

3er Premio. XV Congreso Nacional. Bilbao 1994

M^a del Cristo Robayna, Ana M^a Arricivita, Laura Carlión

INTRODUCCION

Casi todos sentimos la importancia que tiene la sexualidad en nuestras vidas. Unos más, otros menos, nos hemos ocupado de ir construyendo una vida sexual acorde con nuestras necesidades.

El sexo ya no es pecado. Se reconoce que mantener una vida sexual sana y gratificante es una necesidad tan normal para el ser humano como lo es alimentarse.

¿Qué sentiríamos si de repente no pudiéramos llevar la vida sexual que deseamos o, peor aún, no pudiésemos disfrutar de ninguna actividad sexual?

Los profesionales de la salud nos preocupamos mucho si un paciente no come; si la dieta no es adecuada; si no duerme... ¿Nos preocupa de igual manera valorar cómo ha afectado la enfermedad a la sexualidad de cada paciente?

Durante su hospitalización, o bien antes del alta, cualquier paciente que ha sufrido un infarto de miocardio o una angina de pecho, recibe información sobre lo que le ha sucedido, acerca de la medicación que tomará a partir de ahora, la dieta y, si tiene suerte, puede que realice un programa de rehabilitación cardiaca. ¿Pero qué sucede con la sexualidad? En general, menos de la mitad de los pacientes hospitalizados reciben información antes del alta sobre este aspecto de su vida (1), y en el mejor de los casos (si saben leer) se les suministra un folleto donde se les da una serie de consejos.

(1) WAGNER, N.N.: "Sexual behavior and the cardiac patient" en MONEY, J. y MUSAPH, H.: Handbook of sexology. Selected syndromes and therapy. Vol. V, Ed. Elsevier (959-967).
PAPADOPOULUS, C. BEAMONT, C. SHELLEY, S.I. y LARRIMORE, P.: "Myocardial Infarction and sexual activity of the female patients". Arch Intern Med-Vol 143, Aug 1983.

**Educación
frente a
información**



**en el campo de la
sexualidad de los
pacientes**

Pero esto no es lo más alarmante; trabajando con este tipo de pacientes hemos detectado que muchos de aquellos que han tenido la suerte de recibir información, siguen teniendo problemas.

- Las complicaciones que aparecen más frecuentemente en estos pacientes, sean hombres o mujeres, suelen ser:(2)
- Miedo a sufrir dolor
 - Miedo a sufrir un nuevo ataque cardiaco
 - Impotencia
 - Frigidez
 - Pobre calidad de la actividad sexual
 - Miedo a la pareja

Enfermería hoy, está más o menos concienciada de la necesidad de informar a los pacientes. Por otro lado, se le reconoce un papel destacado como educadores de la salud.

La Conferencia de Alma-Ata ha recomendado que la formación sea tal que todo el personal de salud, y especialmente los médicos y enfermeras, reciban una formación social y técnica que les motive a servir a la comunidad para la realización de actividades de formación que incluyan trabajos prácticos sobre el terreno (3).

Resultado de esto es que cada vez las enfermeras demandan mayor formación como educadoras. Pero revisando la situación actual, muchas veces nos planteamos hasta qué punto cuando se habla de educación no se está confundiendo la misma con información.

(2) KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. y BIGGS, M.A. : Manual de sexualidad humana. Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, 1982.
PAPADOPOULUS, C. BEAMONT, C. SHELLEY, S.I. y LARRIMORE, P.: "Myocardial Infarction and sexual activity of the female patients". Arch Intern Med-Vol 143, Aug 1983.
MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. y KOLODNY, R.C. : La sexualidad humana: perspectivas clínicas y sociales. Grijalbo, Barcelona, 1987.
(3) GUILBERT, J.J. : Guía Pedagógica para el personal de salud. Organización Mundial de la Salud-Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Valladolid, Quinta Edición, Valladolid, 1989.

La educación, y más concretamente el aprendizaje, va mucho más allá.

El cambio no tiene lugar por el efecto único de la información, es necesario implicar al paciente y evaluar la modificación de las ideas previas (4).

No podemos obligar a las personas a cambiar de hábitos si ellas no quieren, pero sí tenemos que estar seguras de que entienden y saben utilizar los conocimientos que les aportamos.

Sería conveniente reflexionar sobre la incongruencia que se plantea cuando se insiste en la necesidad de que el paciente se recupere de su infarto y siga las medidas terapéuticas adecuadas, pero, por otra parte, olvidamos o ignoramos un aspecto tan vital del ser humano como es la sexualidad.

La omisión de información por parte de los profesionales sanitarios respecto a la sexualidad es interpretada por los pacientes como una prohibición que no necesita decirse o como una verificación implícita del riesgo del sexo en el postinfarto (5).

Todo esto nos llevó a realizar esta investigación con unos fines concretos:

- Conocer los problemas más frecuentes de los pacientes con cardiopatía isquémica para recuperar una vida sexual normal.
- Conocer la atención que enfermería presta a estos pacientes sobre su sexualidad.
- Motivar al profesional de enfermería para que mejore la calidad de los cuidados en el terreno de la sexualidad humana.

DESARROLLO

Lo que aportan las investigaciones.

Generalmente los pacientes cardiológicos tienen dificultades a la hora de reiniciar su actividad sexual después de haber sufrido un infarto o una angina de pecho. Las razones fundamentales del desarrollo de estas dificultades no son, frecuentemente, de origen orgánico. Para un gran número de ellos, la angustia creada por este hecho está causada por una combinación de falta de comprensión, ansiedad, evitación, depresión y pobre estimación de sí mismos. La situación frecuentemente empeora por la falta de una información adecuada de los profesionales sanitarios en todo lo referente al retorno a la actividad sexual. (6)

(4) CARRIÓN GARCÍA, L.; GARCÍA PIZARRO, A.; ARRIVIVITA VERDASCO, A.M. y ROBAYNA DELGADO, M.C.: "Educación sanitaria a pacientes cardiológicos con patrón de conducta Tipo A". Pendiente de publicar en libro de actas del XIV Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología, Sevilla, 1993.

(5) KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. y BIGGS, M.A.: *Manual de sexualidad humana*. Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, 1982.

(6) DHABUWALA, C.B.; KUMAR, A. y PIERCE, J.M.: "Myocardial Infarction and Its Influence on Male Sexual Function". *Archives of Sexual Behavior* Vol. 15, nº6, 1986.

KOLODNY, R.C.; MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. y BIGGS, M.A.: *Manual de sexualidad humana*. Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, 1982.

Shipes y Lehr afirman, que si las enfermeras comentaran con los pacientes las ideas y sentimientos respecto a la sexualidad, proporcionarían información al respecto y aportarían instrucciones específicas que puedan facilitar una función sexual positiva; *por ejemplo posiciones alternativas*; el 70% de los pacientes recibirían el asesoramiento que necesitan y el 30% restante debería remitirse a un especialista en sexualidad. (7)

En las relaciones sexuales existen diferentes prácticas, entre ellas está el coito, que es un medio de comunicación, de dar y obtener placer, de demostrar afectividad y que sirve para la reproducción. En nuestro medio, esta práctica sexual es una de las más frecuente y, por lo tanto, de las más valoradas; además de ser la que se suele identificar con relación sexual. Por lo tanto, cuando nos referimos a relación sexual o actividad sexual, nos estamos refiriendo principalmente al coito.

Presentación de nuestra experiencia

Durante el desarrollo del programa de educación sanitaria a pacientes cardiológicos con patrón de conducta Tipo A (8) tratamos, dentro de la unidad temática *Hábitos de vida aconsejables*, el tema de la **Actividad sexual**.

En la encuesta realizada antes de empezar la sesión con doce pacientes, a la pregunta de si la actividad sexual influía en la evolución de su enfermedad seis respondían que SI, dos que NO y cuatro NS. Argumentaban lo siguiente:

- "*Por el esfuerzo del corazón*" (Antonio, tres años padeciendo la enfermedad).
- "*Si se hace con exceso*" (Ramón, más de dos años padeciendo la enfermedad).
- "*Puede suponer un ejercicio físico violento y origina un ritmo cardiaco acelerado*" (David, un año padeciendo la enfermedad).
- "*Estimula la circulación de la sangre y fortalece el músculo cardiaco, además produce beneficio psicológico*" (José, seis años padeciendo la enfermedad).
- "*Es un acto natural y necesario para el cuerpo humano*" (Domingo, nueve meses padeciendo la enfermedad).

A la pregunta sobre si habían reanudado la actividad sexual: seis personas responden que SI, tres personas que NO y tres NS/NC. En cuanto a cuándo se debían reanudar: cuatro personas responden que a las cuatro o seis semanas, una que al año (Rafael, lleva tres años padeciendo la enfermedad) y una responde "*pero con miedo*" (Antonio, tres años padeciendo la enfermedad).

(7) CARPENITO, L.: *Manual de diagnósticos de enfermería*. Editorial Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1991.

(8) CARRIÓN GARCÍA, L.; GARCÍA PIZARRO, A.; ARRIVIVITA VERDASCO, A.M. y ROBAYNA DELGADO, M.C.: "Educación sanitaria a pacientes cardiológicos con patrón de conducta Tipo A". Pendiente de publicar en libro de actas del XIV Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología, Sevilla, 1993.

Realizamos una entrevista clínica semiestructurada (Ver Cuadro 1) a los tres pacientes que consideramos más representativos.

Los tres han presentado problemas en la recuperación de su actividad sexual después del diagnóstico de su enfermedad.

La elección de la entrevista clínica semiestructurada, como instrumento, se debe a que nos permite, a lo largo de su aplicación, la adaptación a cada sujeto en función de la respuesta que éstos van explicitando; así como confrontar en distintos momentos de la misma, la veracidad o no de las respuestas de los sujetos, en el sentido de poder determinar si sus respuestas son espontáneas o sugeridas por el medio concreto o por la entrevistadora.

Cuadro 1:

GUÍA DE LA ENTREVISTA
1. Enfermedad cardiológica que padece.
2. Tiempo que lleva padeciendo dicha enfermedad.
3. Grado de influencia de las relaciones sexuales en la aparición de la enfermedad coronaria.
4. Realiza ejercicio físico y tipo.
5. Tiempo que dedica a realizar dicho ejercicio.
6. Tipo de medicación que toma actualmente.
7. Información sobre su enfermedad.
8. Información sobre las repercusiones de la enfermedad en su actividad sexual.
9. Demanda información sobre sexualidad (iniciativa propia).
10. Quién le ha proporcionado la información y cuándo.
11. Si ha tenido problemas en sus relaciones sexuales.
12. Desarrollo de sus relaciones sexuales en la actualidad.
13. Tiempo que lleva padeciendo problemas sexuales.
14. Solución a los problemas sexuales.

Exposición de tres casos

CASO 1:

Luis, 51 años, divorciado desde hace cinco años y de profesión empresario. Hace dos años sufrió un infarto de Miocardio, posteriormente se le practicó un ACTP (Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea).

Durante el tiempo que estuvo hospitalizado y en las revisiones posteriores, nunca se le asesoró sobre las repercusiones de la enfermedad en su vida sexual. En cambio, sí tuvo información sobre los hábitos dietéticos, el ejercicio, el control de

peso, el perjuicio del tabaco y el régimen terapéutico.

Al salir del hospital se sentía asustado y deprimido. Tenía miedo de que el infarto volviera a repetirse. No reanudó su vida sexual; limitaba toda actividad que le supusiera algo de esfuerzo: "... no me atrevía ni a toser, por miedo a que se soltara el resorte que me han puesto..." Seis meses después la situación continuaba igual.

CASO 2:

José, 49 años, casado y de profesión ingeniero industrial.

Hace seis años le diagnosticaron cardiopatía isquémica. Hasta ese momento llevaba una vida sexual normal.

Durante su hospitalización se le informó de las repercusiones de la enfermedad, de cuándo podría reiniciar su actividad sexual y de las precauciones a tener en cuenta.

A pesar de estar informado, tiene miedo al comienzo de las relaciones sexuales y advierte que su libido va disminuyendo. Pero no se plantea consultarlo con su médico.

CASO 3:

Antonio, 63 años, casado y de profesión representante.

Hace seis años sufrió un Infarto de Miocardio y se le detectó Hipertensión Arterial.

Hasta ese momento, llevaba una vida sexual normal.

Durante su hospitalización, no se le informó de las repercusiones que la enfermedad podía tener en su vida sexual. En el momento del alta, el médico les explicó a él y a su esposa, sobre el tipo de vida que Antonio debía hacer; aconsejándole disminuir sus viajes de trabajo. Su actividad física debería ser muy limitada, pudiendo aumentarla gradualmente.

Una vez que llega a casa tiene tanto miedo de realizar cualquier tipo de actividad, que no se plantea la posibilidad de mantener relaciones sexuales. Poco a poco, su vida se va normalizando y empieza a plantearse, pero su mujer "le huye".

En las revisiones médicas intenta en varias ocasiones plantear el tema, pero por pudor siempre sale de la consulta sin haberlo hecho: "sólo fui capaz de preguntarle si podía bailar" (a los ocho meses de sufrir el Infarto de Miocardio).

RESULTADOS

CASO 1: (Luis)

En la actualidad, Luis tiene una vida sexual "normal".

Después de seis meses de diagnosticada la enfermedad, pidió información al médico para reanudar su vida sexual.

Con sólo una información clara, tal vez se podría haber evitado el problema. Informar sobre determinados aspectos-dieta, trabajo,...- y, por otra parte, omitir referencias a la sexualidad, provocó a Luis seis meses de incertidumbre y miedo que acarrearón la abstinencia sexual. **¿Qué habría ocurrido en caso de no pedir ayuda? No lo sabemos.**

CASO 2: (José)

José mantuvo esta situación durante bastante tiempo, hasta que un día consultó con su médico la posibilidad de tomar algo para el decaimiento. Éste le receta un reconstituyente (Pharmatón, Vitaminas). Desde que toma dicho medicamento su vida sexual ha mejorado de manera significativa.

Revisando la historia clínica de José, detectamos que también hubo cambio en la medicación (se le suspendieron los betabloqueantes).

José nunca recibió información sobre los posibles efectos secundarios de la medicación en su actividad sexual. Actualmente, él sigue relacionando la recuperación con la toma del complejo vitamínico. **¿Por qué los profesionales sanitarios no tratamos directamente el tema?**

CASO 3: (Antonio)

Diez meses después, Antonio y su mujer se deciden a mantener relaciones sexuales, pero, en ese momento, él sufre impotencia.

Durante la sesión sobre Actividad sexual, Antonio no comparte su experiencia; en cambio, al tratar el tema de la medicación y sus efectos adversos, es cuando él relaciona la impotencia con su enfermedad. En ese momento se decide a compartir su experiencia. Debemos tener presente que durante la sesión hablamos de algunos fármacos que pueden provocar impotencia.

Antonio lleva seis años padeciendo este problema, y todavía no se lo ha planteado a su

médico.

Este caso nos muestra, de forma fehaciente, que es importante dar facilidades a los pacientes para que manifiesten sus ideas y sentimientos con respecto a la sexualidad. Muchos de ellos piensan que los problemas sexuales posteriores a su enfermedad son debidos a una disminución de la respuesta sexual.

Una información superficial no provoca los cambios necesarios en sus creencias o ideas previas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Como hemos visto durante el desarrollo de este trabajo, los pacientes con cardiopatía isquémica suelen tener problemas sexuales que aparecen a partir de los primeros seis o doce meses. Por regla general son los siguientes: miedo a practicar el coito, impotencia, disminución de la libido y rechazo de la pareja. Normalmente la causa no es orgánica sino mental y están provocados habitualmente por ansiedad, conceptos erróneos y déficit de conocimientos.

Enfermería no está cubriendo esta necesidad. Si tenemos en cuenta que una de sus funciones es la educación sanitaria, es obvio que aún estamos muy lejos de conseguirla, porque ni siquiera informamos sobre sexualidad a los pacientes de manera sistemática.

Con el fin de cubrir esta necesidad, proponemos la impartición de Educación Sexual destinada a:

1. Favorecer la integración de las dimensiones: biológica, cultural, social, afectiva, psicológica y moral de la sexualidad.
2. Analizar coherentemente la variabilidad cultural del concepto de sexualidad.
3. Analizar críticamente los mitos más frecuentes respecto a la sexualidad y la enfermedad coronaria.
4. Diferenciar las funciones de la sexualidad humana: comunicación, afectividad y reproducción.

Actualmente, los planes de estudio de la Diplomatura en Enfermería no aportan una formación adecuada sobre Educación Sexual. Por lo tanto, sólo a través de los cursos de postgrado podemos acceder a estos conocimientos. Tratándose la sexualidad de una necesidad básica del ser humano, no parece coherente que dependa de una elección individual la formación en este campo.