrido un trauma craneoencefálico moderado-severo.        | Albadan Amaya M, Sánchez Lozano MI, Vergara Torres GP   | 2013.<br>Colombia. | Estudio observacional descriptivo transversal.<br><br>10 hombres con TCE de moderado a severo.                                     | Determinar la respuesta sexual en hombres que han sufrido TCE de moderado a severo doce meses tras el alta hospitalaria en la ciudad de Ibagué.   | Existen cambios en las etapas de la respuesta sexual de los varones con TCE, siendo el deseo la más perjudicada. A mayor edad, si ha sido intervenido quirúrgicamente o si ha estado ingresado en unidades de cuidados intensivos tienen mayor dificultad para alcanzar una sexualidad sana y placentera.   |

| Título   | Autor/es                           | Año y país    | Tipo de estudio y muestra   | Objetivos   | Principales hallazgos   |
|--|------------------------------------|---------------|---|---|---|
| Salud sexual y calidad de vida en personas con traumatismo craneoencefálico moderado (TCEM).         | Sánchez Raja E y Honrubia Pérez M. | 2018. España. | 1º fase: estudio observacional descriptivo transversal<br>2º fase: estudio cualitativo.<br><br>184 individuos con TCE moderado (137 hombres y 47 mujeres) | Conocer el estado de salud sexual de las personas con TCEM, medir su calidad de vida y comprender los cambios generados en sus vida a partir del daño cerebral. | Se evidencian variaciones en las actividades de la vida diaria, cambios conductuales y emocionales y alteraciones en la familia del afectado de un TCEM. Asimismo, se detectan disfunciones sexuales después del traumatismo y un descenso en la frecuencia de relaciones sexuales. |
| Una aproximación a la realidad de la sexualidad en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE). | Sánchez Raja E.                    | 2012. España  | Estudio observacional descriptivo transversal.<br><br>70 pacientes con TCE (52 hombres y 18 mujeres).   | Explorar el estado de salud sexual de las personas con TCE.   | Tras un TCE, la sexualidad se ve modificada en la mayor parte de los pacientes, siendo necesario que los profesionales sanitarios aborden el tema y den respuestas a estas necesidades. Para ello, se debe asegurar que dispongan de una formación previa en sexualidad.            |



## 6. Discusión

A continuación, se procede a desarrollar la discusión de los estudios escogidos y, para ello, se organiza y analiza la información más relevante de cada artículo según cinco líneas temáticas, en consonancia con los objetivos planteados en este trabajo: 1) Cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad tras sufrir un TCE que genera una lesión cerebral; 2) Factores predisponentes del funcionamiento sexual tras un TCE; 3) Repercusión en la sexualidad de las familias y parejas de las personas afectadas por un TCE; 4) Necesidades, actitudes y demandas de las personas que han sufrido un TCE con respecto a la atención sanitaria y conforme a su sexualidad y 5) Actitudes, percepciones, creencias, barreras y actuaciones de los profesionales sanitarios al abordar la sexualidad de las personas víctimas de un TCE.

### *Cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad tras sufrir un TCE que genera una lesión cerebral*

Según la investigación de Sánchez et al. (18), tras sufrir un TCE, se evidencian alteraciones conductuales, cognitivas, físicas, emocionales, en las actividades de la vida diaria y en las relaciones personales, que repercuten de manera directa en la sexualidad. Asimismo, y coincidiendo con Downing et al. (19) y estudios de una revisión bibliográfica elaborada por Moreno et al. (20), los cambios en el funcionamiento sexual y la disfunción sexual son frecuentes en las personas que han sobrevivido a esta lesión, influyendo perjudicialmente en su calidad de vida.

Sin embargo, conforme a la publicación de Albadan et al. (21), estas variaciones en la respuesta sexual no afectan a todas las personas por igual, sino que se manifiestan de múltiples y distintas formas en cada individuo.

Tanto los estudios de Sánchez et al. (18), como los de Downing et al. (22) y Deschênes et al. (23), concuerdan en que los afectados experimentan una disminución en la frecuencia de las relaciones coitales y en la satisfacción con su actividad sexual.

Los problemas sexuales más comunes y persistentes, detectados en el trabajo de Sánchez et al. (18) y respaldados por Deschênes et al. (23), Strizzi et al. (24), Segura et al. (25) y Strizzi et al. (26), son: en los varones la disfunción eréctil y la eyaculación precoz y en las mujeres la sequedad vaginal, la falta de excitación, la dificultad para alcanzar el orgasmo y la dispareunia.

En contraposición, los autores Sander et al. (27) determinan en su estudio que no hay diferencia de sexo en cuanto a la dificultad para alcanzar el orgasmo. Por otra parte, Sánchez et al. (18), no obtienen diferencias significativas en el interés sexual entre hombres y mujeres tras un TCE.

En la misma línea, tanto las investigaciones de Strizzi et al. (24) como las de Segura et al. (25) coinciden en que los hombres con daño cerebral después de un TCE mantienen una alta insatisfacción del control de la eyaculación. Asimismo, según Downing et al. (22), manifiestan con regularidad una menor capacidad para permanecer excitado y menos oportunidades para tener relaciones sexuales.

De manera similar, el artículo de Deschênes et al. (23) aborda que las variaciones en el funcionamiento sexual pueden ocurrir por el impacto de la fatiga, la incapacidad para imaginar fantasías sexuales y la disminución en la percepción de sensaciones sexuales.

En el estudio de Sánchez et al. (18) se detecta que la fase de la respuesta sexual más afectada es la del deseo o libido, dato respaldado por los trabajos de Albadan et al. (21), Downing et al. (22), Deschênes et al. (23) y estudios de la revisión bibliográfica de Latella et al. (28). Además, según Sánchez et al. (18), se puede producir un incremento o un descenso de la libido (hipersexualidad o hiposexualidad) y son las mujeres con mayor frecuencia las que afirman no tener ninguna apetencia sexual. No obstante, ambas revisiones bibliográficas (20,28) analizan estudios en los que se destaca que las personas afectadas por un TCE presentan con asiduidad una mayor dificultad para lograr la excitación sexual.

Igualmente, un estudio de la revisión de Moreno et al. (20) determina que aquellos individuos que tienen pareja expresan más preocupación por los problemas de erección, mientras que los que no tienen pareja por cuestiones relacionadas con la disminución de la libido.

Los autores Hanks et al. (29), en el trabajo donde analizan los cambios en el desarrollo sexual durante el primer año después del TCE, concluyen que el funcionamiento y la satisfacción sexual se mantienen estables desde el sexto hasta el duodécimo mes tras la lesión, con la excepción de una mínima mejora en la excitación. Aunque esta mejora en la excitación sea pequeña, podría indicar que la sexualidad tras el traumatismo puede continuar mejorando a medida que pase el tiempo.

De igual modo, los cambios en las capacidades físicas tienen un alto impacto en el funcionamiento sexual, llegando incluso a imposibilitar las relaciones sexuales o la penetración, en consonancia con estudios del trabajo de Moreno et al. (20) y Deschênes et al. (23).

Por otro lado, en la publicación de Sánchez et al. (18), se determina que los hombres practican la masturbación con mayor frecuencia que las mujeres damnificadas. A pesar de ello, en la investigación realizada por Segura et al. (25) se detecta una disminución del interés por la masturbación en los hombres tras la lesión. Esto puede deberse a las frustraciones experimentadas por sus disfunciones sexuales, o bien, al ya mencionado bajo deseo sexual.

De la misma manera, según Sánchez et al. (18), los hombres afectados sin pareja estable hacen mayor uso del servicio de trabajadoras sexuales, al contrario que las mujeres que, por lo general, no solicitan estos servicios de pago.

Por otra parte, los autores Deschênes et al. (23) describen en su trabajo que los cambios en el ciclo menstrual son habituales en las mujeres que han padecido un TCE. Además de esto, Sander et al. (27) añaden que puede existir una interrupción de la función endocrina y dificultad en la capacidad reproductiva después del daño cerebral.

Con respecto a establecer planes a largo plazo tras el traumatismo, conforme a la investigación de Sánchez et al. (18), ni hombres ni mujeres establecen expectativas a largo plazo, como plantearse ser padres. Asimismo, en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y en consonancia con los resultados de la investigación de Sánchez (30), estos individuos utilizan principalmente el preservativo y, en segundo lugar, las pastillas anticonceptivas.

Otro problema habitual, recogido por la publicación de Deschênes et al. (23), son los comportamientos sexuales inadecuados como comentarios inapropiados u obscenos, la desinhibición y las conductas sexuales de riesgo. Adicionalmente, Latella et al. (28) establecen que el exhibicionismo o tocamiento de los genitales pueden ser comportamientos comunes tras la lesión.

En la investigación de Sánchez et al. (18), se demuestra que como consecuencia del DCA se produce una pérdida de amistades, aislamiento social, falta de apoyo social y se generan nuevos vínculos con personas, por lo general, afectadas también por un TCE que conocen en asociaciones destinadas a las mismas.

Finalmente, se ha demostrado en diversos artículos, como los de Downing et al. (22), Deschênes et al. (23) y Segura et al. (25), una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos como la depresión, ansiedad, angustia, inestabilidad emocional, cambios en la personalidad y niveles de autoestima más bajos en las personas que han sufrido un TCE. De acuerdo con Sánchez et al. (18), también es común la aparición de sentimientos como la falta de seguridad y de atractivo.

### ***Factores predisponentes del funcionamiento sexual tras un TCE***

Conforme a la investigación de Fraser et al. (31), los factores que determinan el desarrollo sexual después de sufrir un TCE pueden ser de tipo sociodemográfico, físico, psicológico o social.

Para empezar, el estudio de Segura et al. (25) no establece ninguna relación significativa entre la edad y un consecuente deterioro sexual. Sin embargo, diversas publicaciones (21,26,32-35) señalan que a mayor edad en el momento de la lesión, más riesgo de padecer problemas sexuales. Esto puede deberse a que, al igual que en el resto de la población sana, las personas se vuelven menos flexibles y con una menor capacidad de mantener o restaurar una vida sexual satisfactoria. Por otra parte, Ponsford et al. (33) confirman que las personas mayores con lesión cerebral tras un TCE tienden a tener un peor desarrollo sexual, pero que este efecto es más evidente a edades más tempranas. Esto mismo se ve reflejado en el artículo de Downing et al. (22), quienes hallan que el tramo de edad con más diferencias y problemas sexuales referidos con respecto a personas sanas es de los 46 a los 55 años.

Asimismo, en los trabajos de Fraser et al. (31), Ponsford et al. (33) y Moreno et al. (35) no se halla una asociación significativa entre el género y la actividad sexual, es decir, la lesión afecta negativamente a la sexualidad tanto de mujeres como de hombres. En contra de lo sugerido anteriormente, otras investigaciones (27-29,34) concluyen que las mujeres con daño cerebral son más proclives a sufrir un mayor número de complicaciones relacionados con su sexualidad que los varones.

Por otra parte, Fraser et al. (31) y Bivona et al. (32) establecen que el nivel de educación no influye en el funcionamiento sexual de la persona después del TCE.

Igualmente, estudios de la revisión bibliográfica de Latella et al. (28) determinan que otro factor importante es la situación laboral, es decir, aquellos afectados con mayores ingresos anuales reportan mayor satisfacción sexual que las personas desempleadas o con menores ingresos anuales.

De la misma manera, la publicación de Downing et al. (22) señala que existe una asociación significativa entre estar en una relación estable o matrimonio en el momento de la lesión con un mejor desarrollo sexual.

Además, Sánchez et al. (18), Downing et al. (22), Segura et al. (25) y un artículo de Ponsford et al. (33) coinciden en que altos niveles de depresión, ansiedad y baja autoestima pueden repercutir perjudicialmente en la sexualidad de los sobrevivientes del traumatismo. No obstante,

es posible que, al igual que la depresión y la baja autoestima pueden estar causando un deterioro en el desarrollo sexual, la presencia de cambios sexuales negativos pueda estar contribuyendo a acrecentar dichos problemas psicológicos, conforme a los resultados de Ponsford et al. (33).

Por otro lado, el trabajo de Ponsford et al. (33) establece que ser más dependiente para las actividades de la vida diaria, tener mayor grado de discapacidad y que haya pasado poco tiempo tras el incidente, está asociado con un peor funcionamiento sexual. Estos mismos autores, apoyados por Strizzi, et al. (26), concluyen que los efectos negativos del TCE en la sexualidad van disminuyendo a medida que pasan los años y los afectados aumentan su independencia, participan y se integran en la comunidad, establecen relaciones sociales y mejoran el estado de ánimo. Por el contrario, Segura et al. (25) y Fraser et al. (31) no hallan en sus estudios una relación significativa entre el tiempo transcurrido tras la lesión y el funcionamiento sexual.

Igualmente, conforme a estudios de una revisión bibliográfica realizada por Moreno et al. (20), cuando las secuelas del TCE son principalmente intelectuales o existe un peor funcionamiento cognitivo, hay más riesgo de disfunción sexual.

Asimismo, diversas investigaciones (22,23,31,34) han demostrado que los factores causantes del deterioro sexual más reportados por las víctimas son la fatiga y el cansancio, el dolor, el descenso en la movilidad, la frustración y la ira provocada por la propia disfunción sexual, problemas con la excitación y el deseo sexual, una disminución de la confianza en sí mismos, sentirse poco atractivo y el cambio de roles de pareja.

De igual forma, la participación social predispone a un mejor funcionamiento sexual, conforme a la publicación de Sander et al. (34), ya que permite a los afectados establecer relaciones sociales más estrechas.

El estudio de Fraser et al. (31) establece que la depresión puede provocar una menor participación social y mayor fatiga del individuo y esto, a su vez, causa un empobrecimiento de su sexualidad. Por ello, la depresión es un mecanismo clave a través del cual otros factores pueden afectar al funcionamiento sexual.

Sánchez et al. (18) añaden que la sobreprotección familiar, la falta de intimidad y el deterioro de la vida social pueden provocar alteraciones en la sexualidad de las personas con lesión cerebral. Por eso, aquellas que viven en el entorno familiar tienen menos posibilidades de estar satisfechos con su sexualidad que los que viven solos o en pisos compartidos lejos del ambiente familiar.

Bivona et al. (32) determinan que, como ocurre en la población general, diferentes patologías orgánicas (como enfermedades cardiovasculares, metabólicas o neurológicas), factores tóxicos (consumo de alcohol y drogas) y medicamentos (como antihipertensivos o psicotrópicos) pueden provocar disfunción sexual. Esto último es respaldado por los estudios de Downing et al. (19) y Hanks et al. (29), quienes coinciden en que la medicación usada por estos sujetos puede tener efectos secundarios que repercuten en su actividad sexual.

Por otra parte, los autores Sander et al. (27) determinan que los individuos damnificados que consumen antidepresivos son más propensos a tener dificultades sexuales. Esto podría ser por un efecto secundario de la medicación, o bien, podría estar directamente relacionado con la depresión. En cambio, según un trabajo de Ponsford et al. (33), tomar este tipo de fármacos no es un factor predisponente del desarrollo sexual.

Según diferentes investigaciones (26,31,33,35), la severidad de la lesión no es un factor predictivo significativo de la aparición de alteraciones en la sexualidad. En contraposición, estudios de la revisión bibliográfica de Latella et al. (28) y Sander et al. (34) señalan que las lesiones más graves se asocian con un mayor desorden sexual.

Con respecto al lugar del traumatismo, la presencia de lesiones en el lóbulo temporal o frontal, en consonancia con los resultados de Ponsford et al. (33), no están asociadas a un peor funcionamiento sexual. Sin embargo, esta conclusión difiere de lo encontrado por Albadan et al. (21), quienes demuestran que si se ve afectada la región frontal, área que controla la libido sexual, puede causar alteraciones en la sexualidad, dado que modifica la primera fase del proceso de la respuesta sexual.

Finalmente, el estudio de Albadan et al. (21) muestra que aquellos hombres que tras el traumatismo han sido sometidos a procedimientos quirúrgicos o han permanecido durante un cierto tiempo en la unidad de cuidados intensivos tienen más posibilidades de desarrollar una peor actividad sexual.

Desde un punto de vista biopsicosocial, los cambios sexuales negativos después del TCE guardan más relación con causas psicológicas que médicas o físicas, en relación con los resultados de las investigaciones de Fraser et al. (31) y Moreno et al. (35).

### ***Repercusión en la sexualidad de las familias y parejas de las personas afectadas por un TCE***

Como ya se ha mencionado y según Sánchez et al. (18), el TCE no solo afecta a las personas que han sobrevivido a esta lesión, sino que repercute también en la familia. Esto ocurre porque los cuidados que necesitan los afectados se proporcionan habitualmente en el entorno familiar, por lo que altera las relaciones que se establecen entre los miembros, los roles que desempeña cada uno, los planes de futuro y las expectativas. Además, los individuos suelen depender de la supervisión y control de una persona, por lo general de un familiar, haciendo que se sientan vigilados y controlados tanto económica como socialmente. A su vez, esto provoca que su capacidad de decisión y autonomía quede mermada completamente.

Las investigaciones de Downing et al. (19) y Sander et al. (36) confirman que el deterioro de la vida sexual, en el matrimonio o relación donde uno de los miembros ha padecido un TCE, se trata de un problema muy prevalente reportado por un gran número de parejas o cónyuges sanos. Según un estudio de la revisión de Latella et al. (28), los afectados y sus parejas manifiestan que tienen una peor vida sexual en comparación con cómo se sentían antes de la lesión.

Algunos de los cambios que exponen con frecuencia las parejas, en consonancia con estudios de una revisión de Moreno et al. (20) y una publicación de Sander et al. (36), son la disfunción e insatisfacción sexual, la disminución de la actividad y del deseo sexual, el deterioro de la capacidad para alcanzar el orgasmo y el descenso de la frecuencia de las relaciones sexuales. Además, los cónyuges le dan mucha menos importancia a la sexualidad que antes de que su compañero sufriera la lesión. Por otra parte, Downing et al. (19), establece que la persona sana de la pareja también es más propensa a experimentar una reducción de la excitación sexual y Sander et al. (36) señala que es habitual que busquen la satisfacción sexual a través de la autoestimulación en lugar de con sus parejas.

Asimismo, según los autores Downing et al. (22) y Deschênes et al. (23), los afectados de TCE expresan con regularidad una disminución en la capacidad para satisfacer a su pareja y, fundamentalmente, una falta de comunicación con ella, convirtiéndose en un gran problema para ambos miembros de la relación.

De la misma manera, los trastornos psiquiátricos, tales como la depresión o la ansiedad se dan con elevada frecuencia igualmente en los cónyuges sanos, conforme a estudios de una revisión bibliográfica elaborada por Moreno et al. (20). Adicionalmente, Bivona, et al. (32) confirman que si el sujeto con daño cerebral sufre alteraciones emocionales, como desinhibición, agitación, apatía, irritabilidad o depresión, repercute negativamente en la armonía de la relación.

Por otro lado, los resultados del estudio de Sander et al. (36) establecen que se da mayor disfunción sexual en cónyuges sanos con mayor edad y si la pareja lesionada tiene un peor funcionamiento sexual, es decir, la actividad sexual de los cónyuges tiene una alta dependencia del funcionamiento sexual de las personas damnificadas.

Paralelamente, un factor muy importante que influye en el empeoramiento del patrón sexual en la persona sin lesión, de acuerdo con Deschênes et al. (23) y Sander et al. (36), consiste en la adquisición de un nuevo rol en la pareja, el de cuidador, que es percibido como maternal y que les resulta incompatible con restaurar la actividad sexual. No obstante, otras causas del desgaste sexual son los cambios de comportamiento de la víctima de TCE, la disminución de interés y el estrés y la fatiga provocada por el trabajo de cuidar a la persona afectada.

Para finalizar, tras el trabajo de Bivona et al. (32), se concluye que a menudo el deterioro en la relación se debe en mayor medida a una disfunción en dicha relación o matrimonio que a un déficit de rendimiento sexual derivado de la clínica del traumatismo del sobreviviente.

### ***Necesidades, actitudes y demandas de las personas que han sufrido un TCE con respecto a la atención sanitaria y conforme a su sexualidad***

Según las investigaciones de Sánchez et al. (18) y Moreno et al. (37), las personas que han padecido un TCE manifiestan sentirse insatisfechos con la educación afectivo-sexual que reciben de los profesionales sanitarios, reportando una baja frecuencia de conversaciones sobre salud sexual y reproductiva.

Además, coincidiendo con estudios de la revisión bibliográfica de Latella et al. (28), tanto hombres como mujeres con lesión cerebral consideran apropiado discutir sobre su sexualidad y no tienen preferencia en dialogarlo con cualquier profesional de la salud. Sin embargo, el estudio de Moreno et al. (37) demuestra que las mujeres tienden a plantear sus preocupaciones sexuales con el médico de familia, psicólogos y psicoterapeutas, en cambio, los hombres acuden principalmente al médico de familia y al neuropsicólogo. También, refieren que no suelen recurrir a otros profesionales como enfermeras, trabajadores sociales, médicos especialistas o sexólogos.

Por otra parte, en ocasiones, como determina Downing et al. (19) y Sander et al. (27), los sujetos que han sufrido un TCE se sienten incómodos al plantear estos problemas a los sanitarios, por lo que les gustaría que los profesionales sanitarios tuvieran más iniciativa para comentar estas cuestiones, las trataran con mayor sinceridad y les hicieran más a menudo preguntas sobre ello,



con el fin de conseguir resolver sus preocupaciones sexuales, según trabajos de la revisión bibliográfica de Latella et al. (28).

Igualmente, en consonancia con los estudios de Deschênes et al. (23) y Sánchez (30), tanto los afectados como sus parejas consideran muy importante ser informados sobre los posibles cambios que se producen tras el accidente en la salud sexual y reproductiva. De esta manera, pueden prepararse, prevenirlos y aprender cómo superarlos.

Para terminar, algunas de las cuestiones que a estos pacientes les gustaría abordar en las consultas con los profesionales de salud son sobre, según la investigación de Sánchez (30) y Moreno et al. (37), anticoncepción, deseo de tener hijos, problemas con el uso del preservativo, prácticas sexuales de riesgo, problemas sexuales, prevención de las distintas enfermedades de transmisión sexual o efectos de las drogas en la sexualidad.

### ***Actitudes, percepciones, creencias, barreras y actuaciones de los profesionales sanitarios al abordar la sexualidad de las personas víctimas de un TCE***

Para empezar y según las investigaciones de Arango et al. (38) y Dyer et al. (39), los profesionales de la salud son conscientes de que desempeñan un papel fundamental en la discusión sobre preocupaciones sexuales con los pacientes que han sufrido un TCE, además la mayoría aseguran que es un tema que debe trabajarse durante la rehabilitación.

No obstante, en consonancia con los estudios de Downing et al. (19) y Arango et al. (38), muy pocos profesionales hablan habitualmente de cuestiones de sexualidad con los pacientes con lesión cerebral y sus parejas en las consultas, esto significa que muchos de los afectados no reciben atención sobre su sexualidad.

A continuación, algunas de las razones por las que no se trata dicho asunto, señaladas por estos mismos autores (19,38), son por miedo a ofender al paciente, incomodidad o vergüenza al abordar la sexualidad, inseguridad de cómo abordar el tema, por considerar que esta función está fuera de sus responsabilidades profesionales o porque los pacientes no les han preguntado. Además, muchos sanitarios piensan que, aunque la sexualidad es un pilar fundamental y puede influir en su calidad de vida, los sobrevivientes de un TCE deben preocuparse más por rehabilitar otras funciones del organismo dañadas tras el incidente.

Asimismo, los trabajos de Arango et al. (38), Dyer et al. (39) y Arango et al. (40) coinciden en que la falta de capacitación y educación que han recibido durante su formación es percibida por

los profesionales de la salud como otro obstáculo para abordar su sexualidad. La escasez de conocimiento, habilidades y experiencia impide que los profesionales sanitarios comiencen o manejen esta clase de conversaciones. Igualmente, reclaman que las instituciones donde trabajan no contienen ningún protocolo o guía para tratar las cuestiones de sexualidad de personas que han sufrido un TCE. Por otra parte, para superar dicha falta de recursos, muchos profesionales recurren a otros compañeros en busca de asesoramiento o apoyo.

Por esta razón, como determina Dyer et al. (39) en su publicación, los profesionales sanitarios muestran un gran interés por formarse y desean aprender más acerca de estas cuestiones, dado que una mayor educación y capacitación les permitiría sentirse más equipados para afrontarlo. Según Arango et al. (40), esto se debe a que cada vez hay más pacientes que refieren padecer problemas relacionados con la sexualidad tras un TCE.

Adicionalmente, otra duda frecuente que tienen los profesionales de la salud es cuándo se debe aportar la información de cómo afecta el traumatismo en la sexualidad del individuo para que los pacientes no se sientan incómodos o lo perciban como inapropiado o intrusivo. En muchas ocasiones, los profesionales sanitarios adoptan un enfoque reactivo, es decir, tratan el tema únicamente si lo plantea el paciente o si se convierte en un problema para otras personas, cuando lo ideal es adoptar una visión más proactiva para anticiparse a las situaciones de riesgo, conforme a los resultados de una revisión bibliográfica elaborada por Moreno et al. (20) y los trabajos de Arango et al. (38) y Dyer et al. (39).

Por otra parte, de los profesionales que trabajan la sexualidad en este tipo de pacientes, las actividades realizadas con mayor regularidad incluyen discutir el impacto del TCE en la sexualidad, plantear estrategias para mejorar las relaciones sexuales, recomendar o proporcionar materiales psicoeducativos o hacer terapia sexual, en relación con los resultados del estudio de Arango et al. (38).

En cuanto a factores que dificultan abordar estas cuestiones, en consonancia con la investigación de Arango et al. (38), los profesionales sanitarios informan que es menos probable iniciar una conversación sobre sexualidad si los pacientes se identifican como lesbianas, gays, bisexuales o transgénero, son personas mayores o pertenecen a minorías étnicas.

Paralelamente, conforme al trabajo de Moreno et al. (37), la discusión sobre sexualidad es un contenido tabú en determinadas culturas y esto puede suponer una barrera tanto para el trabajador como para el paciente a la hora de brindar una atención adecuada y promover la salud sexual y reproductiva.

Igualmente, en relación con qué profesionales sanitarios deben abordar la sexualidad después de un TCE, Moreno et al. (37) señalan que no es un tema que deba ser exclusivo de una especialidad o de un solo miembro del equipo, sino que, como indica Dyer et al. (39), la decisión de con quién plantear los problemas sexuales debe ser una elección libre de cada usuario.

Finalmente, los estudios de Arango et al. (38) y Arango et al. (40) concluyen que normalizar las conversaciones sobre sexualidad puede favorecer una mayor sensación de comodidad de los profesionales de la salud al tratar esta cuestión y ayudar a resolver los problemas de los afectados, mejorando su calidad de vida y la de sus parejas.

## 7. Conclusiones

Tras realizar este trabajo, es posible concluir que después de sufrir un TCE que genera una lesión cerebral, principalmente traumatismos moderados o severos, se producen multitud de cambios biopsicosociales en la víctima que afectan directamente a su sexualidad, provocando un gran deterioro en su bienestar y calidad de vida (18).

Asimismo, la lesión cerebral en el individuo afecta a las personas que le rodean: se modifican las estructuras y dinámicas familiares y se produce un desgaste en la salud y también en la sexualidad de las parejas sanas, que con frecuencia desempeñan el rol de cuidador. De la misma manera, los sujetos que han padecido un TCE que viven en el entorno familiar tienen más dificultades para resolver sus necesidades sexuales que aquellos que no residen con sus familias (18). Por tanto, resulta fundamental que cuando se aborde la sexualidad de estas personas, no solo se trate al paciente afectado, sino que se incluya a la familia y a la pareja para una rehabilitación más eficaz y completa.

Existen múltiples factores que pueden determinar el desarrollo sexual de las personas tras padecer un TCE (31). Sin embargo, no existe un criterio unánime sobre si algunos de estos factores, como la edad, sexo, severidad y lugar de la lesión, uso de antidepresivos y tiempo tras el traumatismo, afectan al funcionamiento sexual, ya que muchas de las investigaciones que estudian estas causas difieren entre sí. Por lo que, como recomendación, sería adecuado continuar investigando los distintos factores que influyen en el desarrollo sexual de las personas que han sobrevivido a un TCE para así poder prevenir, anticiparse y detectar futuros problemas sexuales de este grupo de la población.

Los afectados de un TCE refieren sentirse descontentos por la baja frecuencia de educación afectivo-sexual que reciben durante su rehabilitación, impidiendo satisfacer sus necesidades y preocupaciones sexuales (18,37). Por otro lado, los profesionales sanitarios son conscientes de que desempeñan un papel fundamental a la hora de trabajar la sexualidad con estas personas, pero manifiestan, entre otros, una falta de educación y capacitación por parte de las instituciones sanitarias (38,39). Por lo que, si se sensibilizara y formara a los diferentes profesionales de la salud sobre el tema, estos podrían ser más proactivos y hablar de esta materia con más naturalidad, lo que permitiría al paciente y a la familia disfrutar de su sexualidad y, por ende, mejorar su estilo de vida.

Es notable que muchos de los estudios recogidos en esta revisión cuentan con una muestra donde la proporción de mujeres con respecto a los hombres es mucho menor. Este problema se

agrava al demostrar, según algunas publicaciones (27-29,34), que las mujeres con daño cerebral son más propensas a padecer problemas sexuales. Por lo que sería conveniente incluir en las próximas investigaciones a más mujeres para evitar los sesgos de género y, de esta manera, no solo mejorar su calidad de vida, sino el de la sociedad en su conjunto.

En los artículos encontrados para la realización de este trabajo no se estudia ni incluye a las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales. Dicha exclusión hace que la aplicación de los resultados de las publicaciones al resto de la población no resulte completamente real. Además, en la práctica clínica, los profesionales de la salud muestran más reparo al abordar la sexualidad de este colectivo (38). Para prevenir que las personas que tienen diversidad funcional y pertenecen a una minoría sexual queden aún más marginados de la comunidad, es importante educar a la sociedad en la inclusión y normalizar la incorporación de estos grupos en la investigación científica y atención sanitaria.

En cuanto a las limitaciones que han aparecido tras realizar este trabajo, destaca la dificultad para encontrar estudios que aborden la sexualidad de las personas que han sufrido un TCE, asunto muy poco investigado y que continúa considerándose un tabú en la población en general. Por este motivo, es recomendable continuar estudiando la disfunción sexual derivada de una lesión cerebral adquirida para que, aunque estas personas presenten secuelas tras el daño, puedan al menos tener resueltas sus necesidades sexuales.

Para finalizar, otro inconveniente durante la ejecución del trabajo es la ausencia de artículos que versan sobre el papel de enfermería al abordar la sexualidad de personas que han padecido un TCE. Como demuestran algunos estudios (28,39), estos pacientes no tienen preferencia en hablar estos temas con un profesional sanitario concreto y, por otro lado, son ellos quienes deben elegir con quién desean tratarlo. Por esta razón, es importante continuar investigando la función de las enfermeras en este ámbito, dado que se encuentran en la mejor y más cercana posición con respecto al paciente, y crear planes de intervención efectivos para que así puedan ofrecer unos cuidados de calidad basados en la excelencia y en la evidencia científica.

## **8. Agradecimientos**

En primer lugar, me gustaría agradecer a Lara González Castellanos por guiarme durante la realización de este trabajo y por toda su implicación, tiempo y ayuda.

También, me gustaría mostrar mi agradecimiento a Ana Palmar Santos por orientarme, ayudarme y compartir sus conocimientos.

A la Biblioteca de la Facultad de Medicina y, en concreto, a Candelas Gil Carballo, por su disposición, consejos y útiles recomendaciones.

A mi familia, por su apoyo incondicional a lo largo de todo este tiempo y, en especial, a Dani, por ser un ejemplo de esfuerzo y superación.

Finalmente, a mis amigos y amigas, por acompañarme y apoyarme en todos mis retos.

## 9. Bibliografía

- (1) Romañach J, Lobato M. Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. [Internet]. 2005 [Consultado 7 enero 2022]. Disponible en: [http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad\\_funcional.pdf](http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf).
- (2) Rodríguez Díaz S, Ferreira M. Desde la dis-capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de dis-normalización. RIS [Internet]. 2010 [Consultado 7 enero 2022];68 (2):289-309.
- (3) Muñoz Marrón E, Sanz Cortés A, de Noreña Martínez D. Neuropsicología del daño cerebral adquirido: traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares y tumores del sistema nervioso central. Barcelona: Editorial UOC; 2017.
- (4) Ricaurte Jijón CC, Anton Cedeño AM. Daño cerebral adquirido. Acercamiento gnoseológico. Polo del Conocimiento [Internet]. 2018 [Consultado 10 enero 2022]; 3 (6). Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/522/pdf>.
- (5) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria [Internet]. España; 2019 [Consultado 11 enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=48140&L=0>.
- (6) Sánchez Raja E. Salud Sexual y Calidad de Vida en Personas con Traumatismo craneoencefálico moderado (TCEM) [tesis doctoral]. Universidad de Barcelona; 2014.
- (7) Carrillo Esper R, Guinto Balanzar G, Castelazo Arredondo JA. Traumatismo craneoencefálico. México D.F.: Editorial Alfil; 2010.
- (8) Huertas Hoyas E, Pedrero Pérez EJ, Águila Maturana AM, García López-Alberca S, González Alted C. Predictores de funcionalidad en el daño cerebral adquirido. Neurología [Internet]. 2013 [Consultado 15 enero 2022]; 30 (6): 339-346. doi: 10.1016/j.nrl.2014.01.001.
- (9) World Health Organization. Defining sexual health [Internet]. Génova. 2006 [Consultado 17 enero 2022]: 30. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/).
- (10) Zaldívar D, Hernández R, Núñez D. Sexualidad humana. 1ª ed. Universidad Abierta para Adultos; 2013.

- (11) De La Cruz Martín-Romo C, Diezma JC. Construyendo sexualidades, o cómo educar la sexualidad de las hijas y de los hijos. 1ª ed. Madrid; 2008.
- (12) De La Cruz Martín-Romo, C. Educación de las Sexualidades. Los puntos de partida de la educación sexual. Madrid: Cruz Roja Juventud; 2003.
- (13) De La Cruz Martín-Romo C, Rubio Arribas N. Cuadernos FEDACE sobre Daño Cerebral Adquirido. España; 2010.
- (14) Rodríguez García MC. El profesional de Enfermería en el abordaje sexual de los pacientes con discapacidad: un enfoque fenomenológico. Nure Inv [Internet]. 2017 [Consultado 25 enero 2022]; 14 (89): 10. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1053>.
- (15) Honrubia M, Sánchez Raja E. Programa de Intervención en Sexualidad a personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA). En: Castejón Costa JL. Psicología y Educación: Presente y Futuro. Alicante, España: ACIPE; 2016. 707-715.
- (16) Castro JL, Portal Martínez E, Alonso González D, Arias Fernández E. La sexualidad de las personas con diversidad funcional: una revisión bibliográfica. Opción [Internet]. 2018 [Consultado 27 enero 2022]; (87): 747-769. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7341397>.
- (17) Zillmer JG, Díaz Medina BA. Revisión Narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. J Nurs Health [Internet]. 2018 [Consultado 2 febrero 2022]; 8 (1): 2. doi: 10.15210/jonah.v8i1.13654.
- (18) Sánchez Raja E, Honrubia Pérez M. Salud sexual y calidad de vida en personas con traumatismo craneoencefálico moderado (TCEM). Rev INFAD [Internet]. 2018 [Consultado 27 febrero 2022]; 3 (1): 287-298. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6432571>.
- (19) Downing M, Ponsford J. Sexuality in individuals with traumatic brain injury and their partners. Neuropsychol Rehabil [Internet]. 2018 [Consultado 1 marzo 2022]; 28 (6): 1028-1037. doi: 10.1080/09602011.2016.1236732.



- (20) Moreno JA, Arango Lasprilla JC, Gan C, McKerral M. Sexuality after traumatic brain injury: a critical review. *NeuroRehabilitation* [Internet]. 2013 [Consultado 1 marzo 2022]; 32 (1): 69-85. doi: 10.3233/NRE-130824
- (21) Albadan Amaya M, Sánchez Lozano MI, Vergara Torres GP. Respuesta sexual en una muestra de hombres que han sufrido un trauma craneoencefálico moderado-severo. *Rev Psicoespacios* [Internet]. 2013 [Consultado 1 marzo 2022]; 7 (11): 216-228. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4863343>.
- (22) Downing MG, Stolwyk R, Ponsford JL. Sexual changes in individuals with traumatic brain injury: a control comparison. *J Head Trauma Rehabil* [Internet]. 2013 [Consultado 1 marzo 2022]; 28 (3): 171-178. doi: 10.1097/HTR.0b013e31828b4f63.
- (23) Deschênes P, Gagnon MP, Lamontagne ME. Co-creation of a post-traumatic brain injury sexuality information toolkit: a patient-oriented project. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2021 [Consultado 3 marzo 2022]; 43 (14): 2045-2054. doi: 10.1080/09638288.2019.1686543.
- (24) Strizzi J, Olabarrieta Landa L, Olivera S, Valdivia Tangarife R, Soto Rodríguez IA, Fernández Agis I, et al. Sexual function in men with traumatic brain injury. *Sex Disabil* [Internet]. 2017 [Consultado 3 marzo 2022]; 35(4): 461-470. doi: 10.1007/s11195-017-9493-9.
- (25) Segura Durán MA, Lozano Plazas JE, Ricardo Soto A, Núñez Gómez NA. Alteraciones del funcionamiento psicosexual en hombres con trauma craneoencefálico y un grupo sano de Neiva. *Revista de Psicología GEPU* [Internet]. 2019 [Consultado 5 marzo 2022]; 10 (2): 55-82. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8121117>.
- (26) Strizzi J, Olabarrieta Landa L, Pappadis M, Olivera SL, Valdivia Tangarife ER, Fernández Agis I, et al. Sexual functioning, desire, and satisfaction in women with TBI and healthy controls. *Behav Neurol* [Internet]. 2015 [Consultado 5 marzo 2022]. doi: 10.1155/2015/247479.
- (27) Sander AM, Maestas KL, Pappadis MR, Sherer M, Hammond FM, Hanks R. Sexual functioning 1 year after traumatic brain injury: findings from a prospective traumatic brain injury model systems collaborative study. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2012 [Consultado 6 marzo 2022]; 93 (8): 1331-1337. doi: 10.1016/j.apmr.2012.03.037.

- (28) Latella D, Maggio MG, De Luca R, Maresca G, Piazzitta D, Sciarrone F, et al. Changes in sexual functioning following traumatic brain injury: An overview on a neglected issue. *J Clin Neurosci* [Internet]. 2018 [Consultado 8 marzo 2022]; 58: 1-6. doi: 10.1016/j.jocn.2018.09.030.
- (29) Hanks RA, Sander AM, Millis SR, Hammond FM, Maestas KL. Changes in sexual functioning from 6 to 12 months following traumatic brain injury: a prospective TBI model system multicenter study. *J Head Trauma Rehabil* [Internet]. 2013 [Consultado 10 marzo 2022]; 28 (3): 179-185. doi: 10.1097/HTR.0b013e31828b4fae.
- (30) Sánchez Raja E. Una aproximación a la realidad de la sexualidad en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE). *RECIEN* [Internet]. 2012 [Consultado 12 marzo 2022]; (5): 3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5417724>.
- (31) Fraser EE, Downing MG, Ponsford JL. Understanding the multidimensional nature of sexuality after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2020 [Consultado 12 marzo 2022]; 101 (12): 2080-2086. doi: 10.1016/j.apmr.2020.06.028.
- (32) Bivona U, Antonucci G, Contrada M, Rizza F, Leoni F, Zasler ND, et al. A biopsychosocial analysis of sexuality in adult males and their partners after severe traumatic brain injury. *Brain Inj* [Internet]. 2016 [Consultado 15 marzo 2022]; 30 (9): 1082-1095. doi: 10.3109/02699052.2016.1165867.
- (33) Ponsford JL, Downing MG, Stolwyk R. Factors associated with sexuality following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* [Internet]. 2013 [Consultado 17 marzo 2022]; 28 (3): 195-201. doi: 10.1097/HTR.0b013e31828b4f7b.
- (34) Sander AM, Maestas KL, Nick TG, Pappadis MR, Hammond FM, Hanks RA, et al. Predictors of sexual functioning and satisfaction 1 year following traumatic brain injury: a TBI model systems multicenter study. *J Head Trauma Rehabil* [Internet]. 2013 [Consultado 17 marzo 2022]; 28 (3): 186-194. doi: 10.1097/HTR.0b013e31828b4f91.
- (35) Moreno JA, McKerral M. Towards a taxonomy of sexuality following traumatic brain injury: A pilot exploratory study using cluster analysis. *NeuroRehabilitation* [Internet]. 2017 [Consultado 20 marzo 2022]; 41 (2): 281-291. doi: 10.3233/NRE-172201.

- (36) Sander AM, Maestas KL, Pappadis MR, Hammond FM, Hanks RA. Multicenter Study of Sexual Functioning in Spouses/Partners of Persons With Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2016 [Consultado 22 marzo 2022]; 97 (5): 753-759. doi: 10.1016/j.apmr.2016.01.009.
- (37) Moreno JA, Gan C, Zasler N, McKerral M. Experiences, attitudes, and needs related to sexuality and service delivery in individuals with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation* [Internet]. 2015 [Consultado 22 marzo 2022]; 37 (1): 99-116. doi: 10.3233/NRE-151243.
- (38) Arango Lasprilla JC, Olabarrieta Landa L, Ertl MM, Stevens LF, Morlett Paredes A, Andelic N, et al. Provider perceptions of the assessment and rehabilitation of sexual functioning after Traumatic Brain Injury. *Brain Inj* [Internet]. 2017 [Consultado 23 marzo 2022]; 31 (12): 1605-1611. doi: 10.1080/02699052.2017.1332784.
- (39) Dyer K, das Nair R. Talking about sex after traumatic brain injury: perceptions and experiences of multidisciplinary rehabilitation professionals. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2014 [Consultado 24 marzo 2022]; 36 (17): 1431-1438. doi: 10.3109/09638288.2013.859747.
- (40) Arango Lasprilla JC, Olabarrieta Landa L, Ertl M, Stevens L, Morlett Paredes A, Andelic N, et al. Survey on international health professional training and attitudes on sexuality after traumatic brain injury. *Sex Disabil* [Internet]. 2017 [Consultado 24 marzo 2022]; 35 (4): 473-484. doi: 10.1007/s11195-017-9503-y.

## 10. Anexos

### Anexo I. Escala de Coma de Glasgow

| Parámetro        | Nivel de alteración     | Puntuación |
|------------------|-------------------------|------------|
| Respuesta ocular | Espontánea              | 4          |
|                  | Al estímulo verbal      | 3          |
|                  | Al estímulo doloroso    | 2          |
|                  | Sin respuesta           | 1          |
| Respuesta verbal | Orientada               | 5          |
|                  | Confusa                 | 4          |
|                  | Palabras inadecuadas    | 3          |
|                  | Sonidos incomprensibles | 2          |
|                  | Sin respuesta           | 1          |
| Respuesta motora | Obedece órdenes         | 6          |
|                  | Localiza el dolor       | 5          |
|                  | Retirada al dolor       | 4          |
|                  | Flexión anormal         | 3          |
|                  | Extensión anormal       | 2          |
|                  | Sin respuesta           | 1          |

*Fuente: Bermejo Pareja F, Porta Etessam J, Diaz Guzmán J, Martínez Martín P. Más de cien escalas en Neurología. 2ª ed. Aula Médica Ediciones; 2008.*