



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

Achury, Diana

SEXUALIDAD EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: UN PROBLEMA OCULTO

Revista CUIDARTE, vol. 2, núm. 1, enero-diciembre, 2011, pp. 225-229

Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178019>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SEXUALIDAD EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: UN PROBLEMA OCULTO¹

SEXUALITY IN WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASE: A HIDDEN PROBLEM

Diana Achury²

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares producen alteraciones en la vida sexual de los individuos que las padecen, sin embargo en la práctica clínica y la mayoría de investigaciones han reconocido las disfunciones sexuales masculinas como un problema prioritario, dejando a un lado las disfunciones de la mujer. Siendo necesario que el profesional de enfermería reconozca la sexualidad de la mujer como un elemento fundamental en la calidad de vida, comprendiendo el significado de la sexualidad, los factores que influyen en la exploración de sexualidad, la realidad de la disfunciones sexuales femeninas y las estrategias de cuidado para poder brindar una orientación adecuada que permita la continuación de la vida sexual satisfactoria. **Materiales y Métodos:** Revisión de literatura. **Discusión y Conclusiones:** La expresión de la sexualidad femenina es multidimensional y altamente contextual, y se ve influida por una amplia gama de factores socioculturales, cognitivos, afectivos, de relación, intrapsíquicos, etc; todos ellos deben tenerse en cuenta para la comprensión de sus problemas, desde una perspectiva integral; Se requiere de investigación para determinar la prevalencia, impacto, significado de la disfunción sexual en la mujer con enfermedad cardiovascular en Colombia. (Rev Cuid 2011; 2(2): 225-29)

Palabras clave: Sexualidad, Mujer, Enfermedad Cardiovascular. (Fuente: DeCS BIREME).

¹ Artículo de Revisión.

² Enfermera. Magíster Enfermería en el Cuidado de la Salud Cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. Profesor Asistente Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana.

Autor para Correspondencia: Diana Achury, Correo: dianaachury@yahoo.es

Artículo Recibido el 2 de Octubre y Aceptado para Publicación el 16 de Noviembre de 2011

“No basta saber, sino también aplicar el saber, no basta querer, es preciso obrar pero antes de poder hacer es preciso abordar varios elementos para comprender la sexualidad”

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases cause changes in the sexual life of affected individuals, but in clinical practice and research most recognized male sexual dysfunction as a priority problem, leaving aside the dysfunctions of women. Require that the nurse recognizes the sexuality of women as a fundamental element in the quality of life, understanding the meaning of sexuality, factors that influence the exploration of sexuality, the reality of female sexual dysfunction and strategies care to provide adequate guidance to enable the continuation of satisfactory sexual life. **Materials and Methods:** Literature review. **Discussion and Conclusions:** The expression of female sexuality is multidimensional and highly contextual and is influenced by a wide range of socio cultural, cognitive, emotional, relational, intrapsychic, etc., all of them should be considered for understanding their problems from a holistic perspective, research is needed to determine the prevalence, impact, significance of sexual dysfunction in women with cardiovascular disease in Colombia.

Key words: Sexuality, Female, Cardiovascular Diseases. (Source: DeCS BIREME)

SIGNIFICADO DE LA SEXUALIDAD

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) producen alteraciones en la vida sexual de la mujer y el hombre que las padecen, los pacientes tienen una serie de interrogantes que al no ser resueltas con eficiencia por el equipo multidisciplinario de salud producen inestabilidad emocional e incluso, se han descrito diversos trastornos sexuales(1,2). La literatura muestra como el fenómeno de disfunción sexual (DS) en los hombres con enfermedad cardiovascular se ha convertido en una prioridad de investigación ya que la disfunción eréctil puede ser útil como marcador pronóstico o clínico de la enfermedad cardiovascular. Sin embargo los problemas que padece la mujer con enfermedad cardiovascular hasta hace muy poco tiempo

se ha contemplado como un tópico fundamental en las líneas de investigación en la salud cardiovascular pero particularmente el problema de la sexualidad no cuenta con información suficiente que permita comprender la realidad y las necesidades de estas mujeres.

El profesional de enfermería no es ajeno a ello, como protagonista del cuidar tiene que abordar en su integralidad, un sujeto de cuidado que no solo es un cuerpo biológico, sino un cuerpo que involucra una mente- cuerpo cultural social y sexual , sin embargo como la sexualidad implica ante todo un aspecto relacionado con lo íntimo y lo privado, el profesional la mayoría de las veces no encuentra la manera más apropiada de establecer una comunicación y menos una acción de cuidado que proporcione una orientación adecuada y un conocimiento de los cambios y adaptaciones a la nueva vida sexual y la reanudación de la actividad sexual con plena seguridad y confianza. Existen una serie de factores de los profesionales de salud que influyen para no abordar la sexualidad femenina, tales como(3,4,5):

- Formación insuficiente en pregrado y carencia de elementos terapéuticos
- Limitaciones personales para abordar la temática: incomodidad
- No saber responder ante una dificultad planteada y no disponer guías de evaluación
- Por dar primacía a la creencias sobre la evidencia
- No se repasa sobre la propia sexualidad

Para poder resolver las dificultades planteadas a todo nivel, se debe entender el concepto de sexualidad de una forma más amplia, no considerarlo solo como anatomía, fisiología, bioquímica y actos físicos, sino que integrando en él el papel que desempeña el género, la identidad, la personalidad, los pensamientos, los valores, las afinidades, etc.

La Organización Mundial de la salud(OMS) la define como un derecho humano básico que incluye la capacidad para disfrutar y controlar la conducta sexual, así como la libertad para que las enfermedades orgánicas y otras deficiencias no interfieran con la función sexual ni reproductiva. Esta definición deja clara la exigencia al personal de salud de promover que la enfermedad no “interfiera con la función sexual”; para dar cumplimiento a este derecho el profesional de enfermería y el médico deben empezar a reevaluar las barreras que se ponen en el momento de abordarla.

La función sexual normal depende de la interacción entre el libido y la potencia , el primero se define como los deseos individuales, a través de fantasías, satisfacciones y placeres y el segundo corresponde a la congestión pélvica y la contracción orgásmica, pero definitivamente para lograr la armonía de estos dos elementos se requiere de un deseo sexual adecuado el cual esta condicionado con motivaciones emocionales más que con estimulación genital. Aunque la función sexual se generalice en la mayoría de ocasiones se considere igual para hombres y mujeres(6,7), cabe destacar algunas diferencias sexuales masculinas y femeninas se pueden resumir en la siguiente tabla1.

Tabla1. Diferencias sexuales masculinas y femeninas

SEXUALIDAD MASCULINA	SEXUALIDAD FEMENINA
Capacidad para separar el encuentro sexual y el sentimiento de amor	Encuentro sexual y sentimiento de amor unidos
Menos expresivo emocionalmente verbal y no verbal	Necesidad de Expresión afectiva verbal y no verbal
Poco conocimiento de la sexualidad global	Conocimiento de su cuerpo y su sexualidad

Fuente. Elaborado por Autora

Con lo anterior se puede considerar, la expresión de la sexualidad femenina es multidimensional y altamente contextual, y se ve influida por una amplia gama de factores socioculturales, cognitivos, afectivos, de relación, intrapsíquicos, etc; todos ellos deben tenerse en cuenta para la comprensión de sus problemas, desde una perspectiva integral. En nuestra sociedad existe un escaso conocimiento sobre este tema, incluso dentro de los profesionales de la salud; un porcentaje importante de la responsabilidad sobre este aspecto recae, en primer lugar, sobre ciertos hábitos culturales y sociales que han contribuido a mostrar como las diferencias de género condiciona la sexualidad; en segundo lugar está la auto percepción que las mujeres con enfermedad cardiovascular tienen de su propia sexualidad que depende en gran medida de la socialización percibida desde sus primeros años de vida, de los mitos, temores y prejuicios sociales que impiden el derecho de mantener su actividad sexual satisfactoria.

DISFUNCION SEXUAL EN LA MUJER CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Dentro de este marco ha de considerarse las disfunciones sexuales femeninas (DSF) como alteraciones de tipo psicosomático, que pueden presentarse en forma permanente o pasajera en la vida sexual de una mujer, y afectan cualquiera de las fases de la respuesta sexual: deseo-excitación-orgasmo y tienen un marcado componente afectivo y de comunicación con la pareja. Puesto que la respuesta sexual es un proceso psicosomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales es que estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos(8).

Los estudios sobre prevalencia de disfunción sexual tanto masculina como femenina en pacientes con ECV son escasos, al igual que los de población en general, siendo la disfunción erétil, con diferencia, la disfunción sexual con más estudios publicados. En los estudios encontrados se observa una prevalencia de 65 % de disfunción sexual en las mujeres tras un infarto agudo de miocardio, 56% con hipertensión arterial ,40% con falla cardiaca; predominando la carencia de deseo sexual y la insatisfacción(9,10).

Esta incidencia es 2,5 veces superior a la encontrada en el sexo femenino con otro tipo de patología no cardiológica; no obstante al analizar estos resultados se debe tener en cuenta varios puntos: la insuficiente publicación actualizada encontrada, las muestras no son homogéneas en cuanto a la edad, muestras muy pequeñas, número de casos y test diagnósticos utilizados(11).

Los factores que se han documentado en las disfunciones sexuales femeninas con ECV son(12, 13, 14, 15,):

- La edad: las mujeres > 45 años que pueden padecer de ECV se encuentran en el periodo del climaterio donde existen cambios fisiológicos, emocionales y sociales que puede influir en la sexualidad.
- Miedo al coito. Debido a la connotación que la sexualidad tiene en nuestra sociedad, es lógico que una pérdida de facultades en este sentido genere una gran preocupación, Quizás el más arraigado de los temores es sufrir otro infarto o incluso morir durante el coito.
- Falta de información Es un factor donde los profesionales de la salud influyen totalmente ya que por temor, falta de conocimientos no proporciona un adecuado consejo sexual.
- La gravedad y los síntomas: la clase funcional, presencia de sintomatología, fenómenos psicológicos, miedo, depresión juegan un papel importante en la valoración y reincorporación sexual.
- Los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva (tiazídicos y beta bloqueadores los cuales aumentan tres veces el riesgo de DSF) y digitálicos.
- Ansiedad de actuación: se refiere a la ansiedad asociada al miedo al fracaso durante la actividad sexual o a la ansiedad de no ser capaz de llevar a cabo el coito de acuerdo con las expectativas de la pareja.
- Ignorancia y errores sexuales: incluyen expectativas poco realistas sobre sí mismos, sus parejas o el cumplimiento del papel sexual supuestamente asignado, junto a desconocimiento de la anatomía sexual y de alternativas satisfactorias al acto sexual.
- Dificultades en las relaciones: especialmente problemas de comunicación de la pareja ante la existencia de elementos perturbadores de la relación
- Baja autoestima: da lugar a una disfunción sexual si se asocia a la presencia de una pareja poco complaciente, que ignora sus motivaciones en la relación sexual.
- Evitación innecesaria de las relaciones sexuales después de un evento coronario. Pueden desarrollar pautas de evitación de la actividad sexual como resultado de sus propias dudas, incertidumbres y preocupaciones.

Conociendo los factores que influyen en la disfunción sexual, el profesional de enfermería y el equipo médico deben establecer unas estrategias de cuidado orientadas a la promoción de la sexualidad saludable, incluir la valoración sexológica en las consultas, rehabilitación y reeducación sexual.

- Promoción de la sexualidad saludable: es fundamental promover en la población femenina la importancia de reconocer la sexualidad como una

dimensión de la calidad de vida, dejando atrás los mitos, tabús, señalamiento por edad. Promocionar una adecuada información y formación sobre la sexualidad, transmitir actitudes positivas que generen comportamientos sexuales sanos y en consecuencia bienestar físico consigo mismo y los demás

Valoración sexual: iniciar una valoración objetiva de los temas sexuales, permitiendo un dialogo abierto, aliviando los temores y aclarando ideas erróneas. Se debe hacer un breve interrogatorio sobre la sexualidad, como un aspecto más de la salud de las personas, esto nos permitirá tener una idea de aspectos psicosociales, de calidad de vida, del grado de satisfacción con la propia vida. La valoración de la sexualidad de la mujer contempla unos aspectos específicos tales como la diferencia de la excitación genital y subjetiva, diversidad de motivaciones para la actividad sexual y el contexto emocional y relacional, indagar sobre los medicamentos y el tiempo que lleva consumiéndolos, y la relación con su pareja; es fundamental incluir en un segundo momento a la pareja para indagar el estado de su vínculo actual.

Además debe ir acompañada de la aplicación de instrumentos validados como el Índice de la Función Sexual Femenina - Female Sexual Function Index (FSFI), Salud Sexual y disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria (SyDSF-AP), experiencias personales Cuestionario (PEQ) (16, 17), e.t.c.

Si existe alguna dificultad hay que hacer una anamnesis más detallada y situar ante qué problema nos encontramos, tanto en relación con la propia persona como con su pareja si la tiene. En muchos casos la disfunción sexual femenina es un problema de pareja, no de persona, en estas situaciones, intentar un abordaje de pareja es mucho más efectivo. Tampoco se debe olvidar que, con cierta frecuencia, la crisis sexual es un síntoma de una crisis mucho más profunda en la pareja y cuando el amor y la convivencia no funcionan cualquier terapia sintomática será poco efectiva.

- Rehabilitación sexual y reeducación: el consejo sexual debe encontrarse incorporado en los programas de rehabilitación cardiaca, en muchas ocasiones se limita a la explicación en cuanto tiempo reanudar su actividad sexual, olvidando otros aspectos de suma importancia (posiciones, características de la sexualidad femenina, capacidad funcional, relaciones extraconyugales, medicamentos, et.c).

Para el resto de mujeres o hombres que no se encuentren en un programa de rehabilitación, la única vía es el consejo sexual que cardiólogos o enfermeros puedan ofrecer en

consulta en la hospitalización y se debe fundamentar en las “Recomendaciones de Princeton”(18), en las que se estratifica a los pacientes según su riesgo cardiaco, ofreciendo pautas de actuación para cada caso. Adicional debe incluir 4 aspectos fundamentales:

- 1) Realizar un diagnóstico situacional orientado en preguntas (que, como, con quien, cuando, donde) que permitan comprender la situación actual de la sexualidad
- 2) Ofrecer una información completa al paciente y su pareja sobre la ECV y el riesgo de la actividad sexual en su caso concreto que disipe dudas y temores.
- 3) Estudio de la tolerancia cardiovascular para el sexo, caracterizada individualmente por la reserva funcional.
- 4) Revisar el tratamiento farmacológico suspendiendo, cambiando o ajustando aquellos que pudieran relacionarse con la DS.

La reeducación busca promover el empoderamiento como fundamental y específico para la mujer con enfermedad cardiovascular se busca que la mujer se apropie de su cuerpo, sea responsable de su propio placer, de reconocer lo que le gusta y necesita, de comunicárselo a su compañero sexual superando los aspectos ideológicos que desestimulan el conocimiento del mismo.

CONCLUSIONES

- Los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) deben conocer todos los aspectos que fundamentan la sexualidad en la mujer con enfermedad cardiovascular y su aplicación protocolizada en la práctica asistencial diaria.
- Es necesario incluir una correcta formación sobre sexualidad en los estudios de pregrado y posgrado, la urgente elaboración de proyectos de investigación que permitan conocer el significado de la sexualidad de la mujer con ECV, la prevalencia de disfunción sexual femenina.
- Promover la sexualidad saludable, la valoración de la sexualidad en las consultas de enfermería y medicina y el consejo sexual no solo en los programas de rehabilitación cardiaca sino en todos los servicios que brindan cuidado a la mujer con enfermedad cardiovascular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease. Int J Impot Res 2005;17:52-6.

2. DeBusk R, Drory Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE et al. Management of Sexual Dysfunction in patient with cardiovascular disease: Recommendation of the Princeton Consensus Panel. Am J Cardiol 2000; 86: 175-181.
3. Doumas M. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. Journal of Hypertension 2006, 24:2387-2392.
4. Duncan LE, Lewis C, Jenkins P, Pearson TA. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? Am J Hypertens. 2000;13:640-7.
5. García-Hernández, P.; Objetivos, intervenciones y perfil de enfermería en un programa de rehabilitación cardiaca. Enferm Científ. 2004; 266-267: 21-27.
6. Gonzalez JL. revisin critica del consejo sexual. Cardiovascular Nursing, 2008; 2(1-6).
7. Goldstein I, Berman JR. Vasculogénica la disfunción sexual femenina: la vagina la congestión del clítoris y los síndromes de insuficiencia eréctil. Int J Impot Res 1998.
8. McCall-Hosenfeld JS, Freund KM, Legault C, et al. Sexual satisfaction and cardiovascular disease: The Women's Health Initiative. Am J Med. 2008;121:295-301.
9. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. La disfunción sexual en los Estados Unidos: la prevalencia y factores predictivos. JAMA 1999; 281:537-44.
10. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. Am Fam Physician 2000; 62: 127-136, 141-142.
11. Palacios S. Epidemiology of female sexual dysfunction. Journal Maturitas .2009: 119-12.
12. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, et al. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. JAMA. 2005;294:2996-3002.
13. Tremmel JA, Yeung AC. Ischemic heart disease in women: an appropriate time to discriminate. Rev Cardiovasc Med. 2007;8:61-68.
14. Bustamante JA. Reacción psicológica del enfermo adulto. En: Psicología médica. La Habana: Editorial Orbe, 2000; 12: 217-26.
15. Hurtado, F.; Escrivá, P.; Catalán, A.; Mir, J.; Vadémécum sexual: fármacos y disfunción sexual. Cuad. Med. Psicosom. Psiquiatr. Enlace. 2002; (62-63): 51-82.
16. C Rosen, R.C.; Brown, C.; Heiman, J.; Leiblum, S.; et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy. 2000; 26:191-208.
17. Kostis, J.B.; Jackson, G.; Rosen, R.; Barret-Connor, E.; Billups, K.; Burneo, A.L., et al. Sexual Dysfunction and Cardiac Risk (the Second Princeton Consensus Conference). Am J Cardiol.2005; 96:313-32.
18. De Busck, R.; Dorry, Y.; Goldstein, I.; Jackson, G.; Kaul, S.; Kimmel, S.E. et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton. Am J Cardiol 2000; 86: 175-181.