

Ansiedad y funcionamiento sexual en pacientes post infarto de miocardio

Anxiety and sexual functioning in post-myocardial infarction patients

Lcda. Andrea Nunes¹

¹Psicólogo del Servicio de Hemodinamia ASCARDIO.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el funcionamiento sexual y ansiedad en pacientes posinfarto de miocardio. Se realizó dentro del paradigma positivista, con metodología cuantitativa fundamentada en el nivel de investigación descriptiva, de tipo correlacional. La muestra de tipo intencional estuvo compuesta por pacientes con diagnóstico posinfarto de miocardio, en edades comprendidas entre 40 y 65 años. Para la recolección de la información se aplicó la técnica de la encuesta, donde se utilizó para la variable funcionamiento sexual, el Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ) versión en español. Asimismo, para medir ansiedad se usó la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), como resultados

se evidenció un nivel bajo de ansiedad que muestra tendencia a moderado únicamente en los hombres, un funcionamiento sexual moderadamente disminuido además de una correlación significativa e inversamente proporcional entre ansiedad y funcionamiento sexual en los sujetos de sexo masculino.

Palabras clave: Funcionamiento sexual, ansiedad, posinfarto de miocardio.

SUMMARY

The purpose of this research was to determine the relationship between sexual functioning and anxiety in post-myocardial infarction patients. It was carried out within the positivist paradigm, with a quantitative methodology based on the level of descriptive, correlational research. Female and male patients with a post-myocardial infarction diagnosis, aged between 40 and 65 years, participated in an intentional sample. To collect the information, the survey technique was used, where the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) Spanish version was used for the sexual function variable and the Sexual Functioning Scale was used to measure anxiety. Hamilton Anxiety Disorder (HARS), the results show a low level of anxiety that shows a tendency to moderate only in men, a moderately decreased sexual functioning in addition to a significant and inversely proportional variation between anxiety and sexual functioning in male subjects.

Keywords: Sexual function, anxiety, post-myocardial infarction.

CORRESPONDENCIA:

Lcda. Andrea Nunes

Dirección: Calle 40 entre carreras 17 y 18, Residencias La Arboleda

Tel: 0414-1583997

E-mail: andreanunes1996@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES:

No aplica

Recibido en: Abril, 25 de 2024

Aceptado en: Abril, 29 de 2024

INTRODUCCIÓN

El ser humano desde sus primeros momentos de vida es reconocido como ser biopsicosocial, lo que implica que en él confluyen aspectos de carácter biológico, psicológico y social que deben ser considerados para su bienestar integral, es por ello que a lo largo de su desarrollo evolutivo presenta diversas necesidades que van más allá de alimento y ropa para subsistir en sanidad, aunado a esto, los sujetos tienen necesidades sociales de afiliación con sus pares así como también de afecto, seguridad y ejercicio de su propia función sexual.

Maslow (1943)⁽¹²⁾ en su teoría de la motivación humana, contempla una jerarquía de las necesidades que los seres humanos deben cubrir para alcanzar la autorrealización, señalando la función sexual como una necesidad biológica básica situada en el mismo nivel que la alimentación o el descanso y que al igual que estas debe tener una oportuna respuesta para el bienestar del individuo.

Visto esto, el sexo puede ser definido según Bianco (2010)⁽²⁾ como la condición orgánica que distingue al varón de la hembra, donde sin condición alude a índole, naturaleza o propiedad de las cosas, mientras que orgánica/o se refiere a cuerpo dispuesto o apto para vivir. El autor hace énfasis en que se refiere a la existencia de características físicas y una estructura anatómica diferente para el hombre y la mujer que hace posible su diferenciación. Es de resaltar, que el sexo al ser una estructura anatómica posee una función inherente, el cual se denomina funcionamiento sexual. Bianco (1991)⁽³⁾, en resumen, puede interpretar que el funcionamiento sexual hace referencia al uso o actividad de las estructuras anatómicas propias del sexo tanto en el hombre, como en la mujer.

Por su parte, la federación latinoamericana de sociedades de sexología (2010)⁽⁵⁾ señala que el constructo funcionamiento sexual hace referencia al conjunto de actividades propias del sexo que vienen dadas en tres fases denominadas A: fase de cualidad o deseo del proceso de funcionamiento sexual, B: fase de situación/estímulo sexual y C: fase de respuesta sexual. En otras palabras, el funcionamiento sexual

es una actividad fisiológica que involucra a dos personas en situación de deseo sexual y que a su vez constituye una necesidad básica limitante de la autorrealización. En contraste, el funcionamiento sexual según ambos autores es el acto de ejercer la actividad propia para la cual fueron creadas las estructuras orgánicas correspondientes a cada sexo con la finalidad de la procreación o el placer sexual humano, no obstante, la definición según FLASSES describe las tres fases que involucra el proceso de la función sexual.

De acuerdo con la fundación española del corazón (2023)⁽¹⁷⁾, la cardiopatía isquémica coronaria es un tipo de enfermedad cardiovascular ocasionada por la aterosclerosis, que no es más que el proceso de formación de placas de aterosclerosis en las paredes de las arterias que irrigan sangre al músculo cardíaco y cuyo desprendimiento puede causar una condición llamada infarto de miocardio. Fernández (2009)⁽⁶⁾ señala que un infarto es “la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias.” (p.259) y es por ello que el infarto de miocardio aparece por un riego sanguíneo insuficiente debido a la obstrucción de una arteria, del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (2023)⁽¹⁵⁾ señala que la enfermedad isquémica cardíaca es la acumulación de una placa grasosa y endurecida que obstruye las arterias inhibiendo su flujo sanguíneo a órganos y tejidos produciendo un ataque al corazón, dolor de pecho o angina y enfermedad cerebrovascular.

Luego de sufrir un infarto al miocardio, los pacientes deben enfrentarse a una nueva realidad pues aspectos relacionados con su estilo de vida, caracterizados por una alimentación excesivamente rica en calorías, sal y ácidos saturados, sedentarismo, sobrepeso, tabaquismo, así como una sobre desarrollada sensación de urgencia de tiempo, por lo cual deben ser modificados y algunos incluso extintos en pro de un mejor estado de salud, pues, a pesar de que la cardiopatía isquémica que causó el infarto puede ser tratada con terapias médicas, mediante procedimientos endovasculares o quirúrgicos y las obstrucciones pueden ser resueltas, la enfermedad

está presente en el organismo y por lo tanto, el paciente debe tener cuidados preventivos en cuanto a aspectos conductuales y rutinas permanentes en el tiempo (Valdés y Riesco, 1992) ⁽²⁰⁾.

Como parte de los primeros cuidados ante la presencia de un infarto de miocardio se tiene el reposo físico para evitar mayor demanda de irrigación del músculo cardíaco como producto del esfuerzo realizado, es por ello que durante las semanas posteriores al evento el paciente ya sea hombre o mujer se encuentra ante la imposibilidad de tener relaciones sexuales, dado el tipo de actividad que esta representa. Esta imposibilidad viene dada por instrucción médica y solo el profesional de la salud podrá indicarle al paciente en qué momento está preparado para retomar su vida sexual. Sucede pues, que la realidad que experimentan muchos pacientes es que luego de este período de espera, cuando se encuentran aptos para reiniciar el ejercicio de la función sexual experimentan cierta aversión asociada a un miedo intenso de volver a sufrir un evento cardiovascular durante el coito o por sentirse insuficientes ante su pareja (Rodríguez, 2012) ⁽¹⁸⁾.

La realidad luego de tener un infarto de miocardio es que no solo hay cambios en el estilo de vida, también cambia la sexualidad del paciente, ahora entran en el panorama variables que anteriormente no estaban, el paciente debe enfrentarse al miedo de tener nuevamente un infarto o a simplemente no poder con el esfuerzo físico que implica tener relaciones sexuales. En la mujer, el aspecto sexual se ve afectado desde el autoestima por percibirse ahora como poco atractiva por ser débil o con capacidades disminuidas, hasta llegar a observarse una disminución importante del deseo sexual por temor a posibles complicaciones de su estado de salud durante el acto, mientras que en el hombre una de las principales preocupaciones se asocia a la dificultad para mantener una erección como consecuencia de su estado de salud y del tratamiento que debe seguir, además de los síntomas ansiosos que pudieran surgir por el temor a experimentar dolor durante el acto sexual y sentimientos de minusvalía por sentirse disminuido a nivel sexual. El resultado de la prueba de esfuerzo puede orientar cuál será la respuesta a cualquier

actividad física, incluyendo la sexual (Levine et al, 2012) ⁽⁹⁾.

De acuerdo con lo anterior, Santibáñez et al (2016) ⁽¹⁴⁾, señalan que la disfunción eréctil es un problema frecuente en pacientes con enfermedad cardiovascular, en su estudio entrevistan 225 pacientes con infarto al miocardio previo y con indicación de rehabilitación cardiovascular concluyendo que el 80,1 % de los miembros de la muestra presentan algún grado de disfunción eréctil.

Los factores clásicos, característicos de la vida cotidiana como alimentación, edad, factor hereditario y familiar, entre otros, tan sólo explican aún combinados, la mitad de la morbilidad y mortalidad por infarto al miocardio, esto ha llevado a la búsqueda de nuevos factores de riesgo distintos a los tradicionales, relacionados de algún modo con el concepto de estrés y que incluyen: Estados emocionales negativos tales como ansiedad, irritabilidad o depresión, centrándose las investigaciones, sobre todo, en el estudio del estrés psicológico y de la ansiedad (Bueno A y Buceta J, 1996) ⁽⁴⁾.

Lo cierto es que, exceptuando la presencia de los antecedentes familiares de enfermedad coronaria, la edad, el sexo y la diabetes todos los demás factores de riesgo, bien son conductas (p. ej. Fumar o no realizar ejercicio físico) o bien se relacionan directamente con comportamientos (p.ej. hipercolesterolemia o hipertensión arterial); de ahí la importancia de los aspectos conductuales, emocionales y estados ansiosos en este estudio. Ante ello, la ansiedad es definida por la Real Academia Española, como estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Se entiende entonces que, la ansiedad es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y que suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo en cada individuo. Ahora bien, según Virues (2005)⁽²³⁾, la ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. De igual forma, la autora antes citada establece que:

... la ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. (p. 1).

Se debe resaltar entonces, la importancia de la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, la cual constituye una respuesta habitual a diferentes circunstancias cotidianas estresantes. Por tanto, se entiende que, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día de cada individuo; y es tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, cuando se convierte en patológica, provocando de esta manera, malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Considerando lo expuesto anteriormente, diversos estudios internacionales concluyen en general que, el diagnóstico de una enfermedad coronaria siempre modificará el estilo de vida de quien lo padece, generando sentimientos desagradables que llevan a la persona a evaluar su posición, funcionamiento social, familiar y laboral, entrando en una etapa de duelo que le permitirá adaptarse a su nueva realidad. En este sentido, los siguientes estudios establecen que, es frecuente que las enfermedades coronarias generen altos niveles de ansiedad, y las personas experimentan miedo, aislamiento social, incapacidad para manejar las complicaciones que conllevan el tratamiento y un fuerte impacto en su entorno familiar y social, lo cual incide directamente en el aspecto del funcionamiento sexual de estos pacientes.

Rodríguez (ob.Cit)⁽¹⁸⁾ destaca que los trastornos sexuales en pacientes cardiopatas especialmente en condición posinfarto que son registrados como frecuentes en pacientes de sexo masculino, se caracterizan por disminución de la libido, dificultad para tener una erección y trastornos en la eyaculación y se presentan en al menos 50 % de los hombres mientras que en pacientes de sexo femenino las disfunciones sexuales se evidencian en un 65 %

de los casos en forma de carencia de deseo sexual, insatisfacción y deterioro de la relación de pareja. Estos datos resaltan la incidencia de estos trastornos 2,5 veces mayor en relación a los hallazgos en pacientes femeninas con otro tipo de patología no cardíaca.

También Mateu (2015)⁽¹³⁾, en un estudio realizado para Revista de Investigación en Psicología Social en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, donde realizó una investigación cuyo propósito consiste en explorar la presencia de síntomas ansiosos en una muestra de sujetos posinfartados (N=49) y determinar su impacto sobre la calidad de vida. Se observó que el 40,82 % de los mismos obtuvo puntuaciones en el factor ansiedad de la herramienta HAD (HAD-A) iguales o superiores a 8, siendo este el criterio psicométrico para la sospecha de un posible trastorno de ansiedad subyacente. El 59,18 % restante puntuó por debajo de este mismo punto de corte, por lo que no alcanzaron el umbral de la relevancia clínica para el síntoma. Como conclusión obtuvo, que el impacto adverso sobre la función social en posinfartados no se asociaría a síntomas físicos residuales tras el IAM (tales como el dolor o las limitaciones para realizar ejercicio físico intenso), sino a la interferencia de un malestar emocional secundario (ansiedad e incertidumbre respecto al futuro).

Por su parte, Méndez et al (2020)⁽¹⁴⁾, destaca en su estudio sobre la caracterización de las personas con disfunción sexual posinfarto agudo de miocardio, aplicado a pacientes entre 40 y 65 años de edad, y que de 50 % a 75 % las personas de la muestra presentaron alteraciones mentales como ansiedad, temor, preocupaciones de las parejas y depresión a la hora de tener relaciones sexuales. Obteniendo como conclusión que las alteraciones de la función psicológica se presentan con mayor prevalencia ya que el iniciar relaciones sexuales posteriores al infarto al miocardio, implica cambios emocionales del paciente como de su pareja.

Además, en un estudio realizado por Villalobos (2020)⁽²²⁾, donde expone sobre la sexualidad del paciente con infarto agudo de miocardio en el marco de la rehabilitación cardiovascular, en el cual buscan realizar una evaluación crítica sobre la

medida en la cual los eventos coronarios isquémicos dificultan el retorno a la actividad sexual habitual. En dicho estudio la edad media de los facultativos que participaron fue de $43,2 \pm 12$ años, siendo el 70 % del sexo masculino, para el cual 55 % de ellos manifestaron miedo entre los pacientes a retomar la actividad sexual, ya sea por pensar que no van a poder soportar el ritmo de actividad que van a llevar a cabo, así como a padecer un nuevo evento isquémico durante la actividad sexual. Además, los pacientes que retoman la actividad sexual suelen hacerlo con un rol más pasivo si lo comparan con anterioridad.

Por otro lado, Lugo (2016)⁽¹⁰⁾, realizó un estudio descriptivo con el propósito de determinar la prevalencia de actividad y funcionamiento sexual en pacientes con infarto de miocardio. Enmarcado en estudio observacional, descriptivo, de corte transversal mediante la aplicación de encuesta estructurada a 294 pacientes con el diagnóstico de infarto de miocardio que acudieron al servicio de cardiología de los Hospitales: “Dr. Manuel Núñez Tovar” y “Simón Bolívar” de Maturín-Venezuela durante el período agosto 2015 - mayo 2016. Obtuvo como hallazgos que 163 (55,4 %) pacientes eran de sexo masculino y 131 (44,6 %) eran de sexo femenino. 128 (43,5 %) de los encuestados eran mayores de 60 años. El 65,6 % (n=193) afirmó haber reiniciado la actividad sexual entre 1 y 3 meses posterior al infarto y un 11,9 % (n=35) no había reiniciado su actividad sexual.

En el mismo orden de ideas, de quienes habían reiniciado actividad sexual, el 64,1 % (n=166) mantenían relaciones sexuales cada 3 a 11 días, 45,2 % manifestó haber disminuido la frecuencia y 74,9 % nunca estuvo conforme con el tiempo en alcanzar el orgasmo. Solo el 31,3 % (n=92) de todos los encuestados consideró haber recibido suficiente información por parte del personal médico sobre el reinicio de actividades sexuales mientras que el 20,1 % (n=59) manifestó no haber recibido ninguna. Por lo tanto, según los datos obtenidos de este estudio la actividad sexual se ve afectada luego de padecer infarto de miocardio en la mayoría de los pacientes.

Por último, Valverde et al (2018)⁽²¹⁾, en un estudio sobre la influencia de un evento coronario isquémico en la actividad sexual, La edad media de nuestra muestra fue de 59 años ($\pm 10,5$). El 60 % reanudaron las relaciones sexuales a las 4 semanas, siendo estos más jóvenes ($p < 0,001$), laboralmente activos ($p = 0,002$), fumadores ($p = 0,010$), sin problemas sexuales previos ($p = 0,013$) y con relaciones previas satisfactorias ($p < 0,001$). El 42 % de los que reanudaron presentaron algún problema durante la actividad sexual, como dolor torácico (43 %) y miedo a una recaída (62 %). El 36 % de los pacientes que no reiniciaron la actividad sexual refirió temor al acto y el 54 % manifestó falta de motivación. A las 4 semanas del alta hospitalaria, sólo el 18 % recibieron información por parte de profesionales sanitarios, destacando que retornaban a la actividad sexual más tarde ($p = 0,056$). Por lo tanto, en el estudio se pudo concluir El evento coronario isquémico influye en actividad sexual, ya que los pacientes retornan refiriendo miedo y menos apetito sexual.

De acuerdo con lo anterior, en la actualidad se ha vuelto cada vez más común en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio la presencia de preocupación excesiva, sentimientos de minusvalía y frustración expresados en el deterioro del funcionamiento sexual en pareja, es por ello que la relevancia de esta investigación radica en conocer sobre los niveles de ansiedad presentes en la población y su funcionamiento sexual en general para establecer conclusiones basadas en la realidad permitiendo un abordaje más oportuno de esta problemática impactando la calidad de vida de los pacientes.

Partiendo de esta premisa, se ha realizado el acercamiento empírico a los pacientes que acuden a ASCARDIO, asociación que por más de 48 años ha estado a la vanguardia en el área cardiovascular en toda la región centro occidental del país, en la cual a través de la observación directa y algunas interacciones con pacientes, se pudo detectar lo afectada que se encuentra su función sexual considerando que son pacientes con características ansiosas, posiblemente dadas a partir del evento

cardiovascular o no, tras ello y estando inmerso en el contexto se establece la hipótesis de investigación desde la relación negativa existente entre la función sexual y ansiedad en pacientes posinfarto de miocardio.

Ante lo expuesto, el presente estudio busca establecer la relación entre el funcionamiento sexual y ansiedad en pacientes post infarto de miocardio. A partir del cual, surgen las siguientes interrogantes de investigación: ¿Cuál es el nivel de ansiedad en los pacientes post infarto de miocardio?, ¿Cómo es el funcionamiento sexual de los pacientes post infarto de miocardio?, ¿Existe relación entre la ansiedad y el funcionamiento sexual de los pacientes posinfarto de miocardio?

MATERIALES Y MÉTODO

La investigación se llevó a cabo bajo la concepción metodológica del paradigma positivista, usando el método cuantitativo pues requirió el uso de instrumentos psicométricos como técnica de recolección mediante la cual se obtuvieron los datos necesarios para ser analizados empleando modelos matemáticos y sistemas estadísticos con fundamentos científicos para así determinar y establecer si existe correlación entre los niveles de ansiedad y el funcionamiento sexual en la población. El nivel de investigación fue campo descriptivo, puesto que caracteriza los hechos ocurridos en las variables y los datos e información se obtuvieron directamente del lugar de los hechos donde se encontraban los sujetos de estudio durante un período de tiempo determinado.

Del mismo modo, esta investigación, fue correlacional, debido a que se miden dos variables (funcionamiento sexual y ansiedad) con el fin de determinar la presencia de ansiedad y conocer el funcionamiento sexual de los sujetos para establecer si hay relación entre ambos constructos en los pacientes con infarto de miocardio luego analizar dicha relación. Asimismo, el diseño del estudio fue de tipo no experimental ya que se realizó la evaluación de los sujetos en su entorno natural sin ningún tipo de manipulación intencional.

Este tipo de diseño consiste en observar situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En este tipo de investigación las variables independientes, en este caso constituida por los pacientes posinfarto de miocardio, donde las situaciones ya han ocurrido por ende, no pueden ser manipuladas, el investigador no ejerce control en dicha variable, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, además, las variables fueron descritas y analizadas como se manifiesten al momento del estudio, es decir, no habrá experimentación con las variables función sexual, ni ansiedad, sino que se va a detallar el hecho que está ocurriendo.

En este sentido, para la presente investigación se estudió una población infinita en la que se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional para seleccionar a un grupo de sujetos de ambos sexos, mayores a 40 años de edad que cumplieran con el criterio de infarto de miocardio y estuviesen dispuestos a participar, por lo tanto, la muestra estuvo compuesta por 80 mujeres y hombres en edades comprendidas entre los 40 y 65 años de edad que asisten a la Asociación Cardiovascular Centro Occidental ASCARDIO.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de la aplicación de dos instrumentos psicométricos uno para medir la variable función sexual y otro para medir la ansiedad. Para la variable funcionamiento sexual se usó el Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ) versión en español, este instrumento consta de cinco (5) ítems que evalúan el interés sexual, la excitación y la capacidad de alcanzar orgasmos, además, uno de ellos va dirigido específicamente a participantes del sexo masculino y mide la capacidad de alcanzar y mantener una erección. Este instrumento posee una escala de respuesta de Likert, con 4 alternativas de respuesta las cuales son: 0 totalmente reducida, 1 fuertemente reducida, 2 moderadamente reducida, 3 ligeramente reducida y 4 normal. Para su corrección, se sumó la puntuación obtenida en cada ítem y se dividió entre el número de preguntas contestadas, es decir, entre 4 en el caso de las mujeres y entre 5 en el caso de los hombres, una baja puntuación se interpretó

como indicador afectación del funcionamiento sexual, es decir, que a menor puntuación mayor será la afectación.

En relación con las propiedades psicométricas del instrumento, Marchal et al (2016)⁽¹¹⁾ estudiaron la validez del cuestionario MHG-SFC en su versión española y colombiana obteniendo como resultado que la validez de contenido fue óptima para todos los ítems con un 100 % de acuerdo por parte de los jueces con respecto a la relevancia de todos los ítems. Las alfas de Cronbach para esta escala fueron 0,89 y 0,81 para hombres en Colombia y España respectivamente; y 0,89 y 0,92 para mujeres en Colombia y España respectivamente. No se observó un aumento significativo del alfa de Cronbach si se eliminaba un ítem.

Asimismo, para medir ansiedad se usó la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), se trata de una escala hetero administrada compuesta por 14 ítems que miden ansiedad en dos dimensiones: ansiedad psíquica y ansiedad somática, con 5 posibilidades de respuesta: ausente, leve, moderado, grave y muy incapacitante, donde el entrevistador puntúa del 0 al 4 valorando frecuencia e intensidad del síntoma. Para calcular la ansiedad psíquica se sumaron los ítems 1,2,3,4,5,6 y 14 mientras que para la ansiedad somática se sumaron los ítems 7,8,9,10,11,12 y 13. Ya que no existen puntos de corte para su corrección, a mayor puntuación mayor ansiedad.

En cuanto a las propiedades psicométricas, Arias et al (2022)⁽¹⁾ estudiaron las propiedades

psicométricas de este instrumento en población latinoamericana, específicamente ecuatoriana obteniendo como resultados buena evidencia de validez de la estructura que se encontró en el análisis factorial exploratorio. Todos los pesos factoriales superan el mínimo de 0,32. La carga más baja la representa el ítem 12 con un valor de 0,436 mientras que la más alta fue el ítem 2 con un valor de 0,807. También se realizó el análisis de la consistencia interna de la escala HARS versión ecuatoriana donde se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,88$; $\alpha = 0,82$ para el primer factor (Ansiedad Psicológica) y $\alpha = 0,80$ para el segundo factor (Ansiedad Somática).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Posterior a la recolección de los datos, se procedió a su debido análisis, en una primera instancia mediante el uso de estadísticos descriptivos, creando tablas con puntuaciones máximas, mínimas, media y desviación estándar tanto de la variable funcionamiento sexual por dimensiones y su totalidad en hombres y mujeres, como para la variable ansiedad en el mismo orden.

Del mismo modo se realizó una prueba de normalidad estadística donde se obtuvo como resultado que la distribución de los datos de la investigación fue normal, por lo tanto, dada la distribución y el tamaño de la muestra se aplicó la prueba de correlación de Pearson para estudiar la relación entre las variables.

Cuadro 1

Estadísticos descriptivos por dimensiones de la variable Funcionamiento sexual

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Deseo	80	0,00	4,00	2,8250	1,39416
Excitación	80	1,00	4,00	3,1375	1,07614
Orgasmo	80	1,00	4,00	3,1375	1,07614
Erección (Hombres)	56	0,00	5,00	3,2857	1,52213
Satisfacción general	80	0,00	4,00	3,1625	1,23702

En términos generales, el funcionamiento sexual que presentan los pacientes posinfarto de miocardio, fue moderadamente disminuido, pues se encuentra en puntuaciones superiores a 2,00, lo que también se reflejó en las cinco dimensiones que la conforman, como se pueden observar en el Cuadro 1. En este sentido, se afirma, que los pacientes estarían valorando el contexto global en el cual están inmersos como un nivel medio y llegan a sentir que en muchas ocasiones sus recursos personales no son suficientes y que el funcionamiento sexual pudiera verse limitada en algún punto.

Ahora bien, al especificar los resultados se comienza con la dimensión deseo, cuyo nivel moderado, permite indicar conforme a lo referido por Marchal et al (2016) ⁽¹¹⁾ conceptualizándolo como el impulso apetitivo necesario para provocar los cambios físicos previos a la excitación, sin embargo, lo realmente preocupante en este caso es el nivel moderado, muy cercado a la puntuación baja, lo cual indicaría una puntuación media-baja.

Por otro lado, la dimensión deseo, se destaca por una puntuación moderada, bien consolidada, el cual los pacientes manifiestan poseer una preparación

fisiológica adecuada para el contacto sexual, por lo cual compensa el resultado obtenido de la dimensión mencionada anteriormente. Así como, catalogan a la dimensión orgasmo, en un nivel medio, donde expresan las sensaciones de intenso placer tras el acto sexual.

En ese mismo orden de ideas, se presenta la dimensión, cuyas respuestas solo fueron respondidas por hombres, como es erección, donde los mismos expresaron encontrarse en un nivel moderado, clasificándose en un punto medio en la población estudiada. Por último, se expresa de acuerdo al baremo de corrección, un puntaje medio para la satisfacción general de los pacientes posinfarto de miocardio.

Al comparar con los resultados obtenidos por Rodríguez (ob.Cit)⁽¹⁹⁾, donde se evidenció la pérdida del deseo sexual en un 65 % de los pacientes, y la insatisfacción en un 50 %, se puede afirmar que la función sexual se ve afectada en un punto medio, por algún temor al padecimiento o falla en la respuesta física de su cuerpo, lo cual puede tratarse con terapia psicológica.

Cuadro 2
Estadísticos descriptivos para la variable funcionamiento sexual en mujeres y hombres

Dimensión/ Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Funcionamiento sexual Mujeres	24	1,50	4,00	2,3750	0,92372
Funcionamiento sexual Hombres	56	0,60	4,00	3,3464	1,05520

En cuanto, a lo establecido en el Cuadro 2, donde se compara el funcionamiento sexual entre hombres y mujeres, se puede establecer igualmente un punto medio, más marcado y significativo en hombres (3,34) que en mujeres (2,37), pues las pacientes femeninas se encuentran en un nivel con tendencia a lo bajo, de acuerdo a lo indicado en el baremo, donde puntuaciones 2 o inferiores a la misma son consideradas fallas en el funcionamiento

sexual. Si se compara nuevamente con el estudio de Rodríguez (ob. Cit)⁽¹⁹⁾ se puede evidenciar la similitud en los resultados, pues en ese caso las mujeres obtuvieron porcentajes más bajos que los pacientes masculinos, esto responde al hecho de que tal como se afirma en el estudio, las afecciones más comunes en los varones posinfarto se asocian a algún grado de disfunción eréctil o eyaculación precoz mientras que en las mujeres funciona de

manera distinta, ya que para las mujeres de edad madura el ejercicio de la función sexual puede estar asociado a un factor de vinculación con el conyugue por lo que las afecciones en este caso se orientan hacia la pérdida del interés sexual o disminución de la libido y problemas en la relación de pareja.

Por otra parte, en relación con la variable ansiedad, presentada en el Cuadro 3, donde los resultados evidencian un nivel de ansiedad general de 9,42 considerándose una puntuación baja, dada las puntuaciones máximas obtenidas de acuerdo al baremo de corrección, que, si bien es cierto, no posee puntos de corte, pero manifiesta que a mayor puntuación mayor intensidad de los niveles de ansiedad.

Cuadro 3
Estadísticos descriptivos por dimensión para variable Ansiedad

Dimensión/ Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Ansiedad Psíquica	80	0,00	12,00	4,9250	4,24793
Ansiedad Somática	80	0,00	13,00	4,5000	3,52208
Ansiedad general	80	1,00	24,00	9,4250	6,78191

En este sentido, las dimensiones ansiedad psíquica y somática, también poseen niveles bajos en cuanto a las puntuaciones obtenidas, donde el punto máximo estuvo clasificado en formas similares entre una y otra, lo cual refleja que los niveles de ansiedad de los pacientes posinfarto de miocardio presentan ansiedad baja. Del mismo modo, queda en evidencia

que, a pesar de haber alcanzado valores similares en ambas, la media de la dimensión psíquica es un poco superior lo que permite inferir que los rasgos ansiosos detectados en la muestra son expresados en mayor proporción por sintomatología psíquica que en síntomas somáticos.

Cuadro 4
Correlación de Pearson para las variables Función sexual y ansiedad en mujeres y hombres

Correlaciones	Funcionamiento sexual mujeres	Ansiedad mujeres	Funcionamiento sexual hombres	Ansiedad hombres
Correlación de Pearson	1	0,386	1	-0,292*
Sig. (bilateral)	0,063		0,029	
Correlación de Pearson	0,386	1	-0,292*	1
Sig. (bilateral)	0,063		0,029	

- a. b. N por lista = 24
c. *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
b. N por lista = 56

En el Cuadro 4 se puede observar el análisis estadístico de correlación de Pearson donde se refleja como resultado una relación significativa e inversamente proporcional entre ansiedad y funcionamiento sexual masculino, mientras que, en el caso de las mujeres, no existe relación significativa entre las variables, dados los resultados se puede inferir que, a mayor nivel de ansiedad en los hombres, más se verá afectado su funcionamiento sexual. En forma general, es posible que esto ocurra porque los hombres suelen estar inmersos en la vida sexual de una forma más directa, donde biológicamente hablando es normal que el hombre tenga mayores pensamientos que puedan generar niveles de ansiedad moderados característicos de su condición masculina, además, socialmente hablando desde siempre se ha clasificado a los de este género con términos parentales que de una u otra forma se encuentran relacionados al sexo o el funcionamiento sexual.

Con base en lo anterior, se puede afirmar entonces que se comprobó parcialmente la hipótesis de investigación en el caso de los participantes masculinos, en los cuales se pudo evidenciar un nivel bajo con tendencia a moderado de ansiedad que se correlaciona negativamente con un funcionamiento sexual moderadamente disminuido, dicha relación es significativa estadísticamente y negativa lo que indica que es inversamente proporcional, cumpliendo entonces con el supuesto de que a mayor nivel de ansiedad mayor afección del funcionamiento sexual. No obstante, en el caso de las participantes femeninas no se comprobó la hipótesis de investigación, ya que no hubo correlación entre su nivel de ansiedad y funcionamiento sexual, es decir, que en el caso de las mujeres el nivel de ansiedad no tiene relación que indique que pudiese afectar el funcionamiento sexual de las mismas, por lo que se puede afirmar concretamente que no se cumple el supuesto de que a mayor ansiedad mayor disminución del funcionamiento sexual.

Con base en lo anterior, haciendo énfasis en las grandes semejanzas que existen entre el hombre y la mujer, partiendo de que ambos son seres humanos, sin embargo, con diferencias biológicas, psíquicas e incluso en los roles que desempeñan en la vida

cotidiana, resulta fácil de comprender que no reaccionen a ciertas situaciones de la misma forma aunque se encuentren en igualdad de condiciones, ya que para cada uno la experiencia cobra un significado diferente según la manera en que impacta su rol de hombre o mujer.

En este sentido, el hombre por su rol de protector y proveedor experimenta el ejercicio de su función sexual como un aspecto de su vida que le atribuye virilidad, fuerza y masculinidad, es decir, que el poder ejercer satisfactoriamente su función sexual puede llegar a significar para los hombres lo que les hace hombres en sí mismos, de ahí la importancia que ellos le atribuyen a tal aspecto. Por otra parte, las mujeres suelen ser mucho más cálidas y afectuosas, por lo que para ellas el ejercicio de la función sexual tiene una connotación diferente, no se trata solo de obtener placer, sino que para ellas es visto como un elemento de vinculación con sus parejas, por lo que, al presentar dificultades para tener relaciones sexuales, pueden llegar a sentir que la relación se debilita y que ya no son vistas de la misma forma por su pareja.

Sucede entonces que posterior a un infarto de miocardio, la vida cotidiana de los pacientes se ve significativamente afectada por las diferentes medidas que deben tomarse en pro de preservar su salud, así como también por las emociones que afloran durante la crisis, es por ello, que resulta natural que durante la recuperación y re inserción a la vida normal del paciente surja la preocupación por lo sexual, no obstante, dicha preocupación es mayor en los hombres por el significado que ellos le atribuyen al ejercicio de la función sexual y puede convertirse en síntomas ansiosos asociados a la capacidad de tener o mantener la erección o por no eyacular demasiado pronto, lo que a su vez repercute negativamente en su desempeño sexual.

Asimismo, para las mujeres, este fenómeno tiene una connotación diferente ya que en ellas los síntomas ansiosos pueden ser desencadenados por la preocupación de sentirse poco cercanas a sus parejas ante la disminución de la actividad sexual o por considerarse menos atractivas para sus conyugues lo que entonces da explicación a los resultados obtenidos por esta investigación

de cumplirse parcialmente la hipótesis de que a mayor nivel de ansiedad, mayor afección del funcionamiento sexual.

CONCLUSIONES

El desarrollo de enfermedades cardiovasculares crónicas que a menudo terminan en consecuencias como infarto de miocardio, no solo generan cambios en la salud física del paciente, sino que afectan el desarrollo de emociones y sentimientos en los sujetos que no siempre son expresados, en ocasiones por vergüenza, sin embargo, entre esas emociones destacan los miedos relacionados con la pérdida de la sensación de normalidad, lo que los lleva a tener un conjunto de cambios físicos y psíquicos propios de cualquier crisis afectando diversos aspectos de su vida, haciéndoles sentir que han perdido el curso de la misma.

En este sentido, uno de los aspectos más afectados es el funcionamiento sexual debido a que además de considerarse una necesidad humana básica situada al mismo nivel del sueño o la alimentación, que además es limitante de la autorrealización, por ser también parte esencial de la convivencia en pareja y por el importante impacto que tiene esta función sobre la visión que el sujeto tiene sobre sí mismo. Ante esta realidad surgió el interés de estudiar el funcionamiento sexual y los niveles de ansiedad presentes en los pacientes que han tenido un infarto de miocardio para determinar la relación entre ambos aspectos al igual que la influencia de la ansiedad sobre el funcionamiento sexual.

Con base en lo anterior, se concluye entonces que los pacientes pertenecientes a la muestra del estudio presentaron bajos niveles de ansiedad, expresados en puntuaciones relativamente bajas en comparación al baremo de corrección, lo cual podría deberse a que estos se encuentran en un entorno médico y social que los apoya brindándole las herramientas necesarias para su reinserción a la vida cotidiana, sin embargo, en los participantes masculinos el nivel de ansiedad muestra una tendencia al rango moderado, lo que significa que

a pesar de evidenciarse bajos niveles de ansiedad en la muestra en general, en el caso de los hombres es superior en comparación con las mujeres de la muestra.

Por otra parte, se evidenció que el funcionamiento sexual en líneas generales se encuentra en un nivel moderadamente disminuido, lo que significa que el mismo puede verse limitado en algún punto durante la vida posinfarto. Además, en el estudio de esta variable según el género, dadas las diferencias biológicas propias de cada género, se encontraron niveles catalogados como moderados de acuerdo al baremo de corrección, con puntuaciones más bajas en mujeres por un punto de diferencia, lo que la ubica en un nivel medio con tendencia a los límites inferiores o bajos. Esto puede deberse a los diversos roles a los que continuamente se enfrentan las mujeres en labores diarias, por lo que el ejercicio de la función sexual también pudiera verse afectado a causa del cansancio o desgaste propio de la rutina diaria.

En cuanto a la relación existente entre el funcionamiento sexual y la ansiedad de los pacientes posinfarto de miocardio, de acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que existe correlación significativa e inversamente proporcional en la ansiedad y funcionamiento sexual masculino, dada la configuración biológica y psíquica de los hombres el ejercicio de la función sexual siempre está subjetivamente vinculado a cualidades como virilidad y fuerza, es por ello que resulta natural la presencia de síntomas ansiosos que condicionen el funcionamiento sexual de los pacientes masculinos afectando incluso aspectos psicológicos más profundos como su autoestima y autoconcepto haciéndoles sentir poco masculinos o poco atractivos, generando a su vez desmotivación por sentir que no podrán recuperar su vida sexual habitual. Mientras que el género femenino por su parte, tiende a focalizar el ejercicio de la función sexual como un camino de acercamiento afectivo a su pareja, es por ello que al verse afectado su funcionamiento sexual buscan satisfacción y soporte emocional en el ámbito familiar y social.

En relación con los hallazgos de la presente investigación se recomienda a la población objeto

de estudio, especialmente a los hombres a continuar asistiendo a consulta psicológica con la finalidad de trabajar y disminuir los niveles de ansiedad presentes en la actualidad para así mejorar no solo el funcionamiento sexual sino su calidad de vida en general, asimismo también se recomienda consultar con su médico tratante cualquier inquietud sobre su funcionamiento sexual, tratamientos que puedan ayudarle a mejorar los síntomas y cualquier otro aspecto de su salud en general. Del mismo modo, se sugiere a la institución el seguimiento y continuación de la atención psicológica brindada a los pacientes luego de haber tenido un evento cardiovascular.

Por otra parte, se recomienda a futuros investigadores profundizar en esta línea de investigación en aras de obtener datos y establecer comparaciones con otros grupos poblacionales y así obtener nuevos hallazgos que permitan al gremio brindar una mejor atención a pacientes con las características antes descritas, así como también establecer la posible relación con nuevas variables que conduzcan a nuevas hipótesis y creen nuevos conocimientos en esta rama. En este sentido, también resultaría oportuno correlacionar el funcionamiento sexual con otras variables como la autoestima, especialmente en mujeres con miras a profundizar sobre el impacto que tiene el ejercicio de la función sexual y una condición de salud cardiovascular en la percepción que tienen las pacientes de sí mismas y como esto pudiese afectar su vida sexual o sus relaciones de pareja.

REFERENCIAS

1. Arias Patricio, Gordón J, Galárraga A, García F. Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*. 2022;20:273-287.
2. Bianco F. La variante fisiológica aplicada al patrón y la función sexual. *Sociedad Venezolana Sexología Médica 25 años, 25 autores*. 2010.
3. Bianco F. Sexología. Definición y concepto. Teoría de la variante fisiológica del Sexo y su función. Propuesta. 2º versión. Caracas. Venezuela: Editorial Sociedad Venezolana de Sexología Médica y la Sociedad Venezolana de Psicología Sexológica. 1991.
4. Bueno A, Buceta J. “Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio” en J. M. 1996.
5. Comité de la Sociedad Española de Cardiología: “Estudio Sociológico de la Cardiopatía Isquémica en España”. Madrid: Publicaciones de Química Farmacéutica Bayer. 1985.
6. Fernández C. Libro de la salud cardiovascular. Libro electrónico. https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon.pdf. 2009.
7. Flasses W. Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología. Ediciones C.I.P.V. Caracas–Venezuela. 2010.
8. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6º edición. México: Editorial Mac Graw Hill; 2014.
9. Levine L J, Lench H C, Kaplan R L, Safer M.A, et al. Accuracy and artifact: Reexamining the intensity bias in affective forecasting: Correction to Levine. *J Personal Soc Psychol*. 2012;103:584-605.
10. Lugo A. Actividad sexual posterior a infarto de miocardio en pacientes de dos hospitales de Maturín, Venezuela. Agosto 2015 - Mayo 2016. *Rev Scient*. 2016;14:13-16.
11. Marchal L, Espada J, Morales A, Gómez-Lugo M, Soler, F, Vallejo-Medina P. Adaptación, validación y fiabilidad del Cuestionario de funcionamiento sexual del Hospital General de Massachusetts en una muestra colombiana y equivalencia factorial con la versión en español. *Rev Latinoam Psicol*. 2016;4:88-97.
12. Maslow A. Una teoría de la motivación humana. *Revisión Psicol*. 1943;50:370-396.
13. Mateu J, Lacomba L, Valero S. Contribución de la ansiedad y el malestar emocional al declive de la función social en el Infarto Agudo de Miocardio. *Rev Invest Psicol Soc*. 2015;3:32-41.
14. Méndez S, Suarez N, Sanabria A. Caracterización de las personas con disfunción sexual post infarto agudo de miocardio (IAM). (Tesis de licenciatura en enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia). Bucaramanga, Colombia. 2020.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS), Enfermedades Cardiovasculares. Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares> [consulta: 2023, Junio 19].
16. Palella S, Martins F. Metodología de la Investigación cuantitativa. Caracas: FEDUPEL. 2006.
17. Pérez P. Infarto de Miocardio. Página de la fundación española del corazón. 2022. <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/infarto.html>
18. Rodríguez T. Consideraciones para el tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares desde

- la Psicocardiología y la Sexología Clínica. Rev Psicol Cient.com. 2013;15;1-17.
19. Rodríguez T. Psicocardiología y Sexología Clínica: Aspectos clave en el tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Rev PsicolCient.com. 2012;24.
 20. García LL, Valdés M, Riesco N, Jodar I, Flores T. Denial mechanisms in myocardial infarction: Their relations with psychological variables and short-term outcome. J Psychos Res. 1992;36:491-493.
 21. Valverde J, Villalobos A, Martínez J. ¿Cómo influye un evento coronario isquémico en la actividad sexual? Enfermería en Cardiología. 2018;25:48-55.
 22. Villalobos A. Cardiopatía isquémica y actividad sexual. Visión del paciente tras haber sufrido un evento coronario isquémico. NPunto. 2020;III;4-14.
 23. Virues R. Estudio sobre Ansiedad. Rev Psicol Cient. <http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio/> 2005.