



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABI”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TERAPIA OCUPACIONAL

Calidad de vida del usuario con disfunción sexual por daño cerebral
adquirido.

Autoras:

Josselin Jamilett Mendoza Palma

Cinthy Evelyn Puethman Rosado

Facultad Ciencias Médicas

Carrera de Terapia Ocupacional

MANTA- ECUADOR

2019

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dr. Yuri Medrano Plana, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación sobre el tema. “Calidad de vida del usuario con disfunción sexual por daño cerebral adquirido.” realizado por las Srta. JOSSELIN JAMILETT MENDOZA PALMA, CINYHYA EVELYN PUETHMAN ROSADO de la licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a un proyecto de investigación científica y que han sido incorporadas al documento final, las sugerencias realizadas, en consecuencia, está en condiciones de ser sometida a la valoración del Tribunal encargada de juzgarla.

Manta, 31 de Octubre del 2019

Dr. Yuri Medrano Plana.

TUTOR PROYECTO DE INVESTIGACION

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación está dedicado para Mileydi Rosado y Byron Puethman, mis padres por el amor, apoyo y los buenos consejos que sin ellos esto no hubiera sido posible realizarlo.

A Jordi Puethman por ser la fuente de mi inspiración.

Cinthia Puethman Rosado

A Dios por su infinita bondad

A mis padres Jorge Mendoza y Deysi Palma con mucho amor y gratitud por haberme forjado con mucha sabiduría como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ustedes los que incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, la ayuda que me han brindado, pero al final cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mi hijo Dominic Mendoza que ha sido mi motor para que me levante cada día para esforzarme por el presente y el mañana, siendo mi principal motivación.

A mi novio José Loo por estar a mi lado en los momentos más difíciles brindándome su ayuda incondicional, su paciencia, sobre todo su amor y cariño que son los detonantes de mi felicidad. Por apoyarme moralmente en bienestar de mi profesión.

A mis hermanos que con sus palabras de aliento no me dejaron decaer, gracias infinita familia.

Josselin Mendoza Palma

RECONOCIMIENTO

A toda mi familia, por ser los motores que me impulsan seguir día a día.

A José por ser mi confidente por comprender cada una de mis locuras y por brindarme su amor incondicional.

A Joselyn por ser mi compañera tanto en el aula como en este proyecto.

A mi tutor le reiteró mis más sinceros agradecimientos.

Cinthia Puethman Rosado

Agradezco a mi familia y a cada de una de las personas que han sido parte de este proceso, por el apoyo que me brindaron y creyeron en mí en la realización de esta tesis.

A mi compañera de tesis Cinthya Puethman que ha sido como una hermana en este arduo camino que hemos recorrido motivándonos mutuamente.

A mi tutor de tesis Dr. Yuri Medrano que ha tenido la paciencia y la dedicación en este proyecto aportándonos sus conocimientos y si ayuda necesaria.

Josselin Mendoza Palma

INDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	3
APROBACION DEL TRIBUNAL	4
DEDICATORIA.....	5
1. INTRODUCCIÓN	10
2. FUNDAMENTACIÓN TEORICA.....	13
1. Daño cerebral adquirido	13
1.1. Causas del daño cerebral adquirido	13
1.2. Secuelas del daño cerebral adquirido	15
2. Calidad de vida.....	16
2.1. Sexualidad	18
2.2. Disfunción sexual	19
2.3. Sexualidad en el daño cerebral adquirido.....	21
2.5. Terapia Ocupacional en daño cerebral.....	22
2.6. Terapia ocupacional en disfunción sexual	23
3. DISEÑO METODOLÓGICO	25
4. PROPUESTA	46
5. CONCLUSIONES	49
6. RECOMENDACIONES.....	50
7. BIBLIOGRAFIA	51
8. ANEXOS	53

RESUMEN

La sexualidad humana engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo, género, identidades, orientaciones, que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Las consecuencias después de un daño cerebral adquirido se asocian a trastornos a nivel sensorial, trastornos en la deglución, trastornos del movimiento y la marcha: tetraparesias, hemiplejias, trastornos en la coordinación motora, en el tono muscular y alteraciones en el control de los esfínteres. A pesar de los daños ocasionados que pueden ser múltiples el tratamiento se enfoca más en la parte motora, cognitiva y social dejando de un lado la disfunción sexual de los usuarios. Por ello el presente proyecto de investigación está enfocado en determinar cómo afecta la disfunción sexual la calidad de vida de los usuarios, además conocer el rol del terapeuta ocupacional en la disfunción sexual planteándose un objetivo general y específicos medibles, para esto se aplicara una encuesta y una evaluación, para concluir se propone un taller de disfunción sexual el cual permitirá a los usuarios tener mayor información y conocimiento. El taller estará estructurada de tres fases significativas que son: charla de educación sexual, información para la satisfacción sexual y adaptación a la actividad de disfunción sexual.

Palabras claves: Daño cerebral adquirido, sexualidad y disfunción sexual.

1. INTRODUCCIÓN

En la actual globalización el daño cerebral asociado a un traumatismo craneoencefálico simbolizan un inmenso inconveniente de salud, con un impactante costo socioeconómico. Dentro de las causas que ocasionan este tipo de traumas sobresalen los accidentes de tránsito y tiene mayor incidencia en la población masculina.

Según el FEDACE Federación española de daño cerebral en España residen 420,064 personas con daño cerebral adquirido, de las que el 78 % se deben a accidentes cerebrovasculares mientras que el 22 % restante corresponde al resto de las causas propias del daño cerebral adquirido traumatismo craneoencefálico, anoxias, tumores e infecciones cerebrales. Por otra parte, los problemas más frecuentes que presentan estos usuarios son los déficits motores, cognitivos, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, conductuales autorregulación, cambios de personalidad y/o en la conciencia de los cambios que provocan limitaciones en la funcionalidad y en la calidad de vida de la persona afectada y de su entorno.

Las consecuencias después de un daño cerebral adquirido se asocian a trastornos a nivel sensorial, trastornos del movimiento y la marcha tetraparesias, hemiparesias, trastornos en la deglución, trastornos en la coordinación motora, el tono muscular o la espasticidad y alteraciones en el control de los esfínteres.

A pesar de los daños ocasionados que pueden ser múltiples el tratamiento se enfoca más en la parte motora, cognitiva y social dejando de un lado la disfunción sexual de los usuarios.

Tomando en cuenta las diferentes alteraciones de disfunción sexual y como pueden afectar la calidad de vida de estos usuarios se justifica este proyecto de investigación ya que se evidencia como la disfunción sexual altera su actividad de la vida diaria a nivel sexual.

Según datos encontrados en la página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Daño Cerebral Adquirido representa la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en los adultos. Constituye uno de los problemas de

salud más importantes en los países del Primer Mundo, debido, por un lado, al número de muertes que ocasiona, y por otro a las consecuencias derivadas, definidas en términos de secuelas y discapacidad

Estudio realizado en Montevideo Uruguay, determina un claro deterioro de la vida sexual de los usuarios con daño cerebral. En un 94% de los usuarios, se afecta su vida sexual. Un 6% la mantenía saludable. En el caso de los varones, la principal disfunción observada es el trastorno en la erección, y en la mujer, el trastorno en el deseo. A los seis meses del ictus, en ambos sexos, aparecía una disminución del deseo, Con una aparición más temprana en el sexo femenino. Así pues, más que por la propia discapacidad, se comprobó que el problema era puramente psicológico y conductual. De hecho, el cambio de vida y la imagen del propio cuerpo pueden determinar una anestesia o indiferencia sexual.

En Ecuador, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública, su incidencia anual es del 6.5 por cada 10,000 habitantes lo que significa que existen alrededor de 10.800 usuarios afectados con mayor incidencia en el sexo masculino.

En el hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo se encontraron un total de 16 usuarios con daño cerebral adquirido, de los cuales 10 se encuentran con afectación en la calidad de vida en la cual se podría trabajar para lograr el mejoramiento de la misma a nivel sexual.

OBJETIVO GENERAL

Establecer cómo afecta la disfunción sexual en la calidad de vida de los usuarios con daño cerebral adquirido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si el usuario requiere de intervención a nivel funcional o de sensibilidad mediante el análisis presentado por el neurólogo.
- Evaluar la capacidad sexual mediante el CFS de los usuarios con daño cerebral adquirido.
- Demostrar cuán importante es la disfunción sexual en la calidad de vida de los usuarios.
- Proponer un taller de actividades de la vida diaria enfocada en la disfunción sexual en usuarios con daño cerebral adquirido.

Variable independiente: Disfunción sexual.

Variable dependiente: Daño cerebral adquirido.

Para la realización de este proyecto de investigación se contó con una población de 16 usuarios con daño cerebral adquirido que asisten al área de terapia ocupacional en el hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo de esta población se tomó como muestra 10 usuarios que presentaron afectación en la calidad de vida en la sexualidad. Para determinar la alteración en la sexualidad se utilizó el cuestionario de función sexual CFS.

Se utilizó una encuesta para determinar la importancia que tiene la disfunción sexual en la calidad de vida de los usuarios con daño cerebral adquirido que acuden al hospital Verdi Cevallos Balda, basándose en los resultados obtenidos en el cuestionario de función sexual y la encuesta se propone la aplicación de un taller de disfunción sexual para usuarios con daño cerebral adquirido.

2. FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1. Daño cerebral adquirido

El daño cerebral adquirido es una lesión de las células del cerebro causada después del nacimiento. Puede deberse a diversas causas y según donde esté localizado el daño, se encontrarán afectados unos u otros procesos. Cabe destacar que esta no afecta del mismo modo a un cerebro en desarrollo que a un cerebro completamente desarrollado.

El abanico de severidad y de posibles secuelas del daño cerebral es muy amplio, desde la recuperación completa hasta los estados vegetativos. Algunas de las secuelas pueden afectar de manera significativa a la autonomía del usuario y modificar también la situación de las familias. (Cruz y Rubio, 2012)

1.1. Causas del daño cerebral adquirido

Traumatismos craneoencefálicos:

Cuadro clínico causado por la lesión directa de las estructuras craneales, encefálicas o meníngeas debido a una fuerza traumática externa, lesión penetrante o fuerzas de aceleración-deceleración.

Puede afectar al cerebro de diversas maneras: Por lesión directa, al interrumpir el flujo sanguíneo cerebral, causando hemorragias y hematomas, causando inflamación de las estructuras, provocando infección, transformación de las cicatrices en un foco epileptógeno.

Accidentes cerebrovasculares:

El 78% de los usuarios con daño cerebral adquirido son víctimas de accidentes cerebrovasculares. Se tratan de cuadros clínicos causados por condiciones patológicas de los vasos sanguíneos que causan daño en algún área del cerebro, lo que deriva en diversos déficits dependiendo cuál sea la zona afectada. (Noreña et al., 2010)

Existen dos tipos:

-ISQUEMIAS: el flujo sanguíneo que riega el tejido cerebral decrece o se interrumpe. Puede deberse a varias causas:

- Trombosis: coágulos sanguíneos que se forman en el interior de las paredes de los vasos acaban taponándolo.
- Embolismo: un coágulo, burbuja de aire o grasa, o cualquier otra colección de material, taponan un vaso después de haberse transportado por el torrente sanguíneo.
- Arterioesclerosis: endurecimiento de las arterias.
- Vasculitis: inflamación de los vasos sanguíneos.

-HEMORRAGIAS: un vaso sanguíneo se rompe, lo que provoca que la sangre se filtre en zonas cerebrales inadecuadas.

Las causas de los accidentes cerebrovasculares tienen que ver con factores como la Edad, historia clínica familiar, raza y sexo. Existen otros factores entre los que se encuentran:

Factores asociados a la salud: hipertensión arterial, enfermedades cardíacas y grasas en sangre, hábitos de consumo de tóxico como el alcohol o el tabaco.

En general los accidentes cerebrovasculares se producen de manera repentina y causan una lesión en el cerebro en pocos minutos, aunque, con menor frecuencia, los usuarios pueden ir empeorando durante el paso de las horas e incluso de días. (Octubre 2015 por George R. Brown, MD).

Anoxia cerebral:

La anoxia cerebral es la falta de aporte de oxígeno al cerebro, si existe una privación completa de oxígeno de más de 5 minutos o 15 minutos con un aporte reducido de oxígeno puede provocar daños cerebrales permanentes (Lorenzo, A y Blaya, R. 2009).

Algunas causas son ahogamiento, envenenamiento por monóxido de carbono (inhalación de humo), estrangulación, embolismo pulmonar, infarto de miocardio, shock anafiláctico o insuficiencias respiratorias asociadas a neumonía o a un estado epiléptico prolongado.

Infecciones:

Debidas a la invasión de microorganismos patógenos virus, bacterias, hongos o parásitos y la reacción de los tejidos a su presencia y a las toxinas que estos generan.

Las más destacadas son: Sida, infección por citomegalovirus, herpes simple, leuco encefalopatía progresiva multifocal, neurosífilis, neurotuberculosis, meningoencefalitis tuberculosa, toxoplasmosis cerebral, malaria, encefalopatía espongiiforme y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

1.2. Secuelas del daño cerebral adquirido

El daño cerebral puede afectar a todas las áreas del funcionamiento del ser humano. Los déficits dependerán del tipo de lesión, la localización y severidad inicial de la misma, así como de características propias de cada afectado como la edad, personalidad o capacidades previas a la lesión. Las secuelas se agrupan en cuatro dimensiones que pueden solaparse o no en una misma persona:

Déficits físico-motores: Pueden producirse alteraciones del equilibrio, incapacidad para la bipedestación, incapacidad para la marcha, limitaciones en el movimiento de una o varias extremidades, o incluso el control del tronco y cabeza en situación de reposo. Otras alteraciones que pueden surgir son: temblores, falta de sensibilidad y movilidad fina en miembros del cuerpo, e incluso pérdida parcial o total de alguno de los sentidos como la vista.

Déficits Cognitivos: Podemos citar déficits de aprendizaje y memoria, déficits atencionales, alteraciones del lenguaje, alteraciones del pensamiento formal razonamiento lógico-deductivo, resolución de problemas, abstracción y alteraciones en la regulación de la conducta propositiva o dirigida a una meta planificación, iniciación y autorregulación conductual. Puede verse afectada la capacidad de pensamiento, toma de decisiones y control consciente de nuestra conducta.

Alteraciones de la comunicación: Estas secuelas se producen como consecuencia de la alteración de habilidades físicas y cognitivas. Cuando se trata de alteraciones físicas, se ve afectada la expresión oral debido a la pérdida de control de los músculos fono-articulatorios, escrita pérdida de control de los

miembros superiores o de la comprensión pérdida de la capacidad de audición o interpretación de sonidos. También existen alteraciones del lenguaje que producen la incapacidad para la expresión o comprensión oral, a pesar de que el sistema físico-motor permanezca intacto, por ejemplo, alguien que podría hablar, pero no encuentra las palabras. En este caso, se trata de una alteración de los procesos del lenguaje comprensión, expresión denominada afasia.

Alteraciones Conductuales y/o Emocionales: A la par que las alteraciones cognitivas aparecen alteraciones conductuales y/o emocionales asociadas con cambios de carácter o personalidad. El origen de las alteraciones conductuales se podría considerar de dos formas: Falta de inhibición, lo que causa desinhibición conductual, en ocasiones la desinhibición provoca conductas física o verbalmente agresivas. Otras personas muestran exceso de inhibición o pobre iniciativa conductual; el afectado muestra apatía no iniciando actividades si no se le pide explícitamente, no disfruta tanto de las cosas que antes le gustaban, tiene sensación de agotamiento y letargo, y a nivel afectivo apenas expresa las emociones. Sigcha, B. (Junio 4, 2011).

A nivel emocional, es posible que la persona con daño cerebral se encuentre más irritable, imusuario, con explosiones súbitas de ira, síntomas de depresión, desánimo o labilidad emocional.

Finalmente, una característica frecuente en las personas con daño cerebral es su falta de conciencia de los déficits derivados de la lesión cerebral, especialmente cuando se trata de alteraciones cognitivas y emocionales. Si aparece este síntoma, frecuentemente la persona afectada rechaza la ayuda o dirección de quien le supervisa, dificultando su cuidado y rehabilitación.

2. Calidad de vida

En la actualidad, hablar de calidad de vida, hace referencia a un concepto que puede comprender diversos niveles que pueden visualizar las demandas biológicas, económicas, sociales y psicológicas en forma individual hasta el nivel comunitario. No olvidando que se relaciona este concepto con aspectos de bienestar social.

Por lo tanto, lo que llamamos calidad de vida reúne elementos objetivos y subjetivos del bienestar social que están fundados en la experiencia ya sea individual y comunitario dentro de la vida social.

Si tomamos en cuenta el concepto de calidad de vida según la OMS, nos dice que es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes. (OMS, 2011).

Con este argumento podemos citar que es un campo muy abierto donde comprende factores de salud de tipo emocional, física, ser independiente, contar con relaciones que contribuyan a un mejor desarrollo y que exista relación con el entorno en que vivimos.

Ahora bien, cuando nos preguntamos en forma individual que es calidad de vida podemos expresar diversa terminología como bienestar, alcanzar logros personales y familiares, contar buen estado de salud, tener una alimentación sana, en fin, todo esto se ve relacionado a entornos sociales y culturales.

La calidad de vida individual puede entenderse como una relación global, dentro de la cual establece aspectos positivos, pero también pueden existir eventos en forma adversa en el curso de la vida individual, lo que demuestra la interrelación individual y colectiva en el ejercicio de los valores sociales.

Esto nos demuestra que el concepto de calidad de vida está en constante movimiento, ya que se ve involucrada con aspectos socioeconómicos, culturales y psicológicos lo que genera en el individuo valores positivos y negativos. (Espinosa, 2015).

Así podemos decir que el concepto de calidad de vida y bienestar social puede tener cinco campos a comprender como son:

Físico: donde puede tener aspectos de salud y seguridad física.

Material: contar con una vivienda digna y propia, con acceso a todos los servicios básicos, alimentos al alcance, medios de transporte.

Educativos: existencia y cercanía a una educación donde permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva.

Emocional: campo muy importante para cualquier ser humano, mediante el cual permite que su estado emocional vaya creciendo e interrelacionarse eficazmente.

Social: donde el ser humano tiene opciones interpersonales con núcleos básicos como la familia y círculos de amistades que permitan desarrollo de este.

Es importante considerar que estos campos mencionados pueden tener una diversa influencia en factores sociales, médicos y políticos y también en los ámbitos individuales y de comunidades. (García y cols, 2015).

La calidad de vida es el resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos, condiciones de salud – enfermedad ya sea en forma individual y social.

2.1. Sexualidad

La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano porque es necesaria para identificar al ser humano como tal, ya que está íntimamente relacionada con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se define como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (OMS. 2006).

Cuando se habla de sexualidad hay que adentrarse en las relaciones interpersonales, en los sentimientos más íntimos de unos y otras y ver sus efectos en el desarrollo y autodesarrollo del ser humano. Es una realidad de por sí valiosa por el hecho de pertenecer a la intimidad de lo humano, pero que influye en la calidad de vida de ambos géneros, de la familia. La sexualidad está

vinculada orgánicamente a la personalidad, es vida, placer, descubrimiento, está ligada, además, al renacimiento, al desarrollo personal, a lo interaccional, a lo lúdico, a lo comunicacional, a lo nuevo, a la magia, a la belleza y a la naturaleza, al amor y a la salud.

La sexualidad humana engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo, género, identidades, orientaciones, que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. (Zamora, 2010).

Los comportamientos sexuales responsables se expresan en los planos personales, interpersonales y comunitarios. La persona que practica un comportamiento sexual responsable se caracteriza por vivir la sexualidad con autonomía, madurez, honestidad respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.

Como unidad personal sexuada, la vivencia humana de la sexualidad también ha de conducirse por las facultades superiores que dignifican al ser humano; es decir, aunque contamos con un sustrato biológico natural, no son sólo los instintos quienes nos guían, sino una libertad inteligente que es capaz de elegir el bien, y actuar por amor.

2.2. Disfunción sexual

La disfunción sexual es la incapacidad de llevar a cabo el acto sexual de manera satisfactoria. La dificultad puede darse en cualquiera de las etapas de la respuesta sexual humana. Estas etapas son: Deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. (Bruce, 2014).

Las disfunciones sexuales pueden ser primarias o secundarias, es decir, primarias cuando siempre han interferido en el individuo desde el inicio de sus relaciones, y secundarias cuando surgen tras haber establecido previamente relaciones sexuales satisfactorias. Asimismo, hay que distinguir si se manifiesta de forma generalizada si ocurre en todas las situaciones y con todas las parejas, o bien, específica se da ante determinadas parejas, situaciones o frente una forma concreta de estimulación.

Las principales disfunciones sexuales son:

1) Los trastornos del deseo sexual.

– Deseo sexual inhibido o hipoactivo. Puede aparecer tanto en hombres como en mujeres. En estas personas existe un bajo interés sexual. No sienten necesidad de desarrollar comportamientos sexuales ni tampoco hay excitación ante situaciones que normalmente activarían la respuesta sexual del individuo. No existen fantasías sexuales ni tampoco masturbación. Puede deberse a una condición médica, niveles hormonales, efectos secundarios de medicamentos que pueden disminuir el deseo, o bien, a factores psicológicos de tipo estados depresivos, de ansiedad y estrés, baja autoestima, imagen corporal negativa, falta de erotismo y fantasías dentro de la relación de pareja, entre otros muchos.

– Aversión al sexo: es un estado de extrema ansiedad o pánico ante la idea de mantener cualquier tipo de relación sexual que limita al individuo a desarrollar una intimidad erótica normal. Es más frecuente en mujeres que en hombres y puede ocasionar un gran deterioro en la vida de estas personas. (IMSERSO, 2013).

Su origen puede estar en experiencias traumáticas de tipo abuso sexual en la infancia, violación, o bien, se ha podido desarrollar como consecuencia de repetidas experiencias de dolor dispareunia en las relaciones sexuales. Una educación represiva con respecto al sexo también podría desencadenar la aversión. Surge una reacción de aborrecimiento que impulsa al individuo a evitar cualquier tipo de circunstancia que se relacione con el sexo.

– Adicción sexual: es la necesidad o dependencia de llevar a cabo comportamientos sexuales a cualquier hora del día y en cualquier lugar de manera que pueden llegar a interferir en las relaciones personales, sociales y laborales del individuo y genera sentimientos de culpa, dolor y arrepentimiento una vez que se ha llevado a cabo la conducta adictiva. Con frecuencia hacen uso de pornografía, redes sociales dirigidas al sexo en Internet, prostitución, líneas eróticas.

2.3. Sexualidad en el daño cerebral adquirido

El daño cerebral adquirido puede afectar la vida de una persona en todas sus esferas, de manera directa o indirecta. Esto incluye, evidentemente, la identidad que se tiene uno mismo, el cómo se vive como hombre o como mujer, el cómo se vive como parte de la sociedad, de una familia, de una pareja, como ser amante y como ser amado o amada.

El alcance de este impacto y de los cambios que conlleva depende de muchos factores, momento de vida en el que se encuentra, gravedad de las secuelas, historia personal y familiar previa, personalidad y sistema de valores, ideas, comprensión del mundo que tenía, tanto como forman parte de la complejidad de ser persona. (Valverde y cols, 2014).

Por esta misma razón, la vida sexual y la afectividad, aspectos integrales del ser humano, se pueden ver afectados de acuerdo al tipo de secuelas y déficit que presente la persona. Algunas de las secuelas van a interferir de manera evidente en la sexualidad de hombres y mujeres, alteraciones en la movilidad, sensibilidad, dificultad para las actividades de la vida diaria, aparición de disfunciones sexuales asociadas, mientras que otras lo harán de manera más útil, alteraciones en el sentir, de comunicación, de habilidades de relación social.

2.4. Educación sexual en daño cerebral adquirido

La educación sexual es la promoción del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad y fomento del proceso por medio del cual el individuo puede reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a lo largo del ciclo vital, libre de ansiedad, temor o sentimiento de culpa. (Bakshi y cols, 2013).

La educación sexual se fundamenta en tres objetivos: Conocerse, como soy y como funciona; como son y cómo funcionan los de mi mismo sexo y los del sexo contrario; aceptarse, estar contento o contenta de como soy, sentir que merezco la pena y que soy digna de ser querida/o; Expresarse, el placer, el disfrute y la

erótica; los deseos, fantasías y conductas; la satisfacción por lo que hago y lo que me aporta.

2.5. Terapia Ocupacional en daño cerebral

El objetivo fundamental de la Terapia Ocupacional en los usuarios que han sufrido daño cerebral adquirido consiste en capacitar al individuo para poder llevar a cabo aquellas actividades que considera esenciales en su vida. El terapeuta ocupacional evalúa las habilidades motoras, cognitivas, perceptivas e interpersonales subyacentes al desempeño de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, y los roles personales. Dependiendo del potencial de la persona para su recuperación, el terapeuta ocupacional junto con el resto de miembros del equipo multidisciplinar facilita la realización de actividades a través de la mejora de las habilidades, enseñando y desarrollando estrategias compensatorias y recuperadoras para poder mantener la independencia personal.

La Terapia Ocupacional hace posible el aprendizaje y la recuperación a través de la aplicación de técnicas de tratamiento específicas, la modificación de los estímulos del medioambiente, en la manera de presentación de las tareas ocupacionales y en la modificación del contexto en el que tienen lugar. Por lo tanto, basa su intervención en la actividad, por las siguientes razones: Es la manera de maximizar el potencial de cada usuario para mejorar los déficit consecuentes a la lesión, así como prevenir las posibles discapacidades derivadas de los mismos; minimiza en la medida de lo posible los procesos de dependencia capacitando al individuo para desarrollar las actividades relevantes en función de sus roles personales; reduce las restricciones en la participación facilitando la adquisición de nuevos roles y afrontando el proceso de rehabilitación de la manera más holística posible, preservando y teniendo en cuenta siempre que sea posible los gustos y preferencias del sujeto; estimula y facilita la generalización de aprendizajes abordando la rehabilitación desde el ámbito más ecológico posible, es decir, llevando a cabo las actividades de la vida diaria de manera directa y en un contexto real. Este hecho sitúa a la Terapia Ocupacional como una de las disciplinas más acordes para el tratamiento de este tipo de usuarios puesto que garantiza de esta manera que el aprendizaje y

su puesta en práctica sean llevados a cabo de una manera eficaz. Dentro del equipo profesional, la finalidad de la Terapia Ocupacional es conseguir mediante el entrenamiento funcional el mayor nivel de independencia y autonomía posible en la realización de las actividades de la vida diaria tanto básica como instrumental. (Grieve, 2012).

Y cuando se analiza la actividad concreta en que se va a trabajar se tienen en cuenta una serie de características: Tiene que ser propositiva, es decir, se dirige a un objetivo específico, por ejemplo ser capaz de llevar la cuchilla de afeitar hacia la cara para el acto de afeitarse dentro de las actividades de cuidado personal, debe ser significativa o importante para el sujeto, en mayor o menor grado y en función del momento del proceso de rehabilitación en el que se encuentre, pero en todos los casos debe ser apreciado este significado por el usuario. Por ejemplo; en aquella usuario que reentrenamos la preparación de alimentos y previamente a la lesión era una de sus actividades favoritas incluida en sus roles diarios, no puede ser un acto pasivo, el sujeto debe ser partícipe de la elección de las actividades que ha de realizar, así como de su realización. Además de fomentar la funcionalidad del usuario, debe prevenir futuras complicaciones y mejorar la calidad de vida del usuario.

2.6. Terapia ocupacional en disfunción sexual

La sexualidad al ser parte de las actividades de la vida diaria, entendidas como actividades que están orientadas al cuidado propio. También se refiere a las actividades básicas de la vida diaria y las actividades personales de la vida. Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permita la supervivencia y el bienestar (AOTA, 2010), las que a la vez forman parte de las áreas de ocupación de una persona, sobre las cuales los terapeuta centran su intervención y ejercen su quehacer profesional. Cabe mencionar que la intervención en Terapia Ocupacional consiste en: Facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud a través de las medidas adoptadas por los profesionales de terapia ocupacional en colaboración con el cliente. Los profesionales de terapia ocupacional utilizan la información sobre el cliente obtenida durante la evaluación y de los principios teóricos para dirigir las intervenciones centradas en la ocupación. (Neistadr, 2014).

El profesional de terapia debe introducir el tema en una de las sesiones con su usuario de manera sutil, ya que este es un tema íntimo, difícil de tratar, además se le debe explicar al usuario el rol que cumple el terapeuta en la sexualidad y las maneras que éste puede intervenir en ella.

El profesional podrá realizar asesorías enfocadas a la educación sexual, así como también realizar sugerencias específicas, información limitada como por ejemplo detalles sobre la anatomía y fisiología de los órganos sexuales, o terapia intensiva. Esta última requerirá la derivación del usuario a un especialista en asesoramiento sexual. Todo esto va a depender del grado de afección que la persona tenga en esta área.

Cabe destacar que, los profesionales siempre deben intervenir a sus usuarios teniendo en consideración los principios bioéticos de la profesión.

En toda circunstancia el terapeuta debe atender al usuario con respeto, considerando su situación particular con integridad, tolerancia y lealtad para crear un ambiente grato y fiable. El profesional debe examinar tanto las actitudes sociales hacia las personas con discapacidades como sus propias creencias, valores y actitudes respecto de la sexualidad, sin discriminar a sus usuarios por razones de raza, color, discapacidad, nacionalidad, edad, sexo, preferencias sexuales, religión, creencias políticas o situación social. (Código de ética de la WFOT, 1992).

3. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación se desarrolló a partir del método descriptivo, para determinar y estudiar a los usuarios con disfunción sexual consecuencia de un Daño Cerebral adquirido, con lo cual se buscó conocer su nivel de afección cerebral y disfunción sexual en el que se encuentra.

Para lo cual realizamos un abordaje de método cuantitativo, lo que nos permitió comprender como las personas con daño cerebral pueden participar activamente en la disfunción sexual de forma normal; permitiéndonos además tener en consideración cuán importante es este aspecto dejando tabúes y enfocándonos en métodos, para que a través de esto los usuarios tengan un mejor conocimiento de las actividades de disfunción sexual que pueden realizar.

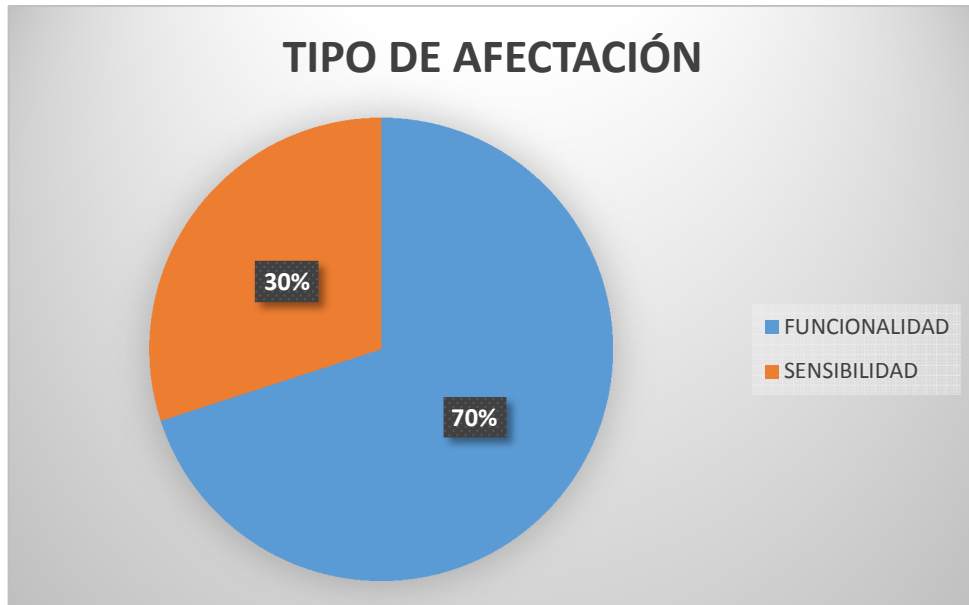
Esta investigación se realizó en Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, perteneciente a la provincia de Manabí; contando con una población de 16 usuarios y con una muestra de 10 usuarios.

Para continuar con el proyecto de investigación se estudió los exámenes entregados por el neurólogo, además se procede a realizar un consentimiento informado para tener la aceptación de los usuarios en el proceso del proyecto, continuando con el estudio se utiliza el cuestionario de función sexual (CFS) en los usuarios del Hospital Verdi Cevallos Balda para tener hallazgos más reales de su actuación sexual. Y por último se procede a efectuar una encuesta de 8 preguntas a los usuarios del Hospital Verdi Cevallos Balda con respuestas asertivas de SI y NO, la cual está enfocada en recoger información sobre los aspectos de participación sexual y sobre los intereses de los usuarios con Disfunción sexual consecuencia de una Daño Cerebral para ser activamente competente en este aspecto.

Los resultados obtenidos fueron:

ANÁLISIS DE LOS EXAMENES DEL NEUROLOGO

Además se utiliza el análisis presentado por el neurólogo del Hospital Verdi Cevallos Balda, en el que interpreta si la afectación es de funcionalidad o de sensibilidad dando los siguientes resultados:



Fuente: Dr.

Elaborado por: Josselin Mendoza - Cinthia Puetman

INTERPRETACIÓN

En el análisis presentado por el neurólogo se determina que el 70% tiene una lesión cerebral implicando una parálisis de miembros inferiores y afectando su funcionalidad sexual mientras que el 30% restante presenta una pérdida de sensibilidad sexual por daño cerebral adquirido.

Se hace un estudio de género de los usuarios remitidos al área de terapia ocupacional dando los siguientes resultados:

CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL (CFS)

ITEM N° 1

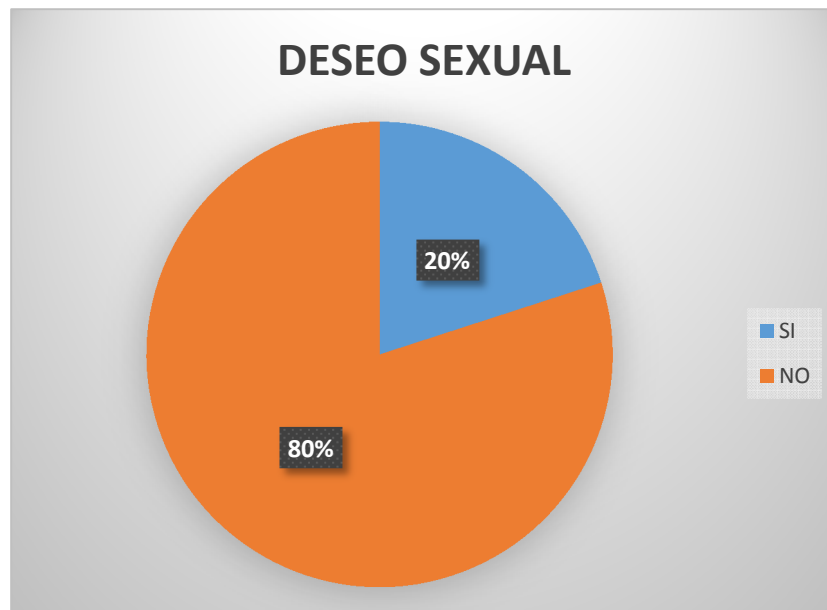
DESEO SEXUAL

IDENTIFICACIÓN

ITEM N°1	PORCENTAJE
ACIERTOS	20%
DESACIERTOS	80%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 20% manifestó presentar deseo durante la actividad sexual mientras que el 80% no obtuvo aciertos.

ITEM N° 2

EXCITACIÓN

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 2	PORCENTAJE
ACIERTOS	10%
DESACIERTOS	90%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 10% manifestó presentar excitación en la actividad sexual mientras que el 90% no obtuvo aciertos.

ITEM N° 3

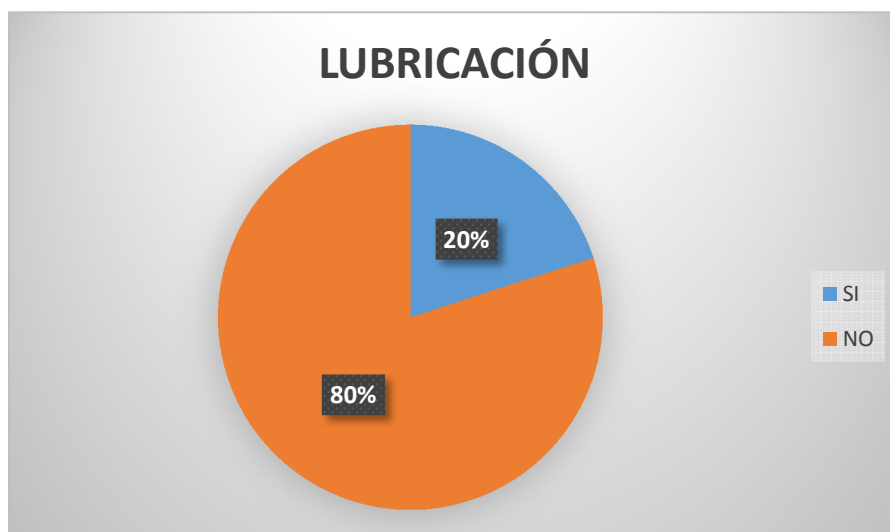
LUBRICACIÓN

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 3	PORCENTAJE
ACIERTOS	20%
DESACIERTOS	80%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 20% manifestó presentar lubricación durante la actividad sexual mientras que el 80% no obtuvo aciertos.

ITEM N° 4

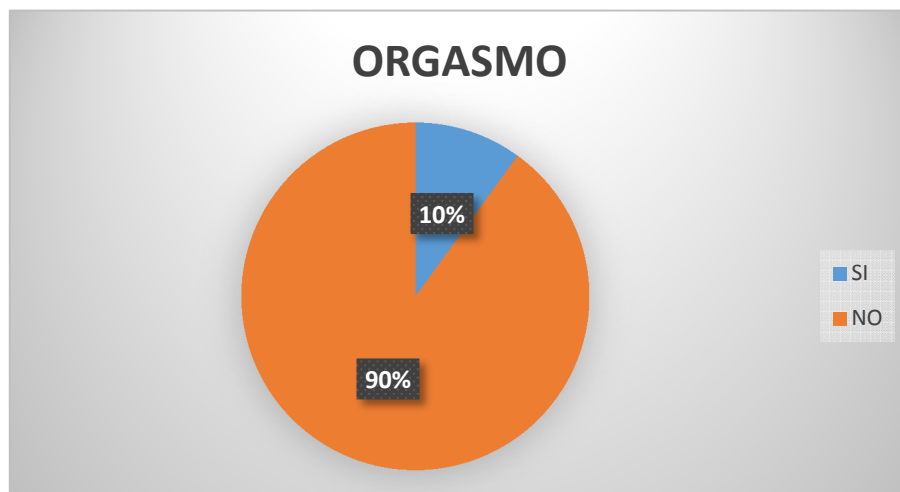
ORGASMO

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 4	PORCENTAJE
ACIERTOS	10%
DESACIERTOS	90%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 10% manifestó orgasmo en la actividad sexual mientras que el 90% no obtuvo aciertos.

ITEM N° 5

SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 5	PORCENTAJE
ACIERTOS	20%
DESACIERTOS	80%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 20% manifestó satisfacción durante la actividad sexual mientras en el 80% no obtuvo aciertos.

ITEM N° 6

SATISFACCIÓN SEXUAL GENERAL

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 6	PORCENTAJE
ACIERTOS	20%
DESACIERTOS	80%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 20% manifestó satisfacción durante la actividad sexual mientras que el 80% no obtuvo aciertos.

ITEM N° 7

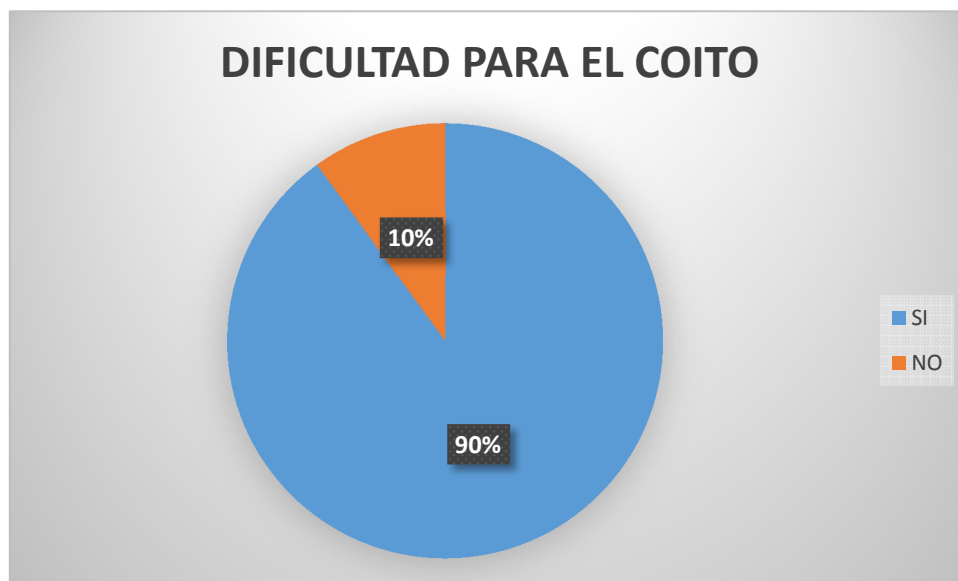
DIFICULTAD PARA EL COITO

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 7	PORCENTAJE
ACIERTOS	90%
DESACIERTOS	10%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 90% manifestó dificultad para el coito durante la actividad sexual mientras que el 10% no obtuvo aciertos.

ITEM N°8

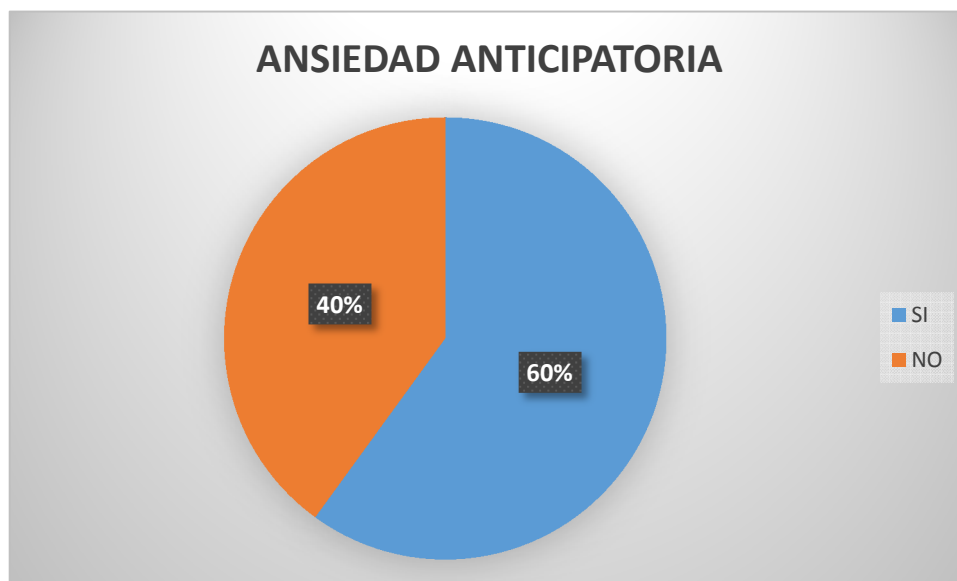
ANSIEDAD ANTICIPATORIA

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 8	PORCENTAJE
ACIERTOS	60%
DESACIERTOS	40%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 60% manifestó presentar ansiedad antes de la actividad sexual mientras que el 40% no obtuvo aciertos.

ITEM N° 9

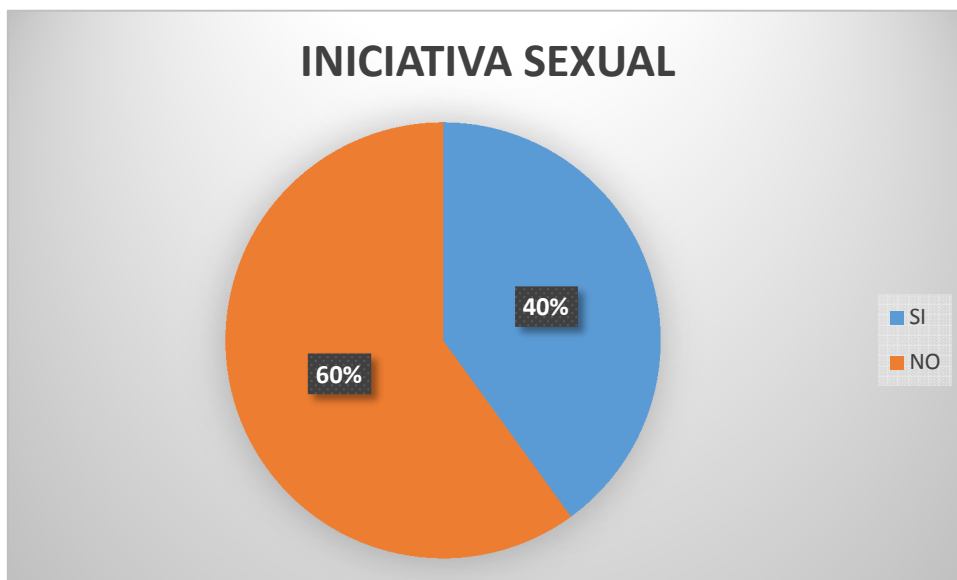
INICIATIVA SEXUAL

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 9	PORCENTAJE
ACIERTOS	40%
DESACIERTOS	60%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 40% manifestó iniciativa en la actividad sexual mientras que el 60% no obtuvo aciertos.

ITEM N° 10

GRADO DE COMUNICACIÓN SEXUAL

IDENTIFICACIÓN

ITEM N° 10	PORCENTAJE
ACIERTOS	10%
DESACIERTOS	90%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios encuestados, el 10% manifestó tener comunicación durante la actividad sexual mientras que el 90% no obtuvo aciertos.

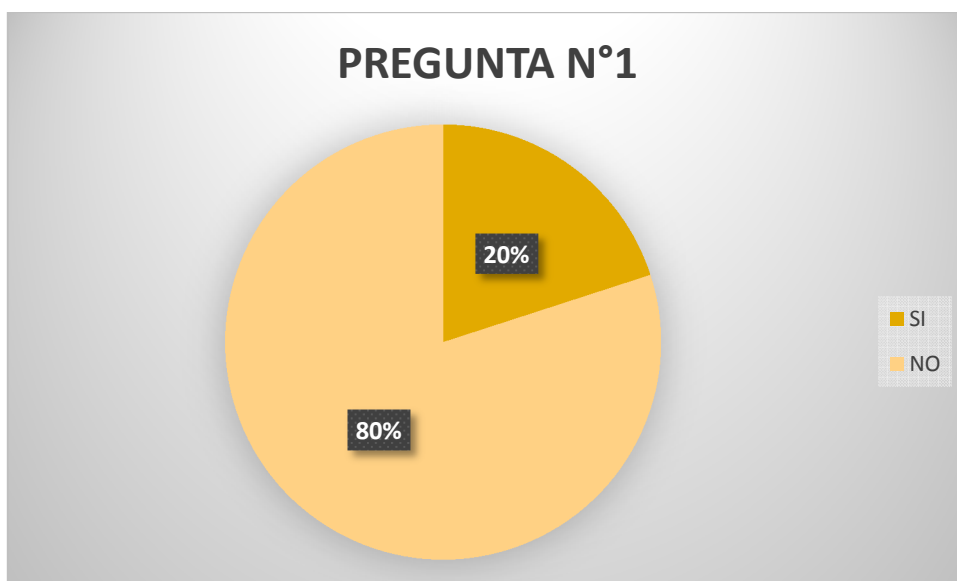
ENCUESTA A LOS USUARIOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

PREGUNTA N° 1

¿Se considera capaz de llevar a cabo una participación sexual activa?

PREGUNTA N° 1	PORCENTAJE
SI	20%
NO	80%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

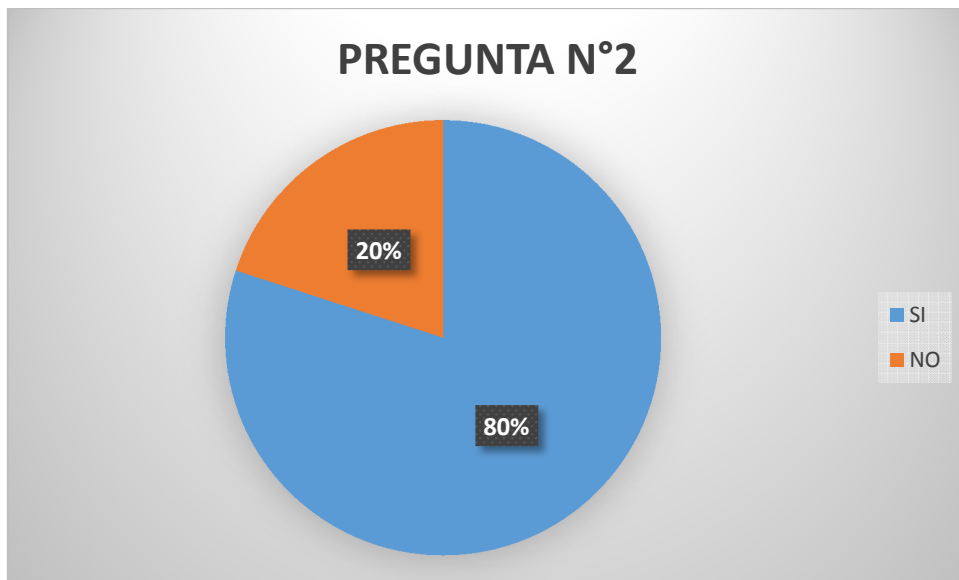
De un total de 10 encuestados, el 20% respondió que si se consideran capaz de realizar una participación sexual, mientras que del 80% restante se obtuvo una respuesta negativa.

PREGUNTA N° 2

¿Considera usted que es importante tener una disfunción sexual adecuada?

PREGUNTA N° 1	PORCENTAJE
SI	80%
NO	20%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 encuestados, el 80% respondió que si es importante tener una disfunción sexual satisfactoria, mientras que del 20% restante se obtuvo una respuesta positiva.

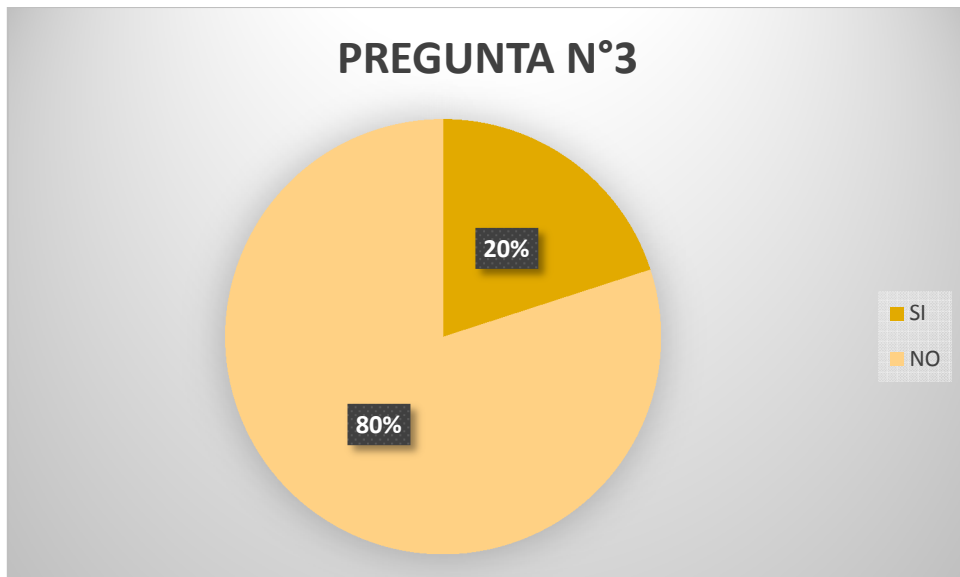
PREGUNTA N° 3

¿A participado en alguna actividad sexual después del Daño Cerebral?

PREGUNTA N° 1	PORCENTAJE
SI	20%
NO	80%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda

Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

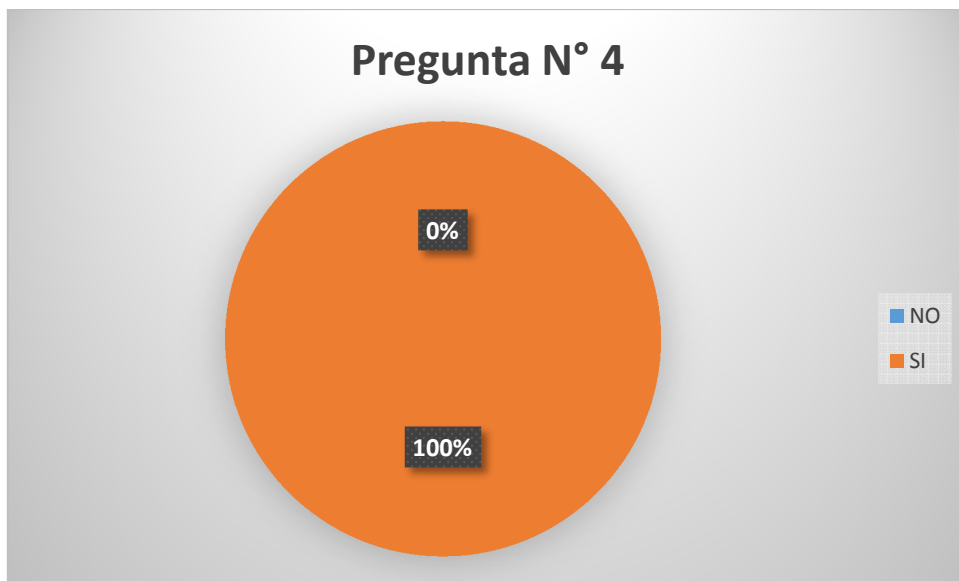
De un total de 10 encuestados, el 20% respondió que sí ha participado en una actividad de disfunción sexual, mientras que del 80% restante se obtuvo una respuesta negativa.

PREGUNTA N° 4

¿Ha recibido algún tipo de intervención de disfunción sexual después del daño cerebral adquirido?

PREGUNTA N° 1	PORCENTAJE
SI	0%
NO	100%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

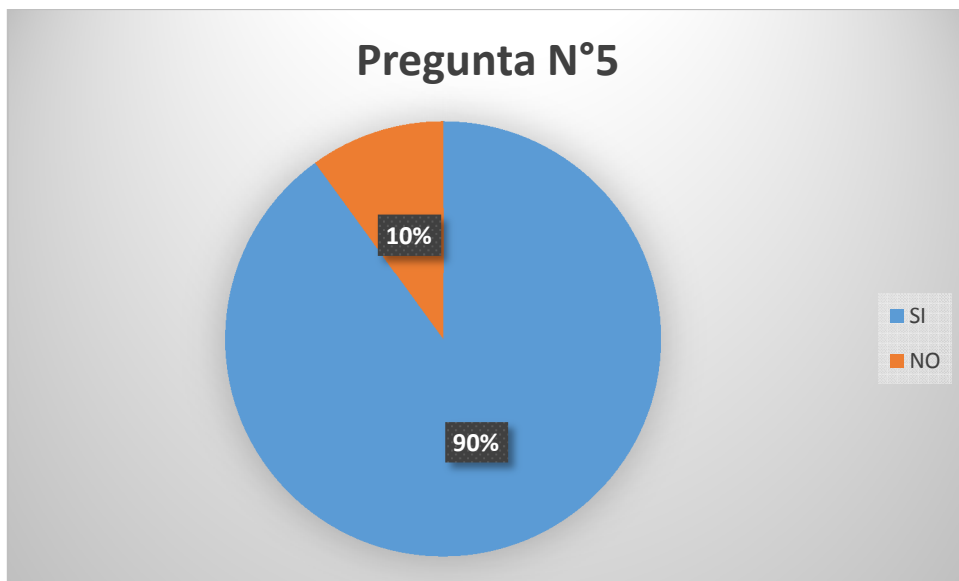
De un total de 10 encuestados, el 100% respondió que no han recibido ningún tipo de intervención de disfunción sexual.

PREGUNTA N° 5

¿Le gustaría recibir una intervención ocupacional para mejorar su disfunción sexual?

PREGUNTA N° 1	PORCENTAJE
SI	90%
NO	10%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

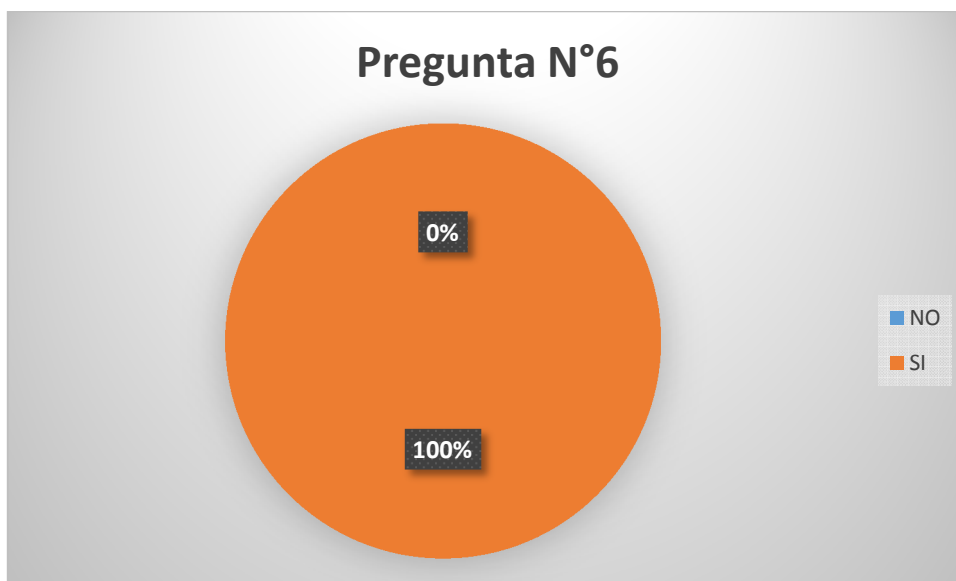
De un total de 10 encuestados, el 90% respondió que si le gustaría recibir alguna intervención ocupacional para mejorar su disfunción sexual, mientras que del 10% restante se obtuvo una respuesta negativa.

PREGUNTA N° 6

¿Se sentiría mejor consigo mismo si llegara a una participación activa adecuada?

PREGUNTA N° 1	PORCENTAJE
SI	100%
NO	0%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

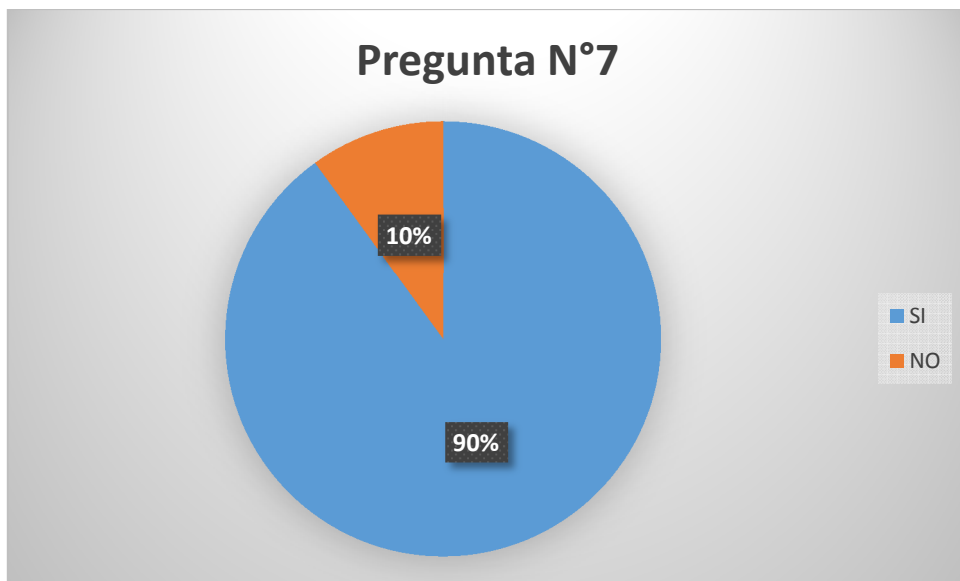
De un total de 10 encuestados, el 100% respondió que si se sentiría mejor consigo mismo si tuvieran una participación activa adecuado.

PREGUNTA N° 7

¿Considera que su pareja le ayudaría a mejorar su disfunción sexual activa?

PREGUNTA N° 1	PORCENTAJE
SI	90%
NO	10%
TOTAL	100%

Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 encuestados, el 90% respondió que su pareja si le ayudaría a mejorar su disfunción sexual, mientras que del 10% restante se obtuvo una respuesta negativa.

PREGUNTA N° 8

¿Les gustaría obtener más información de cómo mejorar su disfunción sexual mediante el taller de participación sexual?

PREGUNTA N° 1	PORCENTAJE
SI	90%
NO	10%
TOTAL	100%

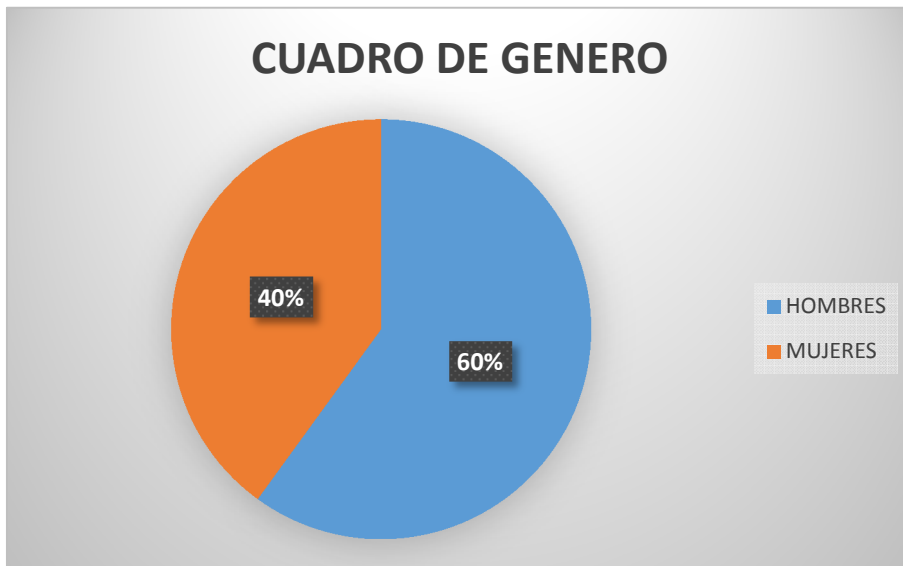
Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman



INTERPRETACIÓN

De un total de 10 encuestados, el 90% respondió que si le gustaría obtener información de cómo mejorar su participación sexual, mientras que del 10% restante se obtuvo una respuesta negativa.

EXAMEN DE GÉNERO



Fuente: Hospital Verdi Cevallos Balda
Elaborado por: Josselin Mendoza – Cinthia Puetman

INTERPRETACIÓN

Un total de 6 Hombres que equivale al 60% y 4 mujeres que representan al 40% este análisis es importante ya que nos determinara a futuro como abordar tanto en hombres como en mujeres y considerando que cada género tiene diferente afección a nivel sexual.

4. PROPUESTA

La sexualidad se refiere a las actividades básicas de la vida diaria y las actividades personales de la vida, estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permita la supervivencia y el bienestar, las que a la vez forman parte de las áreas de ocupación de una persona, sobre las cuales los terapeutas centran su intervención y ejercen su quehacer profesional.

Mediante el estudio de este proyecto de investigación hemos propuesto la aplicación de un **TALLER DE DISFUNCION SEXUAL PARA USUARIOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.**

El profesional de terapia ocupacional debe introducir el tema en una de las sesiones con su usuario de manera sutil, ya que este es un tema íntimo, difícil de tratar, además se le debe explicar al usuario el rol que cumple el terapeuta en la sexualidad y las maneras que éste puede intervenir en ella.

El profesional podrá realizar asesorías enfocadas a la educación sexual, así como también realizar sugerencias específicas, información limitada como por ejemplo detalles sobre la anatomía y fisiología de los órganos sexuales. Todo esto va a depender del grado de afección que la persona tenga en esta área.

Cabe destacar que, los profesionales siempre deben intervenir a sus usuarios teniendo en consideración los principios bioéticos de la profesión.

En toda circunstancia el terapeuta debe atender al usuario con respeto, considerando su situación particular con integridad, tolerancia y lealtad para crear un ambiente grato y fiable. El profesional debe examinar tanto las actitudes sociales hacia los usuarios como sus propias creencias, valores y actitudes respecto de la sexualidad, sin discriminar a sus usuarios por razones de raza, color, discapacidad, nacionalidad, edad, sexo, preferencias sexuales, religión, creencias políticas o situación social.

El taller está estructurado en 3 fases significativas que son:

FASE 1: CHARLA DE EDUCACIÓN SEXUAL

En esta fase se llevarán a cabo actividades que repercutirán en la mejora del conocimiento de la anatomía y fisiología de los órganos genitales e influirán de manera positiva en la disfunción sexual de los usuarios. Se realizará una instrucción de manera grupal que permita determinar zonas erógenas alternativas para usuarios que perdieron la sensibilidad y la funcionalidad en el área genital.

FASE 2: INFORMACIÓN PARA UNA SATISFACCIÓN SEXUAL

Una vez ejecutada la primera fase se procede con temas más individualizados para llegar a una satisfacción sexual de los usuarios del Hospital Verdi Cevallos tanto en hombres y mujeres estos temas consistirán en charlas de uso de objetos eróticos para la satisfacción sexual como son: consoladores, vibradores, lencería erótica.

Esta parte del taller van a potenciar el conocimiento de sus partes erógenas y como podrán llegar una satisfacción sexual.

Para la realización de esta actividad de disfunción sexual se le pedirá a cada usuario que las indicaciones las practiquen con sus parejas y se le otorgará el conocimiento tanto a usuarios como a su pareja y dependiendo si es por funcionalidad o sensibilidad.

FASE 3: ADAPTACIÓN A LA ACTIVIDAD DE DISFUNCION SEXUAL

Esta última fase se enfocará en los usuarios que tiene dificultad para su actividad sexual o disfunción sexual por funcionalidad se pedirá colocar barandas o trapecios sobre la cama para facilitar el coito y los cambios de posiciones durante la actividad sexual.

Se sugiere el uso de alternativas como compresores y anillos que son gomas elásticas que se colocan en la base del pene una vez conseguida la erección para mantener la sangre en los cuerpos cavernosos y sistemas de Vacío también conocido como Vacuum este se trata de un aparato que a través de métodos de

succión logran una erección de forma segura. Se aplica sólo cuando el usuario no tiene erecciones reflexógenas. Es costosa y 100% funcional, aunque no es adaptable a todos los usuarios.

Si hay dificultad para la actividad sexual o disfunción sexual por sensibilidad se sugieren a los usuarios caricias sensuales, que trate de estimular su cuerpo sexualmente para saber si puede excitarse. Es posible que disfrute las caricias en el cuello, las orejas, los pezones y la parte interna de los muslos. Algunas personas se pueden excitar con sensaciones sexuales psicológicas. Cuanta más sensibilidad tenga entre el ombligo y la parte superior externa de los muslos, más probabilidades tendrá de lograr excitación genital con pensamientos, imágenes, olores o sonidos eróticos.

5. CONCLUSIONES

Una vez culminado el presente proyecto de investigación hemos obtenido las siguientes conclusiones:

- Se comprobó que la calidad de vida de los usuarios se altera cuando hay dificultad a nivel sexual por un daño cerebral adquirido.
- Se pudo determinar mediante el análisis neurológico que existen dos tipos de alteraciones de actividad sexual por daño cerebral adquirido estas por funcionalidad y sensibilidad.
- Se halló mediante el cuestionario de función sexual, alteraciones fisiológicas y psicológicas en usuarios con daño cerebral adquirido.
- Las actividades propuestas en el taller de disfunción sexual son de fácil comprensión para los usuarios con daño cerebral adquirido conservando la ética por parte del usuario y del profesional.
- Se señaló la importancia que tiene la disfunción sexual en estos usuarios.

6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda enfocarnos no solo en la parte motora sino también en la disfunción sexual cuando hay un daño cerebral adquirido.
- Es importante determinar qué tipo de intervención terapéutica ocupacional se da cuando hay problemas de disfunción sexual.
- Se recomienda realizar diferentes valoraciones para encontrar el modelo ocupacional adecuado.
- Seguir aplicando talleres ocupacionales que se enfoquen en el aspecto sexual de su vida diaria.
- Continuar con capacitaciones indicando la importancia del aspecto sexual cuando hay un daño cerebral adquirido.

7. BIBLIOGRAFIA

Fundación Barrié y la RSC de Edisa Madrid 09/09/2016 Archivo en PDF
<https://fedace.org/dano-cerebral-adquirido.html>.

Sistema de Red de Revistas web Cruz y Rubio, 2012 Sistema de Información Científica Red de Revistas.

Noreña et al., 2010 Unidad Editorial Revistas, S.L.U. recuperado de
<https://cuidateplus.marca.com/escuela/consejos/alimentacion-ejercicios/2019/06/05/vivir-dano-cerebral-adquirido-170175.html>.

Cantin Cantin R. Causas-del-daño-cerebral-adquirido Vol. 4 recuperado de
<https://www.fegadace.org/causas-del-danho-cerebral-adquirido-es.html>.

Autor: María Estela Raffino. De: Argentina. Para: *Concepto.de*. Disponible en:
<https://concepto.de/calidad-de-vida/> Consultado: 30 de octubre de 2019.

Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2010. Actualizado: 2013.
Definicion.de: Definición de sexualidad (<https://definicion.de/sexualidad/>).

Ainhoa Espinosa Lizárraga Gesalibar, 15 - 20509 Arrasate-Mondragón (Gipuzkoa sexualidad-en-daño-cerebral recuperado de <https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/la-sexualidad-con-dano-cerebral-adquirido-i/>).

Javier Navarro 2012 intervención-en-la-sexualidad-en-usuarios-con-daño-cerebral archivo PDF recuperado de:
<http://zaguan.unizar.es/record/11067/files/TAZ-TFG-2013-469.pdf>.

Grieve, 2012 recuperado de: <https://xn--daocerebral-2db.es/papel-de-la-terapia-ocupacional-en-la-rehabilitacion-del-dano-cerebral/>.

Universidad de Coruña Junio 2018 archivo en PDF recuperado de
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/20850/RicoAlonso_Nuria_TFG_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

María Sánchez-Monge 29 de Octubre de 2018 despues-de-un-ictus-hay-vida-y-sexualidad recuperado de

<https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/pareja/2018/10/29/despues-ictus-hay-vida-sexualidad-167813.html>.

Autores Dr. Sixto L. Dr. Luis García-Giralda Ruiz guía-de-buena-practica-clínica-en-disfunciones-sexuales Archivo PDF recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf.

8. ANEXOS

CONCENTIMIENTO INFORMADO

Institución _____

Historia clínica _____ (Nombre) RECHAZO SER REMITIDA A:

El LICENCIADO(a)

_____ me ha

explicado claramente y yo he entendido que para la intervención acerca de mi sexualidad es necesaria por razones médicas. Igualmente la licenciada(o) me ha explicado de los riesgos que pueden ocurrir si no accedo a la intervención

ACEPTO ESTOS TERMINOS BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD. Firma del paciente

_____ C.C.

_____ expedida en _____

Cuestionario de Función Sexual (CFS)

Dominio	SI	NO
Evaluadores de la actividad sexual		
- Deseo		
- Excitación		
- Lubricación		
- Orgasmo		
- Satisfacción de la actividad sexual		
- Satisfacción sexual general		
- Dificultad para el coito		
- Ansiedad anticipatoria		
- Iniciativa sexual		
- Comunicación sexual		



Uleam
ELOY ALFARO DE MANABI

UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO DE MANABI"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL



ENCUESTA

La presente encuesta está enfocada en recoger información sobre los aspectos de participación sexual y sobre los intereses de los usuarios con Disfunción sexual consecuencia de una Daño Cerebral para ser activamente competente en este aspecto.

1.- ¿Se considera capaz de llevar a cabo una participación sexual activa?

Sí

No

2.- ¿Considera usted que es importante tener una expresión sexual adecuada?

Sí

No

3.- ¿Ha participado en alguna actividad sexual después del Daño Cerebral?

Sí

No

4.- ¿Ha recibido algún tipo de intervención de expresión sexual después del daño cerebral adquirido?

Sí

No

5.- ¿Le gustaría recibir una intervención ocupacional para mejorar su expresión sexual?

Sí

No

6.- ¿Se sentiría mejor consigo mismo si llegara a una participación activa adecuada?

Sí

No

7.- ¿Considera que su pareja le ayudaría a mejorar su expresión sexual activa?

Sí

No

8.- ¿Les gustaría obtener más información de cómo mejorar su expresión sexual mediante los talleres ocupacionales?

Sí

No

