



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA
HOSPITAL MILITAR CARLOS ARVELO**

**VALORACIÓN DE LA SEXUALIDAD SEGÚN ESCALA ASEX EN
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA**

**Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista
en Psiquiatría**

María E. Salgado Mendieta

Tutor: María Elena Sánchez

Caracas, Noviembre de 2013

Dra. María Elena Sánchez
Tutora

Dra. Ileana Montero
Directora del Curso de Postgrado
de Psiquiatría y Psicología Clínica
Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”

Dr. José Lisandro Pabón
Coordinador del Curso de Postgrado
de Psiquiatría y Psicología Clínica
Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos

A mis bisabuelas Rosa Esmeralda y Ramona Valentina en la Eternidad

A Dios Todopoderoso

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
METODOS	8
RESULTADOS	12
DISCUSION	15
AGRADECIMIENTO	25
REFERENCIAS	26
ANEXOS	31

Valoración de la sexualidad según escala ASEX en pacientes en hemodiálisis crónica

María Estela Salgado Mendieta, C.I. V-14.548.721. Sexo: Femenino, E-mail: marsalg-81@hotmail.com. Telf: Dirección: Hospital Militar Carlos Arvelo. Curso de Especialización en Psiquiatría.
Tutor: **María Elena Sánchez**, C.I. 4.378.301. Sexo: Femenino, E-mail: mariel475@hotmail.com. Telf: 0416-0660162 / 0261-7933739. Dirección: Hospital Psiquiátrico de Maracaibo. Especialista en Psiquiatría.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la frecuencia de disfunción sexual(DS) en pacientes en hemodiálisis (HD) en el país. **Métodos:** Se estudiaron 62 pacientes adultos (21 de ellos mujeres) en HD en 2 centros de Maracaibo, sexualmente activos y con pareja. Se analizaron datos clínicos y demográficos. Se utilizó la Escala de Sexualidad ASEX para medir DS y el BID para despistaje de depresión. **Resultados:** Se encontró que 22,5 % de los pacientes presentaban scores sugerentes de DS. La correlación score ASEX/score BDI fue altamente significativa ($p < 0.0002$). Edad > 42 años se asoció a mayor frecuencia de DS ($p = 0.0147$). Igualmente, la albúmina sérica se correlacionó marginalmente con los puntajes ASEX ($p=0.063$). **Discusión:** Se corrobora la estrecha relación entre DS y depresión. La edad es sin duda un factor coadyuvante. La correlación DS/albumina sérica sugiere más severidad de la enfermedad subyacente que estado nutricional como confector en la DS. La frecuencia de DS fue menor que lo previamente reportado. **Recomendaciones:** Futuros estudios con número mayor de casos de otras regiones del país.

Palabras clave: *Hemodiálisis crónica, disfunción sexual, escala ASEX*

ABSTRACT

Evaluation of sexuality using ASEX scale in chronic hemodialysis patients

Objectives: Sexual dysfunction (SD) assessment in hemodialysis (HD) patients. **Methods:** the study was done in 62 sexually active HD patients, 21 of them females, on chronic HD in 2 units of Maracaibo. Clinical and demographical date was analyzed. ASEX scale was used to assess sexuality. Beck Depression inventory (BDI) was used to detect depression. **Results:** 22.5 % of the studied patients had SD. Both ASEX and BDI scores were highly correlated ($p < 0.0002$). Significant association ($p < 0.0147$) of SD with age was found. SD also marginally correlated with serum albumin ($p = 0.063$). **Discussion:** A close relationship between SD and depression was found which is consistent with the findings of previous studies. SD is also negatively influenced by age ($p = 0.0147$). SD inversely correlated with serum albumin levels ($p = 0.063$) possibly suggesting severity of underlying disease rather than nutritional status. **Recommendations:** Larger similar studies in other regions of the country.

Key words: *Chronic hemodialysis Sexual dysfunction ASEX scale*

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación de estudio

La enfermedad es sinónimo de fracaso de los mecanismos de adaptación, físicos, psíquicos, sociales y cuando una persona cae enferma ello comporta una ruptura con la normal actividad que realiza en su vida social. Una de las esferas más vulnerables en el contexto de la enfermedad es la sexualidad, la cual es un aspecto clave en la sensación de bienestar general y que es más que sexo físico pues incluye pensamientos, sensaciones, sentimientos, atracción, sensualidad, placer, intimidad, confianza, comunicación, amor y afecto, afirmación de la propia masculinidad o feminidad, y respeto por la vida. La sexualidad es pues una afirmación de la vida en conexión o cercanía con los demás.

La adaptación a la sexualidad es el proceso por el cual los individuos expresan satisfacción con su sexualidad y esta adaptación está asociada a la esperanza, que es un factor importante para su adaptación positiva.¹ Todo lo mencionado anteriormente nos permite tener una idea global de lo que es la sexualidad: un concepto muy complejo y subjetivo que ha venido cambiando con el tiempo y que debe ser entendido bajo la perspectiva de cada individuo.² La pérdida de la salud sexual en el marco de la enfermedad da origen a una disfunción sexual (DS) que se manifiesta como ausencia o disminución del deseo sexual, la disfunción orgásmica, la dispareunia, el vaginismo, la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, etc.³ Las causas de estos problemas pueden ser muy diversas y muchas veces, a la causa orgánica subyacente se suelen añadir otros factores psicológicos que hacen más complejo el cuadro disfuncional.³

El nivel de satisfacción con la propia sexualidad influye de forma determinante en la adaptación de quienes están crónicamente enfermos.⁴ Por el contrario, si se produce alteración concomitante de la sexualidad, el paciente puede desarrollar la percepción de sentirse “traicionado” por su propio cuerpo. Un elevado sentido de traición puede a su vez conducir a la comparación por parte del paciente del propio

sentido de sí mismo con la construcción o concepción de lo que la sociedad considera ser un hombre o una mujer. De esta comparación puede generarse una subvaloración de su propio carácter de hombre o de mujer. A su vez, una percepción disminuida de sí mismo puede alterar su proceso adaptativo y la aceptación de la enfermedad llevando a la pérdida de la esperanza.^{5,6}

Justificación e importancia

La sexualidad puede estar afectada en grado variable en individuos que sufren de enfermedades crónicas, tales como patologías cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, trastornos hematológicos o endocrinos, enfermedades psiquiátricas, etc. La toma de algunos medicamentos y el abuso de alcohol, tabaco, drogas, etc. puede contribuir a hacer más severa esta afectación. Pero, en muchas ocasiones, causas psicológicas como *stress*, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, inferioridad o baja autoestima, temor a "no poder" en el momento del acto sexual, etc., juegan un papel preeminente en la DS de un paciente crónico.³

Entre las enfermedades crónicas, la insuficiencia renal crónica (IRC) ha venido adquiriendo mucha relevancia epidemiológica por ser una patología que afecta a una proporción cada vez más significativa de la población mundial. Se estima que actualmente uno de cada 9 adultos tiene algún grado de IRC.⁷ El paciente sometido a tratamiento hemodialítico no sólo está afectado de un determinado órgano del cuerpo; sino que elige el cuerpo mismo como medio de expresión con el mundo, sin poder separar las partes sanas del mismo.⁵ Se ve sometido a permanentes pérdidas y la intensidad de la crisis emocional que sobreviene dependerá por un lado de la modalidad del comienzo del tratamiento de la enfermedad y de los mitos y creencias que conlleva la modalidad del tratamiento.⁸ Trabajar la aceptación de la enfermedad y del tratamiento requiere de un proceso de luto. Las cinco etapas que constituyen el proceso de muerte: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación/resolución pueden aplicarse aquí.^{9, 10} Para los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis (HD) esta capacidad de

realizar el luto supone mucho más que tolerar ser conectado a la máquina como principal factor para aliviar sus dificultades. También incluye trabajar conflictos antiguos, comprometerse con su nueva imagen corporal, muchas veces alejarse de los familiares y del hogar, de los amigos, del trabajo; en fin, asumir una nueva identidad, la de enfermo renal crónico en tratamiento de HD.^{11, 12} Comorbilidades como diabetes, HTA, cardiopatía isquémica, anemia, alteraciones hormonales, etc., así como la depresión y la ansiedad, constituyen causas que per se o de forma sobre agregada causan DS en estos pacientes.³ La diabetes, por ejemplo, puede provocar trastornos de erección e impotencia en hombres y anorgasmia, vaginitis o dispareunia en mujeres. La HTA puede afectar la sexualidad tanto como causa de enfermedad arterial oclusiva periférica con disfunción eréctil subsecuente y una disminución de la libido en ambos sexos, como por los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva. Puede además haber miedo a crisis hipertensiva durante la relación sexual. Las alteraciones cardíacas en el marco de la IRC pueden afectar directa o indirectamente a la función sexual. La insuficiencia cardíaca en pacientes con IRC limita la actividad física e incide negativamente en la actividad sexual. Adicionalmente, las medicaciones indicadas para esta patología pueden reforzar la aparición de disfunciones sexuales.³ La anemia secundaria que padecen la mayoría de pacientes en diálisis produce una serie de síntomas como astenia, fatiga, taquicardia, etc. que limitan funcionalmente al paciente e incide de forma negativa en su sexualidad.

Antecedentes

La prevalencia de problemas de sexualidad parece ser significativamente mayor en pacientes en HD crónica comparado con pacientes con otras modalidades de terapia dialítica o de reemplazo renal, como Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC), o en pacientes trasplantados renales, o pacientes con IRC que aún no requieren tratamiento dialítico.^{13, 14} Dailey y cols¹⁵ sostiene que la IRC y la HD como terapia sustitutiva tienen un efecto de suma sobre la sexualidad. Este mismo autor asevera además que la expresión de los sentimientos sexuales y necesidades en el contexto de una relación de pareja significativa puede influenciar

positivamente el apego del paciente al régimen de HD y la percepción individual de esperanza.

Además de los problemas físicos, los pacientes en HD se encuentran expuestos a varios tipos de estrés psicológico como la dependencia del procedimiento, el cual implica estar sometido a un tratamiento llamado HD 3 veces por semana de aproximadamente 4 horas de duración de un centro y de un personal médico, la sujeción a un régimen dietético y a la toma de medicación, la existencia de pérdidas varias (trabajo, libertad, esperanza de vida, etc.), y la DS asociada.³ La respuesta psicológica de cada paciente dependerá de su personalidad, del grado de apoyo familiar y social y del curso de la enfermedad. La complicación psicológica más frecuente en los pacientes en diálisis es la depresión que produce síntomas como trastornos del sueño, falta de apetito y una disminución del interés y la capacidad sexuales. La irritabilidad y la ansiedad son también frecuentes. La dificultad para reincorporarse al trabajo e incluso su pérdida tienen una gran importancia psicológica.³ En resumen, el paciente con IRC en HD es pues el paradigma más emblemático de cómo tanto la enfermedad crónica como su respectivo tratamiento pueden interferir no solamente con la sexualidad física y psicosocial sino también suelen disminuir la autoafirmación por la vida y el contacto con otros.⁶

Marco teórico

En Venezuela, no existen estudios previos sobre cómo se ve afectada la salud sexual en pacientes en HD, pese a que ésta última constituye la modalidad de tratamiento más frecuente en nuestro país. Como resultado, poco se sabe acerca de los efectos psicosociales de la terapia hemodialítica sobre la sexualidad y la vida marital en pacientes venezolanos. Un factor importante que ha determinado la ausencia de estudios que se ocupen del aspecto de la sexualidad de estos pacientes, es que el tratamiento de los problemas “físicos” del paciente, como el manejo de las complicaciones urémicas, las infecciones intercurrentes y los

problemas con el acceso vascular son considerados tanto por el paciente como por el personal médico tratante como algo preeminente. Otro aspecto que ha contribuido al desconocimiento acerca de la sexualidad en pacientes en diálisis y el impacto real de la IRC y la terapia en la sexualidad, es el hecho de que la mayor parte de la investigación de la sexualidad en estos pacientes se ha concentrado en la disfunción eréctil, es decir, en un aspecto del problema en los pacientes del sexo masculino.^{16, 17} Sin embargo, los resultados de algunos estudios muy significativos ha corroborado la elevada frecuencia de los problemas de sexualidad en pacientes de ambos sexos y que se requiere un abordaje integral del problema para poderles ayudar de forma más efectiva.^{17, 18}

Tomando los datos de un registro regional fiable, como lo son los datos del registro renal del Reino Unido (UK Renal Registry), para el año 2007, la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica en diálisis fue de 110 nuevos casos por millón de habitantes¹⁹ con una prevalencia de unos 759 casos por millón.²⁰ Si extrapolamos esos datos a la población mundial calculada en más de 6 mil millones a inicios de este siglo, tendríamos un estimado de más de 45 millones de pacientes con IRC y unos 660.000 nuevos casos cada año en todo el mundo. Para Venezuela, la proyección de estos datos, con una población estimada en 30 millones de habitantes nos da una cifra de casi 23 mil pacientes en HD con un crecimiento anual de 3.300 nuevos casos cada año. Las cifras oficiales en Venezuela reportan no obstante que para el 24 de Octubre de 2012 se encontraban un total de 12.300 pacientes en HD y 2.349 en diálisis peritoneal ambulatoria crónica (DPAC).²¹ Por consiguiente, se trata de un grupo poblacional significativo que requiere de atención psicológica y psiquiátrica para el despistaje y tratamiento de los problemas de la sexualidad, con el fin de reducir las repercusiones físicas y emocionales de la IRC y de la HD, no solamente en el paciente mismo y en la díada marital sino también en el núcleo familiar.

La fundamentación del presente estudio es por lo tanto más que válida y constituye el primero de su tipo en una población de pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de HD en Venezuela. El propósito esencial del mismo sería

tanto el despistaje de trastornos de la sexualidad en pacientes en HD y la influencia de diferentes factores, como datos demográficos, comorbilidades y la depresión.

Hipótesis

1. La mayoría de los pacientes con ERCT en HD tiene algún grado de DS siendo la depresión el factor más importante en su génesis.

Objetivos Generales

1. Determinar la prevalencia de DS en pacientes en HD crónica.
2. Despistaje del grado de depresión en estos pacientes.

Objetivos específicos

1. Establecer la asociación entre trastornos de la sexualidad y depresión.
2. Establecer el impacto de factores orgánicos (Hb, Hcto, albúmina sérica, creatinina, índice de masa corporal) en la DS.
3. Identificación de las otras comorbilidades (por ejemplo, Diabetes mellitus, edad, tiempo de HD, etc.) en la génesis de la DS.

Aspectos éticos

El protocolo de estudio fue aprobado por el comité de bioética de las instituciones donde se llevó a cabo el estudio y se obtuvo el consentimiento por escrito de cada paciente antes de su inclusión en el estudio, cumpliendo con los criterios establecidos por la Declaración de Helsinki, apoyándonos en revisiones científicas éticas y aprobadas, con el compromiso de beneficencia a toda la población incluida.

METODOS

Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, comparativo y analítico,

Población y muestra

El estudio se realizó entre el 01-09-2012 y el 31-01-2013 en pacientes adultos de ambos sexos con IRC de diferente causa en tratamiento hemodialítico crónico tanto en el Centro de Diálisis de Occidente como en la Unidad de Diálisis El Sol, Fresenius Medical Care, que son dos centros extra hospitalarios de HD ubicados en la ciudad de Maracaibo.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con edades comprendidas desde los 18 a los 60 años, con pareja, que refirieran estar sexualmente activos (historia de actividad sexual durante la semana previa al estudio incluyendo el día en que se realizó la evaluación)
2. Pacientes sin trastorno de su estado mental con disposición a colaborar con las pruebas y estuvieran de acuerdo con la evaluación de manera expresa y a través del consentimiento informado expresado verbalmente y por escrito.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con deterioro importante de su estado de salud o nutricional.
2. Pacientes con analfabetismo.
3. Pacientes con dificultades para la lectura (por patología ocular).
4. Pacientes con dificultades para entender las instrucciones de la evaluación.
5. Pacientes cursando con cuadro clínico agudo (infección, gastritis, isquemia cardíaca, etc.
6. Pacientes bajo terapia con psicotrópicos.
7. Pacientes hipertensos en terapia con minoxidil, betabloqueantes o clonidina.
8. Pacientes con datos clínicos de insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica.

9. Pacientes menores de 18 y mayores de 60 años.

Procedimientos

Los datos clínicos se obtuvieron de los archivos digitales y la historia de HD de cada paciente. Se recolectaron la edad, sexo, índice de masa corporal, tiempo en HD, causa de IRC, hemoglobina, hematocrito, creatinina sérica y albúmina. Para cálculo del IMC se consideró el llamado “peso seco o ideal”, es decir, el peso del paciente en ausencia de edemas, ascitis, derrames pleurales, etc., que es el que debería de alcanzarse post HD. De acuerdo con el IMC obtenido se clasificaron los pacientes en cuatro categorías:

- Peso bajo: <18.5
- Peso normal = $18.5-24.9$
- Sobrepeso: = $25-29.9$
- Obesidad = $IMC \geq 30$

En el caso de los parámetros de laboratorio cada valor representaba el promedio de las dos determinaciones más recientes. Los controles de laboratorio en pacientes en HD se realizan usualmente con intervalos de 3 meses.

- Se definió la DS como un problema en el ciclo de respuesta sexual o dolor durante el coito. Se enumeran siete distintos tipos de disfunciones sexuales: trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual, del orgasmo y por dolor, DS debida a una enfermedad médica, inducida por sustancias y no especificada.

Para evaluación de la DS se utilizó el siguiente instrumento:

Cuestionario ASEX (Arizona Sexual Experience Scale).

Este instrumento consiste en una breve escala autoplicada, con versiones específicas para cada sexo, que se utilizó para evaluar medir DS. La escala ASEX fue diseñada en el año 1997, por McGahuey cols ²² y consta de 5 ítems que evalúan las siguientes 5 dimensiones: (a) Motivación sexual, (b) excitación psicológica, (c) excitación fisiológica (erección o lubricación vaginal), (d) facilidad para alcanzar el orgasmo y (e) satisfacción en el orgasmo. Cada ítem es respondido en una escala Likert de 5 opciones de respuesta de 1 (nula DS) a 5 (máxima DS). Se otorgó un tiempo máximo de 10 minutos a cada paciente para responder este cuestionario.

Definición de depresión: Se definió como depresión a la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a un deterioro del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, aún después de un esfuerzo mínimo. ²³Para la medición del grado de depresión en los pacientes estudiados se utilizó el siguiente instrumento:

Cuestionario BDI (Beck Depression Inventory).

Es una herramienta utilizada para despistaje o chequeo y consiste en un cuestionario de 21 preguntas de múltiple escogencia creado por el Dr. Aaron T. Beck y publicado por primera vez en 1961. ²⁴ En pacientes con resultados positivos para depresión se les realizaron evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.) para corroborar tales resultados. Cada una de las 21 preguntas tiene 4 posibles respuestas. Al evaluar el test, se le asignó un valor de 0 a 3 por cada pregunta de acuerdo a la respuesta. Pacientes que obtuvieron puntajes BDI de 0-9 se diagnosticaron como no deprimidos; puntajes de 10 a 18, como depresión de leve a moderada; puntajes de 19 a 29, depresión de moderada a severa; y de 30 a 63, se diagnosticó depresión severa.

Los cuestionarios fueron llenados por cada paciente con un máximo de 2 ó 3 días de diferencia.

Tratamiento estadístico

Se procedió preliminarmente al estudio en sí, a la validación del uso de la escala ASEX en nuestros pacientes para lo cual se determinaron sus propiedades psicométricas en una muestra de 40 pacientes (distintos a los de la muestra de pacientes del estudio) en HD en la ciudad de Maracaibo. Se analizó la capacidad de discriminación de cada reactivo diseñado confrontando cuartiles que denotaban los puntajes extremos por medio del *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test*. La validez de constructo se comprobó a través del método de correlación dominio-total que es la correlación de cada pregunta con la suma de todas las demás. El coeficiente *alfa de Cronbach* se utilizó para medir la confiabilidad de la prueba, con rango de valores entre 0 y 1, donde: 0 significaría *confiabilidad nula*, y 1, *confiabilidad total*.

Se obvió la validación del Inventario de Depresión de Beck (Beck's depression inventory) pues Beltrán y Prieto en 1998²⁵ habían realizado una adaptación a la población venezolana, encontrando que la validez del contenido era de tipo tautológica pues representaba una operacionalización de las conductas planteadas por Beck en 1976.

El análisis de la base de datos obtenida se realizó con los paquetes estadísticos informáticos SPSS (Statistical Package for Social Sciences) de IBM, GraphPadInStat y GraphPadPrism. Para las comparaciones se utilizaron tests no paramétricos (Mann-Whitney test), para las asociaciones, el test exacto de Fisher (Fisher's exact test) y las correlaciones se obtuvieron con test no paramétricos (Spearman Rank correlation). Se consideró como significativa toda $p < 0.05$.

Recursos humanos y materiales

Humanos: Una psiquiatra (la autora del trabajo), una psicólogo clínico (MSc Gaslena Arocha), una trabajadora social. Materiales: Computadoras, impresoras, papelería. Financiamiento: Fondos propios.

RESULTADOS

El estudio fue realizado con un total de 62 pacientes adultos (41 varones y 21 mujeres) con IRC en HD crónica, seleccionados de un universo de casi 450 pacientes. Los datos demográficos y clínicos de los pacientes estudiados pueden verse en la Tabla 1. Ninguno de los participantes reportó distress emocional relacionado con las preguntas realizadas en la entrevista o con el cuestionario.

En relación a la validación previa del cuestionario ASEX en 40 pacientes no incluidos en el estudio, el análisis de la capacidad de discriminación (validez discriminante) de cada reactivo mostró diferencias significativas en todos los ítems ($p < 0.01$, One Sample K-S test) al comparar sujetos con puntuaciones extremas en el instrumento. Con referencia a la validez de constructo, la correlación dominio-total dio como resultado que la prueba era homogénea, pues todos los ítems mostraron valores de correlación (Spearman Rank test) entre 0,765 y 0,835, con $p < 0,01$. Asimismo, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.913, lo que traduce una alta confiabilidad de los resultados obtenidos por el test de ASEX ya aplicado a los pacientes del estudio.

En la Tabla 1 se muestran los datos demográficos y clínicos básicos de los pacientes estudiados de los 62 pacientes del estudio, la mayor parte varones (66.1 %), con rango de edades entre 18 y 58 años. Solamente 3 (4.8 %) presentaban un bajo índice de masa corporal y el 16% del total eran diabéticos. En la Figura 1 se puede apreciar gráficamente la prevalencia de las distintas enfermedades de base en el grupo de pacientes del estudio.

En la tabla 2 puede observarse que el tiempo en HD varió entre 1 a 192 meses con un promedio de 37.3 meses. En esta misma tabla pueden apreciarse el promedio \pm desviación estándar de los parámetros de laboratorio básicos como hemoglobina, hematocrito, creatinina sérica y albúmina sérica.

En la Tabla 3 se pueden observar nivel educacional o escolaridad, condición laboral, estatus marital y la respuesta a la pregunta si existía conflicto con su pareja. Alrededor de 88 % había alcanzado cursar parcial total o parcialmente la secundaria pero solamente el 16% había hecho estudios universitarios .La mayoría (53.2 %) reveló vivir en concubinato pero formando una unión estable. Solamente el 12 % manifestó tener la percepción de que su relación de pareja era inadecuada, sin especificar razón.

En la tabla 4 pueden observarse los puntajes o scores obtenidos en nuestros pacientes tanto con la aplicación de la escala ASEX como del cuestionario BDI. En total de 14 pacientes (22.5 %) se encontró una sexualidad disfuncional. El puntaje global promedio de la aplicación del cuestionario ASEX en nuestros pacientes fue 13.5 ± 4.9 (promedio \pm DE) con un rango de 5 a 26. En esta misma tabla podemos apreciar los resultados de la aplicación del cuestionario BDI en nuestros pacientes. Un total de 37 (59.7 %) no mostraron evidencia de depresión, en contraposición con un 32.3% de casos de depresión leve y 8 % restante, depresión moderada. No se detectaron casos de depresión severa en el grupo estudiado. El puntaje promedio global del cuestionario BDI fue de 9.0 ± 7.0 , con un score mínimo de 0 y un máximo de 30. Los resultados de la aplicación de la escala ASEX en los pacientes estudiados se sumarizan gráficamente en la Figura 2.

En la tabla 5 se comparan los casos de No DS versus DS con relación a edad, índice de masa corporal, tiempo en HD, valores de hemoglobina y de hematocrito, albúmina sérica, creatinina y resultados de los scores BDI obtenidos. Los pacientes del subgrupo con Disfunción tenían edad promedio significativamente mayor ($p=0.004$). La asociación de edad en DS es también apreciable en la Tabla 6 donde se observa una frecuencia mayor de disfunción en mayores de 42, que en menores de 42 años. Nótese en esta misma tabla que la disfunción no pareció estar asociada a género, tiempo en HD o a diabetes como causa de IRC.

La tabla 7 muestra los resultados de la correlación de los puntajes obtenidos con la escala ASEX y la edad, índice de masa corporal, tiempo en HD, creatinina sérica, hematocrito, albúmina y resultados del cuestionario BDI. Puede observarse que la correlación de la escala ASEX con la escala BDI fue altamente significativa ($p < 0.0001$), marginalmente significativa con la edad ($p = 0.0634$) y los niveles de albúmina sérica ($p = 0.076$) y no significativa con los parámetros biológicos restantes.

Los resultados de la correlación positiva ($r = 0.6957$) entre puntajes de la escala ASEX y la escala BDI se muestran gráficamente en la Figura 3. Otra correlación positiva ($r = 0.2372$) con p marginalmente significativa ($p = 0.0634$) se muestra en Figura 4. En cambio, la correlación entre puntaje ASEX y niveles de albúmina sérica fue negativa ($r = -0.227$) con una p marginalmente significativa (0.076) (Figura 5).

DISCUSIÓN

A pesar de que se reconoce que la sexualidad es un aspecto central para la identidad de todo individuo, las discusiones francas acerca de la sexualidad con pacientes con enfermedades crónicas y otras condiciones, siguen siendo consideradas un tabú tanto en el resto del mundo^{6, 26, 27} como en nuestro medio. Así, en entrevistas preliminares con profesionales de la salud que atendían a los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia dialítica en los centros de HD donde se realizó el presente estudio admitieron su gran incomodidad al tratar el tema de la sexualidad con sus pacientes, sobre todo con aquellos del sexo opuesto o de orientación sexual distinta. Esta impresión es cónsona con los resultados de estudios realizados con encuestas al personal de enfermería, muchos de enfermeros y enfermeras estaban convencidos de que no era parte de su labor y hasta algo indiscreto indagar acerca de los problemas en la sexualidad de sus pacientes.²⁸

Las barreras para un abordaje de estos temas incluyen además falta de conocimiento y entrenamiento por parte del personal de salud a cargo de estos pacientes.^{29,30} Hay estudios que señalan que los pacientes en HD muy infrecuentemente reportan sus problemas de sexualidad al personal médico a cargo.³¹ En otros estudios se ha encontrado la respuesta a lo anterior: los pacientes quieren efectivamente discutir sus preocupaciones con respecto a su sexualidad con el personal de salud a cargo pero que dudan o se cohíben a no ser que el personal médico o de enfermería a cargo inicie la discusión.³²

A pesar de la relevancia de esta temática, luego de una exhaustiva revisión bibliográfica encontramos que existen muy pocos estudios que traten sobre el aspecto específico de la sexualidad en pacientes en HD. Los pocos estudios realizados han versado sobre calidad de vida en general donde la sexualidad es uno de los determinantes. Lew-Starowitz y cols.³³ demostró que los pacientes con IRC en HD tienen una afectación muy significativa en su calidad de vida. Otros autores³⁴ evaluaron el impacto de esta afectación en 4 áreas (física, psicológica, relaciones

sociales y ambiente) utilizando el cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL questionnaire). De acuerdo a los estudios antes mencionados, el factor sexualidad es el percibido como uno de los más afectados en IRC y que a su vez impacta significativamente la calidad de vida del paciente, tanto de hombres¹⁶ como mujeres.^{35, 36} Sin embargo, este problema adquiere un dimensión aún mayor al considerar el impacto de la afectación de la sexualidad del paciente sobre la díada marital.^{37, 38} Al respecto, debemos destacar el estudio de Daneker y cols.³⁷ quienes evaluaron el grado de depresión e insatisfacción sexual en pacientes en HD. Estos autores concluyen que, en relación con la sexualidad el paciente en diálisis funciona como una díada psicosocial y que el estado psicosocial puede impactar el nivel de depresión del paciente por lo que recomienda la terapia de ambos, el paciente y su pareja.

En Venezuela no existe hasta ahora ningún estudio que abordara el aspecto de la sexualidad en pacientes en HD o en cualquiera de otras modalidades incluyendo el trasplante renal. Tampoco existen estudios acerca de la frecuencia de trastornos depresivos en estos pacientes. De modo que realizar esta investigación es pionera en el área y viene a mitigar un poco el gran vacío de información acerca de este aspecto de esta rápidamente creciente población de pacientes.

El instrumento que escogimos para medición de la sexualidad fue la ESCALA ASEX. Sus autores destacan como ventajas de este instrumento frente a otros ya existentes, su brevedad, ya que habitualmente se completa de 5 a 10 minutos, y su falta de intrusividad. Además ha demostrado poseer aceptable fiabilidad en términos de consistencia interna y test- retest, adecuada validez convergente/divergente con el BriefIndex of sexual functioning (el cual es un test autoaplicado que mide función sexual en los varones) y con las escalas de Hamilton para la depresión, y la ansiedad, y adecuada validez discriminante.³⁹

La escala ASEX ha sido utilizada en estudios previos para evaluar DS en pacientes con IRC en HD.^{33, 37, 40} En el presente estudio, como se mencionó tanto en las sección de Métodos como de Resultados, debido a que se estaba utilizando por

primera vez en una población en HD en Venezuela, se realizó una validación preliminar en 40 pacientes distintos a los del estudio. Los resultados de esta validación corroboraron los de otros autores, con una validez de constructo entre 0.765 y 0.835, una validez discriminante muy aceptable ($p < 0.01$) y una excelente confiabilidad (alfa de Cronbach = 0.913). Estos resultados sirven a la vez de soporte referencial para los resultados del estudio actual. En el estudio ASEX original²² el puntaje límite (cutoffpoint) para identificar pacientes con DS fue a partir de 19 con una sensibilidad de 82 % y una especificidad de 90 %. En nuestro estudio el puntaje límite fue de 18 lo que acerca un poco la sensibilidad a 90 % sin que la especificidad caiga por debajo de 85 %. Hay autores que sugieren bajar mucho más el puntaje límite e incluso sugieren para despistaje un puntaje límite de 11 donde la sensibilidad es del 100% y la especificidad de 52% con el argumento de que es mejor proceder a descartar luego los falsos positivos con un método diagnóstico psiquiátrico más específico.⁴⁰

En nuestro estudio, que como se mencionó constituye un estudio piloto de su tipo en Venezuela, el porcentaje de pacientes con DS fue de 22.5% (Tabla 3). No se observó una asociación significativa entre sexo, tiempo en HD mayor o menor de 18 meses, diabéticos versus no diabéticos con relación a la presencia de disfunción, aunque sí con relación a edad mayor a 42 años ($p = 0.0147$) (Tabla 6). No obstante, la correlación edad/score ASEX fue marginalmente significativa (0.063) que sugiere que este factor influye un poco pero no es determinante.

Debido a la conocida relación sexualidad/depresión, decidimos evaluar este aspecto para lo cual utilizamos el BDI. Diferente que con la escala ASEX, obviamos la validación de este instrumento pues en un estudio venezolano previo realizado en 1998, Beltrán y Prieto²⁵ habían realizado una adaptación del cuestionario para la población venezolana la cual fue suficientemente validada por dichos autores. Por otra parte, el cuestionario BDI ha sido el más utilizado en el mundo para medir la severidad de la depresión y de hecho ha sido utilizado en estudios previos³³ para evaluar depresión en pacientes con IRC en HD. En 1996 se realizó la última revisión

del BDI original publicándose el BDI-II en respuesta a la publicación por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales.⁴¹ El BDI-II se correlaciona con la Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale)⁴² y tiene una buena confiabilidad así como una alta consistencia interna. En su versión más reciente, que fue la utilizada en el presente estudio, el cuestionario está diseñado para individuos de 13 años o más. Además de incluir ítems relativos a la depresión como desesperanza e irritabilidad, el cuestionario también abarca preguntas de la esfera de la sexualidad. Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando buena consistencia interna, fiabilidad y validez, mostrando correlación variable con otras escalas.^{43, 44} Su validez predictiva como diagnóstico de cribado ha sido estudiado en otros países de habla hispana, como en el estudio realizado en la ciudad de México por Lasa y cols.⁴⁵ en el año 2000 (ref) en una población de 18 a 64 años con sensibilidad 100 % y especificidad de 99%. Ciertamente, el resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo⁴⁶ que es lo que estaba planteado en el marco del presente estudio. El BDI sufre de los mismos problemas que otros cuestionarios en el sentido que los scores o puntajes pueden ser fácilmente exagerados o minimizados por el paciente.

En relación con la depresión, utilizando la escala BDI convencional, en el presente estudio observamos que 59.7 % de los participantes no estaban deprimidos, 32.3 % presentaban depresión leve y 8 % moderada (Tabla 4). No se encontraron casos con evidencia de depresión severa. Lew-Starowics y cols.³³ en cambio, utilizando la misma escala BDI reportó un 24.3 % de sus pacientes como no deprimidos, 34.6 % tenían depresión leve, 31.8 % moderada y 9.3 % severa. Se ha sugerido sin embargo, que en pacientes con patologías orgánicas debe utilizarse un puntaje BDI límite mucho mayor de 10, por ejemplo 16, utilizado en estudios con diabéticos, o de 15 utilizado previamente en pacientes en HD⁴⁷ para despistaje de depresión, con el fin de no sobreestimar el número de deprimidos debido a los

síntomas orgánicos que presentan los pacientes. Utilizando un puntaje de 16 como puntaje de corte para definir depresión, alrededor de 85.4 % de los pacientes de nuestro estudio se clasificarían como no deprimidos, lo que probablemente coincide con la impresión clínica general que tuvo el psiquiatra investigador del presente estudio durante las entrevistas con cada paciente.

Es de destacar que en nuestro estudio no hubo diferencias entre el puntaje ASEX de varones y mujeres, lo que indica que ambos grupos están igualmente afectados. En relación con la edad, hubo una correlación marginal, y refleja más bien el decrecimiento de la actividad sexual con la edad que se ve aún en individuos sanos. En relación con las comorbilidades, la anemia es un factor largamente conocido por su influencia en la sexualidad. Schaefer y cols.⁴⁸ demostró que la actividad sexual en hombres y mujeres mejoraba significativamente en pacientes que recibían eritropoyetina recombinante humana al ascender las cifras de Hb y Hcto, un efecto que se lograba a través de la disminución de los niveles de prolactina. En nuestro estudio, sin embargo, no encontramos una correlación entre niveles de hematocrito y puntaje ASEX ni tampoco se observaron diferencias al comparar la Hb y el Hcto de pacientes con y sin DS.

En relación con el status nutricional, utilizamos inicialmente el índice de masa corporal (IMC) y la albúmina sérica como marcadores. El uso del IMC en pacientes en HD es controversial. Sí se sabe que bajo peso se asocia a mayor mortalidad pues el tejido adiposo y el músculo parecen jugar un papel protector en pacientes en HD.⁴⁹ Si tomamos en cuenta que IMC bajo se asocia a mayor mortalidad, los pacientes con esta condición estarían más enfermos con todo el impacto sobre su sexualidad que de esto se deriva. Sin embargo, en el grupo estudiado, no encontramos correlación entre índice de masa y escala ASEX (Tabla 7). Tampoco hubo diferencias significativas de índice de masa al comparar pacientes con y sin DS (Tabla 5). Por otra parte, la albúmina sérica fue tradicionalmente considerada como un marcador del status nutricional. Hay evidencia sin embargo de que se trata más bien de un indicador de actividad de la enfermedad subyacente⁵⁰ y esto afectaría el

estado general del paciente y por supuesto su actividad sexual. En nuestro estudio se encontró una correlación marginalmente significativa entre niveles de albúmina sérica y score ASEX (Figura), en la que a mayores niveles de albúmina menor score ASEX o sea, menor DS y viceversa.

En pacientes con diabetes, la que constituye una causa muy importante de IRC en adultos, los trastornos son probablemente más serios y frecuentes. En nuestro país, la diabetes representa la causa más común (42 %) encontrada en pacientes en HD crónica.⁵¹ Al respecto, hay que tener en cuenta que la diabetes como causa de IRC oscila entre 20 a 44% en el registro internacional con datos de 43 países que lleva el USRDS (United States Renal Disease Survey). El porcentaje de pacientes diabéticos fue de 16 % en nuestro estudio y no se encontró diferencias entre puntaje ASEX entre ambos grupos. Consideramos que al ampliar la muestra en futuros estudios podría hacer aflorar la importancia de este factor.

Ciertamente, la hipertensión arterial representa una comorbilidad frecuente e importante entre los pacientes en HD crónica en Venezuela y el mundo. Ciertos antihipertensivos como minoxidil, betabloqueantes y clonidina se asocian con frecuencia a impotencia en varones. Por este motivo se incluyeron solamente pacientes con tratamiento antihipertensivo a base de IECA, bloqueantes de angiotensina II o calcio antagonistas.

Krozy y cols.² señala que en muchos casos los elementos psicosociales parecen tener una mayor asociación con la sexualidad y el proceso adaptativo de estos pacientes que el deterioro de su condición fisiológica inducido por la enfermedad crónica y su tratamiento. Tal es el caso de la depresión como causa de DS. En el presente estudio se corroboró que la sexualidad y depresión están muy vinculadas ya que se encontró una correlación altamente significativa ($p < 0.0002$) entre el puntaje ASEX y puntaje BDI (Tabla 7 y Figura 3). En este mismo orden de ideas, Gee y cols.⁴¹ encontraron una correlación directa entre DS y síntomas depresivos en mujeres. Otros investigadores³³ reportan que la satisfacción sexual en

pacientes masculinos (muy dependiente de la función eréctil) se correlacionó negativamente con los síntomas depresivos y la ansiedad.

Un hallazgo muy interesante de nuestro estudio fue que el porcentaje de DS en nuestros pacientes fue de 24.3 %, que es mucho más bajo que en otros estudios con otros grupos poblacionales. Katz y cols.⁵² reportaron que la prevalencia de problemas de sexualidad variaba del 9 % en individuos que no estaban en HD hasta un 70 % en pacientes en HD crónica. Lew-Starowics y cols.³³ en un estudio multicéntrico realizado en Polonia encontró que las disfunciones sexuales predominantes fueron falta o disminución de la necesidad de sexo en el 84.7 % de los varones y el 48.8 % de las mujeres. El 44.5 % de los pacientes tenían disfunción eréctil y el 51.5 % falta de eyaculación. Entre las mujeres, un 67.8 % acusaba disfunción en la excitación y el 80.7 % anorgasmia. Otro estudio interesante es el de Yang y cols. (34 Yang SC 2005) quienes estudiaron 120 pacientes entre 20 y 60 años en diálisis, con el fin de evaluar el impacto de la sexualidad en la calidad de vida para lo cual utilizó distintos cuestionarios. Estos autores encontraron que solamente el 55 % de los pacientes en diálisis estaba aún sexualmente activo. Estos pacientes percibían su actividad sexual como muy importante y no estaban satisfechos con su desempeño. Los trastornos sexuales predominantes fueron: pérdida o disminución del deseo sexual en pacientes de ambos sexos, disfunción eréctil y falta de eyaculación en hombres así como falta de excitación y anorgasmia en mujeres.

Los resultados de nuestro estudio apoyan la tesis de que los trastornos en la sexualidad se correlacionan con depresión y que impactan seriamente la calidad de vida en pacientes hemodializados. Existe también un efecto o afectación cruzada de la depresión del esposo(a) o concubino(a) del o la paciente que a su vez termina afectando la satisfacción marital de éste.³⁸ Lo dicho anteriormente resalta la naturaleza compleja de la relación entre sexualidad y satisfacción sexual de las parejas donde uno de los cónyuges sufre de IRC. Utilizando los cuestionarios BDI, Daneker y cols.³⁷ estableció que el nivel de depresión de la pareja se correlacionaba directamente con el del paciente. Más aún, la percepción del grado de satisfacción

marital estaba relacionada con los puntajes de depresión. Esto sugiere que el paciente con IRC en HD funciona en una díada psicosocial y por consiguiente, el status psicosocial de la pareja puede tener un impacto en el nivel de depresión del paciente. De esto se colige que tratar a ambos, el paciente y su pareja, puede mejorar el pronóstico del paciente. Daneker y cols.³⁷ afirman que un elevado soporte social puede disminuir la tensión o desgaste que sufre la relación de pareja debido a la enfermedad. El aspecto de la díada conyugal no fue evaluado en el presente estudio.

El presente estudio tuvo algunas limitantes.

1. La muestra se realizó en los 2 centros más grandes de Maracaibo nada más . Es posible que los resultados no sean extrapolables para otras regiones del país, particularmente Caracas.
2. La clasificación disfunción versus no disfunción se obtuvo con la simple cuantificación del puntaje de los cuestionarios y no con una entrevista psiquiátrica bien estructurada, pues de lo que se trataba era de hacer un despistaje.
3. No se investigó a la pareja (esposa, concubina, etc.) del paciente, con el fin de evaluar el impacto en la sexualidad de la díada marital como en otros estudios.⁵³
4. No fue posible por falta de registros determinar el tiempo con la enfermedad de base.
5. No se incluyó un cuestionario de soporte social para evaluar este aspecto con la menor incidencia de depresión entre los pacientes.

6. El análisis de marcadores de inflamación como proteína C reactiva, determinación de hormonas, como la prolactina habría sido útil pero estas pruebas no se hacen de rutina en las unidades. .
7. Por último, y no menos importante, la muestra solamente incluyó todos aquellos sexualmente activos que accedieron a participar y que además, tenían la capacidad intelectual necesaria para comprender las preguntas del cuestionario.

CONCLUSIONES

La frecuencia de DS entre los pacientes en HD en Maracaibo es significativa aunque es mucho menor que lo reportado en pacientes en otros países. Es muy posible que esto sea un resultado atribuible a la una menor frecuencia de depresión en pacientes del gentilicio propio del zuliano, su forma de afrontar la enfermedad, observándose familiaridad y apoyo entre los pacientes que se hemodializaban. La influencia de la edad fue importante aunque no determinante y se necesita ampliar la muestra en futuros estudios para determinar el impacto de factores biológicos como niveles de albúmina sérica.

RECOMENDACIONES

1. Ampliar el número de pacientes en futuras investigaciones e incluir pacientes similares en otras regiones y ciudades del país.
2. Realizar estudios en pacientes renales que se encuentran en etapa pre diálisis, en otras modalidades de tratamiento como DPAC y en trasplantados renales.
3. En futuras investigaciones sería muy importante evaluar la díada marital para tener una mejor idea mejor del impacto sobre pareja y el núcleo familiar.

4. Es recomendable incluir en futuros estudios datos de inflamación, como la proteína C reactiva que junto con la albúmina sérica nos den la idea de la severidad de la enfermedad subyacente.
5. Por último, también sería útil la adición de un cuestionario de soporte social para mejor ponderar el aspecto del apoyo familiar y del grupo a cada paciente en particular.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. María Elena Sánchez, Coordinadora del Postgrado de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de LUZ, por su valiosa tutoría en la realización del presente Trabajo Especial de Grado.

A la Dra. Maribel Chávez, Profesora de Metodología, Facultad de Medicina de LUZ, por su asesoría metodológica y estadística.

A la Lic. Gaslena Arocha, MSc, Profesora de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Urdaneta, por su asistencia metodológica en la revalidación de la escala ASEX a nivel local.

Al Dr. Rafael García y la Dra. Beatriz Rosales, Directores de los Centros de Hemodiálisis donde se realizó el estudio por brindarme todas las facilidades para llevarlo a cabo con buen suceso.

A mis profesores, Dra. Ileana Montero y Dr. Pabón por haberme dado las herramientas que me habilitaron para llevar a cabo el presente trabajo.

Al programa Novartis-Novacid, Caracas, por facilitarme las fichas bibliográficas utilizadas en las Referencias.

REFERENCIAS

1. Roy C. The Roy adaptation model, 3rd. Ed. New Jersey, Pearson 2009
2. Krozy RE. Sexual disorders. In M. Boyd & M. Nihart (Eds.), *Psychiatric Nursing* 3rd ed., pp. 686-721. Philadelphia: Lippincott 2004.
3. Vidal D, Andújar A, Arilla E, Catalán S, Écija I, Muñoz R. Disfunciones sexuales en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo.1. Vidal D, Andújar A, Arilla E, Catalán S, Écija I, Muñoz R. Disfunciones sexuales en pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo [acceso el 25 de Nov. de 2010]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/1827_h13.pdf Barcelona.
4. Burrows-Hudson S, Prowant B. *Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care* 2005. Pitman, NJ: American Nephrology Nurses' Association. 2005.
5. Tepper M. Letting go of restrictive notions of manhood: Male sexuality, disability and chronic illness. *Sexuality and Disability* 1999;17(1):37-52.
6. Nusbaum M, Hamilton C, Lenahan P. Chronic illness and sexual functioning. *American Family Physician* 2003;67(2):347-354.
7. Chadban SJ, Briganti EM, Kerr PG, Dunstan DW, Welborn TA, Zimmet PZ, Atkins PC. Prevalence of kidney damage in Australian adults: The AusDiab kidney study. *J Am Soc Nephrol* 2003;14(2suppl):131-138.
8. Macchi-Perinot R. Familia y equipo asistencial, *Actualidad psicológica*, enero 1991, N 173, pp 14-15
9. Stedefort A. Encarando a morte - uma abordagem a relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991
10. Meneses R, Ribeiro JP. Como ser saudável com uma doença crônica: algumas palavras orientadoras. *Análise Psicológica* 2000; 4(XVIII):523-528.
11. Levy N. The psychology and care of the maintenance haemodialysis patient. *Heart and Lung* 1973;2:400-405.
12. Blanco AA, Rojas D, De La Corte L. La psicología y su compromiso con el bienestar humano. In: Blanco AA e cols. *Psicología y Sociedad*. Real Sociedad Económica de Amigos del País, Valencia, 2000

13. Rosas S, Joffe M, Franklin E, Strom BL, Kotzker W, Brensinger C, Feldman H. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in hemodialysis patients. *Kidney International* 2001;59(6):2259-2266.
14. Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJ, Doesburg W H., Lemmens WA, Berden JH.. Sexual dysfunction after renal replacement therapy. *American Journal of Kidney Diseases* 2000;35(5):845-851.
15. Dailey D. Understanding and affirming the sexual/relationship realities of end-stage renal disease patients and their significant others. *Advances in Renal Replacement Therapy* 1998;5(2):81-88.
16. Nassir A. Sexual Function in Male Patients Undergoing Treatment for Renal Failure: A Prospective View. *J Sex Med.* 2009;6:3407–3414.
17. Sahin Y, Aygun C, Peskircioglu CL, Kut A, Tekin MI, Ozdemir FN, Ozkardes H. Efficacy and safety of sildenafil citrate in hemodialysis patients. *Transplantation Proceedings* 2004; 36(1):56-58.
18. Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Advances in Renal Replacement Therapy* 2003;10(1):48-60.
19. Las enfermedades renales como problema social. *Nefrología. Etapa inicial de la Nefrología en Venezuela.* <http://www.latinpedia.net/Salud-y-medicina/nefrologia/Las-enfermedades-renales-como-problema-social-ad1025.htm>
20. Boddana P, Caskey F, Casula A, Ansell D. UK Renal Registry 11th Annual Report (December 2008): Chapter 14 UK Renal Registry and international comparisons. *Nephron ClinPract* 2009;111 Suppl 1:c269-276.
21. <http://www.avn.info.ve/contenido/inauguran-apure-primera-unidad-pública-hemodiálisis-alto-flujo>
22. McGahuey CA, Delgado LP, Geleberg AJ. Assessment of sexual dysfunction using the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) and implications for the treatment of depression. *Psychiatric Ann* 1999;29:39–45
23. OMS: “The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines” Edit Meditor. Ginebra, 1992.
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.

25. Beltrán C, Prieto A. Estudio psicométrico de la depresión en la Universidad Católica Andrés Bello. Trabajo de Grado. Caracas 1998.
26. Bullough V, Bullough B. Sexual attitudes: Myths and realities. New York: Prometheus Books 1995.
27. Garcia L. The certainty of the sexual self-concept. The Canadian Journal of Human Sexuality 1999; 8(4):263-270.
28. Magnan M, Reynolds K, Galvin E. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. MedSurg Nursing 2005;14(5):282-289.
29. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Family Practice 2004;21(5):528-536.
30. Haboubi NH, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. Disability and Rehabilitation 2003;25(6):291-296.
31. Arslan D, Aslan G, Sifil A, Cavdar C, Celebi I, Gamsari T, Esen A. Sexual dysfunction in male patients on hemodialysis: Assessment with the International Index of Erectile Function. International Journal of Impotence Research 2002;14(6):539-542.
32. Waterhouse J. Nursing practice related to sexuality: A review and recommendations. Nursing Time Research 1996;6:412-418.
33. Lew-Starowicz M, Gellert R. The sexuality and quality of life of hemodialyzed patients--ASED multicenter study. Journal of Sexual Medicine 2009;6(4):1062-1071.
34. Yang SC, Kuo PW, Wang JD, Lin MI, Su S. Quality of life and its determinants of hemodialysis patients in Taiwan measured with WHOQOL-BREF(TW). American Journal of Kidney Diseases 2005;46(4):635-641
35. Kimmel PL, Patel SS. Psychosocial issues in women with renal disease. Advances in Renal Replacement Therapy 2003;10(1):61-70.
36. Kettaş E, Cayan F, Akbay E, Kiykim A, Cayan S. Sexual dysfunction and associated risk factors in women with end-stage renal disease. Journal of Sexual Medicine 2008;5(4):872-877.
37. Daneker B, Kimmel PL, Ranich T, Peterson RA. Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses. American Journal of Kidney Diseases 2001;38(4):839-846.

38. Pruchino R, Wilson-Genderson M, Cartwright FP. Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: a longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology* 2009;23(4):573-584.
39. Montejo A. Sexualidad y salud mental. Editorial Glosa, Barcelona.
40. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Impotence Research* 2004;16:531-534.
41. Gee CB, Howe GW, Kimmel PL. Couples coping in response to kidney disease: a developmental perspective. *Seminars in Dialysis* 2005;18(2):103-108.
42. Hamilton M: A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 1960;23:56–62.
43. Robinson BE, Kelly I. Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. *Psychological Reports* 1995; 79:929-930.
44. Martinsen EW, Friis S, Hoffart A. Assessment of depression: Comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava* 1995;92:460-463.
45. Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique FJ, Dowrick CF. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders* 2000;57(1-3):261-265.
46. Beck Depression Inventory. <http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad-depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm>.
47. Craven JL, Rodin GM, Littlefield C: The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1988;18:365-374.
48. Schaefer RM, Kokot F, Wernze H, Geiger H, Heidland A. Improved sexual function in hemodialysis patients on recombinant erythropoietin: a possible role for prolactin. *Clinical Nephrology* 1989;31(1):1-5.

49. Mafra D, Guebre-Egziabher F, Fouque D. Body mass index, muscle and fat in chronic kidney disease: questions about survival. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2008;23(8):2461-2466.
50. Friedman AN, Fadem SZ. Reassessment of albumin as a nutritional marker in kidney disease. *Journal of the American Society of Nephrology* 2010;21(2):223-230.
51. Cusumano A, Garcia Garcia G, Gonzalez Bedat C. The Latin American Dialysis and Transplant Registry: report 2006. *Ethnicity and Disease* 2009;19(1 Suppl 1):S1-3-6.
52. Katz A. What have my kidneys got to do with my sex life? *American Journal of Nursing* 2006;106(9):81-83.
53. Chowanec GD, Binik YM. End stage renal disease and the marital dyad: an empirical investigation. *Social Science & Medicine* 1989;28(9):971-983

ANEXOS

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos básicos de los 62 pacientes del estudio. Los datos se expresan como promedio \pm desviación estándar (DE) y rango.

	Número de casos	Porcentaje	Promedio \pm DE [rango]
<u>Edad</u> (años)	62		41.5 \pm 10.56 [18 – 58]
<u>Sexo</u> (M/F)	41/21	66,1% / 33,9%	
<u>Índice de masa corporal</u>			25.24 \pm 5.3 [17 - 38]
Malnutrición (\leq 17)	3	4,8%	
Normal (18-24)	25	40,3%	
Sobrepeso (25-29)	17	27,4%	
Obesidad (\geq 30)	17	27,4%	
<u>Enfermedad de base:</u>			
GNC*	27	43,5 %	
Diabetes mellitus	10	16,1 %	
Nefropatía obstructiva por litiasis	9	14,5 %	
Lupus Eritematoso Sistémico	6	9,7 %	
Enfermedad poliquística	5	8,2 %	
Nefroangioesclerosis	1	1,6 %	
Reflujo vesicoureteral	1	1,6 %	
Desconocido	3	4,8 %	
<u>Centro de HD de adscripción</u>			
Centro de Diálisis de Occidente	41	66.13 %	
Unidad de Diálisis El Sol	21	33.87 %	

GNC: Glomerulonefritis crónica. HD: Hemodiálisis

Tabla 2. Tiempo de hemodiálisis y datos paraclínicos básicos obtenidos en los registros de los pacientes estudiados. Los resultados se expresan como promedio \pm desviación estándar (DE).

	Promedio \pm DE [rango]	Valor de referencia
Tiempo en hemodiálisis (meses)	37.3 \pm 46.4 [1 – 192]	
Hemoglobina (mg%)	9.95 \pm 2.2 [6.3 – 16.2]	Varones: 13,5 – 17 Mujeres: 12 - 16
Hematocrito (%)	31.6 \pm 6.7 [22.5 – 50]	Varones: 40 - 52 Mujeres: 37 - 48
Creatinina sérica (mg/dl)	9.7 \pm 3.0 [2.7 - 20]	Varones: \leq 1.1 Mujeres: \leq 0.9
Albúmina sérica (mg/dl)	4.1 \pm 0.5 [2.9 – 5.5]	35 - 52

Tabla 3. Datos socioculturales y laborales.

	N	Porcentaje
Nivel educacional		
Escuela primaria	8	12,9%
Secundaria no culminada	26	41,9%
Secundaria culminada	12	19,4%
Universidad	16	25,8%
Condición laboral		
Trabaja	40	64,5%
Desempleado	21	33,8%
Incapacitado	1	1,6 %
Estatus marital		
Casado	26	41,9%
Concubino	33	53,2%
Otro tipo de relación de pareja	3	4,8%
Percepción de su relación de pareja		
Inadecuada	8	12%
Adecuada	54	87%

Tabla 4. Resultados de la aplicación del Cuestionario ASEX (Arizona Sexual ExperienceScale) para medir sexualidad y del Cuestionario BDI (Beck DepressionInventory) en los pacientes estudiados

Tipo de cuestionario y clasificación de acuerdo a puntaje obtenido.	Puntaje BDI	Varones n = 41	Mujeres n = 21	Total n (%)
ASEX				
• Hiperfunción	≤ 12	22	5	27 (43,6 %)
• Normal	13 - 17	9	12	21 (33,9 %)
• Disfunción	≥ 18	10	4	14 (22,5%)
BDI				
• No depresión	≤ 9	26	11	37 (59.7 %)
• Depresiónleve	10 - 18	11	9	20 (32.3 %)
• Depresiónmoderada	19 - 29	4	1	5 (8.0 %)
• Depresiónsevera	≥ 30	0	0	0 (0 %)

Tabla 5. Comparación de pacientes con No disfunción vs Disfunción de acuerdo a puntaje ASEX (No disfunción engloba las categorías Normal e Hiperfunción).

	No disfunción N=48	Disfunción N=14	P	Significancia
Edad	39.4 ± 10.42 [18 - 58]	48.42 ± 7.9 [31 - 58]	0.004	S
IMC	25.45 ± 5.2 [17 - 36]	26.7 ± 5.4 [19 - 38]	0.4357	NS
Tiempo en HD	35.89 ± 47.68 [1 - 192]	50.0 ± 46.6 [2 - 144]	0.3315	NS
Hemoglobina	9.92 ± 2.1 [6.3 - 16.2]	10.07 ± 2.57 [7.7 - 16.1]	0.824	NS
Hematocrito	31.7 ± 6.3 [22 - 48]	31.38 ± 8.2 [23 - 50]	0.876	NS
Albúmina	4.2 ± 0.5 [2.9 - 5.5]	4.07 ± 0.44 [3.3 - 4.7]	0.938	NS
Creatinina	9.72 ± 3.1 [4.6 - 20]	9.66 ± 2.98 [2.7 - 13.1]	0.929	NS
Puntaje BDI	7.39 ± 5.79 [0 - 25]	14.9 ± 8.0 [2 - 30]	< 0.0002	AS

IMC = Índice de masa corporal.
significativo.

HD = Hemodiálisis.

S = Significativo.

AS = Altamente

Tabla 6. Asociación de subgrupos según sexo, edad mayor o menor de 42 años, tiempo en hemodiálisis.

	N	No Disfunción n (%) {HF/NF}	Disfunción n (%)	P*
Total de casos	62	48 (77.4) {27/21}	14 (22.6)	
Subgrupos según sexo:				
Hembras	21 (33.9%)	17 {5/12}	4	0.7548
Varones	41 (66.1%)	31 {22/9}	10	
Subgrupos según edad:				
≤ 42 años	32	29 {15/14}	3	0.0147
> 42 años	30	19 { 11/8}	11	
Subgrupos según Tiempo en HD:				
≤ 18 meses	31	27 {13/14}	4	0.1271
> 18 meses	31	21 {13/8}	10	
Subgrupos según causa de IRC:				
No diabéticos	52	42 {21/21}	10	0.2173
Diabéticos	10	6 {5/1}	4	

*Fisher's exact test.

Tabla 7. Correlación de los Puntajes ASEX (Arizona Sexual ExperienceScale) obtenidos de cada caso con los respectivos datos demográficos, clínicos y de laboratorio.

Puntaje ASEX con:	R*	P*	Significancia
Edad	0.2372	0.0634	MS
IMC	-0.04119	0.7506	NS
Tiempo de HD	-0.05348	0.6797	NS
Creatinina	0.04694	0.7171	NS
HCTO	-0.1451	0.2606	NS
Albúmina	-0.2270	0.0760	MS
Puntaje BDI	0.6057	< 0.0001	AS

Figura 1. Causas de IRC en los pacientes del estudio.

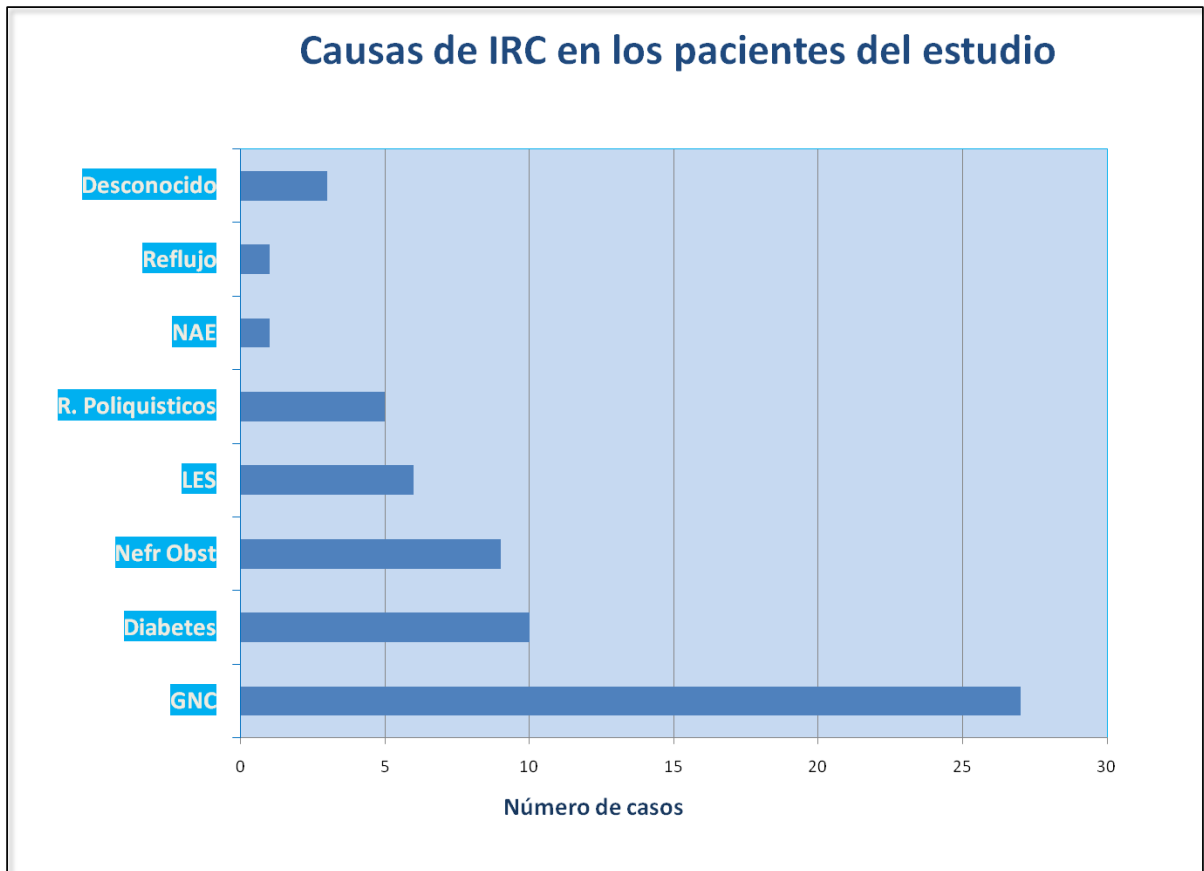


Figura 2. Resultados de la aplicación de la escala ASEX en los pacientes en Hemodiálisis de las Unidades de Caracas y Maracaibo.

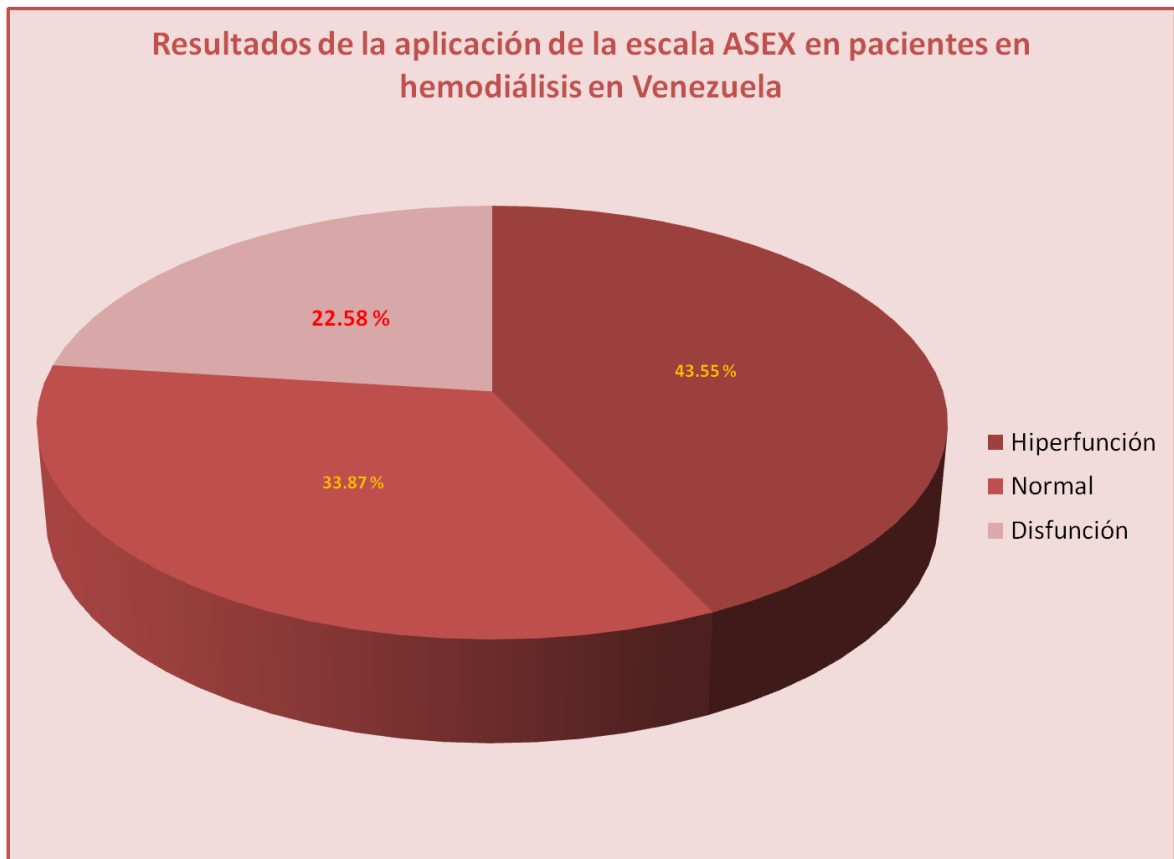


Figura 2. Correlación Puntaje BDI con Puntaje ASEX ($r = 0.6057$, $p < 0.0001$).
Las líneas punteadas representan el 95 % de los intervalos de confianza.

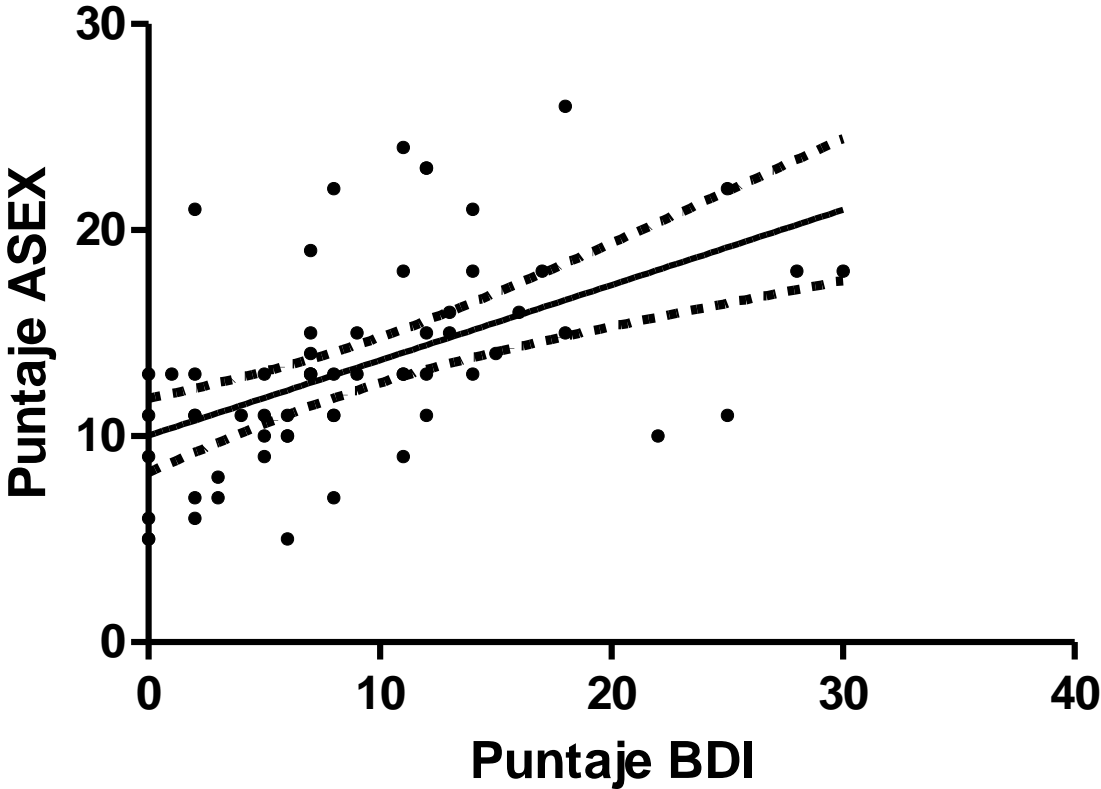


Figura 3. Correlación Edad con el Puntaje ASEX obtenido ($r = 0.2372$, $p = 0.0634$).

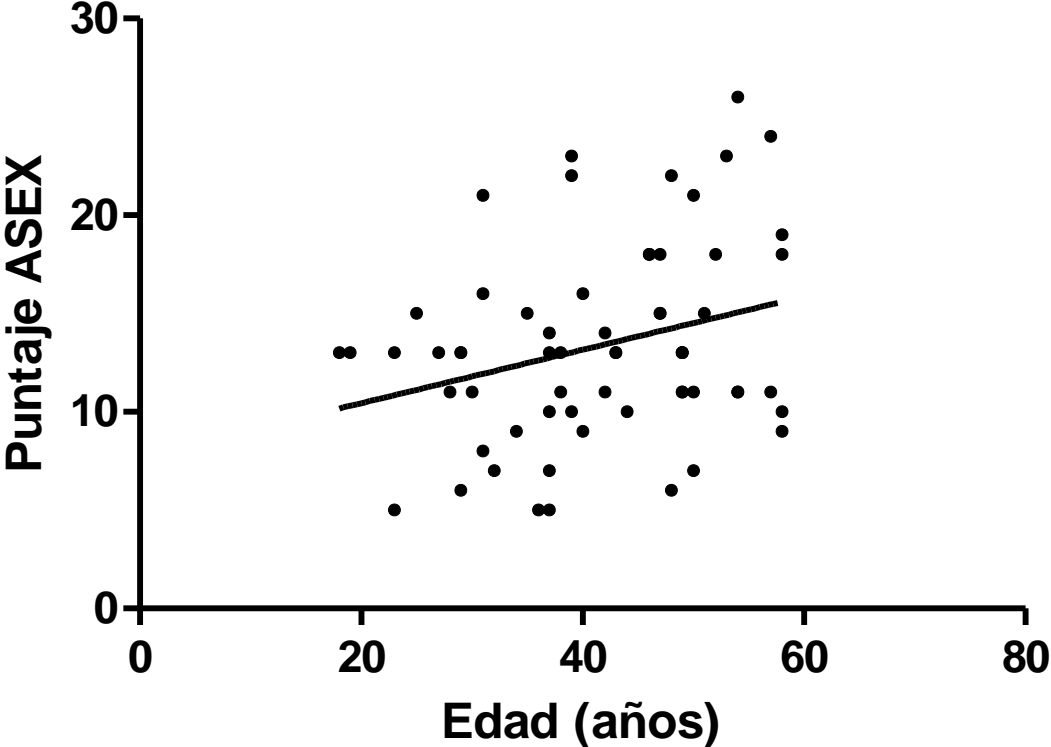
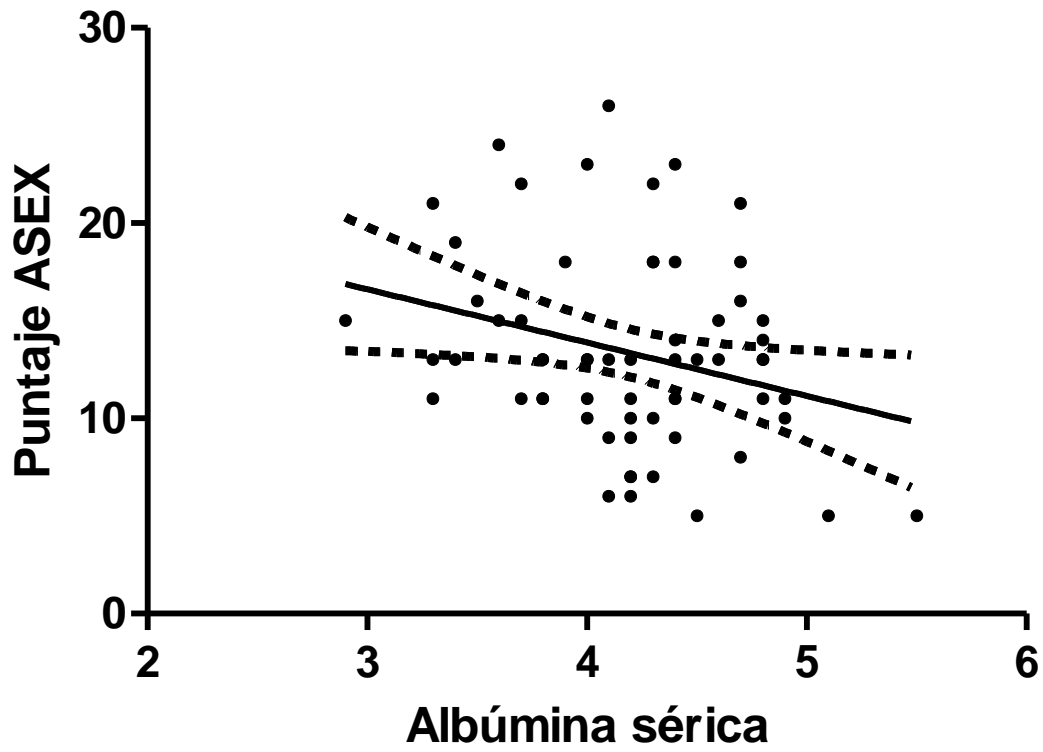


Figura 4. Correlación albúmina sérica con puntaje ASEX ($r = -0.2270$, $p = 0.0760$).



Fecha:

Institución:

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio de la presente, yo, _____ manifiesto que me han pedido participar voluntariamente de la investigación denominada “VALORACION DE LA SEXUALIDAD SEGÚN ESCALA ASEX EN PACIENTES EN HEMODIALISIS CRONICA” declaro que he leído y comprendido el documento informativo, y que se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes, el procedimiento, los posibles riesgos y molestias, y los beneficios que implica esta investigación.

Entiendo que conservo los derechos de retirarme del estudio en cualquier momento y de que la información sea manejada de forma confidencial y anónima.

Nombre: _____

C.I: _____

Firma: _____

Nombre del paciente: _____

Sexo: Masculino Femenino

Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX)

Para cada pregunta, por favor anote el número que mejor describa el nivel global de funcionamiento sexual durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.

Vis. 1	Vis.2	Vis.3	Vis.4

1. **¿Qué tan fuerte es su deseo sexual?**
 (1 pt) extremadamente fuerte (4pt) algo débil
 (2 pt) muy fuerte (5pt) muy débil
 (3 pt) algo fuerte (6pt) no tengo deseo sexual

--	--	--	--

2. **¿Con qué facilidad se despierta en usted el interés sexual?**
 (1 pt) extremadamente fácil (4pt) con alguna dificultad
 (2 pt) fácilmente (5pt) difícilmente
 (3 pt) con alguna facilidad (6pt) nunca se despierta

--	--	--	--

3. SOLO PARA VARONES

¿Con qué facilidad puede obtener y mantener una erección?
 (1 pt) extremadamente fácil (4pt) con alguna dificultad
 (2 pt) fácilmente (5pt) difícilmente
 (3 pt) con alguna facilidad (6pt) nunca puedo obtenerla

Sólo varones

--	--	--	--

4. SOLO PARA MUJERES

¿Con qué facilidad se humedece (o se moja) su vagina durante el sexo?
 (1 pt) extremadamente fácil (4pt) con alguna dificultad
 (2 pt) fácilmente (5pt) difícilmente
 (3 pt) con alguna facilidad (6pt) nunca se humedece

Sólo mujeres

--	--	--	--

5. **¿Con qué facilidad puede usted alcanzar el orgasmo?**
 (1 pt) extremadamente fácil (4pt) con alguna dificultad
 (2 pt) fácilmente (5pt) difícilmente
 (3 pt) con alguna facilidad (6pt) nunca alcanza el orgasmo

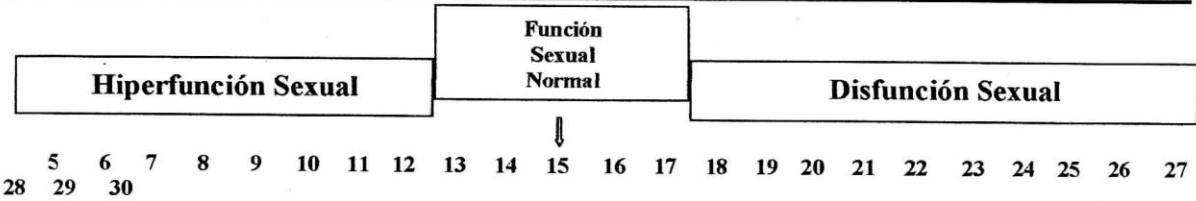
--	--	--	--

6. **¿Es su orgasmo satisfactorio?**
 (1 pt) extremadamente satisfactorio (4pt) algo insatisfactorio
 (2 pt) muy satisfactorio (5pt) muy insatisfactorio
 (3 pt) algo satisfactorio (6pt) no puedo alcanzar el orgasmo

--	--	--	--

Total

--	--	--	--



Inventario de Depresión de Beck

(Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Tristeza.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.

3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. me siento irritado continuamente.

3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.

2. He perdido gran parte del interés por los demás.

3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.

2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo

igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.