



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD POR LA ENFERMEDAD Y NIVELES
DE SATISFACCIÓN SEXUAL PERCIBIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS**

TUTOR:

Kenduar Galviz

AUTOR:

Jose Alexander Freites Mata

CARACAS, SEPTIEMBRE DEL 2017



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Relación Entre los Niveles de Ansiedad por la Enfermedad y los Niveles de Satisfacción Sexual Percibido en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Vargas de Caracas
(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

TUTOR:

Kenduar Galviz

AUTOR:

Jose Alexander Freites Mata¹

CARACAS, SEPTIEMBRE DEL 2017

¹Jose Alexander Freites, Tesista del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Correo: jose_alexfreites@hotmail.com

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Vargas de Carcas, por ofrecer el espacio a la nuestra rama de la psicológica y facilitar la exploración del pacientes desde una perspectiva multidisciplinaria. Al Servicio de Gastroenterología por permitirnos utilizar sus espacios durante varias semanas para cumplir con los objetivos de la presente investigación. A los profesores de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela por su dedicación y apoyo durante toda la carrera.

Finalmente a toda mi familia, pareja, amigos, compañeros, por el apoyo colaboraron en la evolución de esta investigación y durante toda la carrera.

RESUMEN

Las Enfermedades Inflammatorias Intestinales (EII), son condiciones crónicas, que afecta de forma dramática el estilo de vida de los pacientes, los mismos deben interactuar con las manifestaciones biológicas de la enfermedad, los cambios en los hábitos producto de la aparición de la patología y las manifestaciones psicológica que puede acompañar las EII. Esto hace que los pacientes deban ajustar su comportamiento para responder a las exigencias del medio, afectado dramáticamente su calidad de vida y la sexualidad en cerca de la mitad de los casos. Además los pacientes experimentan preocupaciones o angustia, en independencia de la actividad o remisión de EII, lo cual se relaciona con factores psicológicos como la ansiedad y la alteración de la frecuencia sexual. Por lo que esta investigación tiene el propósito de conocer la relación entre los niveles de ansiedad por la enfermedad y los niveles de satisfacción sexual percibida. El grupo estudiado estuvo conformado por 20 participantes del Hospital Vargas de Caracas, de los cuales 6 tiene un diagnóstico de Enfermedad de Crohn y 14 Colitis Ulcerativa. El método de recolección de datos fue a través de la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Sub Escala de Ansiedad, y la Nueva Escala Satisfacción Sexual (NSS). Encontrando que la ansiedad por la enfermedad está presente en 16 de 20 participantes con puntuaciones medias y altas. Al considerar la percepción de satisfacción sexual se encontró que 14 de los 20 participantes tienen puntajes medios o bajos. En cuanto a la relación entre ansiedad por la enfermedad y percepción de satisfacción sexual se encontró que 14 de 20 pacientes coinciden en niveles altos y medios de ansiedad por la enfermedad y niveles de satisfacción sexual percibida medios o bajos, indicando que para este grupo de participantes existe relación entre constructos.

ABSTRACT

Inflammatory Bowel Diseases (IBD) are chronic conditions that dramatically affect patients' lifestyles, they should interact with the biological manifestations of the disease, changes in habits resulting from the onset of pathology, and The psychological manifestations that may accompany IBD. This causes patients to adjust their behavior to respond to the demands of the environment, dramatically affecting their quality of life and sexuality in about half of the cases. In addition, patients experience anxiety or distress, independent of IBD activity or remission, which is related to psychological factors such as anxiety and altered sexual frequency. Therefore, this research has the purpose of knowing the relationship between levels of anxiety for the disease and the levels of perceived sexual satisfaction. The study group consisted of 20 participants from the Hospital Vargas de Caracas, of whom six had a diagnosis of Crohn's Disease and 14 Ulcerative Colitis. The method of data collection was through the Goldberg Anxiety-Depression Scale. Sub Anxiety Scale, and the New Sexual Satisfaction Scale (NSS). Finding that disease anxiety is present in 16 of 20 participants with medium and high scores. When considering the perception of sexual satisfaction, it was found that 14 of the 20 participants had medium or low scores. Regarding the relationship between anxiety for the disease and perception of sexual satisfaction, it was found that 14 of 20 patients coincide in high and medium levels of anxiety for the disease and average or low levels of perceived sexual satisfaction, indicating that for this group of participants There is a relationship between constructs.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO REFERENCIAL	4
Psicología de la salud.....	4
Conceptualización de la Enfermedad Inflamatoria intestinal (EII).....	7
Tipo de EII.....	9
Prevalencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal	11
Enfermedades Inflamatorias Intestinales y Factores Psicológicos.....	12
Calidad de Vida y Sexualidad de los Pacientes con EII.....	14
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
IV. OBJETIVOS	24
Objetivo General.....	24
Objetivo Específico.....	24
V. MÉTODO	25
Tipo de Investigación.....	25
Diseño de investigación	26
Constructos de Investigación	27
Actividad de la Enfermedad.....	27
Nivel de Satisfacción Sexual Percibido.	28
Ansiedad por la Enfermedad.....	31
Tabla de especificaciones del constructo.	36

Participantes.....	37
Materiales.....	38
Recursos Humanos.....	38
Recursos Materiales.....	38
Ambientes.....	39
Procedimientos.....	39
Fase Preparatoria.....	39
Fase de Campo.....	41
Fase de Análisis.....	42
VI. RESULTADOS.....	43
Ansiedad por la Enfermedad de los Pacientes con EII.....	49
Satisfacción Sexual Percibido de los Pacientes con EII.....	53
Niveles de satisfacción sexual percibidos y niveles de ansiedad por la enfermedad de los Pacientes con EII.....	61
VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	63
Ansiedad por la Enfermedad en Pacientes con EII.....	63
Niveles de satisfacción sexual percibidos por los pacientes con EII.....	67
Niveles de ansiedad por la enfermedad y satisfacción sexual percibida.....	70
VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	72
IX. REFERENCIAS.....	74
X. ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1: <i>Tabla de actividad inflamatoria por entidad de las EII</i>	28
Tabla 2: <i>Baremos para el Nivel de Satisfacción Sexual Percibido</i>	30
Tabla 3: <i>Síntomas de ansiedad físico y psicológicos</i>	31
Tabla 4: <i>Trastornos de Ansiedad del DSM-IV-TR y el CIE-10</i>	33
Tabla 5: <i>Puntos de Cortes para definir el nivel de Ansiedad por la Enfermedad de acuerdo a los puntajes de Sub escala de Ansiedad en La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg</i>	36
Tabla 6: <i>Tabla Resumen de las Especificaciones De Los Constructos</i>	36
Tabla 7: <i>Distribución de paciente con EII por Sexo y Tipo Enfermedad Inflamatoria</i>	43
Tabla 8: <i>Distribución de paciente con EII por Edad y Tipo Enfermedad Inflamatoria</i>	44
Tabla 9: <i>Tiempo que tiene los pacientes con el diagnóstico de EII</i>	45
Tabla 10: <i>Medicamentos utilizados por los pacientes con EII entrevistados</i>	45
Tabla 11: <i>Pacientes con EII que actualmente tienen pareja</i>	47
Tabla 12: <i>Tiempo de relación d pareja en los pacientes con EII entrevistados</i>	47
Tabla 13: <i>Distribución de pacientes con EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria y Actividad Inflamatoria</i>	48
Tabla 14: <i>Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria y Ansiedad por la Enfermedad</i>	49
Tabla 15: <i>Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Sexo y la Ansiedad por la Enfermedad</i>	50
Tabla 16: <i>Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Tiempo que tiene con el Diagnósticos y la Ansiedad por la Enfermedad</i>	51
Tabla 17: <i>Distribución de los pacientes EII de acuerdo a la disposición de Relación de pareja y la Ansiedad por la Enfermedad</i>	52
Tabla 18: <i>Distribución de los pacientes EII de acuerdo a la duración de la Relación de Pareja y la Ansiedad por la Enfermedad</i>	52
Tabla 19: <i>Distribución de los pacientes EII de acuerdo a la Actividad Inflamatoria y la Ansiedad por la Enfermedad</i>	53
Tabla 20: <i>Nivel de Satisfacción Sexual de los pacientes con EII</i>	53

Tabla 21: <i>Distribución de pacientes con EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria y al Índice de Satisfacción Sexual</i>	54
Tabla 22: <i>Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Sexo y el Nivel de Satisfacción Sexual percibido</i>	55
Tabla 23: <i>Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Tiempo que tiene con el Diagnósticos y Nivel de Satisfacción Sexual percibido</i>	57
Tabla 24: <i>Distribución de los pacientes con EII de acuerdo a la disponibilidad de pareja y Nivel de Satisfacción Sexual percibido</i>	58
Tabla 25: <i>Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Tiempo de Relación de Pareja y Nivel de Satisfacción Sexual percibido</i>	59
Tabla 26: <i>Distribución de los pacientes con EII de acuerdo la Actividad de la Enfermedad y al Nivel de Satisfacción Sexual percibido</i>	60
Tabla 27: <i>Distribución de los pacientes con EII de acuerdo a los Niveles de Ansiedad por la Enfermedad y Nivel de Satisfacción Sexual Percibido</i>	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de paciente con EII: por Sexo y Tipo Enfermedad Inflamatoria.....	44
Figura 2. Distribución de paciente con EII por Edad.....	44
Figura 3. Enfermedades concomitantes con los pacientes EII estudiados.....	44
Figura 4. Tiempo de diagnóstico de los pacientes con EII.....	45
Figura 5. Distribución de pacientes con EII con consumo de drogas licitas e ilícitas.....	46
Figura 6. Proporción de pacientes con EII, que actualmente posee una relación de pareja	47
Figura 7. Tiempo de relación d pareja en los pacientes con EII entrevistados.....	47
Figura 8. Proporción de pacientes con EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria (X) y Actividad Inflamatoria (Y)	48
Figura 9. Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria (Y) y Ansiedad por la Enfermedad (X)	50
Figura 10. Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Tiempo que tiene con el Diagnósticos (Y) y la Ansiedad por la Enfermedad (X).....	51
Figura 11. Nivel de Satisfacción Sexual de los pacientes con EII.....	54
Figura 12. Distribución de pacientes con EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria(Y) y al Nivel de Satisfacción Sexual Percibido(X).....	55
Figura 13. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Sexo (X) y el Nivel de Satisfacción Sexual percibido (Y).....	56
Figura 14. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Tiempo que tiene con el Diagnósticos (Y) y Nivel de Satisfacción Sexual Percibido (X)	57
Figura 15. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo a la disponibilidad de pareja (X) y Nivel de Satisfacción Sexual percibido (Y).....	58
Figura 16. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Tiempo de Relación de Pareja(X) y Nivel de Satisfacción Sexual percibido(Y).....	60
Figura 17. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo la Actividad de la Enfermedad (Y) y al Nivel de Satisfacción Sexual percibido (X).....	61
Figura 18. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo a los Niveles de Ansiedad por la Enfermedad y Nivel de Satisfacción Sexual Percibido. En el eje (X) los indicadores del nivel de satisfacción sexual percibidos, eje (Y) indicadores del nivel de ansiedad por la enfermedad .	62

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Lista de sustancias que Alteran el Funcionamiento Sexual	78
Anexo 2. Entrevista Semiestructurada para los pacientes con EII.....	79
Anexo 3. Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Sub Escala de Ansiedad (EADG).....	80
Anexo 4. Nueva Escala Satisfacción Sexual (NSS).....	81
Anexos 5. Índice De Actividad Inflamatoria De Harvey-Bradshaw Para Pacientes Con Enfermedad De Crohn.....	82
Anexo 6. Índice De Actividad Inflamatoria De Litchiger Para Los Pacientes Con Colitis Ulcerosa	83

I. INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Inflammatorias Intestinales (EII), son enfermedades crónicas que afectan de manera dramática a los pacientes que son diagnosticados con algunas de sus entidades más frecuentes como lo son Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerativa (CU), esta enfermedad se caracteriza por periodos de tiempo donde los pacientes no perciben ninguna manifestación de la enfermedad, seguidos de periodos de actividad caracterizado por sangre en las heces, diarrea, urgencia producto de incontinencia, sensación de obstrucción, dolor abdominal, Etc. (Díaz-Sibaja, Comeche, & Mas Hesse, 2006). Esto ocurre en ambas entidades con síntomas similares, los periodos de tiempo para la actividad inflamatoria por otro lado están relacionado con los comportamientos del paciente con EII en interacción con su entorno.

La consideración del comportamiento del paciente en interrelación con su entorno alude a la necesidad de abordar el proceso salud enfermedad, desde una perspectiva amplia. El análisis de las EII debe ser multidisciplinario, si bien es necesario apoyarse de la medicina para definir la patología, también es adecuado incluir en el estudio de una enfermedad variables intervinientes de naturaleza psicológica, de esta manera la orientación de la presente investigación parte de un enfoque biopsicosocial, donde se entiende que el comportamiento de los pacientes participa en la modulación de los estados biológicos (Ribes, 2011).

En el caso particular de los pacientes con EII, hallazgos de investigaciones previas demuestra la presencia de factores psicológicos en el curso de la enfermedad, a partir de la presencia de los síntomas físicos sin justificación médica, el aumento en las interacciones con personal de salud y la baja adherencia a los medicamentos lo que se asocia a la presencia de problemas psicológicos, aumento de reacciones ansiosas y de un estado de ánimo deprimido (Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz, 2007).

Además de lo anterior los pacientes en cerca de la mitad de los casos, acompañan estas manifestaciones psicológicas con preocupaciones relacionadas con falta de energía, la sensación de pérdida de control con respecto a la enfermedad, los cambios en la imagen personal, sensación de soledad, miedo a padecer una enfermedad más grave como el cáncer, además muestran angustia constante por la incontinencia, percepción de dolor, manifestando ansiedad más de la mitad de los

casos estudiados (Díaz-Sibaja, Comeche Moreno, Mashesse, Díaz-García, & Vallejo Pareja, 2008; Altuve & Matos, 2017; González, 2016).

Lo anterior describe la relevancia de los factores psicológicos para los pacientes con EII, estas preocupaciones se relacionan con el ajuste que los pacientes deben hacer a partir de las exigencias del entorno, una vez que son diagnosticados con EII. Esta interacción tiene un costo psicológico porque la EII implica un cambio significativo del estilo de vida para las personas que son diagnosticadas con esta enfermedad, los cambios de salud implican una pérdida del bienestar psicológica, social y física, por lo que la calidad de vida de estos pacientes también se ve alterada. Estos hallazgos son similares a los encontrados en los pacientes con EII del Hospital Vargas de Caracas y el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, presentados por Veitia, y otros, (2012). Lo que indica que estas alteraciones están presente en la población venezolana.

Es importante considerar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con EII, porque una de sus dimensiones es la actividad sexual, dentro de los aspectos sociales de este constructo. Esta función básica del ser humano, está relacionada con la percepción de salud, la cual como se mencionó anteriormente se encuentra alterada en los pacientes con EII, por lo cual se puede indicar que la sexualidad de estos pacientes se ve dramáticamente afectada en aproximadamente la mitad de los pacientes con EII, no solo por su relación con la percepción de salud y calidad de vida, sino por las características propias de la enfermedad la cual es crónica y la presencia de factores psicológicos como la ansiedad (Carrera Alonso, 2015; Jedel, Hood, & Keshavarzian, 2015; Carrobbles, Gámez-Guadix, & Almendros, 2011; Altuve & Matos, 2017; Casellas & López, 2007).

Entendiendo que los pacientes con EII, no solo tiene que ajustar su interacción tomando en cuenta las manifestaciones fisiológicas de la enfermedad, sino que además producto de este ajuste manifiestan factores psicológicos como ansiedad, calidad de vida alterada por la percepción de salud y cambios en la sexualidad, es adecuado analizar la relación entre los niveles de ansiedad y los niveles de satisfacción sexual percibida en pacientes con EII.

Para esto se considerara en primer lugar, una revisión teórica acerca de las EII, su relación con factores psicológicos, de calidad de vida y alteraciones en la sexualidad, plasmado a continuación en el Marco Referencial. Para posteriormente problematizar acerca de los hallazgos

más reciente sobre el área, en el *Planteamiento del Problema*, concluyendo en una pregunta de investigación, que nos permita formalizar los objetivos para la presente investigación. Una metodología adecuada para abordar dichos objetivos y dar respuesta a los mismos a través de un capítulo de resultados, discusión y recomendaciones a investigaciones futuras, tal y como se puede observar a lo largo de la presente investigación.

II. MARCO REFERENCIAL

En el siguiente capítulo se desarrollaran elementos básicos para constituir la base teórica de la presente investigación, esto con la finalidad de ilustrar como la presente agrega valor a la literatura ya existente (Hernández, Frenández, & Baptista, 2006). Dentro de la misma se explorara a profundidad aspectos relacionados con la psicología de la salud como marco contextual general, definiciones de los constructos a desarrollar como son las Enfermedades Inflammatorias Intestinales (EII), los hallazgos en cuanto a trastornos de ansiedad y aspectos de la sexualidad relacionada con la percepción de la satisfacción sexual, junto con las investigaciones que sirven de base para la elaboración de la presente investigación.

Psicología de la salud

Dentro de la constitución de La Organización Mundial de la Salud se encuentra definida salud como: un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (Organización Mundial de la Salud, 2014). De los cual podemos inferir que la salud se refiere al estado de bienestar, no solo interno del organismo, sino que también engloba los ámbitos, comportamentales, sociales, culturales, y espirituales. Esta definición nos permite entender al proceso salud enfermedad, desde una postura interdisciplinaria; alejándonos de la antigua concepción de salud como ausencia de enfermedad y acercándonos a entenderla como un equilibrio multifactorial de elementos funcionales del ser humano (Morales, 1999; Becoña & Vázquez, 2000)

Cónsono con la definición de salud de la OMS, la cual incluye la perspectiva de diferentes disciplinas, la siguiente investigación tiene como base epistemológica una rama de la psicológica, que históricamente se ha encargado de tópicos como la promoción de los estilos de vida saludable, la prevención de las enfermedades utilizando las herramientas provistas por la psicológica científica, para la modificación de hábitos inadecuados asociados a enfermedades; de esta manera la psicología de la salud, como subespecialidad se ha encargado de abordar el tratamiento de las enfermedades en interacción con otros especialista de la salud, para ofrecer un perspectiva multidisciplinar al proceso salud enfermedad, Además se ha dado a la tarea de la evaluación y

mejora del sistema sanitario, para que de esta forma, se pongan a disposición todos los recursos que tiene por ofrecer la psicología, para intervenir adecuadamente en proceso salud enfermedad. (Garcia-Lopez, Piqueras, Rivero, Ramos, & Oblitas, 2008)

La psicología de la salud es el campo de especialización dentro de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para la evaluación, el diagnóstico, la prevención, explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastorno físicos y/o mentales u otro comportamientos de relevancia dentro del proceso de salud enfermedad, dependiendo de los amplios contextos donde pudiese darse. Es la especialidad dentro de la psicología que se encarga de la salud física (Garcia-Lopez, Piqueras, Rivero, Ramos, & Oblitas, 2008).

Es de relevancia para esta investigación indicar los alcances de la psicología de la salud, ya que esta especialidad representa la base fundamental sobre la cual se justifica explorar patologías tradicionalmente estudiadas por otras disciplinas como por ejemplo la Medicina; de esta forma la Psicología de la Salud interviene desde los niveles de prevención primarios, secundarios y terciarios, además del tratamiento. De lo anterior podemos entender que la psicología de la salud no solo se centra en la modificación de contexto para aumenta la probabilidad que los individuos no padezcan enfermedades físicas, si no que actúa interviniendo directamente con los pacientes independientemente al grado de la enfermedad en los comportamientos y hábitos que aumenta la probabilidad de que estos estén en riesgo y posterior a la enfermedad la psicología de la salud procura evitar recaídas, dentro de un proceso de rehabilitación (Garcia-Lopez, Piqueras, Rivero, Ramos, & Oblitas, 2008).

Dentro de los conceptos que se han desarrollado desde esta perspectiva podemos destacar que la mayoría tiene su base desde el enfoque biomédico, inclusive los antecedentes más próximos de esta disciplina se remontan a corrientes dentro de la psicología que desarrollan modelos diferentes y en muchos casos antagonistas, es el caso de la medicina conductual y la medicina psicosomática, los cuales parten de bases epistemológicas antagonistas pretendiendo abordar un mismo fenómeno. Lo cual trajo como consecuencia que encontremos con múltiples inconsistencia y vacíos en la construcciones de modelos que dan cuenta de la relación entre los fenómenos psicológicos, fenómenos médicos y las enfermedades (Piña, 2008).

La psicología de la salud, es un enfoque biopsicosocial, que admite la existencia de fenómenos intervinientes de naturaleza psicológica, entiende la postura activa del individuo como administrador de comportamientos en su propio proceso salud enfermedad, e incluye la interacción con el medio como un agente regulador. Sin embargo siguen existiendo posturas distintas dentro de esta sub especialidad, como lo son: el modelo de las creencias de la salud, de la acción razonada, de la conducta planificada, modelo de autoeficacia de Bandura y el psicológico de la salud biológica de Ribes (Piña, 2008)

No es la intención de este texto realizar una discusión acerca de los contrastes entre modelos, sin embargo es adecuado para justificar la postura de esta investigación que se describan algunas consideraciones para ilustrar de forma adecuada, la relación que existe entre los fenómenos psicológicos, fenómenos médicos y las enfermedades

De los modelos mencionados anteriormente, la mayoría coincide exceptuando el último en que los conceptos de mentes, cerebro, cuerpo y conducta, no presenta un desarrollo exhaustivo, se pueden entender de ellos que existe una relación entre mente y comportamientos, siendo lo psicológico parte de la estructura y funcionamiento de la mente y el Comportamiento una respuesta de la misma, además no existe representación de conceptos como cuerpo y cerebro. Conjuntamente en estos modelos se dice tacita o explícitamente que los seres humanos son racionales reduciendo el comportamiento a elementos cognitivos, dejando de lado fenómenos psicológicos que por definición no son racionales, por tanto se vuelven insuficiente para abordar la amplitud del fenómeno. Por lo tanto se requiere de un modelo integrador que entienda al fenómeno desde la amplitud de los conceptos interviniente, es decir que pueda incluir variables biológicas, psicológicas, y sociales, para entender la complejidad del proceso salud enfermedad (Piña, 2008)

El modelos psicológico de salud biológica de Ribes, es un enfoque que se desarrolla para la Psicología de la Salud, que busca aplicación del conocimiento relacionado a procesos biológicos de una enfermedad y las condiciones sociales que se dan para la prevención, curación y rehabilitación a través de la actuación cotidiana; básicamente se describe como el comportamiento media los efectos del ambiente sobre el organismo. De esta forma el comportamiento tiene un eje mediador ya que la probabilidad de padecer una enfermedad está relacionada con las alteraciones

biológicas, circunstancia ambientales y socioculturales que interactúan en un evento particular (Piña, 2008)

Este modelo es de especial importancia para esta investigación porque toma en cuenta la manera en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, a través de subsistemas de respuesta como el endocrino, cardiovascular, respiratorio, inmune etc. Es decir que considera elementos del condicionamiento respondiente, descrito por Pavlov, para explicar la regulación biológica. Además incluye en su análisis como los estilos de interacción de una persona pueden aumentar la probabilidad de contactos con situaciones que pueden eventualmente dañar la salud. Para finalizar considera las competencias para hacer frente a los requerimientos impuestos en una situación, definiendo la eficiencia para prevenir una enfermedad (Piña, 2008)

Según Ribes (2011), la dimensión psicológica de la salud se compone de tres factores fundamentales:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio con el que interactúa.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica (Ribes, 2011, pág. 17)

Es adecuado mencionar que gracias a los aportes del modelo psicológico de la salud biológica a la Psicología de la Salud, podemos ampliar las investigaciones tradicionalmente médicas e incluir indicadores de comportamientos, factores psicológicos y de calidad de vida para comprender adecuadamente la interacción del comportamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y como este aumenta o disminuye la probabilidad de afectar su salud.

Conceptualización de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) son un conjunto de patologías que tienen como un factor común, la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones. Dentro de las entidades más comunes podemos encontrar Las Enfermedad de Crohn (EC), La

Colitis Ulcerosa (CU) y la Colitis Indeterminada (CI). El curso clínico de estas enfermedades crónicas es progresivo, en donde exhiben periodos de inactividad, denominados fase remisión seguidos de periodos de actividad clínica de intensidad variada, los cuales son nombrados como brotes. No existe una explicación ampliamente aceptada acerca de la etiología de la enfermedad, sin embargo la más frecuente apunta a que la desregulación de la respuesta inmune de los pacientes, frente a la flora bacteriana residente y otros antígenos intraluminales, junto con vulnerabilidades genéticas y factores ambientales, los cuales participan recíprocamente en la patogenia del daño tisular en las EII. (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007)

Las entidades comúnmente señaladas para las EII es La Enfermedad De Crohn (EC) y La Colitis Ulcerosa (CU), las que son trastornos gastrointestinales con sintomatologías similares, cuya principal característica es la inflamación de las paredes del tubo digestivo, sin embargo la diferencia principal entre estas entidades es la ubicación de la inflamación. Para la EC la inflamación puede darse en cualquier tramo del tubo digestivo (más comúnmente íleon terminal), alternándose zonas sanas y zonas lesionadas, las lesiones afectan a todas la capas del intestino con presencia de las fístulas, ulceradas y abscesos. Por otro lado CU presenta lesiones continuas que afectan principalmente a la mucosa del colón, más frecuentemente a la zona distal (recto) e izquierda, aunque pudiendo afectar también al intestino grueso en su totalidad (pancolitis) (Del Amo Mateos, 2015).

Estas entidades descritas anteriormente se presentan con manifestaciones similares, por lo cual es necesario apoyarse en indicadores clínicos, endoscopias, radiologías, histologías, serologías y supervisión de evolución de la enfermedad, para determinar qué tipo de EII. De esta forma los síntomas y la gravedad de cada una de estas enfermedades van a depender de la extensión, localización, el comportamiento, el grado de actividad inflamatoria y de las manifestaciones extra intestinales que se asocia con esta patología (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007)

Independientemente a la entidad padecida por los pacientes la evolución de la enfermedad comienza con la inflamación de la piel que recubre la pared del tracto alimentario, la cual se torna de color rojo produciéndose edemas (acumulación de líquido en los tejidos), se forman ampollas que terminan rompiéndose, haciendo que se desprenda la piel convirtiéndose en úlceras; la

evolución de este tipo de enfermedad es crónica y recurrente convirtiéndose en una parte central en la vida de los pacientes que la padecen (Díaz-Sibaja, Comeche, & Mas Hesse, 2006).

Cuando la enfermedad está activa los pacientes con EII pueden padecer los siguientes síntomas: sangre en las heces, diarrea, urgencia producto de incontinencia, sensación de obstrucción, dolor abdominal, fiebre, malestar general, cansancio, pérdida de apetito, debilidad, anemia y pérdida de peso. Es adecuado considerar que la sintomatología anteriormente referida puede ser característica de otras enfermedades, sin embargo son consideradas aquí porque representan indicadores de afectación orgánica que disminuye la calidad de vida de los pacientes (Díaz-Sibaja, Comeche, & Mas Hesse, 2006). Igualmente puede manifestarse síntomas extra-intestinales como artritis, enrojecimiento dolor o comezón de los ojos, erupciones o ulceraciones en la piel, llagas en la boca, etc. (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007).

Tipo de EII

Debido a que la variable EII tiene diferentes tipos de actividad y de manifestaciones es adecuado explorar minuciosamente con la finalidad de conocer las características de esta enfermedad y definir adecuadamente el fenómeno estudiado.

Como se ha mencionado anteriormente dentro de las EII están incluida gran variedad de presentaciones y manifestaciones clínicas, en donde la característica más resaltante es la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones. Las entidades que engloban a las EII son la enfermedad de Crohn (EC), La Colitis Ulcerosa (CU) y la colitis indeterminada (CI), por otro lado la cronicidad del curso de la enfermedad consiste en periodos de inactividad o quiescencia que se identifica con la fase de remisión y periodo de actividad clínica de diferentes intensidades que son denominadas brotes (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007).

La Enfermedad de Crohn (EC) es un tipo de EII crónica, que puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo, se manifiesta con mayor frecuencia en el íleon terminal y el ciego, sin embargo se puede manifestar desde la boca hasta el ano, en ocasiones puede afectar únicamente al recto y raramente manifestarse aisladamente en la oro-faringe. Con frecuencia la EC no afecta el recto, característica diferenciadora de la CU, en donde la inflamación es de la mucosa del recto. La inflamación de la EC comúnmente es segmentaria, por lo tanto se encuentra partes del intestino

que están afectados y otros preservados de longitud variable (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007)

La enfermedad de EC es transmural, por lo que la inflamación afecta a todo el espesor de la pared intestinal, desde la mucosa hasta la vertiente de la serosa que recubre el intestino. Esta inflamación puede tener como complicación la aparición de fístulas, abscesos y estenosis (estrechez o estrechamiento de un orificio o conducto) (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007).

Las manifestaciones clínicas van a depender de la localización, de esta forma el criterio para considerar un área afectada es la aparición de úlceras, los edemas no son suficientes para determinar la afectación de un área. De acuerdo lo anterior Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio (2007), describieron las siguientes manifestaciones clínicas de acuerdo al área:

- L1: Localización ileal (30%). Es cuando afecta el tercio distal del íleon con o sin afectación del ciego con presencia de estenosis con náuseas, vómito, dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, pérdida de peso y fiebre. Diarrea menos grave en comparación con manifestaciones que afecten el colon y comúnmente se confunde con apendicitis.
- L2: Localización cólica (20%). Una o varias localizaciones de la enfermedad entre el recto y el ciego, pero exclusivamente en el colon sin afectación del intestino delgado, con manifestaciones clínicas de diarrea abundante, hematoquecia (salida de sangre a través del recto), dolor abdominal y pérdida de peso.
- L3: localización ileocólica (40%) afectaciones del íleo terminal con o sin afectación cecal y con participación de cualquier otra área del colon desde el recto hasta el colon ascendente, la clínica es una mezcla de la anterior.
- L4: localización gastrointestinal alta (5%) se considera ésta cuando se ve afectado cualquier localización proximal al íleon distal (íleon proximal, yeyuno, duodeno, estómago, esófago y orofaríngea) independientemente que se afecte el tercio distal del íleon o el colon. Posee una clínica mucho más variada como náuseas, vómitos, dolor abdominal epigástrico e hemorragia digestiva alta. Cuando está alterado el yeyuno se relaciona con diarrea, pérdida de peso, síndrome de mala absorción entre otras.

La Colitis Ulcerosa (CU) al igual que el EC es un tipo de EII crónico pero afecta de forma difusa a la mucosa del colon, la inflamación comúnmente comienza en el recto y se extiende de forma progresiva hacia el ciego deteniéndose en la válvula ileocecal, la extensión es variable,

siendo importante para la toma de decisiones acerca de la estrategia terapéutica, por lo general las lesiones son más intensas en el recto y se extienden a lo largo del colon, sin embargo existen muchos casos donde las manifestaciones son diferentes. La afectación es continua a diferencia de la EC, con presencia de neutrófilos (glóbulos blancos de tipo granulocito) en la pared de la cripta, en su interior o asociados a daño epitelial (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007)

En cuanto a las manifestaciones clínicas de las CU, son generalmente manifestaciones por las alteraciones de la mucosa del colon, como por ejemplo:

- Rectorragia o pérdida de sangre a través del ano, se presente en gran variabilidad tanto de aspecto como de cantidad
- Diarrea con un gran número de deposiciones de escasa cantidad
- Tenesmo o contracción violenta o dolorosa, sensación de que el recto está ocupado y presión con deseos de defecar, sin alivio tras el intento
- Urgencia o necesidad de defecar inmediatamente junto con incontinencia rectal
- Dolor en el hipogastrio y en fosa iliaca izquierda de características cólicas, antes de realizar deposición y que puede no ceder tras la deposición.
- Fiebre, malestar general, pérdida de peso (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007)

Prevalencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

La Epidemiología de las EII, para el 2007 mostraba una tendencia en su incidencia, atribuible a la influencia de distintos factores ambientales y genéticos, en países ubicados al norte y al sur del planeta, los más resaltantes son Países Escandinavos, Reino Unido, Norteamérica, a partir de esta fecha se comenzaron a registrar casos al sur de Europa. La incidencia de la CU en los países occidentales se estimaba en 5-18 pacientes por cada 100.000 habitantes; por otro lado la EC, que es frecuentemente menos descritas que la CU, tiene una incidencia de 4-7 personas por cada 100.000 habit/año (Sicilia Aladrén, Gassull, & Gomollón, 2007)

Para el 2013 se estimaban cifras consistentes con el 2007, reportándose una mayor prevalencia e incidencia en países desarrollados como Norteamérica y Europa occidental, en general se refiere que la prevalencia es de 396 x cada 100.00 habitantes, en todo el mundo; en cuanto a la edad de aparición de las EII específicamente la CU tiene dos picos importantes entre

los 15 y los 30 y entre los 50 y 70 años de edad (Sociedad Venezolana de Gastroenterología, y Grupo Venezolano de EII, 2013).

Datos más actualizados destacan que se ha incrementado la incidencia y prevalencia en países asiáticos y latinoamericanos, en comparación con Europa, quienes registran números estables de casos con EII, en Estados Unidos se registran 238 casos por cada 100.000 habitantes lo que describe que del 2.2% a 14.3% de la población es afectada por esta enfermedad. En Perú, se realizaron estudios epidemiológicos que evidenciaron una tendencia mayor para el diagnóstico de EC, lo cual corresponde con la tendencia latinoamericana. (Paredes-Mendez, J. & et al., 2016).

Esto habla de un problema actual y prevalente en las regiones Latinoamericanas, de relevancia social para la población de pacientes que padecen EII. A pesar que no se conozca con exactitud la prevalencia en Venezuela, se ha notado un incremento de pacientes con esta patología en los centros de atención gastroenterológicos si se compara con años anteriores (Sociedad Venezolana de Gastroenterología, y Grupo Venezolano de EII, 2013).

Enfermedades Inflamatorias Intestinales y Factores Psicológicos.

Como se mencionó antes la de la EII tiene una etiología ampliamente debatida, en donde se plantea que esta enfermedad está relacionada con una desregulación de la respuesta del sistema inmune del organismo, ante flora bacteria característica del sistema gástrico, junto con vulnerabilidades biológicas y factores ambientales, lo que apunta a que se trata de un problema complejo y multifactorial en donde se destacan otros factores como manifestaciones psicológicas; de esta manera se han estado encontrando hallazgos que apoyan la tesis que existen fenómenos psicológicos que tiene relación con las EII.

De acuerdo al comentario anterior, las EII presentan comorbilidad positiva con otras factores psicológicos como la ansiedad y la depresión; por lo que cada vez se apunta a que la atención del paciente con Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU) se realice desde un enfoque biopsicosocial. El énfasis en los aspectos psicológicos de le enfermedad se realiza porque las sintomatologías experimentadas por los pacientes tienen un impacto importante en su cotidianidad; no basta con una aproximación fisiológica, se requiere una evaluación del equilibrio emocional de los paciente. La presencia de los síntomas físicos sin justificación médica, el

aumento en las interacciones con personal de salud y la baja adherencia a los medicamentos están asociados a la presencia de problemas psicológicos, aumento de reacciones ansiosas y de un estado de ánimo deprimido (Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz, 2007).

Esto hace que la percepción del paciente sobre su estado de salud, juegue un papel importante en la interacción que tiene con la enfermedad, debido a las características crónicas de la EII el paciente debe cambiar sus patrones comportamentales para adaptarse a nuevos hábitos. Por lo tanto la exposición constante a instituciones de salud pública hace estos pacientes estén más expuestos a experimentar ansiedad o depresión.

La percepción de salud y de calidad de vida es una de las creencias más afectadas en los pacientes con EII al manifestarse reacciones ansiosas y depresivas, inclusive se ha investigado que los pacientes de EC con trastornos psiquiátricos se recuperan más lentamente que los pacientes con esta misma condición que no padecen de problemas emocionales (Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz, 2007). En periodos de remisión se ha podido comprobar que los pacientes con EC experimentan frecuentemente síntomas depresivos y ansiosos, siendo estos últimos los más frecuentes, sin embargo, una vez que los pacientes tienen apoyo psicológicos se puede observar una mejoría de los síntomas de ansiedad y depresión independientemente del grado de activación de la enfermedad. (Iglesias, y otros, 2009)

Las alteraciones emocionales son frecuentes en los pacientes con EII, sobretodo factores psicológicos como la ansiedad y depresión, se describe en poco más de la mitad de los pacientes; se encontró que los individuos con EII presentaban puntuaciones por encima de la normalidad en un 50% aproximadamente cuando eran evaluados con inventarios de depresión (Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz, 2007).

En cuanto a la comorbilidad de EII con ansiedad la cifra se ubica entre un 17,6 % y un 58,8% de los pacientes (dependiendo de la prueba utilizada), lo que indica niveles de ansiedad elevados en pacientes con esta patología (Díaz-Sibaja, Comeche, & Mas Hesse, 2006). Con respecto a lo anterior, una de las preocupaciones más comunes en pacientes con EII es la falta de energía, la sensación de pérdida de control con respecto a la enfermedad, los cambios en la imagen personal, sensación de soledad, miedo a padecer una enfermedad más grave como el cáncer,

percibirse como una carga ante sus cuidadores o familiares y temor general a no ser aceptado por la pérdida de control de las defecaciones (Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz, 2007)

Hallazgos similares se encontraron en los pacientes venezolanos con EII, quienes presentaban problemas emocionales característicos de ansiedad y un manejo inadecuado de la misma; también se encontró que éstos pacientes presentaban una sensación de amenaza de parte del ambiente en un 46% y que poseen inadecuadas estrategias de afrontamiento en un 42,86%, lo que indica que los pacientes, entre otras cosas, tienen un manejo inadecuado de la ansiedad y pocas estrategias de afrontamiento en casos particulares, además se perciben a sí mismos y al ambiente de manera negativa, lo cual describe una serie de factores psicológicos que afecta la evolución de la enfermedad. (Altuve & Matos, 2017).

Los datos anteriores coinciden con investigaciones que reflejan que el 45% de los pacientes con EC y CU se encuentra deprimidos según el inventario de Depresión de Beck, es importante reflejar que el 60% de estos pacientes poseen estrategias de afrontamientos negativas como la huida, lo que destaca la gran relevancia de factores psicológicos en pacientes con EII (Díaz-Sibaja, Comeche Moreno, Mashesse, Díaz-García, & Vallejo Pareja, 2008).

Calidad de Vida y Sexualidad de los Pacientes con EII.

La calidad de vida relacionada con la salud, es un concepto amplio que agrupa gran cantidad de factores además del estado de salud, considera por ejemplo aspectos como la economía, la educación, la legislación, relación de parejas etc. Es relevante para la presente investigación ya que el elemento de cronicidad de las EII hace que el ajuste de los pacientes produzca cambios dramáticos, trayendo como consecuencia una posible disminución de la satisfacción de diferentes aspectos de la calidad de vida, los cambios en la salud implican una pérdida del bienestar, tanto a nivel físicos, como psicológico y social, modificando la calidad de vida relacionada con la salud (Casellas & López, 2007)

Además de las manifestaciones fisiológicas características de la enfermedad y la comorbilidad con alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión, las EII alteran la valoración que hacen las personas acerca de su estado físico, emocional y social, de tal manera que se han realizados estudios para describir la calidad de vida relacionada con la salud de estos

pacientes. Es relevante este constructo para este planteamiento ya que se relaciona directamente con enfermedades crónicas (como la EII), sugiriendo que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas se ve deteriorada, ya que esta clase de patologías afecta diversos aspectos vitales de los pacientes, en la mayoría de sus interacciones, implica además un aumento de la frecuencia y dependencia a ambientes hospitalarios (Aguilar Pita, 2016)

Se ha podido encontrar a través de cuestionarios generales y específicos que la calidad de vida se encuentra disminuida en pacientes que padecen EII especialmente en aquellos con EC en comparación con CU, esto varía en función de la activación de la enfermedad y el sexo de los pacientes, así mismo se ha encontrado que cuando la enfermedad está activa existe una mayor alteración de la calidad de vida, además las personas de sexo femenino son más vulnerable a una percepción de calidad de vida más alterada. A pesar de estas variaciones se encuentra que los pacientes EII padecen de una calidad de vida menor si son comparados con la población general, lo cual se relaciona con malestares psicológicos como la ansiedad y la depresión (Peña Sánchez, 2006).

Hallazgos similares se encontraron en investigaciones realizadas en la población Venezolana de pacientes con EII del Hospital Vargas de Caracas y el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, encontrando en un grupo de 31 pacientes de entre 16 a 72 años que 19 pacientes (61.3%) tuvieron una percepción de calidad de vida alta, 57.89% (11) con colitis ulcerosa y 42.11% (8) enfermedad de Crohn. 32.3% (10) con calidad de vida moderada y de ellos 80% (8) con colitis ulcerosa y 20% (2) con enfermedad de Crohn. Sólo 2 pacientes (6.44%) presentaron baja calidad de vida, ambos con colitis ulcerosa. Concluyendo que cerca de la mitad de la población muestreada presenta una calidad de vida alterada, dando indicio además de requerir atención psicológica por rasgos de ansiedad y/o depresión (Veitia, y otros, 2012)

Es importante considera el constructo Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los pacientes con EII ya que una de sus dimensiones destaca la actividad sexual, específicamente en la función social del paciente. La vida sexual del paciente se ve afectada por causa de la percepción sobre la salud (Casellas & López, 2007).

La alteración en la sexualidad de los pacientes con EII, no debe ser analizada únicamente como parte de las dimensiones que conforman la calidad de vida relacionada con la salud, La

sexualidad es un fenómeno complejo que incluye variables biológicas, psicológicas y sociales. De acuerdo con esto se han encontrado hallazgos que relacionan disfunciones sexuales con enfermedades crónicas; es decir que los pacientes con patologías crónicas en general presentan alteraciones en la sexualidad sobretodo en la fase del interés, deseo y excitación sexual; estas alteraciones varía en función de la enfermedad y del sexo del paciente, además es un tema que normalmente no es considerado dentro de las entrevistas clínicas y por lo tanto pasa desapercibido contribuyendo a disminuir la calidad de vida de los pacientes (Álvaro, 2007)

La sexualidad es una de las funciones básicas del ser humano, está relacionada con factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, además se relaciona con la calidad de vida y la salud en general de los individuos. La satisfacción sexual es un componente subjetivo y psicológico de principal atención en la experiencia sexual. Se ha podido definir en términos del bienestar y plenitud, o ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual (Ahumada, Luttges, Molina, & Torres, 2014).

Estudios de satisfacción sexual encuentran, que esta percepción varía en función de aspectos interpersonales e intrapersonales, como las sensaciones y sentimientos posteriores al encuentro sexual especialmente la alegría y el placer son centrales en la satisfacción sexual (Ahumada, Luttges, Molina, & Torres, 2014).

Por otro lado existe relación entre satisfacción sexual y algunas variables sociodemográficas, como la edad y el sexo. Otros de los elementos asociados positivamente, a la percepción de satisfacción sexual, es la frecuencia de la actividad sexual, la frecuencia y constancia del orgasmo, el nivel de intimidad, la comunicación con la pareja y factores psicológicos como la ansiedad y la evitación (Pérez Triviño, 2013).

Estas alteraciones en la sexualidad se registran directamente en los pacientes con EII desde los años 70 en donde se evidencia que el 77% de los pacientes con EII consideraban que sus relaciones sexuales eran menos frecuentes o se habían anulado desde el diagnóstico. En aproximaciones más recientes del fenómeno, se ha encontrado que 66% de las mujeres y el 40% de los hombres relacionaban la disminución en la frecuencia sexual con la enfermedad. En el 2015 en una muestra representativa de población de EII de Madrid, España, se encontró que el 31,6% de los hombres y el 44,1% de las mujeres consideran que la enfermedad afecta su sexualidad, de

esta población que considera que la enfermedad afecta su sexualidad el 27,8% apunta que la activación (brote o remisión) de la enfermedad es el causante de la alteración y el 7,2% señala que los cambios en la sexualidad es por la medicación (Carrera Alonso, 2015).

Hallazgos similares son referidos en revisiones de la literatura especializada, encontrando que aproximadamente entre el 35-57% de los pacientes refieren un deterioro importante de la actividad sexual posterior a su diagnóstico, igualmente se reporta que dos tercios de los paciente presenta deficiencias en la imagen corporal, cifras más o menos estable para las entidades de la enfermedad (CU y EC), sin embargo existen diferencias entre sexo con respecto al tema, ya que las mujeres manifiestan mayores problemas con el deseo, la satisfacción sexual, disminución de la frecuencia, falta de interés en la actividad, falta de lubricación y/o dolor, con presencia y ausencia de cirugías. En cambio en los hombres se manifiestan alteraciones como impotencia, disfunción eréctil, eyaculación precoz y reducción en el interés sexual. Se muestran investigaciones iniciales que indican que estas alteraciones en lo hombres pueden estar relacionadas también con la presencia de factores psicológicos como la ansiedad y la depresión, en cambio las mujeres apuntan que la reducción en la actividad sexual es por causa del dolor abdominal, diarrea e incontinencia (Jedel, Hood, & Keshavarzian, 2015).

A pesar de las investigaciones anteriormente citadas, no se encuentran datos concluyentes acerca de las alteraciones en la función sexual en general en pacientes con EII cuando sus puntajes son comparados con un grupo control. Se ha llegado a concluir que es mayor la percepción que tienen los pacientes acerca de la forma en que la EII ha afectado su sexualidad, que el impacto que realmente tiene sobre la función sexual; inclusive no se encuentra diferencias de fertilidad entre los pacientes con EII y el público general. Por lo tanto se han buscado diferentes factores implicados en la alteración sexual, señalando a los trastornos del ánimo como variable interviniente en la alteración de la sexualidad de los pacientes con EII (Carrera Alonso, 2015).

Hallazgos en un grupo de pacientes con EII en Venezuela concuerdan con la literatura explorada encontrando que 83,33% de los pacientes presenta el área sexual afectada, especialmente vulnerable los pacientes con CU. Las razones indicadas por los pacientes con EII fueron en general molestias o dolores físicos en zonas perianal, genital y/o abdominal, dificultad en alcanzar orgasmos, disminución del libido sexual, características que altera la frecuencia sexual,

además se evidenciaron pensamientos de temor a defecación durante el acto sexual, temor de ruptura o daño de órganos que habían sido intervenidos quirúrgicamente, pensamientos aversivos con respecto a lo sexual, complicaciones producto del padecimiento de otras enfermedades, y tendencia a desvincularse de las interacciones sexuales. Características que concuerdan con la literatura al igual que la disminución de la actividad sexual ante un brote o crisis de la enfermedad y afectación en el área (Altuve & Matos, 2017).

Es importante incluir en el análisis anterior que la sexualidad como variable no solo se ve afectada por las enfermedades crónicas, como se mencionó anteriormente, también se encuentra alterada por manifestaciones psicológicas como la ansiedad. Se ha encontrado que puntuaciones altas en ansiedad se relacionan con un menor grado de satisfacción sexual sobre todo por la presencia de pensamientos centrados en el acto, su ejecución y el desarrollo del mismo (Carrobles, Gámez-Guadix, & Almendros, 2011).

Los pacientes con EII manifiestan miedos con relación a la ejecución, como por ejemplo pensamientos acerca de incontinencia a la hora de mantener relaciones sexuales, también altos niveles de ansiedad y bajas estrategias de afrontamiento. Además se ha evidenciado que la las funciones sociales de la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes, se ven afectada en áreas específicas como la sexualidad, dando luces acerca de un problema multifactorial (Altuve & Matos, 2017). Por lo tanto todos estos hallazgos relevantes para la investigación hacen evidente la presencia de elementos susceptibles a ser analizados desde una perspectiva psicológica, para abordar de manera multidisciplinaria mente el fenómeno.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Enfermedades Inflammatorias Intestinales, son patologías crónicas con una amplia variedad de presentaciones y manifestaciones clínicas, siendo su característica principal la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones; agrupándose en tres grandes entidades dentro de esta patología, las cuales son la Enfermedad de Crohn (EC), Colitis Ulcerosa (CU) y Colitis Indeterminada (CI). Es adecuado recordar que este tipo de enfermedades se caracteriza por tener un curso clínico crónico, con ciclos de inactividad o remisión alternados con periodos de actividad clínica de diferente intensidad, conocidos como brotes (Mendoza, Lana, & Díaz-Rubio, 2007).

Las enfermedades crónicas requieren un nivel de ajuste elevado para los pacientes, las EII afectan de diferente manera dependiendo de la entidad que los afecte, ya sea EC o CU, cada patología tiene indicadores característicos, explorados por exámenes médicos especializados para determinar la zona del tubo digestivo afectada, no obstante las manifestaciones extra intestinales son muy similares, lo que discrimina el paciente son la síntomas característicos de las EII sangre en las heces, diarrea, urgencia producto de incontinencia, sensación de obstrucción, dolor abdominal, fiebre, malestar general, cansancio, pérdida de apetito, debilidad, anemia y pérdida de peso (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007).

Además las EII crean lesiones internas caracterizadas por inflamaciones de la piel que recubre la pared del tracto alimentario, la cual se torna de color rojo produciéndose edemas (acumulación de líquido en los tejidos), se forman ampollas que terminan rompiéndose, haciendo que se desprenda la piel convirtiéndose en úlceras (Díaz-Sibaja, Comeche Moreno, Mashesse, Díaz-García, & Vallejo Pareja, 2008). Esto acompañado de manifestaciones extra-intestinales como por ejemplo manifestarse síntomas extra-intestinales como artritis, enrojecimiento dolor o comezón de los ojos, erupciones o ulceraciones en la piel, llagas en la boca, etc (Mendoza, Lana, & Díaz-Rubio, 2007)

Sin embargo quedarnos con una caracterización de la patología no ilustra adecuadamente la problemática, sirve tan solo para contextualizar los síntomas que frecuentemente padecen los pacientes con EII durante toda su vida, es valioso para el análisis recordar que según el modelo psicológico de la salud biológica el comportamiento es un elemento modulador de los estados

biológicos, ya que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio con el que interactúan (Ribes, 2011). Lo que indica que para abordar adecuadamente la problemática, debemos tomar en consideración el comportamiento del paciente con EII y como el mismo ha estado regulando las manifestaciones biológicas.

Los síntomas de las EII, hacen que los pacientes tengan que emitir comportamientos para poder ajustarse a el medio que los rodea, ya sea en fase de remisión o con la enfermedad activa, los pacientes que padecen esta enfermedad deben aprender patrones de comportamientos nuevos para lidiar con las EII. El nivel de ajuste va a depender de las competencias del paciente, lo cual se relaciona con su historia de interacción y con los patrones instrumentales que refuerzan comportamiento o por el contrario, extinguen algunas prácticas. Sin embargo este ajuste está acompañado de reacciones afectiva que hemos descritos anteriormente como factores psicológicos los cuales se relacionan con las manifestaciones de las EII.

Esto hace que la etiología de esta patología sea objeto de discusión, porque desde una perspectiva biológica se apunta a una desregulación de la respuesta inmune del huésped ante la flora bacteriana, junto con una susceptibilidad biológica producto de la genética (Mendoza, Lana, & Diaz-Rubio, 2007) y desde una perspectiva psicosocial se destacan los factores ambientales como manifestaciones psicológicas que pueden considerarse factores de riesgo para la enfermedad desencadenando o exacerbando las crisis o brotes (Del Amo Mateos, 2015)

Dado que esta investigación parte desde la Psicología de la Salud, es interesante analizar con minuciosidad la comorbilidad de las EII con manifestaciones psicológicas como la ansiedad y la depresión. De acuerdo con esto Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz (2007) descubrieron que las manifestaciones fisiológicas sin explicación médica, el aumento en las interacción con personas de salud y la baja adherencia a los medicamentos se relacionan con factores psicológicos como la ansiedad o la depresión. Según estos autores podemos encontrar como los pacientes que cursan ansiedad o depresión tardan más en entrar una etapa de remisión, por lo cual se infiere que estas patologías (ansiedad y depresión) influyen en la recuperación de los pacientes.

Podemos observar entonces como factores afectivos y/o la activación fisiológica son elementos reguladores de estados biológico; incluso se ha podido comprobar que posterior al

apoyo psicológico se puede encontrar una mejoría significativa de los trastornos de ansiedad o de depresión en independencia del grado de activación de la enfermedad (Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz, 2007).

Es adecuado preguntarnos cuan frecuente es la comorbilidad de las manifestaciones psicológicas y las EII, según (Díaz-Sibaja, Comeche, & Mas Hesse, 2006), encontraron que un poco más de la mitad de los pacientes con EII, tienen alteraciones efectivas como ansiedad o depresión, específicamente el 50% puntuaban por encima de la normal en cuanto a la depresión.

Por otro lado entre el 17,6 y un 58,8% indicaba niveles altos de ansiedad. Esto nos indica que las hay una relación positiva entre las EII y estas manifestaciones psicológicas convirtiéndolo en una situación sensible a ser observada. Junto con esto Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz (2007) encontraron que la manifestación psicológica viene acompañada de creencias o pensamientos como por ejemplo falta de energía, la sensación de pérdida de control con respecto a la enfermedad, los cambios en la imagen personal, sensación de soledad, miedo a padecer una enfermedad más grave como el cáncer, percibirse como una carga ante sus cuidadores o familiares y temor general a no ser aceptado por la pérdida de control de las defecaciones, lo que indica que los pacientes con EII estén más propensos a padecer psicopatologías como trastornos afectivos o de ansiedad.

Las evidencias antes mencionada son frecuente en los pacientes con EII en Venezuela de esta manera se ha encontrado que cerca de la mitad de los pacientes con EII estudiados por esta investigación, presenta problemas emocionales como ansiedad, junto con bajas competencias para el manejo de la misma, además cerca de la mitad se percibe amenazado por el ambientes y con bajas estrategias para ajustarse al medio, esto pudiese significar que cerca de la mitad de los pacientes venezolanos estudiados que padecen EII (Altuve & Matos, 2017); pudiesen tener una percepción de minusvalía ante las manifestaciones de la enfermedad, lo que demuestra competencias limitadas para ajustar adecuadamente los comportamientos necesario para mantenerse en un fase de remisión, lo cual produce reacciones afectivas que afectan la evolución de la enfermedad.

Parte del análisis necesario para abordar exhaustivamente la problemática, requiere que mencionemos que además de las manifestaciones biológicas y afectivas antes mencionadas, los

pacientes con EII presentan desgaste en sus relaciones interpersonales, observándose como las interacciones sociales se van disminuyendo, incrementando el impacto de esta patología sobre la vida de los pacientes; De acuerdo con lo anterior se ha encontrado que cerca de la mitad de los paciente estudiando, consideran que su calidad de vida luego del diagnóstico, disminuyo calificándola de media o baja tan solo en los pacientes venezolanos, esto coincide con la población general que muestra alteraciones significativas de la calidad de vida, sobre todo aquellos pacientes que padecen de EC, quienes a mayor extensión de la enfermedad muestran una disminución de las interacciones sociales, medidos en términos de la calidad de vida de los pacientes (Peña Sánchez, 2006; Veitia, y otros, 2012; Aguilar Pita, 2016)

De acuerdo con lo anterior, hallazgos demuestran como reforzadores sociales importantes se van alterando tras la aparición de la enfermedad, tal es el caso de las relaciones de pareja y la sexualidad. De las características más resaltantes con respecto al tema, se puede destacar que durante los brotes (fase activa de EII) los pacientes experimentan fatiga, impotencia, disminución del deseo sexual; además pueden experimentar miedo para conversar sobre el problema, generando desesperación ante la situación; Desde la calidad de vida relacionada con la salud también se encontraron indicadores similares, en donde la función social de los pacientes con EII se ve alterada disminuyendo la actividad sexual, sobre todo por la percepción del estado de salud. Es valiosos indicar que por la característica crónica de la enfermedad, hay mayor probabilidad a padecer una disfunción sexual, específicamente alteraciones en la fase del deseo y la excitación sexual, con una tendencia mayo en las mujeres que en los hombres (Peña Sánchez, 2006; Casellas & López, 2007)

Esto implica que el impacto de la EII, sobre la vida de los pacientes es complejo, se extiende más allá de las manifestaciones biológicas, tradicionalmente descritas por la Medicina como disciplina, abarca además manifestaciones afectivas que modula el curso de la enfermedad, acompañado de competencias inadecuada para enfrentar la situación y percepciones aversivas acerca del estado de salud, esto junto con una interacción social inadecuadas que conlleva a disminuir la calidad de vida. Carrera Alonso (2015), refiere que cerca de la mitad de los pacientes tienen alterado una función básica del ser humano, como lo es la sexualidad posterior al diagnóstico, debido a cansancio, anticipación de dolor y preocupaciones por la enfermedad, variables relacionadas con aspectos cognitivos.

De acuerdo con lo anterior, es adecuado mencionar que las disfunciones sexuales en individuos con EII se manifiestan por causas multifactoriales, en donde se destacan el impacto psicosocial, los grados de activación de la enfermedad, las terapias médicas recibidas, las intervenciones quirúrgicas, la percepción de imagen corporal y los cambios biológicos (Ghazi, Patil, & Cross, 2015). Por lo tanto se debe poner especial atención a la relación entre los factores psicológicos, biológicos y sociales, para realizar un abordaje adecuado del fenómeno, principalmente cuando se parte desde la psicología de la salud.

Un punto importante para incluir el análisis del problema, es que la sexualidad como constructo, se ve alterada por manifestaciones psicológicas como la ansiedad, de esta forma las personas con indicadores de trastornos de ansiedad tiene menor índice de satisfacción sexual.

En el caso de los pacientes con EII, que como se ha mencionado anteriormente, además de padecer las manifestaciones fisiológicas, disminución en la actividad sexual y alteraciones afectiva, también presentan variables cognitivas aversivas, relacionada con el estado de salud; Esto indica que las variables funcionales del medio en el que se encuentran dichos pacientes, están siendo mediadas por comportamientos que no se ajustan adecuadamente las necesidades, aproximadamente en cerca de la mitad de los pacientes con EII estudiados; Además las competencias exploradas en estos pacientes, nos permite observar las dificultades para el ajuste en el medio que tienen, haciendo que los mismos interactúen inadecuadamente aumentando la probabilidad de alterar el curso de la enfermedad; por lo que nos preguntarnos

¿Cómo se relaciona los niveles de ansiedad por la enfermedad y los niveles de satisfacción sexual percibido en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Vargas de Caracas?

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la relación entre los niveles de ansiedad por la enfermedad y los niveles de satisfacción sexual percibida en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Vargas de Caracas.

Objetivo Específico

- Conocer los niveles de ansiedad por la enfermedad de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Vargas de Caracas.
- Identificar la satisfacción sexual percibida por los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Vargas de Caracas.
- Relacionar los niveles de ansiedad por la enfermedad con niveles de satisfacción sexual percibida en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Vargas de Caracas.

V. MÉTODO

En la siguiente sección se desarrollara la manera en que se responderá a la pregunta de investigación, se describirá el tipo y el diseño de investigación, así como las dimensiones de los elementos a observar en la investigación. Además se indicará el grupo de pacientes y los criterios de inclusión/exclusión, al igual que los procedimientos preparatorios a ser utilizados junto con la fase de análisis de los datos. Por último se presentará un resumen de las etapas que conforman el estudio de esta investigación en cuanto a los recursos que se requieren.

Tipo de Investigación

El criterio para determinar el alcance de la investigación es la cantidad de información desarrollada dentro del proceso de evolución de un área en específico, antes de tomar decisiones acerca del alcance del aporte dentro del área se debe tener en cuenta, en que parte del continuo de causalidad se encuentra las investigaciones realizadas sobre el tema que nos ocupa en cuestión, es decir cuanta información realmente se ha indagado sobre el tema planteado. De esta forma el proceso inicia con investigaciones exploratorias cuando se tiene escasa información acerca de un fenómeno y se desea abrir un campo de investigación. En el caso los aspectos psicosociales en pacientes con EII desde la medicina se ha abordado esta etapa, al igual que se han presentado investigaciones descriptivas acerca de factores psicológicos, como ansiedad y depresión; alteraciones en la calidad de vida relacionado con la salud y por consecuencia en la sexualidad (Casellas & López, 2007; Carrera Alonso, 2015; Del Amo Mateos, 2015; Aguilar Pita, 2016; Altuve & Matos, 2017).

Lo anterior evidencia que las investigaciones realizadas a pacientes con EII, que incluyen factores psicosociales, han aportado descripciones de fenómenos (Casellas & López, 2007; Carrera Alonso, 2015; Del Amo Mateos, 2015; Aguilar Pita, 2016; Altuve & Matos, 2017). Lo que evidencia la necesidad de estudios que avancen en el proceso de evolución en investigaciones dentro de esta área.

Dado a la existencia de investigaciones que describen las EII y constructos como los factores psicológicos, la sexualidad, pero que no se han desarrollados la interacción de los mismo, es necesario la elaboración de investigaciones que busquen especificar las características de relación, entre las variables discutidas anteriormente, con la intención de describir una tendencia,

si es que existe dentro de estos participantes. Por lo tanto la intención de esta investigación es buscar estas características para indicar el comportamiento de un grupo, en este caso pacientes con EII, con una *investigación descriptiva* (Hernández, Frenández, & Baptista, 2006). La intención de este tipo de investigación es mostrar la relación de los constructos, con cierto grado de presión para establecer precedentes.

Diseño de investigación

En las investigaciones cuantitativas existen diferentes planificaciones para recolectar la información necesaria y responder el planteamiento del problema, estas estrategias se puede agrupar en dos grandes clasificaciones, la primera de ella son las investigaciones experimentales caracterizadas por el control deliberado de una situación en donde se manipulan las condiciones para determinar los efecto de una variable independiente sobre una dependiente; El otro conjunto de diseños de investigación, son los no experimentales, estas últimas estudian las variables sin manipularlas deliberadamente, en este tipo de diseños no pueden asignarse aleatoriamente participantes a grupos estudiados, ya que naturalmente se encuentran agrupados, además no hay condiciones o estímulos planificados para administrar a los participantes del estudio, la intención es observar la relación de fenómenos ya existentes, ya que la variables independientes ocurre sin control premeditado de los investigadores y no es posible la manipulación (Hernández, Frenández, & Baptista, 2006).

Considerando que el objetivo de la investigación es analizar la relación entre la ansiedad por la enfermedad y los niveles de satisfacción sexual percibida en pacientes con EII, es adecuado aclarar que no se busca manipular ninguna de las variables, más bien se busca observar la relación de las variables mencionadas, las cuales son frecuentes en los pacientes con EII. Por lo tanto el tipo de investigación es *No Experimental*.

Dentro de las investigaciones no experimentales encontramos dos clasificaciones, la trasversal y la longitudinal, esta última recolecta información en diferentes puntos del tiempo para obtener conclusiones acerca de un campo en particular (Hernández, Frenández, & Baptista, 2006). Considerando la administración de los recursos y la extensión del estudio, este tipo de investigaciones no es la más adecuada para realizar la investigación. La segunda clasificación agrupa las investigaciones de *Tipo Trasversal*, caracterizadas por la recopilación de información

en un momento único. Dada la disposición de recursos y la extensión de la investigación este tipo de investigación es la más pertinente para estudiar las variables de forma eficaz y eficiente.

Considerando el objetivo y el tipo de investigación, lo más adecuado es utilizar un diseño que nos permita conocer la incidencia de las modalidad o nivel de la población que deseamos estudiar (Hernández, Frenández, & Baptista, 2006). Es decir que para conocer adecuadamente la relación entre los constructos antes expuestos debemos, considerar un diseño no experimental trasversal o transaccional de corte *Descriptivo* que nos permita indicar los diferentes niveles de incidencia de los constructos en los pacientes con EII, para poder describir posteriormente una posible interacción de los mismo

Constructos de Investigación

Actividad de la Enfermedad.

Las manifestaciones clínicas tanto de la EC como la CU anteriormente precisadas, no están activas durante todo el curso de la enfermedad, como se ha mencionado antes las EII se caracterizan por que sus síntomas tienden a reaparecer después de un período de remisión, por lo tanto el curso crónico alterna periodos de exacerbación o reactivación con periodos de quiescencia, esta actividad de la enfermedad está relacionada con el proceso inflamatorio. La gravedad de la enfermedad la define el estado de los síntomas del paciente y por lo tanto, viene expresado por los datos clínicos (Nos Mateu, 2007)

Estas manifestaciones clínicas ya que son observables, cuantificables y medibles han sido objetivo de estudio para la elaboración de índices que midan precisamente la actividad de la enfermedad; para esto se han considerado en primer lugar, características cualitativas de los diferentes estados de la patología y se eligieron parámetros clínicos, con la finalidad de elaborar categorías desde la inactividad a los brotes más graves (Nos Mateu, 2007).

Producto de los estudios de la actividad inflamatoria, se han obteniendo como resultados herramientas diagnósticas de actividad inflamatoria en EC como el Índice de Actividad Inflamatoria de Harvey-Bradshaw para pacientes con Enfermedad de Crohn (anexo 5), la cual considera 5 variables clínicas (estado general, dolor abdominal, número de heces líquidas diarias,

presencia de nada abdominal y numero de complicaciones) para indicar un índice de activación; Este instrumento de exploración diagnostica posee un índice de correlación positiva con otras pruebas como la CDAI (Nos Mateu, 2007)

En cuanto a la CU podemos destacar el Índice de Actividad Inflamatoria de Litchiger para los pacientes con Colitis Ulceroa (anexo 4), el cual considera datos objetivos como el número de deposiciones, presencia de deposiciones nocturnas, rectorragia, incontinencia y necesidad de antidiarreico, además de aspectos subjetivos como dolor abdominal, estado general, sensibilidad abdominal a la palpación; considerándolo suficientemente valido tras su utilización adecuada en ensayos clínicos (Nos Mateu, 2007).

Para la selección de participantes se definió la actividad inflamatoria en función a las puntuaciones obtenidas a través de los índices de Harvey-Bradshaw (anexo 5) y de Litchiger (anexo 6) de la siguiente forma:

Tabla 1:

Tabla de actividad inflamatoria por entidad de las EII

	Índice de Actividad Inflamatoria de Harvey- Bradshaw (EC)	Índice de Actividad Inflamatoria de Litchiger (CU)
Actividad Leve	≤ 4	≤ 6
Actividad Moderada	5-8	6-9
Actividad Grave	≥ 9	≥ 10

Puntajes de EC son extraidos de Bernstin, y otros (2009) y para la CU de Carrera Alonso, (2015)

Nivel de Satisfacción Sexual Percibido.

La satisfacción sexual es considera como una evaluación subjetiva, de agrado o desagrado, que percibe una personas con respecto a su vida sexual, también se ha definió como, una respuesta afectiva, producto de la evaluación positiva o negativa, de las propias relaciones sexuales. Esta es una variable relacionada con elementos afectivos en contraste con otros aspectos de la sexualidad que pueden asociarse con elementos fisiológicos del individuo (Pérez Triviño, 2013).

Ya que este elemento es incluido en la evaluación de trastornos sexuales, como indicador de alguna disfunción sexual, se ha creado la necesidad de elaborar instrumentos de medición, para estudiar la percepción de satisfacción sexual en individuos. Por lo tanto se ha realizado adaptaciones para la lengua castellana de instrumentos para esta área en particular. Uno de los más utilizados es el Index of Sexual Satisfaction o Índice de Satisfacción Sexual de Hudson, el cual para la población Española tiene una consistencia interna de 0.89, lo cual lo califica como un instrumento de evaluación breve, fiable y valido (Santos Iglesias, y otros, 2009; Pérez Triviño, 2013)

Otros de los instrumentos diseñados para medir la satisfacción sexual es la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) (Anexo 4), la cual considera tres aspectos; *El enfoque personal*, que se refiere a la características y hábitos personales dentro de los cuales se considera los estímulos sexuales, la capacidad de concentrarse en el estímulo sexual y sentimientos, y otras reacciones sociológicas y psicológicas; *Enfoque interpersonal*, basado en el intercambio emocional entre las parejas sexuales y por último *El Enfoque Hacia La Actividades Sexuales*, el cual categoriza las experiencia sexuales de una personas tomando en cuenta las actividades sexuales, su frecuencia y variedad e intensidad (Pérez Triviño, 2013).

A partir de los enfoques antes mencionados los autores construyen las diferentes dimensiones de la satisfacción sexual, las cuales son exploradas por el instrumento; La primera de ella son las sensaciones sexuales y presencia / conocimiento sexual, correspondientes al primer enfoque, el intercambio sexual y relación /cercanía emocional al segundo enfoque, y por último la actividad sexual en el tercer enfoque (Pérez Triviño, 2013).

Es de interés para esta investigación explorar con minuciosidad estas dimensiones, ya que describen la definición de percepción de satisfacción sexual utilizada en esta investigación; de esta forma la primera dimensión, indica las sensaciones sexuales, que son el consecuente placentero, o no, de la actividad sexual, que aumenta o disminuye la probabilidad del contacto sexual futuro. Otra de las dimensiones exploradas, es la importancia de la Conciencia / Conocimiento Sexual, que es la capacidad para concentrarse en la sensaciones sexuales y eróticas, esenciales para la percepción de las sensaciones sexuales (Pérez Triviño, 2013).

La tercera dimensión explorada es la de Intercambio Sexual, la cual considera la reciprocidad en los contactos sexuales. Se centra en la discriminación del intercambio sexual, producto de la vigilancia durante las relaciones sexuales o la alta distracción. Trata las diferencias entre dar y recibir atención sexual y placer lo cual puede afectar la satisfacción (Pérez Triviño, 2013).

La cuarta dimensión incluida en el instrumento, considera el apego emocional o el vínculo afectivo, esta dimensión explorar la relación entre la intensidad o de afecto, considerando que en la medida que sea fuerte e íntimo, puede generar el interés sexual a largo plazo, lo cual se relaciona con la satisfacción sexual. En la última dimensión se exploran aspectos topográficos como la frecuencia, la duración, la variedad y la intensidad de las actividades sexuales entre hombre y mujer; que como mencionamos anteriormente tiene relación con la satisfacción sexual percibida (Pérez Triviño, 2013).

Este instrumentos de evaluación, ha mostrado tener buena consistencia interna en sus diferentes ítem ($\alpha=0,93$), lo cual indica que la validez del constructo en su versión en español, coincidiendo con la versión inglesa y croata que obtuvo un $\alpha=0.90-0.93$ respectivamente, lo que describe a este instrumentos como una herramienta a tener en cuenta en evaluaciones clínicas (Pérez Triviño, 2013)

Para esta investigación en específico, se consideraron los siguientes baremos, como puntos de cortes en la definición del nivel de satisfacción sexual, justificado en la revisión bibliográfica y en base de los puntajes obtenidos por los participantes en Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) (Anexo 4).

Tabla 2

Baremos para el Nivel de Satisfacción Sexual Percibido

Investigación actual Nivel de Satisfacción Sexual	Nivel de Satisfacción Sexual Según (Pérez Triviño, 2013)	Rango de puntos
Bajo	Bajo.	29-59
	Medio.	60-69

Alto	Alto.	70-79
	Muy alto	80-98

Adaptado de los niveles de satisfacción sexual asignados a cada rango de puntuación según Pérez Triviño (2013).

Ansiedad por la Enfermedad.

La ansiedad puede definirse como la anticipación que realiza un individuo a una situación aversiva, daño, o desagrado futuro, siempre acompañado de un sentimiento desagradable o disforia y/o síntomas somáticos de tensión. Esta puede considerarse como una señal, que advierte acerca de un peligro inminente, y que prepara a las personas para que tome las medidas necesarias para enfrentarse a la una situación amenazante (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad, 2008).

Este fenómeno es descrito como una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones, es un estado de activación que corresponde a una respuesta natural en situaciones amenazantes; por lo tanto es adecuado observar cierto grado de ansiedad, cuando se interpreta elementos hostiles, sin embargo cuando sobrepasa cierto grado de intensidad o supera la capacidad de adaptarse de las personas, se puede considerar que esta activación es inadecuada; ya que provoca malestar significativo a nivel fisiológico, psicológico y conductual (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad, 2008).

Dentro de los síntomas frecuentemente relacionados con la ansiedad, podemos encontrar indicadores físicos, psicológicos y conductuales que caracterizan la variable. De los cuales podemos mencionar:

Tabla 3

Síntomas de ansiedad: físico y psicológicos

Síntomas Físico	Síntomas Psicológicos y Conductuales
-----------------	--------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Vegetativos: Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación, aprensión
<ul style="list-style-type: none"> • Neuromusculares: temblores, tensión muscular, cefalea, parestesia (cosquilleo, calor o frío que experimentan en la piel). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de agobio
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
<ul style="list-style-type: none"> • Respiratorios: disnea (Ahogo o dificultad en la respiración) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
<ul style="list-style-type: none"> • Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, inquietud, desasosiego
<ul style="list-style-type: none"> • Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de evitación de determinadas situaciones • Inhibición o bloqueo psicomotor • Obsesiones o compulsiones

Fuente: (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad, 2008)

Los trastornos de ansiedad son un conjunto de enfermedades cuya característica principal es la presencia de preocupaciones, miedos, excesivos, tensión o activación que provoca un malestar notable o experiencia aversiva clínicamente significativa en la actividad del individuo. Las causas de estos trastornos son notablemente conocidas, en donde están indicados factores biopsicosociales; la interacción de diferentes elementos aumenta la probabilidad de que estos trastornos se presenten, con comorbilidad de otros trastornos como los afectivos o del estado del ánimo.

Podemos destacar dos grandes grupos de clasificaciones que consideran esta variable como uno trastorno mental, de esta forma tanto el DSM-IV como el CIE-10, agrupan las diferentes manifestaciones de la ansiedad, en un conjunto de enfermedades mentales, para categorizar los diferentes trastornos de ansiedad, de esta forma tenemos:

Tabla 4*Trastornos de Ansiedad del DSM-IV-TR y el CIE-10*

DSM-IV-TR	CIE-10
Fobia social	Trastorno de ansiedad fóbica Fobia social
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
Trastorno de angustia con agorafobia	Otros trastornos de ansiedad Trastorno de angustia
Trastorno de angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
<i>Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica</i>	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

Extraído de: (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad, 2008)

Es de interés para esta investigación, ampliar un trastorno particular que se pudiese presentar en los pacientes que padecen enfermedades crónicas; *El trastornos de ansiedad debido a otra afectación médica*, tiene como criterios que los ataques de pánico o ansiedad, sean predominantes durante el cuadro clínico; además se requiere que existan pruebas considerando, la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de una afectación media; otros de los criterios es que las alteraciones no pueden ser explicadas mejor por otro trastorno mental, que no haya en curso un síndrome confesional; y que la alteración cause malestar clínico significativo o deterioro laboral, social, y/u otras áreas de funcionamiento (American Psychiatric Association, 2014)

Además de los manuales estadísticos de trastornos psicológicos, y los métodos de exploración como las entrevistas, tenemos las escalas que ayudan a reconocer indicadores de ansiedad en la población en general; Estas escalas no proporcionan un diagnóstico, sin embargo son sensibles de captar indicadores de un trastorno, en este caso de ansiedad.

Se han señalado diferentes escalas, que facilitan la identificación de características de ansiedad, sobre todo, para cubrir la necesidad de atender gran cantidad de pacientes en atención primaria. Una de las más frecuentes son HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión, que puede ser auto-administradas y la EADG- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, cuyo formato de administración hetero-administrada. Estas son herramientas de gran utilizada para proporcionar indicios acerca de un posible trastorno de ansiedad o depresión.

La Escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión, están conformada por 14 ítems, y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátrico. Es una medida del estado actual de un paciente, que consta de dos escalas, una para ansiedad y la otra para la depresión. Dentro de sus principales atributos, se puede destacar, que esta escala está diseñada para evitar incluir en la evaluación, los síntomas somáticos de la enfermedad de base del paciente. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad, 2008).

A pesar de que la Escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión cuenta con múltiples adaptaciones, para diferentes poblaciones y se muestra como un instrumento, bidimensional, confiable, valido y fácil de aplicar, que puede utilizarse como elementos de tamizaje, para diferentes poblaciones como la oncología en países latinoamericanos (Rico, Restrepo, & Molina, 2005). Para esta investigación el control de manifestaciones somáticas de la enfermedad, características ante mencionada, limitaría los resultados encontrados, ya que la intención de la investigación es buscar la relación entre las variables EII, nivel de satisfacción sexual percibida y ansiedad por la enfermedad; por lo tanto se requiere un instrumento que incluya en su evaluación, la percepción que tiene el pacientes acerca de su estado de salud, para tener una medida adecuada de la ansiedad por la enfermedad.

Por otro lado La EADG- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, fue concebida para detectar dos de los trastornos más frecuentes en atención primaria, pueden indicar la prevalencia, gravedad y evolución de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria. Esta escala tiene una fiabilidad y validez para la atención primaria, consta de una sensibilidad del 83,1%, una especificidad de 81,8% y un valor predictivo del 95,3%. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad, 2008).

Además incluye ítem, en la sub escala de ansiedad, que explora la percepción del paciente acerca de su estado de salud y como la misma influye en su ansiedad, por lo tanto puede servir como instrumento válido de exploración para esta investigación.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, está dirigida hacia un público general, sin embargo, es frecuentemente utilizada en la atención primaria en salud, es una excelente herramienta de despistaje, que consta de dos escalas, una de ansiedad y la otra de depresión, cada una tiene 9 preguntas; Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. Aumenta la probabilidad de que las personas puedan padecer algún trastorno, en la medida que los evaluados tengas mayor cantidad de respuestas afirmativas. Todos los ítems tienen las mismas puntuaciones, y siguen un orden de gravedad creciente, por lo tanto los últimos reactivos aparecen en los pacientes con trastornos más severos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad, 2008).

Para valorar la prueba, se han considerados los siguientes puntajes, extraídos de los autores anteriores:

- Sub-escala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.
- Sub-escala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

Para esta investigación, se van a considerar el siguiente punto de corte para definir Ansiedad por la Enfermedad, en función a los puntajes obtenidos por los participantes, en la Subescala de Ansiedad de La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Anexo 3):

Tabla 5

Puntos de Cortes para definir el nivel de Ansiedad por la Enfermedad de acuerdo a los puntajes de Subescala de Ansiedad en La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Nivel de Ansiedad	Puntaje
No Ansiedad	0-3
Baja	4-6
Alta	7-9

Adaptado de (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad, 2008)

Tabla de especificaciones del constructo.

Tabla 6

Tabla Resumen de las Especificaciones De Los Constructos

Constructo	Instrumento	Dimensiones	Indicador	Ítems
Tipo de EII	Índice de Actividad Inflamatoria de Harvey-Bradshaw (EC)	Actividad Leve	Puntajes ≤ 4	Numero de Deposiciones diarreicas (0-4)
		Actividad Moderada	Puntajes entre 5-8	Diarreas nocturnas (0-1) Rectoraría (0-3), Dolor (0-3), Incontinencia (0-1)
		Actividad Grave	Puntajes ≥ 9	Estado General (0-3) Antidiarreico (0-1)
	Índice de Actividad Inflamatoria de Litchiger (CU)	Actividad Leve	Puntaje ≤ 6	Estado general (<i>escala que va desde al 0-4</i>)
		Actividad Moderada	Puntajes entre 6-9	Dolor (0-3) Numero de Deposiciones (0-4)
		Actividad Grave	Puntaje ≥ 10	Masa (0-3) Extra-intestinal (0-1)

Ansiedad por la enfermedad:	Sub escala de Ansiedad de La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	Baja	Puntajes entre 0-3	Los ítem utilizados para esta escala son del 1 al 9, perteneciente a la sub escala de ansiedad, cada ítem tiene una escala de entre (0-1)
		Media	Puntajes entre 4-6	
		Alta	Puntajes entre 7-9	
Satisfacción Sexual Percibido:	Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS)	Bajo.	Puntaje entre 29-59	Los ítems utilizados son los 20 correspondiente al instrumentos, los cuales está en una escala que va desde el 1 al 5: la suma del total de cada uno de los ítem da como resultado el indicador de la satisfacción sexual percibida
		Medio.	Puntaje entre 60-69	
		Alto.	Puntaje entre 70-79	
		Muy alto	Puntaje entre 80-98	

Diseño fuente el autor

Participantes

La presente investigación no cuenta con los parámetros estadísticos mínimos para ser calificado como una investigación probabilística, como describimos a continuación el proceso para la selección de participantes está ajustada a las características de los constructos de la investigación el tipo de investigación seleccionada y a la naturaleza de los pacientes. Por lo tanto el proceso para la selección de los participantes corresponde con una modalidad *No probabilística*, es decir que la selección no va a depender de la probabilidad, más bien se consideraron criterios selección para pertenecer al grupo de estudio, garantizando que el subgrupo tenga las características estudiadas (Hernández, Frenández, & Baptista, 2006).

Una de las ventajas que nos ofrece el muestreo no probabilística o dirigida es que permite una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas correspondientes con el planteamiento del problema (Hernández, Frenández, & Baptista, 2006). Como *criterios de inclusión* se consideraron a todos los pacientes de EII del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas, diagnosticados con EII de tipo CU, EC, o

Colitis Indeterminadas. Se incluyeron pacientes de forma consecutiva con actividad inflamatoria leve o moderada y con edades comprendidas entre 27 y 61 años.

Se considerador como *critérios de exclusión* los siguientes, disfunciones sexuales diagnosticadas por algún especialista, las enfermedades concomitante como por ejemplo: enfermedades neurológicas o psiquiátricas, cardiológicas, pulmonares, enfermedad vascular avanzada, insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática avanzada, enfermedades genitourinarias, endocrinológicas (diabetes mellitus, hiperprolactinemia, alteraciones tiroideas o del eje neurohipofisario), exploradas a través de una entrevista semi-estructurada relacionada con la historia clínica. Además se incluyó como criterio de exclusión, embarazo o lactancia. Por último fármacos, tóxicos y drogas de abuso: se excluyeron los pacientes que estaban bajo tratamiento con cualquier sustancia que haya demostrado repercusión sobre el funcionamiento sexual (ver anexo 1 (Carrera Alonso, 2015)

Materiales

Recursos Humanos

- Participantes: 20 paciente con diagnóstico de EII.
- Colaboradores: Jefe del Servicio, Residentes, Enfermeras y Coordinador de la Unidad de Psicología de gastroenterología del Servicio Hospital Vargas de Caracas, el Psicólogo de la unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas.
- Investigador: 1 estudiantes tesistas de la escuela de psicología de la Universidad Central de Venezuela, quien se encargó del proceso de preparación, aplicación, y análisis de resultados de la investigación.

Recursos Materiales

Como parte de los materiales utilizados para llevar a cabo la recolección de información, se contó con: lápices, borradores, sacapuntas, hojas blancas tamaño carta. Además de los siguientes recursos.

- Entrevista semi-estructurada (Datos sociodemográficos, historial médico, antecedentes familiares, psiquiátricos o disfunciones sexuales, y pregunta cualitativa) (ver anexo 2)

- Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Sub Escala de Ansiedad (ver anexos 3)
- Nueva Escala Satisfacción Sexual (NSS) (ver anexos 4)
- Índice De Actividad Inflamatoria De Harvey-Bradshaw Para Pacientes Con Enfermedad De Crohn (ver anexo 5)
- Índice De Actividad Inflamatoria De Litchiger Para Los Pacientes Con Colitis Ulcerosa (ver anexo 6)

Ambientes

Fase de Recolección de Datos: dicha fase se llevó a cabo en los consultorios del Servicio De Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas, un espacio óptimo, libre de ruidos, adecuada iluminación, escritorios, sillas y una sala de espera

Procedimientos

Fase Preparatoria

Para iniciar la investigación se realizó una revisión bibliográfica sobre las EII, incluyendo incidencia, prevalencia y antecedentes de factores psicológicos con la enfermedad, producto de esta investigación se desarrollaron diferentes elementos, frecuentemente descritos junto con las EII que sirvieron de base para la definición de los constructos, anteriormente descritos.

Luego se realizó una revisión, acerca la evaluación de las investigaciones, que hasta ahora se ha realizado acerca de EII y las variables biopsicosociales que interactúan con la patología, encontrando la necesidad de investigaciones que relaciones los elementos señalados; Se procedió a la elección de la metodología de estudio y a elección de los instrumentos de recolección de información más adecuados, posible gracias a la revisión bibliográfica; destacándose 4 instrumentos frecuentemente reportados en investigación con similares características y que se adaptaban adecuadamente a las necesidades de la investigación.

Para el constructo Ansiedad por la Enfermedad se seleccionó Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Sub Escala de Ansiedad, la cual considera la inclusión de síntomas somáticos generales de la enfermedad, es oportuno aclarar con respecto a esta escala, como se mencionó anteriormente, que para su versión en español, cuenta con una fiabilidad y valides en

ámbitos de atención primaria con una sensibilidad del 83,1%, especificidad del 81,8 % y valor predictivo positivo del 95%. A pesar de no poseer una adaptación para la población venezolana, esta escala es de amplia utilización en el Atención Primaria en España y ha servido como base en investigaciones en el Regiones del Caribe como Cuba, siendo un predictor adecuado para identificar a personas con trastornos psicopatológicos (Martin, 2016)

En cuanto al constructo Satisfacción Sexual Percibida se seleccionó la Nueva Escala Satisfacción Sexual (NSS). La cual, como se mencionó anteriormente, posee consistencia interna bastante elevada, coincidiendo con sus versiones inglesa y croata, lo cual destaca su validez y adaptación para la lengua castellana, a pesar que no contamos con su adaptación para Venezuela.

En cuanto al constructo nivel de Actividad de EII, se escogió Índice De Actividad Inflamatoria De Harvey-Bradshaw Para Pacientes Con Enfermedad De Crohn, e Índice De Actividad Inflamatoria De Litchiger Para Los Pacientes Con Colitis Ulcerosa para los pacientes diagnosticados con CU. Ambas pruebas de uso frecuente en el ambiente médico para la exploración de síntomas de las EII y para estimar el grado de actividad. Los médicos residentes del Servicio de Gastroenterología sirvieron de facilitadores para la adquisición de las experticias necesaria para la aplicación de ambas pruebas.

Posteriormente se estableció un contacto con el Coordinador del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas de Caracas, quien se mostró interesado en la realización de investigaciones de carácter académico por el beneficio del paciente y puso a disposición una lista de pacientes activos con EII, con la intención de que los mismos sean informados de la realización de la investigación y que así mismo puedan participar voluntariamente en el estudio.

Posterior a esto se Realizó el Guion de Entrevista, para estandarizar la forma en que se abordara a los participantes de la investigación y en donde se explorar los datos demográficos y antecedentes médicos, de relación de pareja, disfunciones sexuales y se incluirá adicionalmente una pregunta abierta para conocer la opinión de los paciente en función a la incidencia del diagnóstico sobre le EII (Anexo 2). Entrevista que fue validada por Doctor jefe del Servicio de Gastroenterología y Psicólogo con experiencia en Psicología de la Salud.

Fase de Campo

Este procedimiento estuvo conformado por una única fase individual, la cual inicio con la solicitud de parte del investigador de la lista de pacientes con EII, quienes fueron contactado vías correo electrónica y telefónica con previa autorización del Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Vargas de Caracas y con ayuda de la Unidad de Psicología.

Estos pacientes fueron informados de los objetivos de la investigación y los procedimientos que en ella se realizaron. Además se ofrecieron posibles fechas para su realización, ofreciendo un plazo de dos semanas, desde el 12 al 26 de junio; Durante este periodo de tiempo los pacientes con previa cita asistieron a las instalaciones del servicio de gastroenterología para participar en el estudio.

En cada cita los pacientes fueron entrevistados, en el contexto de consultorios cerrados y privados; recogiendo información relacionada con datos demográficos, historia médica relacionada con la EII, trastornos psiquiátricos, disfunciones sexuales, y relación de pareja. Posterior a esto se realizó la exploración de la actividad inflamatoria apoyados en el *Índice De Actividad Inflamatoria de Harvey-Bradshaw para pacientes con Enfermedad de Crohn*, y el *Índice De Actividad Inflamatoria De Litchiger Para Los Pacientes Con Colitis Ulcerosa*.

Luego de indicar el grado de actividad de la enfermedad se aplicó la Sub Escala de Ansiedad pertenecientes a la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg; Tal y como se expresa en las instrucciones para su administración, este instrumento se intercalo con la entrevista, indicando al paciente que la preguntas realizadas hacían referencia a las dos semanas anteriores al día de cita. Se le pidió a los pacientes que respondieran considerando eventos significativos que pudieran causar alteraciones afectiva.

Posterior a la exploración sobre la Ansiedad por la Enfermedad se aplicó la Nueva Escala Satisfacción Sexual (NSS), indicándole a los participantes, tal y como está expresado en las instrucciones de administración, que debe responder pesando en su vida sexual durante los últimos seis meses, valorando la percepción de satisfacción sexual, considerando los siguientes indicadores, nada satisfecho, poco satisfecho, satisfecho, muy satisfecho, extremadamente satisfecho.

Para finalizar el estudio se realizó una pregunta abierta a los participantes donde se le preguntaba *¿considera usted que su vida sexual se vio afectada posterior al diagnóstico con EII?*, con la intención de ofrecerle la oportunidad a los pacientes de expresar su opinión con respecto al tema, desde su experiencia personal, y para poder recolectar datos cualitativos que brinden información para contextualizar los hallazgos obtenidos a través de los instrumentos antes especificados.

Fase de Análisis

Esta fase de la investigación se realizó al terminar el periodo de recolección de datos, para esto se utilizaron programas estadísticos y de análisis de información, en específico Microsoft Excel 2013 y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), esto con la finalidad de codificar y transferir la información proporcionada por los instrumentos. Estas herramientas facilitan el análisis de los datos adecuadamente, cumpliendo con los objetivos previstos, acorde al tipo y alcance de la investigación. Considerando que esta investigación es *No experimental, trasversal y descriptiva*, el tipo de análisis más pertinente es el descriptivo, por lo que se utilizaron estadísticos descriptivos acompañados de gráficos acordes, con la finalidad de tener una perspectiva clara del comportamiento de los participantes en los constructos analizados.

VI. RESULTADOS

A continuación se le presentara los resultados obtenidos a partir de la Entrevista semiestructurada donde exploraron datos sociodemográficos, historia médica, antecedentes psiquiátricos y disfunciones sexuales; además incluiremos los resultados de la estimación de la actividad inflamatoria a través de los hallazgos obtenidos con el Índice De Actividad Inflamatoria De Harvey-Bradshaw Para Pacientes Con Enfermedad De Crohn y/o Índice De Actividad Inflamatoria De Litchiger Para Los Pacientes Con Colitis Ulcerosa. También se reportaran los resultados obtenidos al aplicar la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Sub Escala de Ansiedad, y la Nueva Escala Satisfacción Sexual (NSS). Para finalizar se incluirá en el reporte de los resultados los hallazgos obtenidos tras realizar la pregunta ¿considera usted que su vida sexual se vio afectada posterior al diagnóstico con EII?

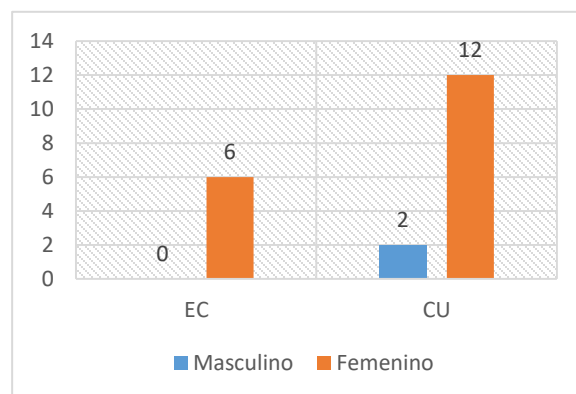
Es adecuado indicar que los datos obtenidos en este estudio y presentados a continuación, no pueden ser generalizables debido a la cantidad de los participantes. La información aquí presentada cumple con el objetivo de describir el comportamiento de pacientes con EII, para los participantes antes reportados, en los constructos especificados.

El número total de participantes en la investigación fue de 20 pacientes con EII, de los cuales 14 de ellos tiene un diagnóstico de Colitis Ulcerativa (CU), 6 tienen como diagnóstico Enfermedad de Crohn (EC); por otro lado los pacientes se distribuyeron de acuerdo al sexo de la siguiente manera, 2 participantes de sexo masculino con CU, y 18 de sexo femenino 6 con EC y 12 CU (tabla 7).

Tabla 7

Distribución de paciente con EII: por Sexo y Tipo Enfermedad Inflamatoria

		Tipo Enfermedad Inflamatoria		Total
		EC	CU	
Sexo	Masculino	0	2	2
	Femenino	6	12	18



Total	6	14	20
-------	---	----	----

Figura 1. Distribución de paciente con EII: por Sexo y Tipo Enfermedad Inflamatoria

En cuanto a las edades, los participantes se distribuyeron de la siguiente manera; entre 27 y 37 años de edad participaron 7 (35%) pacientes, 3 con EC y 4 con CU; Entre 40 y 50 años tenemos una cantidad de 8 (40%) pacientes, 3 con EC y 5 con CU; Y entre 51 y 61, se registraron 5 (25%) de los cuales todos padecían CU (Tabla 8).

Tabla 8
Distribución de paciente con EII: por Edad y Tipo Enfermedad Inflamatoria

		Edad			
		27-37	40-50	51-61	
Tipo	EU	3	3	0	6
EII	CU	4	5	5	14
		7	8	5	20

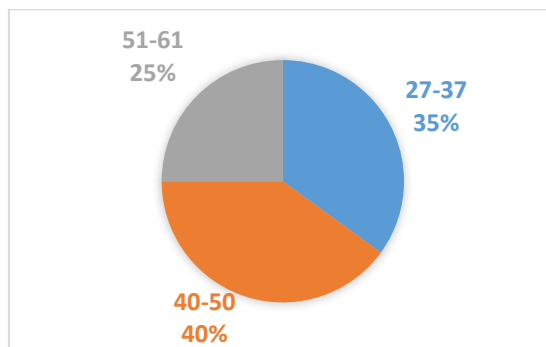


Figura 2. Distribución de paciente con EII por Edad

Otros de los resultados encontrados tras la exploración fueron otras enfermedades concomitantes con las EII, en este caso 15 de los participantes reportaron no padecer ninguna enfermedad además de las EII, 2 reportaron Hipertensión Arterial, 2 reportaron tener alergias y una sola personas menciono parecer Asma (Figura 3).

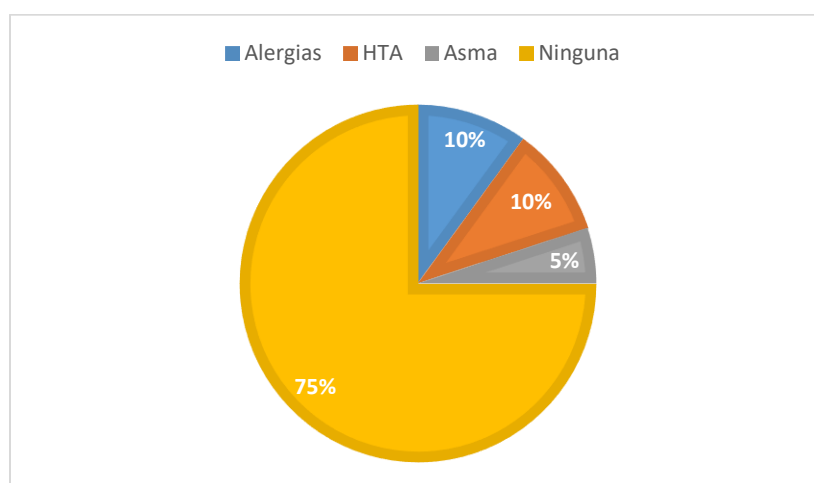


Figura 3. Enfermedades concomitantes con los pacientes EII estudiados

Cuando se les pregunto a los participantes desde hace cuánto tiempo estaba diagnosticados con EII, encontramos que 3 de los mismo tienen menos de un año con la enfermedad; 4 tiene entre 1 y 5 años, 8 de los partícipes tiene entre 6 y 10 años y 5 tiene más de 11 años con el diagnóstico de EII, tal y como se puede observar en la tabla 9.

Tabla 9.

Tiempo que tiene los pacientes con el diagnóstico de EII

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 Año	3	15,0
Entre 1-5 Años	4	20,0
Entre 6-10 Años	8	40,0
11 años o mas	5	25,0
Total	20	100,0

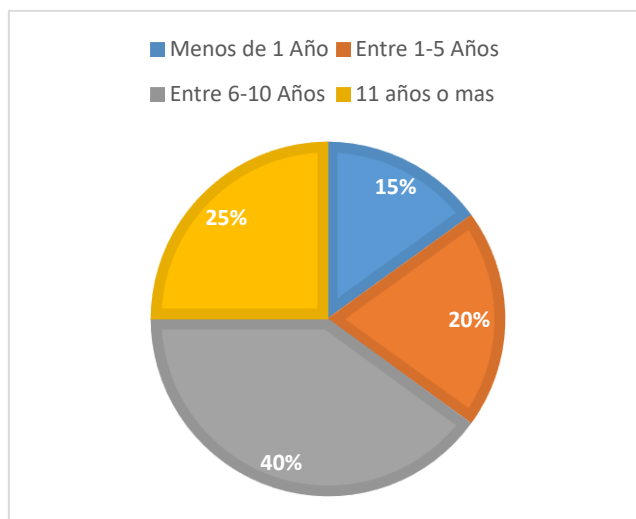


Figura 4. Tiempo de diagnóstico de los pacientes con EII

En cuanto a los medicamentos que consumen los pacientes con EII estudiados, un 75% (N: 15), reporta que ingiere Mesalazina, el resto consume una variedad amplia de medicamento, como Prednisona o Azatioprina (20% N: 4) o actualmente no consume ningún fármaco (5% N: 1), tal y como se muestra en la tabla 10. Adicionalmente se le pregunto pacientes con EII si tenían alguna intervención quirúrgica, los pacientes reportan que en un su totalidad (100% N; 20) que no tenían cirugías o intervenciones quirúrgicas.

Tabla 10.

Medicamentos utilizados por los pacientes con EII entrevistados

	Frecuencia	Porcentaje
Mezalazina	15	75,0
Otros	4	20,0
Ninguna	1	5,0
Total	20	100,0

Por otro lado se le pregunto acerca de los hábitos alimenticios, explorando así el consumo de cigarrillos, alcohol, u otras drogas, a lo que los pacientes con EII respondieron en un 90 % (N: 18), que no consumían ningunas de estas sustancias, un 10% representado por dos pacientes, confesaron consumir esporádicamente alcohol, tal y como se muestra en la figura 5.

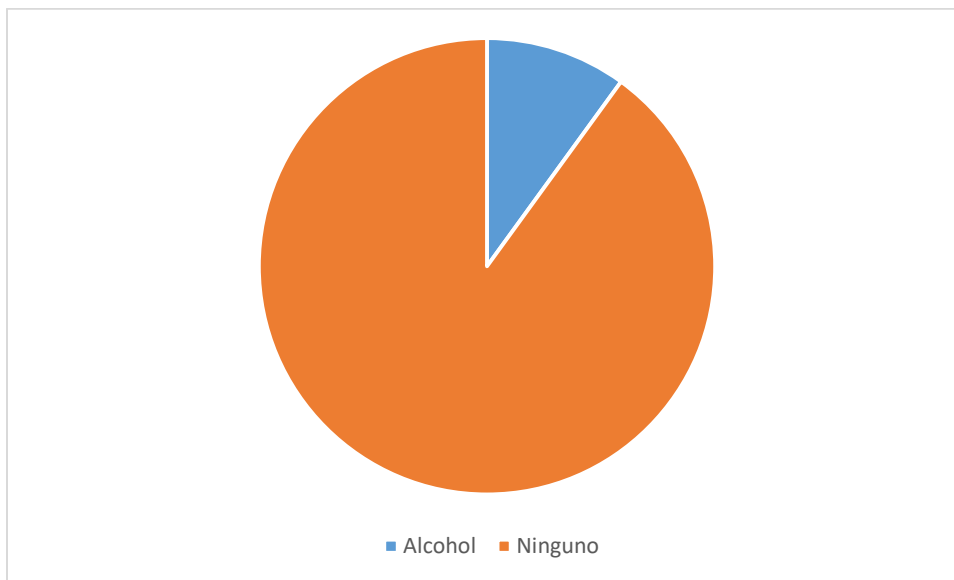


Figura 5. Distribución de pacientes con EII con consumo de drogas licitas e ilícitas

Se preguntó a los pacientes si se habían iniciado sexualmente, a lo cual los pacientes respondiendo afirmativamente en un 100% (N: 20). Posterior a esto se exploró si los pacientes, a través de una consulta ginecológica o a través de un diagnóstico especializado se le había indicado alguna disfunción sexual, a lo que respondieron en su totalidad (100% N: 20) no poseían ningún diagnóstico de disfunción sexual.

Por otro lado cuando se le pregunto a los participantes si actualmente tienen pareja, respondió un 70 % (N: 14) que actualmente **SI** mantenía una relación de pareja, por el contrario un 30% (N: 6) reporta que actualmente **No** tiene relación de pareja (figura 6); Es adecuado acotar que estos participantes clasifican para este estudio, porque en primero lugar afirmaron que se habían iniciado sexualmente, segundo que había mantenido encuentros sexuales durante los últimos seis meses a pesar de no tener pareja estable y por último que poseen un diagnóstico de EII, desde un periodo superior a 6 meses.

Tabla 11

Pacientes con EII que actualmente tienen pareja

	Frecuencia	Porcentaje
Con Pareja	14	70,0
Sin Pareja	6	30,0
Total	20	100,0

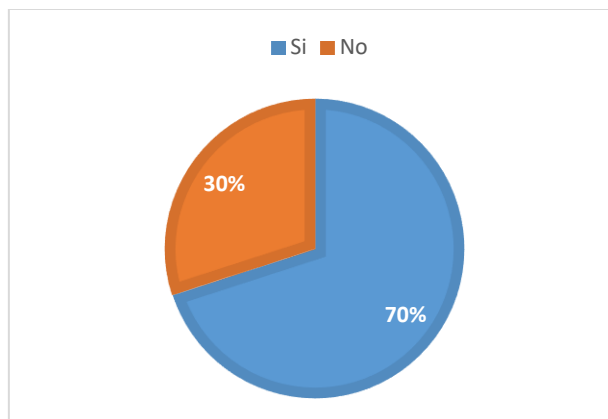


Figura 6. Proporción de pacientes con EII, que actualmente posee una relación de pareja

A los pacientes que reportaron tener relación de pareja, se les preguntó cuanto tiempo de relación tenían, con la intención de explorar si coincidía el tiempo de relación de pareja, con el diagnóstico de EII; a lo cual los pacientes contestaron en un 30% (N: 6) que no tenían pareja estable en ese momento; un 15% (N: 3) de los participantes mantiene una relación durante un periodo comprendido entre menos de 1 años y 5 años; un 40% (N: 8), de los pacientes entrevistados reportan que han mantenido una relación durante un periodo de tiempo entre 6 y 15 años; Así mismo un 15% (N: 3), menciona que han mantenido una relación de pareja durante 15 años o más (tabla 12).

Tabla 12

Tiempo de relación d pareja en los pacientes con EII entrevistados

	Frecuencia	Porcentaje
No Tiene	6	30,0
Menos de 1 Año - 5	3	15,0
Entre 6-15 Años	8	40
15 Años o Mas	3	15
Total	20	100,0

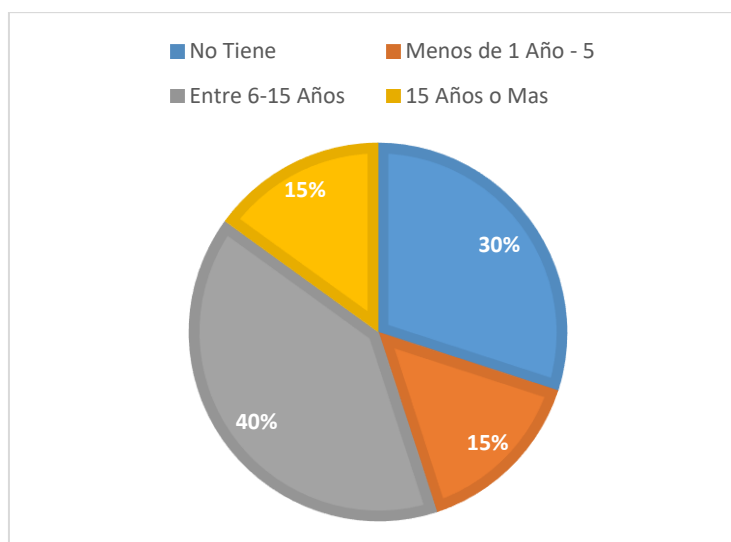


Figura 7. Tiempo de relación d pareja en los pacientes con EII entrevistados

Al terminar la primera fase de exploración a través de la entrevista semiestructurada se decidió evaluar la actividad de los síntomas EII en los pacientes; obteniendo del *Índice De Actividad Inflamatoria de Harvey-Bradshaw para pacientes con Enfermedad de Crohn*, y del *Índice De Actividad Inflamatoria De Litchiger Para Los Pacientes Con Colitis Ulcerosa* los siguientes hallazgos: 17 (85%) de los pacientes evaluados presentaba un nivel de activación Leve, 6 con EC y 11 con CU; por otro lado tan solo 3 (15%) pacientes con EII tenía un índice de activación moderado, todos con CU, tal y como se muestra en la figura 8 y tabla 13. Es adecuado indicar que el criterio de exclusión para esta investigación específica que los pacientes con una fase activa grave, arrojaría información sesgada por lo cual serían descartados, dado los hallazgos todos los casos son incluidos en la investigación.

Tabla 13

Distribución de pacientes con EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria y Actividad Inflamatoria

		Actividad Inflamatoria		Total
		Leve	Moderada	
Tipo	EC	6	0	6
Enfermedad	CU	11	3	14
Inflamatoria				
Total		17	3	20

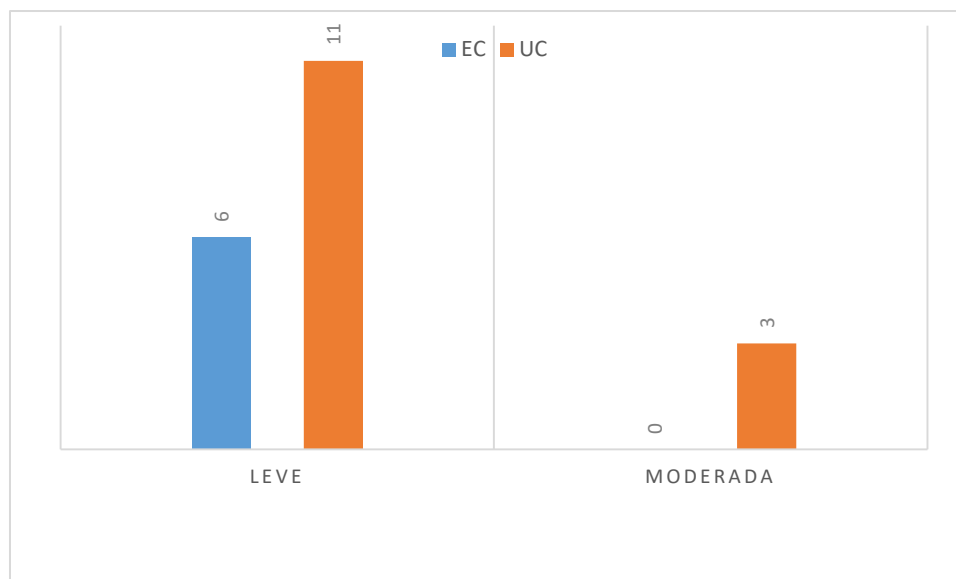


Figura 8. Proporción de pacientes con EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria (X) y Actividad Inflamatoria (Y)

Ansiedad por la Enfermedad de los Pacientes con EII

A continuación se realizara una descripción minuciosa de los hallazgos encontrados al relacionar los constructos antes referidos con el constructo Ansiedad por la Enfermedad, de esta forma presentaremos una descripción de los resultados relacionando la ansiedad por la enfermedad con, el tipo de EII, el sexo, la cantidad de tiempo que los pacientes tiene con el diagnóstico, disposición de pareja, tiempo de relación de pareja y actividad inflamatoria intestinal.

Posterior a determinar el nivel de actividad de los pacientes con EII, se aplicó la Sub Escala de Ansiedad, del Índice de Ansiedad y Depresión de Goldberg, agrupando los resultado en función a los baremos antes especificados; En donde se encontró que 11 (55%) de los participantes tiene un nivel de ansiedad alto, 2 paciente con EC y 9 con CU; de los 5 (25%) pacientes que puntuaron con niveles de ansiedad medio, 2 pacientes tiene diagnosticado EC y 3 CU; finalmente 4 (20 %) de los pacientes con EII reportaron bajos niveles de ansiedad, 2 participantes por entidad de la EII; tal y como se muestra en tabla 14 y figura 9.

Tabla 14

Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria y Ansiedad por la Enfermedad

		Ansiedad por la Enfermedad			Total
		Baja	Media	Alta	
Tipo Enfermedad Inflamatoria	EC	2	2	2	6
	CU	2	3	9	14
	Total	4	5	11	20

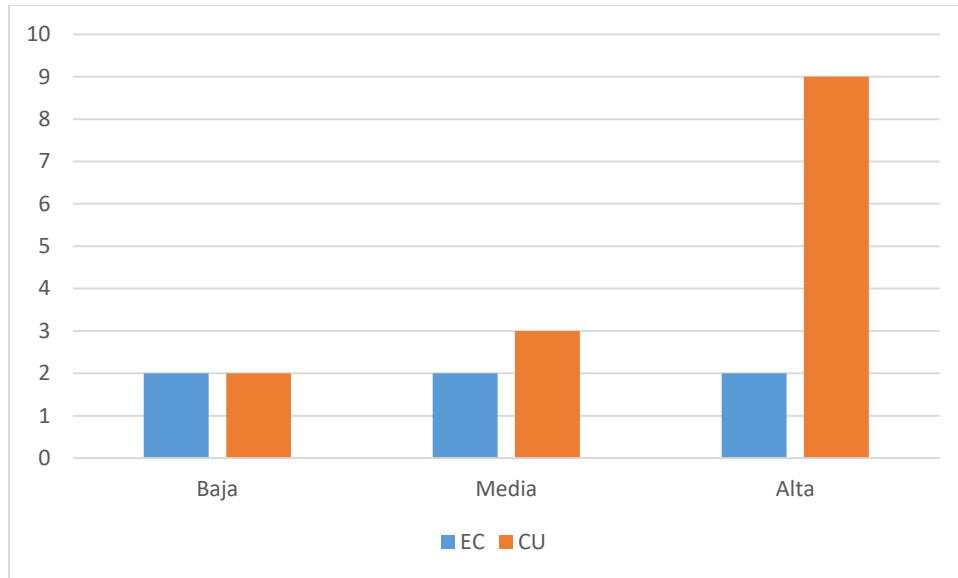


Figura 9. Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria (Y) y Ansiedad por la Enfermedad (X)

Es pertinente indicar que, de los 18 participantes de sexo femenino con EII, 11 de ellos indicaban un nivel de ansiedad por la enfermedad alto, 4 de las mimas tienen ansiedad media y 3 de ellas un nivel bajo de ansiedad por la enfermedad; Por otro lado de los 2 participantes de sexo masculinos con EII, uno de ellos indicaba un nivel de ansiedad por la enfermedad medio y el otro ansiedad por la enfermedad bajo (tabla 15)

Tabla 15
Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Sexo y la Ansiedad por la Enfermedad

		Ansiedad por la Enfermedad			Total
		Baja	Media	Alta	
Sexo	Masculino	1	1	0	2
	Femenino	3	4	11	18
Total		4	5	11	20

De los 11 (55%) participantes que tienen un nivel de ansiedad alto, el rango de tiempo que tienen con el diagnóstico de EII varía de la siguiente manera: 1 tiene menos de un año con el diagnóstico, 3 de ellos tiene entre 1 y 5 años, 6 de ellos posee entre 6 y 10 años con la enfermedad diagnosticada y uno solo posee 11 años o más con el diagnóstico, para dar un total de N: 11; De los 5 (25%) pacientes con un nivel de ansiedad por la enfermedad medio 2 de ellos tiene entre 6 y

10 años con el diagnóstico y 3 tienen 11 años o más (N:5). Por otro 4 (20 %) de los pacientes con un índice de ansiedad por la enfermedad bajo. 2 de ellos tenía menos de 1 año con el diagnóstico, 2 tienen 1 años o más con el diagnóstico de EII (tabla 16 y figura 10).

Tabla 16

Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Tiempo que tiene con el Diagnósticos y la Ansiedad por la Enfermedad

	Ansiedad por la Enfermedad			
	Baja	Media	Alta	
Menos de 1 Año	2		1	3
Entre 1-5 Años	1		3	4
Entre 6-10 Años		2	6	8
11 años o mas	1	3	1	5
Total	4	5	11	20

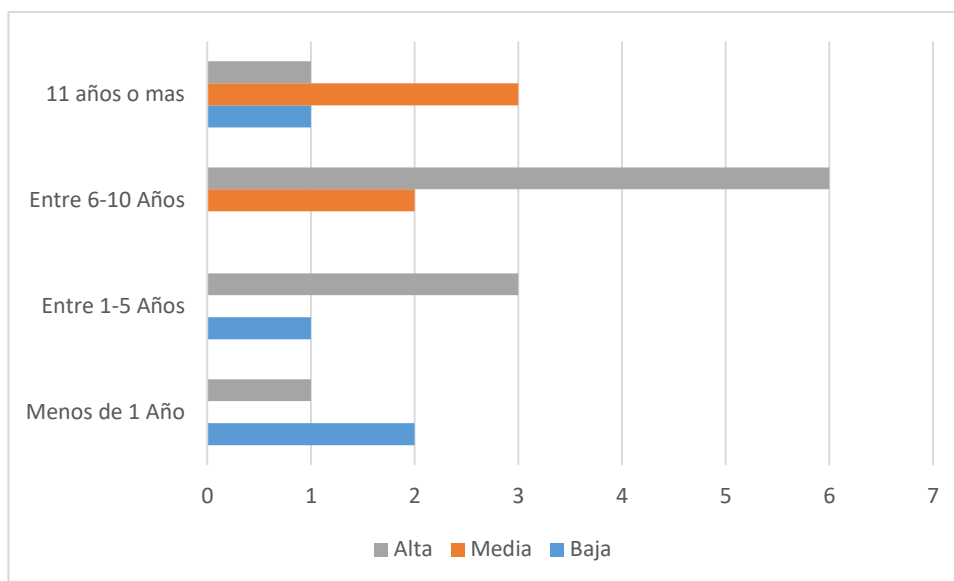


Figura 10. Distribución de los pacientes EII de acuerdo al Tiempo que tiene con el Diagnósticos (Y) y la Ansiedad por la Enfermedad (X)

Por otro lado de los 11 (55%) pacientes con EII que reportaron tener un nivel de ansiedad por la enfermedad alto, 4 de los mismos no tiene pareja para el momento en que se realizó la investigación y 7 pacientes si mantenían una relación de pareja durante el periodo de tiempo en que se recolectaron estos datos, de igual manera de los 5 (25%) pacientes con un nivel de ansiedad por la enfermedad medio, reportaron 4 que mantenían relación de pareja, mientras que uno solo

menciono que no tenía pareja durante esta investigación; En cuanto a los 4 (20%) pacientes con EII que tiene bajo nivel de ansiedad por la enfermedad 3 de ellos reportaron tener pareja durante la recolección de datos, mientras que uno solo menciono no mantener una relación de parejas (tabla 17)

Tabla 17

Distribución de los pacientes EII de acuerdo a la disposición de Relación de pareja y la Ansiedad por la Enfermedad

		Ansiedad por la Enfermedad			Total
		Baja	Media	Alta	
Tiene usted pareja estable	Si	3	4	7	14
	No	1	1	4	6
Total		4	5	11	20

En cuanto a los 11 (55%) pacientes con un alto nivel de ansiedad por la enfermedad , se halló en cuanto a la disponibilidad de pareja que; 1 reporto que tenía más de 15 años de pareja, 4 mencionaron que tenía entre 6 y 15 años, y dos mencionaron que tienen entre menos de 1 años y 5 años, 4 de los mismo no tenían relación de pareja; Por otro lado de los pacientes con EII que tiene un nivel de ansiedad por la enfermedad medio (N:5 25%), se distribuyen de la siguiente manera: 2 tienen 15 años o más de relación de pareja, 2 entre 6 y 15 años, y uno reporta no tener pareja; De los pacientes con EII que tienen un nivel de ansiedad por la enfermedad bajo, uno reporta que no tiene pareja, 3 registran que tienen entre menos de 1 año y 15 años con su relación.

Tabla 18

Distribución de los pacientes EII de acuerdo a la duración de la Relación de Pareja y la Ansiedad por la Enfermedad

	Ansiedad por la Enfermedad			Total
	Baja	Media	Alta	
No tiene	1	1	4	
Menos de 1 año – 5 años	1		2	
Entre 6-15 años	2	2	4	
15 años o Mas		2	1	
Total	4	5	11	20

Al considerar la ansiedad por la enfermedad y la actividad inflamatoria de la EII, se encontraron los siguientes resultados, de los 11 pacientes con EII, que tiene una ansiedad por la enfermedad alta, 9 tienen una actividad inflamatoria leve y tan solo dos tienen un actividad moderada: por otro lado de los participantes que manifiestan un nivel de ansiedad por la enfermedad medio, 5 pacientes tenían para el momento en que se realizó la presente investigación, una actividad inflamatoria leve, el otro participante reporto una actividad moderada; por otro lado de los 4 pacientes con niveles de ansiedad por la enfermedad baja, todos manifiestan una actividad inflamatoria leve, tal y como se puede observar en la tabla 19.

Tabla 19

Distribución de los pacientes EII de acuerdo a la Actividad Inflamatoria y la Ansiedad por la Enfermedad

		Ansiedad por la Enfermedad			Total
		Baja	Media	Alta	
Actividad Inflamatoria	Leve	4	4	9	17
	Moderada	0	1	2	3
Total		4	5	11	20

Satisfacción Sexual Percibido de los Pacientes con EII

A continuación se realizara una descripción minuciosa de los hallazgos encontrados al relacionar los constructos antes referidos con el constructo Satisfacción Sexual Percibida, de esta forma presentaremos una descripción de los resultados relacionando la Satisfacción Sexual Percibida con, el tipo de EII, el sexo, la cantidad de tiempo que los pacientes tiene con el diagnóstico, disposición de pareja, tiempo de relación de pareja y actividad inflamatoria intestinal.

Al explorar el nivel de satisfacción sexual de los pacientes con EII, con la Nueva Escala Satisfacción Sexual (NSS), se encontró que 5 participantes (25%) tienen un nivel de satisfacción sexual bajo, 9 pacientes (45%) puntuaron con un nivel de satisfacción sexual medio; 4 de los mismos (20%) reflejan un nivel de satisfacción sexual alto y solo 2 (10%) participantes mostraban un nivel de satisfacción sexual muy alto, tal y como se puede observar en la tabla 20 y figura 11

Tabla 20

Nivel de Satisfacción Sexual de los pacientes con EII

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	5	25,0	25,0	25,0
Medio	9	45,0	45,0	70,0
Alto	4	20,0	20,0	90,0
Muy Alto	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

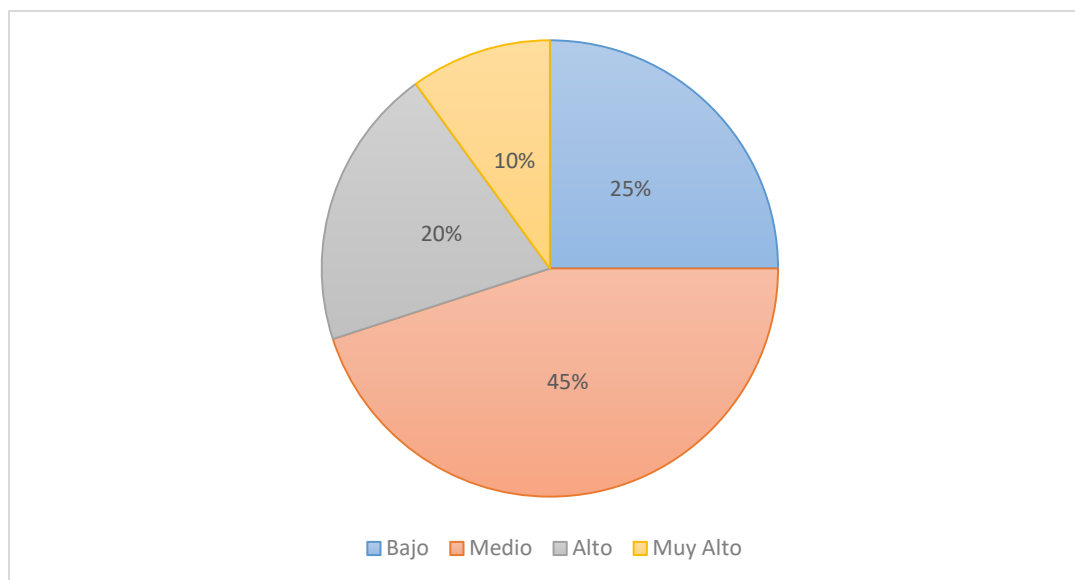


Figura 11. *Nivel de Satisfacción Sexual de los pacientes con EII*

En cuanto a lo encontrado con respecto al tipo de enfermedad inflamatoria que se le fue diagnosticada a los pacientes y el nivel de satisfacción sexual los pacientes, los hallazgos se distribuyen de la siguiente manera: De los pacientes con una percepción de satisfacción sexual bajo (25% N:5), 4 de ellos tienen un diagnóstico de CU y 1 EC; por otro lado de los 9 (55%) pacientes con percepción de satisfacción media 6 de ellos están diagnosticados con CU, los otros 3 tienen EC; De los 4 (20%) pacientes con alto nivel de satisfacción sexual, 3 tienen un diagnóstico de CU y 1 EC; así mismo de los 2 (10%) pacientes que puntuaron con muy alta su satisfacción sexual percibida 1 tiene un diagnóstico de EC y el otro CU, tal y como se muestra en la tabla 21 y gráfico 12

Tabla 21

Distribución de pacientes con EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria y al Índice de Satisfacción Sexual

		Nivel de Satisfacción Sexual Percibió				Total
		Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Tipo Enfermedad	EC	1	3	1	1	6
Inflamatoria	CU	4	6	3	1	14
Total		5	9	4	2	20

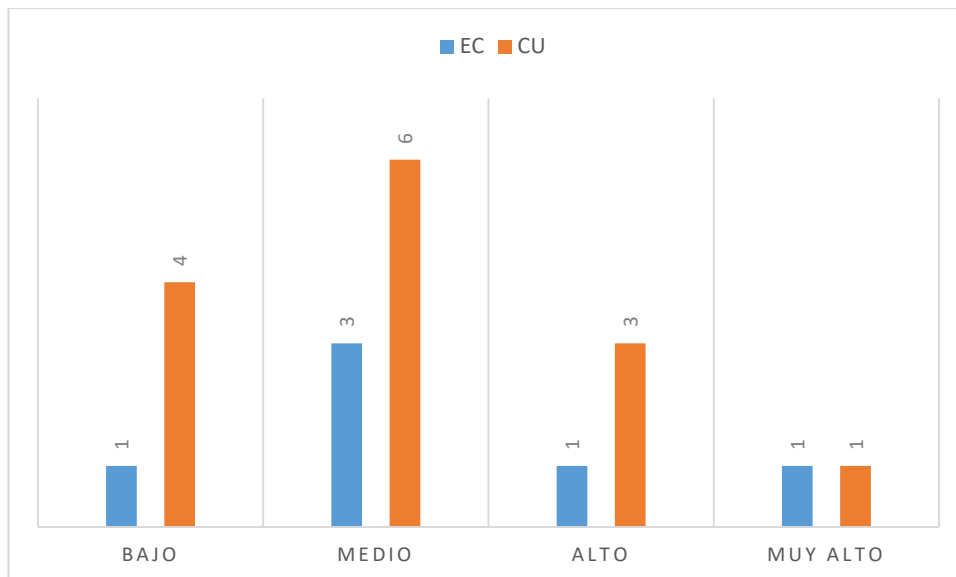


Figura 12. Distribución de pacientes con EII de acuerdo al Tipo Enfermedad Inflamatoria(Y) y al Nivel de Satisfacción Sexual Percibido(X)

El nivel de satisfacción sexual percibido por los pacientes con EII de acuerdo al sexo mostro una distribución de la siguiente manera: 2 pacientes de sexo masculino, uno reporto bajo nivel de satisfacción sexual percibida y el otro puntuó un nivel medio de satisfacción sexual; Por otro lado de los 18 pacientes de sexo femenino, 4 de los mismos tiene una percepción de satisfacción sexual bajo, 8 tienen una percepción media de satisfacción sexual; 4 registran un alto nivel de satisfacción sexual percibida y 2 de las mimas tienen una percepción de su satisfacción sexual muy alta (tabla 22, figura 13).

Tabla 22

Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Sexo y el Nivel de Satisfacción Sexual percibido.

	Nivel de Satisfacción Sexual Percibió				Total
	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
					1

Sexo	Masculino	1	1	0	0	2
	Femenino	4	8	4	2	18
Total		5	9	4	2	20

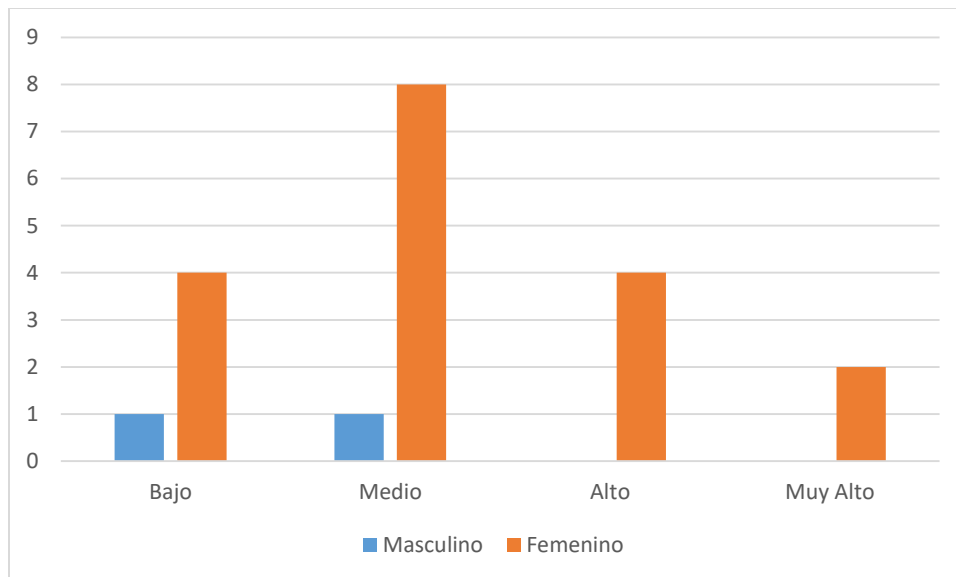


Figura 13 Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Sexo (X) y el Nivel de Satisfacción Sexual percibido (Y)

En cuanto al nivel de satisfacción sexual percibido y el tiempo que llevan los pacientes EII con el diagnóstico, se pudo encontrar que de los 5 (25%) participantes que tienen una percepción de satisfacción sexual baja, 2 tiene un periodo de tiempo entre menos de un años 5 año con el diagnóstico de EII, Los otros 3 participantes en esta categoría tienen 6 años o más con el diagnóstico (tabla 21 y el grafico 14).

Por otro lado de los paciente con EII que puntuaron con un nivel de satisfacción sexual medio (45% N: 9), 2 solo tiene menos de un años con el diagnóstico y 5 años con la enfermedad diagnosticada, 5 pacientes tiene entre 6 y 10 años y 2 tiene 11 años o más desde que fueron diagnóstico con EII (tabla 21 y el grafico 14).

A sí mismo, de los pacientes que tiene una percepción de su satisfacción sexual alta (20% N: 4) 2 tienen entre menos de 1 año y 5 años; los otros 2 pacientes tienen más de 6 años con el diagnóstico; Por último, de los pacientes que tienen un nivel de satisfacción sexual percibido muy alto (10% N:2), se registró uno que tiene entre 1 y 5 años con el diagnóstico y otro con 11 años o más, tal y como se muestra en la tabla 23 y el grafico 14.

Tabla 23

Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Tiempo que tiene con el Diagnósticos y Nivel de Satisfacción Sexual percibido

		<i>Nivel de Satisfacción Sexual percibido</i>				
		Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	Total
Tiempo Diagnósticos	Menos de 1 Año	1	1	1	0	3
	Entre 1-5 Años	1	1	1	1	4
	Entre 6-10 Años	2	5	1	0	8
	11 Años o mas	1	2	1	1	2
Total		5	9	4	2	20

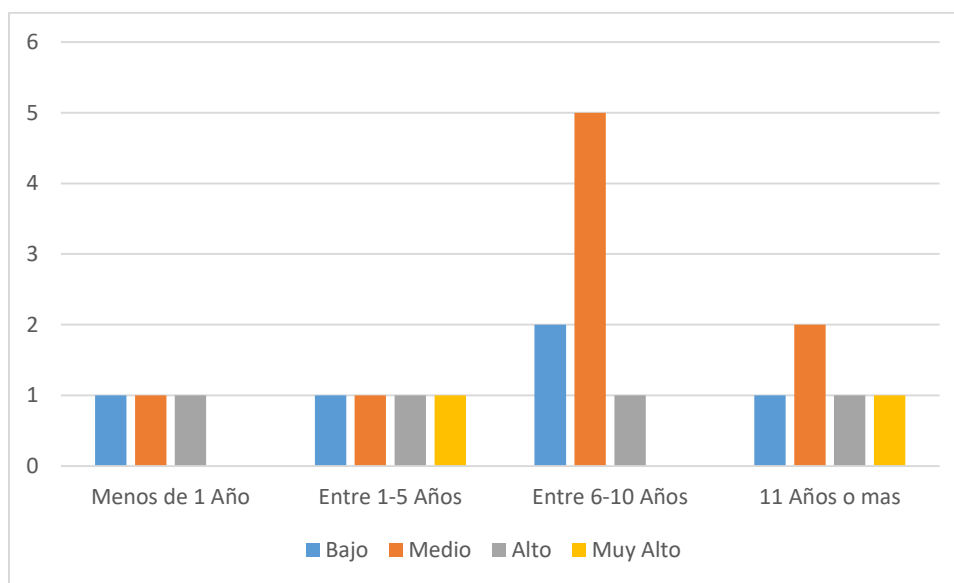


Figura 14. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Tiempo que tiene con el Diagnósticos (Y) y Nivel de Satisfacción Sexual Percibido (X)

Cuando se consideró el nivel de satisfacción sexual percibido y la disposición de pareja, se encontró que de los 5 (25%) pacientes que indicaron tener una percepción de la satisfacción sexual baja, 3 tienen una relación de pareja y 2 de los paciente menciono que no se encontraba en una relación de pareja, a pesar de tener contacto sexual durante los 6 meses antes de que se realizara la presente investigación.

Por otro lado de los pacientes con un nivel de satisfacción sexual percibido medio (45% N: 9) 6 reportaron que mantiene una relación de pareja y 3 comentaron que no tiene una pareja estable.

De los participantes con una percepción de satisfacción sexual alta (20% N: 4), 3 reportaron que tenían pareja y 2 de ellos que no tenían una relación estable. Por último de los pacientes con EII que tienen una percepción de satisfacción sexual muy alta (10% N: 2) todos tenían una relación de pareja, tal y como se muestra en la tabla 24 figura 15.

Tabla 24

Distribución de los pacientes con EII de acuerdo a la disponibilidad de pareja y Nivel de Satisfacción Sexual percibido

		Tiene usted pareja estable		Total
		Si	No	
Nivel de Satisfacción Sexual percibido	Bajo	3	2	5
	Medio	6	3	9
	Alto	3	1	4
	Muy Alto	2	0	2
Total		14	6	20

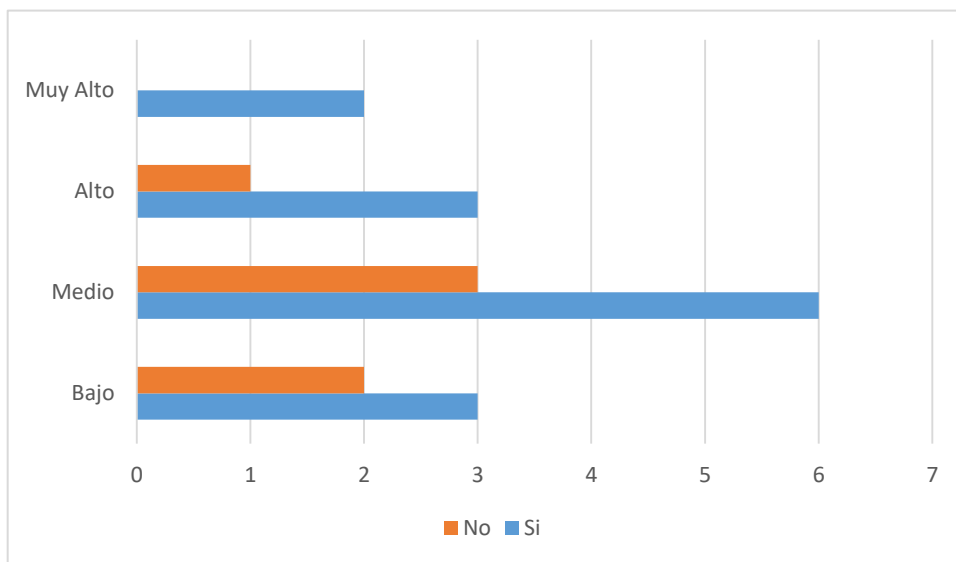


Figura 15. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo a la disponibilidad de pareja (X) y Nivel de Satisfacción Sexual percibido (Y)

Al considerar el nivel de satisfacción sexual percibido y la duración de la relación de pareja que los pacientes mantenían para cuando se recolecto la información, se encontró que los participantes con un nivel de satisfacción sexual percibido bajo (25% N: 5), tan solo 2 tienen entre

menos de un año con su pareja y 15 años, de 16 años o más con su pareja se encontró uno solo paciente, por otro lado, 2 participantes refieren no tener pareja (tabla 23 y figura 15).

En cuanto a los pacientes con un nivel de satisfacción sexual percibido como medio (40% N: 9), se encontró que 5 pacientes tienen una relación entre menos de 1 año y 15 años, además se encontró 1 paciente con mas16 años con su pareja, por otro lado en esta categoría se encontraron 3 participantes que no tenían pareja. De los participantes que registraron un nivel de satisfacción sexual percibido alto (20% N4), se encontró que uno no tiene pareja, uno tiene entre menos de un año y 5 años de relación, 2 de los participantes tiene entre 6 y 15 años de relación; por otro lado de los participantes que tienen una percepción de su satisfacción sexualidad muy alta (10% N: 2) 2 se han mentido en una relación 6 años o más (tabla 25 y figura 16).

Tabla 25

Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Tiempo de Relación de Pareja y Nivel de Satisfacción Sexual percibido

		Tiempo de relación				Total
		No Relación	Menos de 1 Año y 5 años	Entre 6-15 Años	16 años o mas	
Nivel de Satisfacción Sexual percibido	Bajo	2	1	1	1	5
	Medio	3	1	4	1	9
	Alto	1	1	2	0	4
	Muy Alto	0	0	1	1	2
Total		6	3	8	3	20

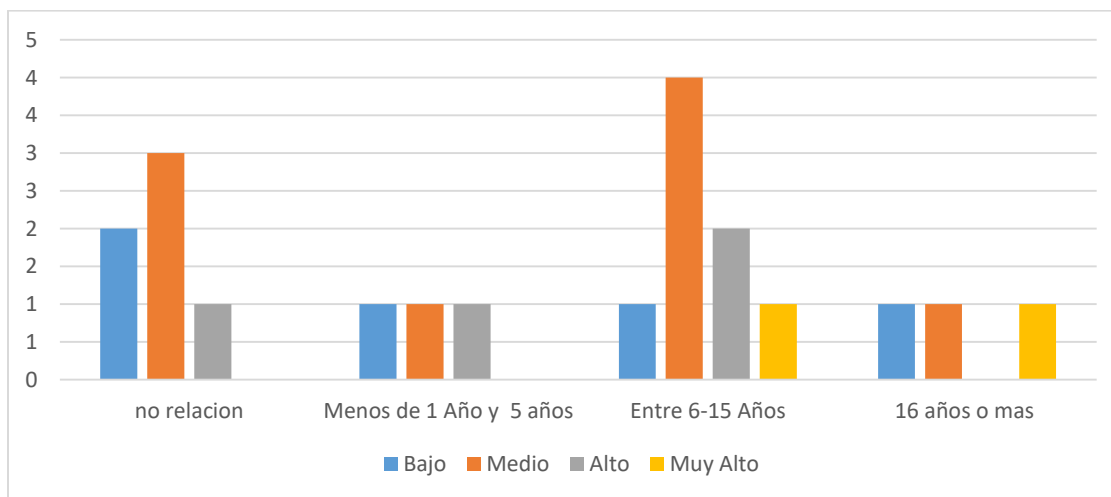


Figura 16. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo al Tiempo de Relación de Pareja(X) y Nivel de Satisfacción Sexual percibido(Y)

Al considerar el nivel de satisfacción sexual percibido en los pacientes con EII y la Actividad Inflamatoria que tenían al momento de realizarse la presente investigación, se encontró que de los 5 (25%) pacientes que tienen una percepción de la satisfacción sexual baja todos tienen una actividad inflamatoria leve, en cuanto a los 9 (45%) pacientes con una percepción de satisfacción sexual media, se encontró que 7 tenían una actividad inflamatoria leve y 2 tenían una actividad moderada; en cuanto a los 4 (20%) pacientes que tienen una alta percepción de satisfacción 3 tenían una activación leve y uno solo mantenía una actividad moderada; por último de los 2 (10%) participantes percepción muy alta de satisfacción sexual, todos tenían una actividad inflamatoria leve, cuando se realizó la investigación (Tabla 26 y Figura 17).

Tabla 26

Distribución de los pacientes con EII de acuerdo la Actividad de la Enfermedad y al Nivel de Satisfacción Sexual percibido

		Nivel de Satisfacción Sexual percibido				Total
		Bajo	Medio	Alto	Muy Alto	
Actividad Inflamatoria	Leve	5	7	3	2	17
	Moderada	0	2	1	0	3
Total		5	9	4	2	20

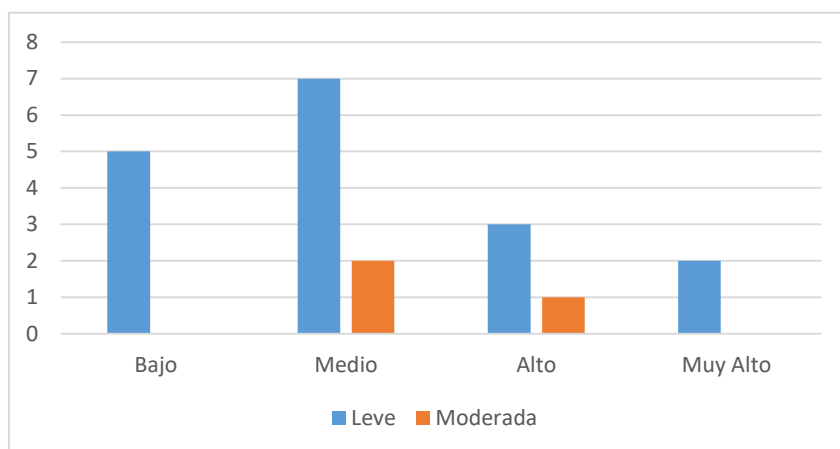


Figura 17. *Distribución de los pacientes con EII de acuerdo la Actividad de la Enfermedad (Y) y al Nivel de Satisfacción Sexual percibido (X)*

Niveles de satisfacción sexual percibidos y niveles de ansiedad por la enfermedad de los Pacientes con EII

A continuación se realizaría una descripción de los resultados obtenidos al relacionar los constructo satisfacción sexual percibida y ansiedad por la enfermedad en los Pacientes con EII, en donde se encontraron los siguientes hallazgos: de los 4 (20%) pacientes que reportaron tener un nivel de ansiedad por la enfermedad bajo, uno solo reporto tener baja percepción de satisfacción sexual, por otro lado 3 participantes con el mismo nivel de ansiedad por la enfermedad, mencionaron que tiene una satisfacción sexual percibida media. (Tabla 25 y Figura 18)

De los 5 (25%) participantes que tiene un nivel de ansiedad medio por la enfermedad, 2 de ellos indicaron baja percepción de satisfacción sexual, Adicionalmente 3 pacientes tienen una percepción entre media y muy alta de satisfacción sexual en la misma categoría de ansiedad por la enfermedad (Tabla 25 y Figura 18)

Por otro lado de los 11 (55%) pacientes con EII que tienes altas puntuaciones de ansiedad por la enfermedad, 7 poseen una percepción de satisfacción sexual entre baja y media; Adicionalmente 4 registran una percepción de satisfacción sexual entre alta y muy alta (Tabla 27 y Figura 18)

Tabla 27

Distribución de los pacientes con EII de acuerdo a los Niveles de Ansiedad por la Enfermedad y Nivel de Satisfacción Sexual Percibido

		<i>Ansiedad por la Enfermedad</i>			<i>Total</i>
		<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	
<i>Nivel de Satisfacción Sexual Percibido</i>	<i>Bajo</i>	1	2	2	5
	<i>Medio</i>	3	1	5	9
	<i>Alto</i>	0	1	3	4
	<i>Muy Alto</i>	0	1	1	2
<i>Total</i>		4	5	11	20

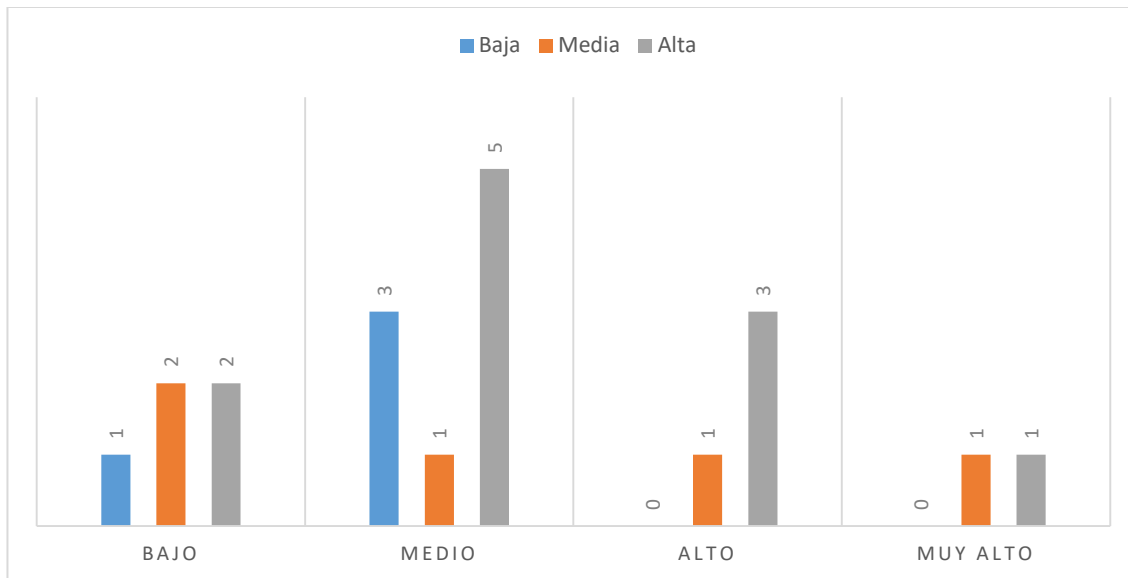


Figura 18. Distribución de los pacientes con EII de acuerdo a los Niveles de Ansiedad por la Enfermedad y Nivel de Satisfacción Sexual Percibido. En el eje (X) los indicadores del nivel de satisfacción sexual percibidos, eje (Y) indicadores del nivel de ansiedad por la enfermedad

Al explorar las respuestas de los pacientes, considerando la pregunta abierta *¿su vida sexual se ha visto afectada posterior al diagnóstico con EII?*, la respuesta más frecuente fue que la actividad sexual solo se ve afectada en **periodos de actividad de la enfermedad**, específicamente los pacientes reportan que las manifestaciones filológicas de la enfermedad hacen incomoda la realización del **acto sexual**, sin embargo los pacientes no reportaban anticipaciones aversivas que produzcan activación fisiológica y que interfiera con la satisfacción sexual percibida, la respuesta más frecuente se centran en el acto, dándole poca relevancia en el discurso de los pacientes entrevistados, a la satisfacción percibida. Así mismo algunos de los pacientes que reporta disminución en la actividad, en periodos de remisión, indican la percepción de alteraciones del cuerpo, como percepción de inflamación y/o dolor. En cuanto a los pacientes que reportaron que su vida sexual se vio afectada a partir del diagnóstico, mencionaron que la razón de esto aludía a falta de energía y las manifestaciones extra-intestinales

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados encontrados a través de las múltiples estrategias de recolección de datos ampliamente señaladas anteriormente y posterior a la descripción minuciosas de los hallazgos, en esta sección de la investigación se presentará una descripción de la relación entre los resultados encontrados y los aportes teóricos referidos, con la finalidad de incorporar conclusiones generales acerca del tema discutido que den respuestas a los objetivos de la presente investigación. De acuerdo con lo anterior describiremos la relación existente entre los constructos Ansiedad por la Enfermedad y Satisfacción Sexual Percibido en los pacientes con EII, del Hospital Vargas de Caracas.

Las EII son patologías complejas donde existen un conjunto de manifestaciones fisiológicas que afecta a los pacientes a nivel gastrointestinal y con signos físicos aversivos, en donde destaca las diarreas, incontinencia, sangres en las heces, dolor, Etc. Sin embargo, analizar esta enfermedad exclusivamente desde una perspectiva médica, haría que obviáramos elementos cruciales para entender la incidencia de la enfermedad en la vida del paciente, de esta forma el comportamiento del paciente en interacción con el medio, altera el curso de la enfermedad.

Ampliar el rango de elementos discutidos, indica a los especialistas de la salud, que el énfasis no debe ser exclusivo en la atención de sintomatología del paciente, además habría que considerar para realizar un abordaje adecuado el aporte de diferentes disciplinas, dentro de las que destaca la psicológica. Hallazgos como los de Altuve & Matos (2017), Del Amo Mateos (2015), Díaz-Sibaja, Comeche, & Mas Hesse (2006), González (2016), Vidal Hagemeyer, Gómez Gil, & Panés Díaz (2007), y Veitia, y otros (2012) sirven como base para las afirmaciones antes realizadas, asignándole a los factores psicológico una posición de relevancia como parte de los elementos de interacción necesarios para ilustrar la relación entre el comportamiento de los pacientes y las EII.

Ansiedad por la Enfermedad en Pacientes con EII

Los hallazgos presentes en la actual investigación, en función a los niveles de ansiedad por la enfermedad, indican que 16 de los 20 participantes tiene niveles de *Ansiedad Por La*

Enfermedad entre media y alta, lo cual corresponde con los hallazgos encontrados en Díaz-Sibaja, Comeche, & Mas Hesse (2006), quienes encontraron que cerca de la mitad de los participantes presentaban indicadores de ansiedad, estos resultados se refuerzan con los presentados por Altuve & Matos (2017), en la pacientes con EII venezolanos estudiados.

Los hallazgos anteriormente especificados, sirvieron para identificar la presencia de ansiedad como factores psicológicos en los pacientes venezolanos con EII, adicionalmente con los resultado de la presente investigación podemos caracterizar las dimensiones de la Ansiedad por la Enfermedad presente en estos pacientes, conociendo de esta forma que la Ansiedad por la Enfermedad es un factor psicológico característico de los pacientes con EII estudiados, presente con una intensidad o niveles entre medios o altos, en más de la mitad de los casos estudiados en Venezuela.

Otro de los hallazgos relacionados con el objetivo de conocer los niveles de ansiedad por la enfermedad de los pacientes con EII del Hospital Vargas de Caracas, es que existe la misma proporción de pacientes con diagnóstico de EC para cada nivel de ansiedad por la enfermedad. A diferencia de la CU, en donde podemos observar como existe mayor proporción de pacientes en el nivel más alto de ansiedad por la enfermedad; a pesar que la cantidad de pacientes en ambas entidades de la EII, no son equivalentes, podemos observar como en la CU, se concentran mayor proporción de paciente, en los niveles medios y altos de Ansiedad por la Enfermedad en comparación con la EC.

Estos hallazgos son contrarios a los referentes en la literatura por González (2016), en donde se presenta una recopilación de información, destacándose que los pacientes con EC tienen significativamente más ansiedad que los pacientes con CU. Sin embargo según lo reportado por Altuve y Matos (2017), con respecto al manejo de la ansiedad, podemos encontrar que existe mayor proporción de pacientes con CU con un manejo inadecuado de la ansiedad al compararlo con los pacientes que tienen EC. Por lo que las diferencias encontradas entre pacientes con CU y EC en cuanto a la Ansiedad por la Enfermedad corresponde con los hallazgos de estos investigadores.

Por otro lado podemos encontrar que ninguno de los participantes de sexo masculino, presentaron ansiedad por la enfermedad alta, sin embargo no se contó con la presencia de una

cantidad significativa de pacientes varones como para poder hacer una comparación válida, por otro lado a pesar que la mayoría de los participantes tiene sexo femenino, podemos destacar que la mayor proporción de pacientes femeninas con EII poseen altos niveles de ansiedad.

Al considerar el tiempo que tiene con el diagnóstico de EII los participantes, es destacable que exista mayor concentración de pacientes con alta ansiedad por la enfermedad en categorías de mayor tiempo de diagnóstico con EII, más concretamente se encontró en los participante que existe mayor ansiedad por la enfermedad a partir de 6 años con el diagnóstico, antes de este periodo encontramos pocos participantes registrados y la mayoría de los mismos registraba bajos niveles de ansiedad. Considerando que la ansiedad por la enfermedad es definida como la anticipación que realiza un individuo a una situación aversiva, daño, o desagrado futuro, es adecuado pensar que los pacientes que tienen más años de experiencias perciban la EII como una mayor amenaza, ya que han experimentado sus manifestaciones durante un periodo de tiempo mayor. Sin embargo esta afirmación contradice los hallazgos de Iglesias, y otros, (2009), quienes no encontraron relaciones entre los años de enfermedad y la ansiedad como factor psicológico.

Un elemento importante para la presente investigación, es la consideración de factores de interacción social para los pacientes con EII, por lo tanto exploramos temas vinculados con la relación de pareja, especialmente se indagó si los pacientes disponían de una pareja estable, al comparar sus respuestas con los niveles de ansiedad para la enfermedad, encontramos que la mayoría de los pacientes con EII que respondieron que mantenían una relación, tienen niveles de ansiedad por la enfermedad medios o altos, por lo cual es adecuado incorporar al análisis de los niveles de ansiedad por la enfermedad, las interacciones sociales. Sobre el tema Altuve y Matos (2017), reportan que la proporción de pacientes con EII que perciben el área social afectada en independencia de si reciben apoyo social o no es superior a la mitad. Estos hallazgos implican como una porción representativa de los pacientes disponen de apoyo social, sin embargo no lo discriminan como factores de protección ante la ansiedad por la enfermedad.

De los pacientes que reportaron tener pareja, podemos encontrar que al comparar los pacientes que tiene 6 años de relación o más, con los que tiene 5 años o menos, encontraremos mayores niveles de ansiedad por la enfermedad en el primer grupo, inclusive estos reportan ser en cantidad mayor a los que mencionan NO tener relación de pareja, con lo que se puede inferir que

el comportamiento del grupo de pacientes con EII es que mientras más años de relación reportan tener, muestran mayores índices de ansiedad por la enfermedad, reforzando la tesis, que los pacientes con EII, a pesar de poseer apoyo social no discriminan esto como un factor de protección.

La Actividad Inflamatoria se ha manejado como la alternancia entre periodos de actividad y remisión de las manifestaciones biológicas de la EII. Se ha descrito anteriormente, como es la enfermedad cuando está en fase activa, los pacientes manifiestan sangre en las heces, diarrea, dolor, incontinencia, fiebre, malestar general, pérdida de peso etc.

Esto produce alteraciones en la calidad de vida de los pacientes, lo que se refleja en la activación anticipatoria producto de la percepción de manifestaciones antes mencionadas y la relación de las mismas con situaciones aversivas, por lo que al comparar la actividad inflamatoria de los pacientes con los niveles de ansiedad por la enfermedad, encontramos resultados confirmatorios de la tesis anterior, ya que de los participantes que manifestaron actividad inflamatoria moderada, todos reportan niveles de ansiedad entre medios y altos por la enfermedad; por otro lado la activación anticipatoria por las consecuencias aversivas de la EII, se mantiene en periodos de remisión, a tal punto que solo 4 de 17 participantes mantuvieron un nivel bajo de ansiedad por la enfermedad, todos los demás presentaban esta activación anticipatoria a nivel medio y alto, a pesar de no tener actividad inflamatoria relevante.

A modo de conclusión sobre la ansiedad por la enfermedad en pacientes con EII, se puede resumir que es un factor que se presenta en más de la mitad de los participantes con EII estudiados, con una intensidad media o alta. Además es adecuado agregar que existen factores de interacción que aumentan la probabilidad de mantener estos niveles por la ansiedad, característicos para estos participantes, como tener un diagnóstico de CU, tener más de 6 años de diagnóstico, mantener una relación de pareja superior a 6 años y una actividad inflamatoria moderada o grave. Estos pueden considerarse factores de riesgos exclusivos de este grupo de participantes ya que estadísticamente no se puede generalizar los datos hallados con respecto a la ansiedad por la enfermedad a otros pacientes con EII.

Niveles de satisfacción sexual percibidos por los pacientes con EII

Las EII son enfermedades crónicas que requieren un nivel de ajuste del comportamiento del paciente para crear interacciones adecuadas a la exigencias del medio a partir del diagnóstico, esto hace que los pacientes vean alterada su calidad de vida dramáticamente; uno de los factores alterados en los pacientes crónicos y en específico de EII, es la sexualidad, no solo por el factor de cronicidad de la EII, si no por los ajustes comportamentales que los pacientes deben realizar que afectan su calidad de vida, por lo que se han visto comprometidos reforzadores sociales como las relaciones de pareja y la sexualidad, en diferentes fases como el deseo o la excitación sexual (Aguilar Pita, 2016; Peña Sánchez, 2006; Veitia, y otros, 2012; Casellas & López, 2007; Carrera Alonso, 2015; Álvaro, 2007). Estos hallazgos sirvieron como precedentes para la exploración de la sexualidad de los pacientes con EII, sin embargo existen variables cognitivas que se consideraban en menor proporción, las cuales son necesarias para darle una perspectiva adecuada al análisis.

Considerando lo anterior y con la intención de abordar adecuadamente los objetivos de la presente investigación, se lograron identificar los niveles de satisfacción sexual percibido en los pacientes con EII, encontrando que más de la mitad de los pacientes con EII tiene una percepción de su satisfacción sexual baja o media, para ser más específico 14 de 20 participantes consideran que su satisfacción sexual es baja o media. Estos resultados se ven reforzados por los hallazgos de Altuve y Matos (2017), quienes encontraron que aproximadamente el 80% de los participantes mostraban el área sexual afectada.

A pesar de que la cantidad de pacientes que participaron con CU es mayor la EC, podemos destacar que existe mayor proporción de pacientes con EC que se percibieron a si mismo con una satisfacción sexual baja o media. En cuanto a las CU se reportan resultados similares, la proporción de pacientes con baja o media satisfacción sexual percibida es mayor a la cantidad de pacientes con Satisfacción Sexual Percibida como alta o muy alta. Estos hallazgos son cónsonos con los presentados por Jede, Hood, & Keshavarzian (2015) quienes reporta que cerca de la mitad de los pacientes con EII tienen deterioro importante en su sexualidad y que esta alteración se mantiene más o menos estable en cada entidad de las EII.

En cuanto al sexo de los participantes en relación con la satisfacción sexual percibida, no se pueden hacer comparaciones satisfactorias por la cantidad de pacientes hombres que participaron en el estudio, sin embargo se puede concluir que los niveles de satisfacción sexual de los participantes de sexo masculino se mantuvieron bajo y medio. En cuanto a las participantes de sexo femenino, se encontró resultados similares, la porción más grande de participantes femeninas se inclinó hacia puntajes bajo y medios de satisfacción sexual percibida. Estos resultados se ajustan a lo encontrado en la literatura, Carrera Alonso (2015), menciona que el 66% de las mujeres y el 44% de los pacientes relacionaban la reducción de su actividad sexual al diagnóstico con EII. Por otro lado Jede, Hood, & Keshavarzian (2015), menciona que si existen diferencias significativas con respecto al sexo, sobretodo en el área afectada de la sexualidad.

Uno de los elementos destacados de la investigación fue la pregunta abierta, acerca de la opinión de los participantes sobre si creen que existe relación entre la sexualidad y el diagnóstico de EII, las respuesta obtenidas son muy similares a las reportadas por diferentes investigaciones, particularmente se puede mencionar que lo más frecuente fue que se ve afectada la sexualidad durante la fase activa de la enfermedad o brote, lo cual concuerda con lo reportado por Carrera Alonso (2015) y Altuve & Matos (2017). Adicionalmente se encontró preocupaciones acerca de inflamación, dolor, presencia de los síntomas, pensamientos intrusivos, disminución del deseo, lo que concuerda con lo reportado por Jedel, Hood & Keshavarzian (2015), Carrera Alonso (2015) y Altuve & Matos (2017). Esto hace que la percepción de la satisfacción sexual se vea alterada, interfiriendo en unas de las interacciones básicas del ser humano y por ende disminuyendo la calidad de vida en este aspecto.

En este punto es adecuado preguntarnos cuál es la relación entre el tiempo que se tiene con el diagnóstico de EII y la Satisfacción sexual percibida, sobre lo anterior se encontró que existe concentración mayor de pacientes con niveles bajos y medios de satisfacción sexual percibidos que tiene 6 años en adelante con el diagnóstico de la EII, cuando se comparan estos con los pacientes que tiene 5 años o menos podemos encontrar una concentración menor de pacientes mucho más dispersos en cuanto a la satisfacción sexual percibida. Con lo que se puede concluir para este grupo particular, que en la medida que se tiene mayor tiempo con la EII, hay mayores probabilidades de percibirse con un nivel de satisfacción sexual bajo o medio, datos muy similares a los encontrados en el constructo Ansiedad por la Enfermedad.

Otros de los hallazgos relevantes dentro de la investigación, es la relación existente entre la disposición de pareja y los niveles de satisfacción sexual, es adecuado recordar que los pacientes que reportaron no tener parejas fueron incluidos en la presente investigación, por tres motivos principales, se iniciaron sexualmente, mantuvieron relaciones sexuales durante los 6 meses antes que se realizara la investigación y el diagnóstico de EII fue informado en un periodo de tiempo superior a los 6 meses antes que se recogieran los datos.

A partir de esto se pudo encontrar puntajes bajos y medio de satisfacción sexual percibida en los pacientes que mencionaron no tener una relación de pareja estable; con lo que se puede inferir que a pesar de mantener relaciones sexuales esporádicas las mismas no se percibieron satisfactorias. De los pacientes que reportan tener pareja, se encontraron resultados similares, específicamente hubo mayor proporción de pacientes con una percepción baja y media que pacientes con una percepción alta o muy alta de su satisfacción sexual. Pudiendo existir la posibilidad de que existan variables ajenas a la pareja sexual que module la satisfacción percibida, como lo es la anticipación a eventos aversivos relacionados con la enfermedad.

Con respecto al tiempo de relación de pareja y la satisfacción sexual percibida, es interesante destacar que, como se ha venido describiendo existe una mayor proporción de pacientes con bajo y medio niveles de satisfacción sexual percibido, sin embargo existe una mayor proporción de paciente dentro de esta categoría que tiene 6 años o más con su pareja. Que es comparable en cuanto a cantidad de personas con los pacientes que reportaron no tener pareja y que igualmente su satisfacción sexual es baja o media. Esto indica que para este grupo de participantes existe una equivalencia, en cuanto a la cantidad de personas, entre la satisfacción sexual de un paciente que mantiene relaciones esporádicas percibidas como bajas o medianamente satisfactorias y pacientes con 6 o más años de relación de pareja.

Al considerar la distribución de los pacientes con EII de acuerdo la Actividad de la Enfermedad y al Nivel de Satisfacción Sexual percibido, se encontró que de los 3 pacientes con actividad moderada 2 de ellos reportaron tener una satisfacción sexual percibida como media y uno solo como alta, lo cual indica un resultado contradictorio a lo apuntado en la literatura, donde se manifiesta que durante los brotes se ve muy disminuido la actividad sexual, en cuanto a los pacientes con actividad leve o remisión, encontramos mayor proporción de pacientes con unas

percepción de satisfacción sexual baja y media que alta o muy alta. Lo cual corresponde con lo reportado por Altuve y Matos (2017), Carrera Alonso (2015), Jode Hood & Kashavarzian (2015).

Se puede agregar a modo de conclusión que se identificó que los niveles de percepción de satisfacción sexual en los pacientes con EII del hospital Vargas de Caracas estudiados, se mantiene en su mayoría entre bajo y medio, con presencia de pensamientos anticipatorios acerca de elementos aversivos de la enfermedad. En donde se pueden especificar algunos factores de riesgo como la cantidad de tiempo con el diagnóstico, específicamente se observaron más casos de percepción baja o media de satisfacción sexual después de los 6 años, además de estos es de especial atención considerar las cogniciones anticipatorias de manifestaciones aversivas características de las EII.

Niveles de ansiedad por la enfermedad y satisfacción sexual percibida

Uno de los elementos frecuentemente mencionados a lo largo de la investigación es la complejidad para estudiar la sexualidad desde una perspectiva unitaria, es adecuado recordar que la sexualidad no solo se ve alterada cuando es relacionada con patologías crónicas, también se relaciona con elemento de la calidad de vida relacionada con la salud y como constructo modulado en relación con manifestaciones psicológicas como la ansiedad, de acuerdo a esto último Carrobbles, Gamez-Guadix & Almendros (2011), y Altuve & Mato (2017), pudieron determinar que existe una relación entre puntuaciones altas en ansiedad por la ejecución y menor grados de satisfacción sexual, lo cual ocurre acompañado de pensamientos intrusivos relacionados con aparición de manifestaciones aversivas, en el caso de pacientes con EII durante la anticipación del acto.

Considerando lo anterior se encontraron los siguientes resultados, 10 de los 20 pacientes con EII tienen niveles medios y altos de ansiedad por la enfermedad que se relacionan con niveles de satisfacción percibida media o baja. El resto de los participantes se distribuye equitativamente en las otras categorías, con lo que se puede observar una tendencia en este grupo de participantes estudiados, en donde niveles altos de ansiedad por la enfermedad se relacionan con niveles medios y bajos de satisfacción sexual percibida, hallazgos que corresponden con lo propuesto por Carrobbles, Gamez-Guadix & Almendros (2011), quienes reporta que puntuaciones altas en ansiedad de ejecución y distracción corporal se asocia con una menor satisfacción.

Estas distracciones corporales se pueden asociar con los hallazgos en la presente investigación, señaladas en las preocupaciones por la ejecución, distracciones por manifestaciones intestinales, anticipación de dolor, miedo a la incontinencia descritos además por Altuve & Matos (2017).

De esta manera podemos describir como la anticipación a manifestaciones fisiológicas relacionadas con la de la enfermedad EII, está asociada con la ansiedad por la enfermedad lo cual a su vez disminuye la satisfacción sexual percibida en la mitad de los pacientes con EII estudiados. Dado que esta Ansiedad por la Enfermedad, está presente en independencia a la actividad inflamatoria, es adecuado pensar que los pensamientos aversivos acompañan a los pacientes en su cotidianidad, convirtiéndose en un elemento modulador de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con EII y afecta la satisfacción sexual percibida a aproximadamente la mitad de los pacientes con EII del Hospital Vargas de Caracas que participaron en este estudio.

VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados reportados constituyen evidencia para analizar la relación existente entre los niveles de ansiedad por la enfermedad y niveles de satisfacción sexual percibida en los pacientes con EII del Hospital Vargas de Caracas, sin embargo se tiene que tener en cuenta las limitaciones de la presente investigación.

En primer lugar que los participantes tenían que reunir una serie de características para ser incluidos dentro del grupo estudiado, como tener EII en cualquiera de sus entidades CU o EC, lo cual hace que el alcance de la investigación se vea limitada.

Por otro lado la cantidad de participantes es una de las mayores limitaciones de esta investigación, se contó con un grupo de pacientes muy reducidos que no permitía comparaciones significativas, ni aplicar estadísticos de correlación, por lo que una de las recomendaciones va dirigida a aumentar la cantidad de participantes para realizar comparaciones significativas para la población de pacientes con EII en Venezuela.

Por otro lado unas de las limitaciones encontradas fue la poca participación de pacientes varones, esto limita la posibilidad de realizar comparaciones adecuadas entre sexos con respecto a la ansiedad y percepción de satisfacción sexual; pasa lo mismo con la cantidad de pacientes con EC que participaron en la investigación, la cual fue mucho menos que los participantes con CU.

Como recomendación se plantea que para próximas investigaciones se haga un esfuerzo para que las diferencias en función a la cantidad de participantes corresponda con la prevalencia de estas entidades a nivel local o mundial, es decir, que se haga un esfuerzo para incorporar suficientes pacientes en cada entidad de la EII, para corresponder a la prevalencia de ambas entidades.

Uno de los elementos limitantes de esta investigación fue la utilización específica de instrumentos psicométricos que no tiene una adaptación a la población venezolana, para futuras investigaciones y con el fin de evitar sesgos en los resultados encontrados, sería adecuado utilizar instrumentos adaptados a la población en donde se realice la investigación, además sería pertinente incluir entrevistas semiestructuras de mayor amplitud, para obtener información cualitativa que aumente los hallazgos a partir de los instrumentos psicométricos.

De los hallazgos más relevantes encontramos que la activación anticipatoria de los pacientes con EII que afecta a la percepción de la satisfacción sexual, viene acompañada de pensamientos aversivos relacionados con las manifestaciones de la EII, que acompañan a los pacientes en independencia a la actividad inflamatoria en cerca de la mitad de los casos estudiados, sería pertinente evaluar el contenido de estos pensamientos, con la finalidad de elaborar una caracterización del contenido de estos pensamientos y su relación con las manifestaciones psicológicas y de calidad de vida.

Otras de las recomendaciones ofrecidas son evaluar los hallazgos aquí reportados en otras entidades gastrointestinales tales como: Síndrome de Intestino Irritable (SII), Síndrome de Behcet, Colón Irritable, entre otras. Además de replicar este tipo de estudio bajo diferentes circunstancias ambientales, considerando el contexto económico, alimenticio y acceso a medicamentos, para determinar el impacto de estos factores en la actividad inflamatoria de los pacientes con enfermedades gastroenterológicas.

IX. REFERENCIAS

- Aguilar Pita, J. (2016). Calidad de Vida y Perspectiva Personal de la Enfermedad en Personas con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Tesis de Grado*, Universidade Da Coruña, Facultad de Enfermería e Podoloxía.
- Ahumada, S., Luttges, C., Molina, T., & Torres, S. (2014). Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 278-84.
- Altuve, H., & Matos, A. (2017). Análisis De Los Factores Psicológicos Asociados A La Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Tesis Grado*, Universidad Central de Venezuela.
- Álvaro, A. A. (2007). Sexualidad y enfermedades crónicas. *Rev Int Androl*, 22-8.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Chicago:EEUU: American Psychiatric Pub.
- Becoña, E., & Vázquez, F. (2000). Psicología de la salud: Antecedentes, desarrollo estado actual y perspectivas. En L. Oblitas, *La Psicología de la Salud* (págs. 11-53). Mexico: Plaza y Valdez, S.A de C.V.
- Bernstein, C. N., Fried, M., Krabshuis, J. H., Cohen, H., Eliakim, R., & Sedail, S. (2009). Enfermedad Inflamatoria Intestinal: una perspectiva global. . *Guia Mundial de la OMGE para el manejo de la EII*, 18-19.
- Carrera Alonso, E. (2015). Impacto de la Enfermedad Inflammatoria Intestinal Sobre la Sexualidad. *Tesis Doctoral*, Universidad de Alcala.
- Carrobles, J. A., Gámez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27-34.
- Casellas, F., & López, J. (2007). Calidad de Vida en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En M. Gassull, F. Gomollón, A. Obrador, & J. Hinojosa, *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (págs. 527-539). Madrid: Aran Ediciones, S.L.
- Del Amo Mateos, B. (2015). Abordaje psicológico del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal. *Tesis de Grado*, Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid, España.
- Díaz-Sibaja, M., Comeche Moreno, M., Mashesse, B., Díaz-García, M., & Vallejo Pareja, M. (2008). Enfermedad inflamatoria intestinal: Enfermedad inflamatoria intestinal:. *Apuntes de Psicología*, 91-102.
- Díaz-Sibaja, M., Comeche, M., & Mas Hesse, B. (10 de Abril 2017 de 2006). Tratamiento Psicológico en Grupo de las Enfermedades Intestinales. *Psiquiatria.com*, (3), 10. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com/psicosomatica/tratamiento-psicologico-en-grupo-de-las-enfermedades->
- García-Lopez, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., & Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud. *CES Psicología*, 70-93.
- Ghazi, L. j., Patil, S. A., & Cross, R. K. (2015). Sexual dysfunction in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 939-47.

- González, M. (2016). Factores psicosociales asociados con la calidad de vida en las enfermedades inflamatorias del intestino. *Revista Gen*, 28-40.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Mad. (2008). *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. Madrid: UETS N° 2006/10.
- Hernández, R., Frenández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de Investigación*. D.F: Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Iglesias, M., Barreiro de Acosta, M., Vázquez, I., Figueiras, A., Nieto, L., Lorenzo, A., & Domínguez-Muñoz, J. (2009). Impacto psicológico de la enfermedad de Crohn en pacientes. *REV ESP ENFERM DIG*, (4)(101), 249-257.
- Jedel, S., Hood, M., & Keshavarzian, A. (2015). Getting Personal: A Review of Sexual Functioning, Body Image, and their Impact on Quality of Life in IBD Patients. *Inflamm Bowel Dis.*, 923-938.
- Martin, C. M. (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Univ. Psychol*, 177-192.
- Mendoza, J. L., Lana, R., & Diaz-Rubio, M. (2007). Definiciones y Manifestaciones Clínicas Generales. En M. Gassull, F. Gomollon, A. Obrador, & J. Hinojosa, *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (págs. 21-29). Madrid: Aran Ediciones, S.L.
- Morales, F. (1999). *Introducción Al Estudio De La Psicología De La Salud*. Mexico: Editorial UniSon.
- Nos Mateu, P. (2007). Índice de actividad en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En M. Gassull, F. Gomollon, J. Hinojosa, & A. Obrador, *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (págs. 199-208). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *DOCUMENTOS BÁSICOS*. (48, Ed.) Ginebra: Suiza: Ediciones de la OMS.
- Paredes-Mendez, J. & et al. (2016). Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Rev. gastroenterol. Perú [online]*, 36, 209-218 n.3. Recuperado el 10 de 4 de 2017, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v36n3/a04v36n3.pdf>
- Peña Sánchez, M. (2006). Estudio de la Calidad de Vida en Pacientes Ambulatorios con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Tipo Colitis Ulcerosa Ideopática. *Tesis de Doctorado*, Universidad De Granada, Facultad de Medicina, España.
- Pérez Triviño, F. (2013). Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) en Usuarios de Redes Sociales. *Tesis de Maestría*, Universidad de Almería.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Univ. Psychol*, 19-31.
- Ribes, E. (2011). *Psicología y Salud. Un Anlisis Conceptual*. Mexico: Trillas.

- Rico, J., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una Muestra de Pacientes con Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 73-86.
- Santos Iglesias, P., Sierra, J. C., García, M., Martínez, A., Sánchez, A., & Tapia, M. I. (2009). Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 259-273.
- Sicilia Aladrén, B., Gassull, M., & Gomollón, F. (2007). Epidemiología de las enfermedades inflamatoria intestinal. Factores ambientales internos y externos en su patogenia. En M. Gassull, F. Gomollón, A. Obrador, & J. Hinojosa, *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (págs. 29-50). Madrid: Aran Ediciones, S.L.
- Sociedad Venezolana de Gastroenterología, y Grupo Venezolano de EII. (2013). Guía Práctica Clínica Venezolana sobre Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Recuperado el 10 de Marzo de 2017, de http://www.sovegastro.org/pdf/libros/guia_practica/guia_practica
- Veitia, G., Pernalet, B., La Cruz, M., Aldana, G., Lisbeth, C., Istúriz, R., . . . Esquerre, I. (2012). Percepción de Calidad de Vida Determinada por Ibdq-32, en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Revista GEN*, 155-159.
- Vidal Hagemeyer, A., Gómez Gil, E., & Panés Díaz, J. (2007). Aspectos Psicológicos y Sociales de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En M. Gassull, F. Gomollón, A. Obrador, & J. Hinojosa, *Enfermedad Inflamatoria* (págs. 569-579). Madrid: Aran Ediciones, S.L.

X. ANEXOS

Anexo 1. Lista de sustancias que Alteran el Funcionamiento Sexual

Psicotropos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antidepresivos: IMAO (fenalzina) tricíclico (imipramina, amitriptilina), ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina). ▪ Ansiolíticos: diazepam, alprazolam. ▪ Antipsicóticos: clorpromazina, haloperidol, tioridazina, risperidona.
Terapia hormonal	Análogos GnRh, progestágenos, antiandrógenos
Citostáticos	Ciclofosfamida, taxanos platinos
Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diuréticos: tiazidas, espironolactona. ▪ Antihipertensivos de acción central: metildopa, clonidina. ▪ Alfa bloqueantes: propanolol, labetalol, atenolol. ▪ IECA: captopril, enalapril, lisinopril ▪ ARA-II: losartán, valsartán. ▪ Antagonistas del calcio: dihidropinas, verapamilo, diltiazem. ▪ Vasodilatadores: hidralazina, minoxidil
Antagonistas H2	Cimetidina, ranitidina, famitidina
Hipolipemiantes	
Drogas de abuso	Alcohol, cocaína, heroína

Anexo 2. Entrevista Semiestructurada para los pacientes con EII

Iniciales del Entrevistados:											
Edad		Tipo de EII	C	U	I	Sexo	Masculino		Femenino		
Año en que le fue diagnosticada la EII						¿Pose Pareja Actualmente?					
Enfermedad Concomitante											
						¿Cuánto tiempo tiene de relación con su pareja?					
Fármacos que Consume Actualmente											
						¿Se ha iniciado sexualmente con su pareja actual u otro anterior a esta?					
Cirugías Previas											
¿Consume alcohol, cigarrillo o algún tiempo de droga?						¿Ha tenido relaciones sexuales luego que le diagnosticaron la EII?					
¿Le han diagnosticado alguna tipo de disfunción sexual?											
¿Considera Usted que su Vida Sexual se Vio Afectada Posterior al Diagnóstico con EII?											

Anexo 3. Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Sub Escala de Ansiedad (EADG)

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

≥ 2 : Depresión probable

Anexo 4. Nueva Escala Satisfacción Sexual (NSS)

Piense en su vida sexual durante los últimos seis meses. Por favor, valore su satisfacción sobre los siguientes aspectos

Nada satisfecho/a, Poco satisfecho/a, Satisfecho/a, Muy satisfecho/a, Extremadamente satisfecho/a.

MUJER/HOMBRE	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho
La intensidad de su excitación sexual					
La calidad de sus orgasmos					
Su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales					
Su concentración durante la actividad sexual					
La manera en la que reacciona sexualmente ante su pareja					
El funcionamiento sexual de su cuerpo					
Su apertura emocional durante sus relaciones sexuales					
Su estado de humor después de la actividad sexual					
La frecuencia de sus orgasmos					
El placer que proporciona a su pareja					
El equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo					
La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual					
La iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual					
La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo					
La entrega de su pareja al placer sexual("desinhibición")					
La forma en la que su pareja tiene en cuenta sus necesidades sexuales.					
La creatividad sexual de su pareja					
La disponibilidad sexual de su pareja					
La variedad de sus actividades sexuales					
La frecuencia de su actividad					

Anexos 5. Índice De Actividad Inflamatoria De Harvey-Bradshaw Para Pacientes Con Enfermedad De Crohn

Estado general	Muy bueno 0	Regular 1	Malo 2	Muy malo 3	Terrible 4			
Dolor	No 0	Ligero 1	Moderado 2	Intenso 3				
Número deposiciones diarreicas								
Masa	No 0	Dudoso 1	Definida 2	Definida dolorosa 3				
Extra-intestinal	Eritema nodoso 1	Pioderma gangrenoso 1	Artralgias 1	Aftas 1	Uveitis 1	Absceso 1	Fístula anal 1	Otra fístula 1

Índice de actividad inflamatoria de Harvey-Bradshaw para los pacientes con Enfermedad de Crohn ⁽¹³⁴⁾

Anexo 6. Índice De Actividad Inflamatoria De Litchiger Para Los Pacientes Con Colitis
Ulcerosa

Dato clínico	Puntuación
<p>Número de deposiciones diarreicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-2 ▪ 3-4 ▪ 5-6 ▪ 7-9 ▪ >10 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3 ▪ 4
<p>Diarrea nocturna</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No ▪ Sí 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ▪ 1
<p>Rectorragia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nada ▪ En menos de la mitad ▪ En más de la mitad ▪ En todas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3
<p>Incontinencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No ▪ Sí 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ▪ 1
<p>Dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No ▪ Leve ▪ Moderado ▪ Grave 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3
<p>Estado general</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfecto ▪ Muy bueno ▪ Bueno ▪ Regular ▪ Malo ▪ Terrible 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3 ▪ 4 ▪ 5
<p>Dolor abdominal a la exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No ▪ Leve y localizado ▪ Moderado y difuso ▪ Grave o rebote 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3
<p>Antidiarreicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No ▪ Sí 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 ▪ 1

Índice de actividad inflamatoria de Lichtiger para los pacientes con colitis ulcerosa ⁽¹³⁵⁾