

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

## ESCUELA DE CC DE LA SALUD



**MÁSTER OFICIAL  
EN SEXOLOGÍA**  
Curso Académico 2012/2013

Trabajo de Fin de Máster

**“LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN EL PROCESO  
DE HEMODIÁLISIS.”**

Autora: Gemma del Mar Pardo Vidal.

Tutora: Dra. Rosa María Zapata Boluda



## **AGRADECIMIENTOS.**

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración desinteresada de todas y cada una de las personas que voy a enumerar a continuación:

A mi tutora Rosa María Zapata y a Raquel Alarcón, ya que gracias a sus aportaciones, sugerencias y correcciones sobre este estudio, se ha hecho posible la finalización de este proyecto fin de máster.

A todos mis compañeros de promoción 2010/2012, por todo lo que me han enseñado y aportado durante estos dos años, no solo intelectualmente, sino que me habéis descubierto un “mundo de colores y creatividad” que ha hecho que esta aventura sea muy difícil de describir. Gracias por vuestra ayuda y por todos los momentos que hemos vivido juntos.

A mis compañeros de la clínica de diálisis “Los Arcos” por toda su colaboración y apoyo para realizar todos los cambios de turnos para asistir a las clases del máster, y por su puesto a los pacientes que han participado en el estudio voluntariamente, gracias por su dedicación.

A mi familia, por enseñarme que todo se puede conseguir con esfuerzo y paciencia, por demostrarme su confianza y ternura en todo momento y sobre todo porque me han ayudado a ser la persona que soy hoy.

A mi “MacGyver” particular, Manuel, por aparecer en mi vida en el momento exacto y en el lugar preciso, por estar a mi lado siempre e incondicionalmente, por ser perfecto para mí, brindándome todo su apoyo y su dedicación para la realización de este proyecto, te quiero.



# INDICE.

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
JUSTIFICACIÓN .....	8
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	9
INSUFICIENCIA RENAL .....	9
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA .....	10
PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA ERC.....	12
TRATAMIENTO PARA LA ERC.....	14
DIÁLISIS.....	14
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS.....	14
DIÁLISIS PERITONEAL.....	15
TRASPLANTE RENAL.....	15
<b>ESTADO DE LA CUESTIÓN</b> .....	16
<b>OBJETIVOS</b> .....	19
<b>METODOLOGÍA</b> .....	19
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	23
ANÁLISIS UNIVARIANTES.....	24
ANÁLISIS BIVARIANTES.....	38
<b>DISCUSION</b> .....	45
<b>CONCLUSIONES</b> .....	47
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	49
<b>ANEXO 1</b> .....	51
<b>ANEXO 2</b> .....	52
<b>ANEXO 3</b> .....	55

# **1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACION**

## **1.1. INTRODUCCION**

El término “sexualidad” *se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos* (OMS, 2000).

La sexualidad no es sólo actividad física, implica o debería implicar también un estado de bienestar físico y psicológico. Guarda relación con un amplio rango de factores, especialmente la experiencia pasada, la experiencia presente, la personalidad, las emociones, la experiencia sexual y la cultura. Por lo tanto, su abordaje requiere un enfoque multidisciplinario, sistémico y holístico.

La sexualidad es un elemento esencial en la salud de un individuo, y como tal hay que darle una cobertura completa dentro del sistema de salud.

La salud sexual hace referencia a la aptitud para disfrutar de la actividad sexual, con el consecuente bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionados. La principal causa de pérdida de esta salud son las disfunciones sexuales como la ausencia o disminución del deseo sexual, la disfunción orgásmica, la dispareunia, el vaginismo, la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, etc. La disfunción sexual es un síntoma altamente prevalente en los pacientes con enfermedad renal crónica y el origen de la misma todavía no es bien conocido aunque puede ser causada por la interacción de una serie de factores como el estado urémico, el afrontamiento ineficaz a la diálisis, una

percepción disminuida de bienestar físico, alteraciones hormonales y las patologías asociadas.

Las causas de estos problemas pueden ser muy diversas y hay que tener en cuenta que muchas veces, aunque haya una causa orgánica que pueda ser causante de la disfunción, se suelen añadir otros factores psicológicos que hacen más complejo el cuadro general (Andreu Periz D, Force Sanmartín, 2001).

La enfermedad renal crónica (ERC) es, por sus características, una situación de gran impacto en la calidad de vida y psicología de la persona que la padece. Además la insuficiencia renal, como hemos mencionado anteriormente, cursa con otras patologías asociadas que ya padecían antes, o bien, han aparecido después. Así, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la anemia, alteraciones hormonales, etc., son algunos de los problemas de salud que pueden agudizar las disfunciones sexuales. Diversos estudios ponen de manifiesto una elevada prevalencia de disfunción sexual entre los pacientes portadores de una ERCT. Al tratarse de una enfermedad crónica puede afectar a la salud sexual por múltiples razones, desde las meramente orgánicas hasta las psicológicas.

En esta enfermedad se ven afectadas de forma grave y paulatina la integridad física y la calidad de vida del individuo hasta la fase final, en la cual, el tratamiento de diálisis o trasplante renal constituye la única esperanza de supervivencia. Las características propias de estos tratamientos originan cambios en la integridad biopsicosocial del individuo, incluyendo a su familia y las personas de su entorno. Esto implica para el personal de salud nuevas funciones y responsabilidades profesionales en la sociedad. El cuidado del paciente renal representa para enfermería un intenso ejercicio de conocimientos, habilidad e intuición (Flanito 1990, p 1-18).

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

A lo largo de mi actividad profesional, en gran parte dedica al enfermo renal, he podido ser testigo de muchas dudas y cuestiones planteadas por parte del enfermo renal a los profesionales de la salud, sobre los cambios que se producen sobre su sexualidad durante el tratamiento de hemodiálisis, esto por una parte, y por otra, he podido observar los interrogantes que los profesionales inexpertos se plantean a la hora de tratar en tipo de cuestiones sobre la sexualidad. Por todas esas preguntas y dudas es por lo que decidí en su momento, indagar para poder ofrecer respuestas a mis pacientes en el programa de hemodiálisis.



## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. INSUFICIENCIA RENAL**

Cuando el riñón se daña de tal manera que no pudiendo cumplir completamente y de forma eficiente sus funciones (25% o menos de la función renal normal). Se habla de insuficiencia renal.

Los riñones ya no son capaces de limpiar la sangre de toxinas y retirar el agua adecuadamente, el individuo comienza a presentar un conjunto de síntomas llamado “síndrome urémico” (10% o menos de la función renal normal).

Estos son los signos y síntomas que se pueden observar en el síndrome urémico y que aparecen en todos los textos consultados:

- Decaimiento, fatiga.
- Hinchazón (edema) en diferentes partes del cuerpo, especialmente en tobillos y cara (párpados).
- Falta de apetito (anorexia).
- Náuseas, vómitos.
- Palidez (anemia).
- Mal aliento en la boca (halitosis urémica).
- Presión alta (hipertensión arterial).
- Picazón (prurito).
- Facilidad de sangrado (hematomas, epistaxis)

## **2.2. Enfermedad Renal Crónica (ECR)**

Según Vargas Herrera (2005) la aparición y la gravedad de los síntomas varían de un individuo a otro. Esto depende en parte del grado de función renal que la persona conserve y de la rapidez con la cual se pierde la función renal.

Diferentes enfermedades pueden causar trastornos progresivos e irreversibles en el funcionamiento renal, ocasionando una insuficiencia renal crónica. Entre estas enfermedades se encuentran glomerulonefritis, nefropatía diabética, nefropatías por agentes tóxicos, por analgésicos, traumáticas, obstructivas, nefropatías que son consecuencias de enfermedades sistémicas (lupus eritemátodes sistémico, nefritis, etc.), vasculopatías, alteraciones hereditarias como la enfermedad renal poliquística.

Estas enfermedades evolucionan paulatinamente, conduciendo a la destrucción irreversible de la nefrona renal y en consecuencia, a la alteración de la función excretora renal. Las manifestaciones se caracterizan por una notoria disminución del índice de filtración glomerular, la acumulación de sustancias que depende de la filtración renal para su eliminación (toxinas urémicas) y la retención de agua y solutos.

Estos cambios originan un desequilibrio en la composición química de aparatos y sistemas orgánicos con signos y síntomas manifiestos en cada uno de ellos. La perturbación de la función endocrina renal disminuye la formación de eritropoyetina, síntesis de vitamina D y se altera el sistema renina-angiotensina.

En la ERC se identifica cuatro estadios de sintomatología:

-Estadio1: no presenta síntomas clínicos notables, sin embargo, existe una alteración incidente en la función renal caracterizada por la disminución de la tasa de filtración glomerular de 50 a 90 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.

- Estadio2: la insuficiencia renal es moderada, la tasa de aglomeración se reduce de 15 a 50 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, el nivel de creatinina sérica se encuentra entre 2 a 6 mg/dl. Los síntomas clínicos se relacionan con la disminución de la capacidad funcional y se presentan paulatinamente.

- Estadio3: (retención descompensada). La insuficiencia renal se encuentra avanzada. La tasa de filtración glomerular es de 5-15 ml/min/1.73m<sup>2</sup>; los parámetros de creatinina están entre 6 a 12 mg/dl, urea entre 150 a 250 mg/dl, el potasio es relativamente normal e incluso elevado. Se evidencia una

acidosis metabólica y una anemia marcada (normocrómica), hipocalcemia e hiperfosfatemia, la polineuropatía urémica es frecuente.

La hipertensión y la hipervolemia pueden ocasionar insuficiencia cardíaca y edema agudo de pulmón.

La sintomatología clínica se manifiesta mediante el típico aliento urémico, incremento de la profundidad respiratoria, náuseas, intranquilidad e inquietud en las piernas. A veces existe disnea en reposo debido a la retención excesiva de líquidos y dolor en los huesos como consecuencia de la osteopatía.

-Estadio 4: Corresponde al cuadro de insuficiencia renal en la etapa terminal. Se manifiesta mediante una tasa de filtración glomerular por debajo de los 5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, el parámetro de creatinina se encuentra sobre 12 mg/dl, y el de la urea sobre 250 mg/dl.

Este complejo cuadro clínico, conocido como síndrome urémico, es consecuencia de la grave intoxicación por los productos de desecho metabólicos, y afecta los diferentes sistemas orgánicos:

- Sistema tegumentario. Los pacientes experimentan cambios en la pigmentación de la piel. Estos se atribuyen a la retención de urocromos o metabolitos pigmentados. Un síntoma muy molesto es el prurito que puede ser localizado o generalizado, originado entre otras causas, por la alteración de los niveles de calcio y fósforo en la sangre. Contribuyen a este síntoma la sequedad cutánea con descamación, atribuida parcialmente a la disminución de secreción de las glándulas sebáceas.
- Sistema hematológico. La inadecuada producción de eritropoyetina interfiere la formación de glóbulos rojos, dando lugar a la anemia. Corroboran a esta complicación la disminución del tiempo de vida de los eritrocitos relacionado con el efecto de las toxinas anémicas, las tendencias hemorrágicas, especialmente del aparato digestivo, y otras pérdidas.
- Aparato respiratorio. Diversos factores, entre ellos la acumulación de líquidos en los pulmones conducen al edema pulmonar. La sintomatología se caracteriza por dificultad respiratoria, disnea, tos. Otros síntomas como el dolor pleurítico, son manifestaciones de pleuritis, considerada como otra complicación del síndrome urémico.

- Sistema cardiovascular. Las complicaciones constituyen la principal causa de muerte en los pacientes con ERC. Secundariamente a la retención de líquidos se desarrolla hipertensión arterial.
- Sistema nervioso. Presenta complicaciones como la encefalopatía urémica, cuyos síntomas se caracterizan por irritabilidad, fatiga, alteración de la concentración. En periodos avanzados: desorientación, alucinaciones visuales, debilidad muscular, convulsiones y coma. En las extremidades inferiores es predominante el síndrome de las piernas inquietas.
- Sistema gastrointestinal. El síntoma inicial común es la anorexia, puede ser seguida por náuseas, vómitos, el aliento urémico característico, diarrea y en otros casos, estreñimiento. Son frecuentes las complicaciones como estomatitis, gingivitis, hemorragias gastrointestinales.
- Función sexual. La disminución de la libido en la mujer e impotencia en el hombre son cambios que afectan a un elevado número de pacientes con ERC.
- Entre otras complicaciones están las alteraciones del equilibrio ácido-base y electrolítico. (Herrera, 2005)

### **2.3. Patologías asociadas a la ERC**

Al enfermo con ERC se le asocian otras patologías, bien por padecerlas anteriormente a la aparición de su enfermedad o por ser posteriores y aparecer en el curso evolutivo del tratamiento.

Estas patologías pueden ser: Diabetes, HTA, Cardiopatía Isquémica, Anemia y Estado Hormonal, las cuales vienen a agudizar sus disfunciones sexuales.

-Diabetes: La diabetes, a largo plazo, provoca la aparición de problemas a nivel sexual como son trastornos de erección e impotencia en los hombres y anorgasmia, vaginitis o dispareunia en las mujeres.

-HTA: En los pacientes hipertensos hay que tener en cuenta tres modos distintos en los que la enfermedad afecta en la conducta sexual:

1- El efecto de la hipertensión en el funcionamiento sexual. La presencia de un síndrome arterial periférico es causante de disfunción erectiva y disminución de la libido en hombres y mujeres.

2- Los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva que el paciente debe tomar (impotencia y eyaculación retardada en hombres y problemas de excitación en mujeres).

3- La reacción psicológica ante la enfermedad que se caracteriza por el miedo a que la relación sexual provoque un aumento de la presión sanguínea.

-Cardiopatía Isquémica: En la Cardiopatía Isquémica hay varios factores que contribuyen a la disfunción sexual:

1- Factor Orgánico: como es la presencia de ágor al iniciar las relaciones sexuales.

2- Factor Psicológico: como sentimiento de miedo al re infarto o a la muerte súbita y ello lleva a la disminución de la frecuencia con que realizan el acto sexual.

3- Factor farmacológico: también pueden contribuir al deterioro sexual (antihipertensivos, psicótopos).

-Anemia: La mayoría de pacientes en HD, presentan anemia en grado moderado/severo. La causa es debida a la alteración de la función endocrina metabólica del riñón que se traduce en una disminución de la producción de eritropoyetina. La anemia es la causa de un importante número de síntomas y limitaciones funcionales: astenia, fatiga, taquicardia...etc., que empeoran otros síntomas o enfermedades asociadas: insomnio, anorexia, cardiopatía isquémica, impotencia e inapetencia sexual... etc.

-Estado Hormonal: En el hombre se aprecia a menudo una atrofia testicular y una disminución de la espermatogénesis además de un descenso de los niveles de testosterona. En las mujeres sometidas a HD puede ser indicativo de una disminución de estrógenos la aparición de amenorrea o hipomenorrea, disminución de la masa del tejido mamario, descenso de la lubricación vaginal y vaginitis atrófica infertilidad.

En definitiva, todo lo anteriormente mencionado nos sirve para reflejar que en las enfermedades crónicas es donde suele coincidir una mayor prevalencia de disfunciones sexuales por causas tanto orgánicas como psicológicas (I. Écija, 2000)

### **3. TRATAMIENTOS PARA LA ENFERMEDAD CRÓNICA RENAL.**

#### **3.1. DIALISIS**

La diálisis no es un tratamiento curativo, es la sustitución artificial de la función renal. Su papel compensatorio no es extensivo a las funciones renales endocrino-metabólicas, sin embargo, permite a la persona con grave daño anatómico y funcional de los riñones una esperanza de vida y rehabilitación. Este tratamiento puede llevarse a cabo durante un periodo definido en la insuficiencia renal aguda, o indefinido como en la insuficiencia renal crónica, hasta que sea posible un trasplante renal.

Las personas que se encuentran bajo tratamiento médico especializado deben ser incorporadas al programa de diálisis en el momento adecuado. La evaluación clínica, los exámenes de laboratorio y métodos técnicos de diagnóstico, brindan resultados indicativos para su integración. Así se dispone del tiempo suficiente para impartir la orientación necesaria que permita una adaptación psicológica y elección de la modalidad de tratamiento (hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (PD)). (Herrera, 2005).

#### **3.2. TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS.**

Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la ERC se encuentran la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo.

En la hemodiálisis una máquina purifica y filtra temporalmente la sangre de desechos nocivos, sal y agua en exceso por medio de dos agujas conectadas a una fístula que se retiran al final de cada sesión, este procedimiento se realiza por lo general tres veces por semana de 3 a 5 horas por cada sesión e implica la creación de una fístula que es una operación donde se une una vena con una arteria bajo la piel del brazo o bien mediante un catéter implantación central, en los pacientes en los cuales no se pueda realizar la fístula debido a su árbol vascular. Los pacientes tienen en todo momento profesionales entrenados en el caso de presentarse complicaciones durante el

tratamiento y pueden conocer personas que comparten su misma condición, sin embargo deben acudir a la unidad renal en horarios establecidos sin posibilidad de realizar otras actividades durante este tiempo y pueden tener problemas con el acceso venoso e hipotensión (Hernández, 1995).

### **3.3. DIALISIS PERITONEAL**

En la diálisis peritoneal una membrana interna que reviste el abdomen, llamada peritoneo, filtra la sangre del exceso de agua, desechos y sustancias químicas, introduciendo una solución de diálisis en el abdomen durante 4 a 6 horas, realizando los recambio 4 veces al día. A pesar de que el paciente puede compartir más tiempo con su familia, desempeñar un trabajo y no requiere asistir a la unidad renal para la realización de la diálisis, el procedimiento requiere mayor espacio, elementos especiales de higiene en el hogar, lo que puede ser causa de estrés para sus familiares (Chan, McFarlane, & Pierratos, 2005).

### **3.4. TRASPLANTE RENAL**

El trasplante renal es una transferencia de tejidos u órganos (riñón) desde un organismo donante a otro receptor. Para reducir la posibilidad de rechazar el riñón donado se tiene la necesidad de tomar medicamentos diariamente, especialmente inmunosupresores que disminuyen las defensas propias del organismo, el paciente además debe seguir las indicaciones dadas por el médico nefrólogo y someterse a una valoración pre trasplante El trasplante es una intervención quirúrgica de gran envergadura que permite llevar una vida normal, evita las complicaciones de las fases finales de la enfermedad, hace innecesaria la realización de diálisis y genera una disminución de los costos de la enfermedad; sin embargo implica incluirse en lista de espera lo cual genera altos niveles de ansiedad, el cuerpo puede rechazar el riñón donado y este puede no durar toda la vida (Brook- Nicholson, 2003).

#### **4. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la ERC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que desequilibra su calidad de vida global (Cidoncha 2003). Además, un mismo paciente puede recibir diferentes tipos de terapia en el curso de su enfermedad, afectándolo de diferentes maneras, pues muchos son los factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, tensiones matrimoniales y familiares, restricciones alimentarias, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario (Anderson-Levine, 1985), limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte (Kimmel, 2001). La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno (Badia-Lizan, 2003). En el caso de los pacientes con enfermedad renal, el eje de la calidad de vida que se ve afectado de manera más evidente es el de la salud física, que al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente (Alarcón, 2004). La causa de los cambios psicológicos viene dada desde el primer momento en que el paciente tiene que asumir y aceptar su enfermedad crónica, la cual es causa de desequilibrio emocional. Éste, tiene que enfrentarse al temor a la muerte, al miedo a una posible intervención en caso de trasplante, a la dependencia constante de una máquina, a la pérdida del trabajo y del rol social, a la invalidez permanente, a los problemas económicos, a los conflictos con la pareja y a nivel familiar etc. Todo esto conlleva a la aparición de ansiedad, depresión y otras reacciones psicósomáticas que se sobreañaden a la enfermedad orgánica.



En resumen son escasos los estudios realizados de cómo se ve afectada la salud sexual de nuestros pacientes en diálisis, pero es más que conocido que las disfunciones sexuales son bastante frecuentes, ya sean debidas a otras patologías existentes, a la toma de determinada medicación o a problemas de tipo psicológico. Como hemos visto los pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo sufren una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que influyen de manera importante en su calidad de vida. Además de la insuficiencia renal tienen asociadas otras patologías que, o bien ya padecían antes de la aparición de la enfermedad, o bien han aparecido después. La diabetes, la HTA, la cardiopatía isquémica, la anemia, alteraciones hormonales, etc. son algunas de ellas que pueden agudizar las disfunciones sexuales.

Existe evidencia y unanimidad científica en atribuir como principal causa de la pérdida de la salud a las disfunciones sexuales; citamos entre otras, la ausencia o disminución del deseo sexual, la disfunción orgásmica, la dispareunia, el vaginismo, la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, etc. La disfunción sexual es un síntoma altamente prevalente en los pacientes con insuficiencia renal crónica y el origen de la misma todavía no es bien conocido aunque puede ser causada por la interacción de una serie de factores como el estado urémico, el afrontamiento ineficaz a la diálisis, una percepción disminuida de bienestar físico, alteraciones hormonales y las patologías asociadas (diabetes, enfermedad vascular, neuropatía urémica, depresión...), y/o al efecto secundario de los fármacos. Hay que tener en cuenta que a veces aunque haya una causa orgánica que pueda ser causante de la disfunción, se suelen añadir otros factores psicológicos que hacen más complejo el cuadro general; las causas psicológicas más habituales son el estrés, la ansiedad, sentimientos de culpa, de inferioridad o baja autoestima y el temor a “no poder” en el momento del acto sexual, entre otras.

Es evidente por otra parte, que los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo sufren una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que influyen de manera importante en su calidad de vida. Diversos estudios ponen de manifiesto una elevada prevalencia de disfunción sexual entre los pacientes portadores de una ERC. Así, cabe mencionar los trastornos hormonales en los hombres que están sometidos a tratamiento sustitutivo renal con atrofia testicular, disminución de la espermatogénesis y descenso de los niveles de testosterona y la presentación de impotencia parcial o total. En las mujeres puede haber descenso de estrógenos, amenorrea o hipomenorrea e incluso puede haber una disminución del tejido mamario, menor lubricación vaginal, vaginitis atrófica e infertilidad. La mayoría de ellas

presentan alguna disfunción sexual, algunas pueden experimentar dispareunia debida al déficit de estrógenos y la sequedad vaginal resultante, pero también podría deberse pero también podría deberse a la hiperprolactinemia la disfunción gonadal, la depresión, el hiperparatiroidismo, el déficit de cinc y el cambio de la imagen corporal.

A pesar del bienestar físico que produce el tratamiento sustitutivo renal en los pacientes en programa de Hemodiálisis (HD), la disfunción sexual se hace evidente en la fase urémica, empeorando una vez iniciada la diálisis que se manifiesta fundamentalmente como impotencia y disminución de la libido en el varón, y, por disminución del deseo sexual y defecto de lubricación en las mujeres, mientras que los pacientes inactivos sexualmente parecen tener una adaptación psicológica y emocional satisfactoria al problema, los pacientes que refieren una mejor condición sexual perciben también una mayor Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que se manifiesta en la realización de actividades sociales y cotidianas, en una vivencia emocional menos negativa, un apoyo social percibido algo mejor, y una percepción de que las cosas van razonablemente bien según Martín Díaz y col. (2006).

Además de los problemas físicos, los pacientes en diálisis se encuentran expuestos a varios tipos de estrés psicológico como la dependencia del procedimiento, las exigencias del cumplimiento de un régimen dietético y la toma de medicación; las pérdidas varias que sufren (trabajo, libertad, esperanza de vida, etc.), y la disfunción sexual asociada. 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 las capacidades sexuales. La irritabilidad y la ansiedad son también frecuentes.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL.**

-Valorar la satisfacción sexual en pacientes afectados de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo renal con Hemodiálisis.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

-Detectar diferencias de satisfacción sexual entre hombres y mujeres en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis.

-Detectar la disfunción sexual en los pacientes en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis.

## **6. METODOLOGÍA.**

### **- Diseño.**

Se trata de un estudio descriptivo, comparativo, transversal con metodología cuantitativa llevado a cabo mediante el cuestionario de “Escala de Valoración de la Actividad Sexual (EVAS)” tanto en hombre como en mujer. La (Calle P, García J, De la Fuente, Fernández Agís I. Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M). Validación a través de entrevista con el experto. Sexología Integral 2009; 7(4).

### **- Muestreo:**

Se trata de un muestreo probabilístico de conveniencia, pues son aquellos pacientes que encontrándose en tratamiento de hemodiálisis cumplen los criterios de inclusión y exclusión expresados para el estudio.

### **-Variables:**

#### **- Independientes:**

- Edad. Número de años que tiene el paciente.
- Sexo. Hombre o mujer.

- Orientación Sexual. La orientación sexual con la que se define el paciente.
- Convivencia. Si tiene o no tiene pareja y cuantos años llevan viviendo juntos.
- Años en tratamiento en hemodiálisis. Años que lleva recibiendo el tratamiento.
- Lista de trasplante. Si el paciente se encuentra o no en lista de trasplante.
- Años de evolución de la ERC. Años de evolución de la enfermedad desde el comienzo.

-Dependientes:

- Satisfacción. La satisfacción que el paciente siente desde que recibe el tratamiento de hemodiálisis. En el cuestionario esta variable corresponde a los ítems 1 y 8.
- Deseo. El nivel de deseo que el paciente percibe desde que comienza su tratamiento en hemodiálisis. En el cuestionario esta variable corresponde al ítem número 3.
- Excitación. El nivel de excitación que los pacientes sienten desde que comienzan en el proceso de hemodiálisis. En el cuestionario esta variable corresponde al ítem 4.
- Erección. La capacidad del paciente de mantener una erección y eyacular desde que está en el proceso de hemodiálisis. Esta variable corresponde al ítem 5 en el cuestionario.
- Lubricación y eyaculación. Desde que comienzan el tratamiento de hemodiálisis el flujo vaginal que producen las mujeres y la capacidad de los hombres para mantener una erección desde se encuentran en el tratamiento. En el cuestionario esta variable corresponde al ítem 5 en la encuesta de las mujeres y en el de los hombres.

- Orgasmo. La capacidad que tienen los pacientes de sentir un orgasmo desde que entran en el tratamiento ya sea con penetración o sin penetración. Esta variable corresponde en el cuestionario al ítem 6.
- Dolor. El dolor que experimentan los pacientes en el momento de realizar una relación sexual. Corresponde al ítem 7.

### **Confidencialidad.**

Los cuestionarios han sido totalmente anónimos y confidenciales, habiendo sido informados previamente a los pacientes mediante un consentimiento informado (Anexo1) por escrito y firmado por ellos. Los resultados obtenidos solo serán utilizados con fines científicos.

Los participantes respondieron el cuestionario de forma voluntaria e individual, sin que esté presente ningún otro profesional y los cuales fueron entregados en sobre cerrado.

### **Criterios de inclusión y exclusión.**

Los criterios de inclusión y de exclusión que debían cumplir los pacientes que contestaron al cuestionario son los siguientes:

#### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes entre 18 – 60 años.
2. Pacientes en tratamiento de hemodiálisis.
3. Pacientes con más de un año en tratamiento de hemodiálisis.
4. Pacientes con más de un año de evolución de ERC.

**Criterios de exclusión:**

1. Pacientes con edad superior a 60 años.
2. Pacientes con menos de un año de tratamiento en hemodiálisis.
3. Pacientes con menos de un año de evolución de ERC.

**Recogida de datos.**

Instrumento. Se ha utilizado el cuestionario de Escala de Valoración de Satisfacción Sexual (EVAS) tanto para hombre (Anexo 2) como para mujer (Anexo 3). Validado por Pedro Lacalle e Inmaculada Fernández.

**Procedimiento.**

La recogida de datos se realiza durante la sesión de hemodiálisis de los pacientes, se reparten las encuestas individualmente, en un sobre cerrado. Previamente han sido informados mediante un consentimiento informado que han firmado.

## **7. ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS.**

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizará el paquete estadístico SPSS 15 para Windows.

Las pruebas estadísticas utilizadas se han seleccionado según el tipo de variables que se van a estudiar y el número de sujetos que van a ser estudiados (34 pacientes).

Los análisis realizados han sido los siguientes:

### **-Análisis Univariante:**

- Frecuencias y porcentajes de cada una de las variables
- Estadístico descriptivo de todas las variables

### **-Análisis Bivariante:**

- Kolmogórov Smirnov, para comprobar si son variables paramétricas o no.
- T-Student para muestras independientes.
- U de Mann-Whitney.

## 7.1 Análisis Univariante

A continuación se realizará un análisis de las frecuencias/porcentajes y un análisis descriptivo de cada una de las variables de este estudio, junto con el gráfico correspondiente:

### ❖ **Edad.**

La media de edad de los participantes en el estudio es de 45,82 años. La edad mínima ha sido de 26 años y la máxima de 56 respectivamente. Con una desviación típica de casi 10 años.

Tabla 1. Edad de los pacientes.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad de los pacientes en HD	34	26	56	45,82	9,986

### ❖ **Nivel de estudios.**

En la muestra estudiada nos encontramos con 15 pacientes con nivel básico, 10 con grado medio, 2 con estudios universitarios y 7 sin estudios. El porcentaje de la muestra es de 44,1% de estudios básicos, 29,4% de estudios de grado medio, 5,9 de estudios universitarios y de 20,6 de pacientes sin estudios.



Gráfico 1: Nivel de estudios de los pacientes.



❖ **Sexo.**

La muestra de este estudio está compuesta por hombres y mujeres que se encuentran en la actualidad recibiendo tratamiento de hemodiálisis en el centro de diálisis de Almería Fresenius Medical Care Services Andalucía S.A. De todos estos pacientes, 11 mujeres y 23 hombres, un total de 34 pacientes. Lo que implica que el 67.6% de los pacientes son hombres y el 32.4% son mujeres.



Gráfico 2: sexo de los participantes en el estudio

❖ **Orientación sexual.**

En la muestra, 31 pacientes se definen como heterosexuales corresponden a un 91.2% y 3 se definen como homosexuales 8.8%.

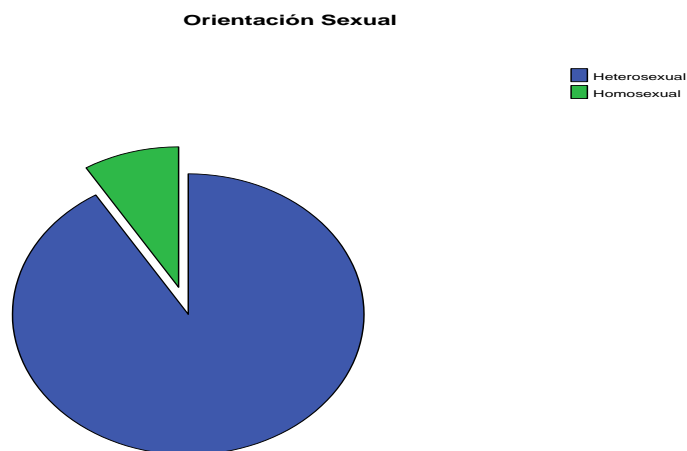


Gráfico 3: Orientación sexual.

❖ **Convivencia en la actualidad y pareja.**

De los 34 pacientes encuestados, 3 viven solos, 2 viven en pisos compartidos, 10 viven en pareja, 19 viven en familia. Siendo los porcentajes de 8.8 los pacientes que viven solos, 5.9 los que viven en piso compartido, 29.4 que viven en pareja y de 55.9 que viven en familia. La duración de la relación en los pacientes encuestados es de 79,4 % de más de cinco años de duración frente a un 20,6 % que no tienen pareja.

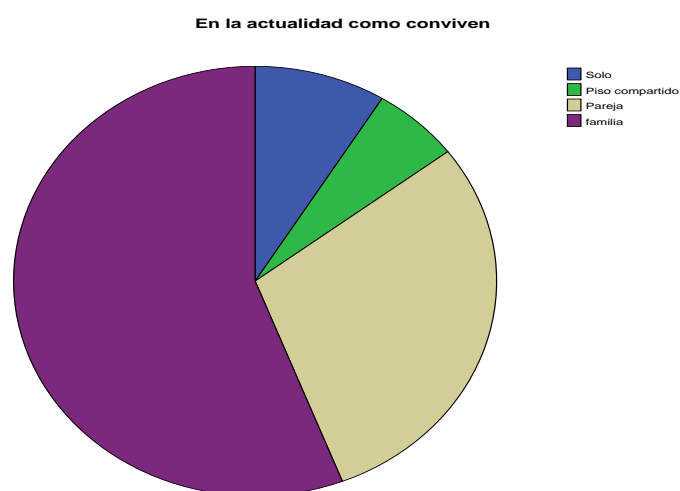


Gráfico 4: Convivencia de los pacientes.

❖ **Años de tratamiento de hemodiálisis.**

Los años de tratamiento en hemodiálisis se presentan una media de 4.59 años de tratamiento teniendo el que menos un año y el que más veintiséis años.

Tabla 2. Años de tratamiento.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Años en Hd	34	1	26	4,59	5,522
N válido (según lista)	34				

❖ **Se encuentra en lista de trasplante.**

De los pacientes encuestados, 13 se encuentran en lista de trasplante con un porcentaje de 38.2% y 21 no se encuentran en lista de trasplante teniendo un porcentaje de 61.8%.

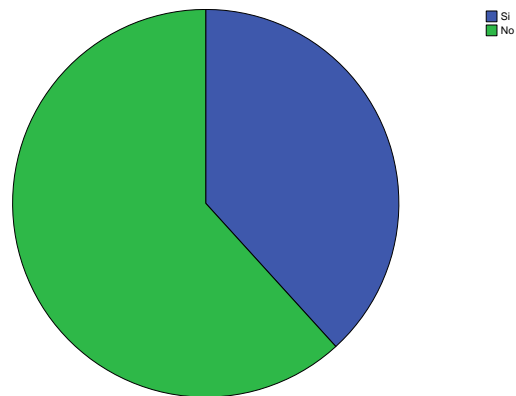


Gráfico 5: Inclusión en lista de trasplante.

❖ **Años de evolución de la Enfermedad Renal Crónica.**

La media de años de evolución de la enfermedad en los pacientes del estudio es 9.44, estando el que menos tiempo ha padecido la enfermedad un año y el que más 30 años, hay una diferencia de 29 puntos, muy considerable.

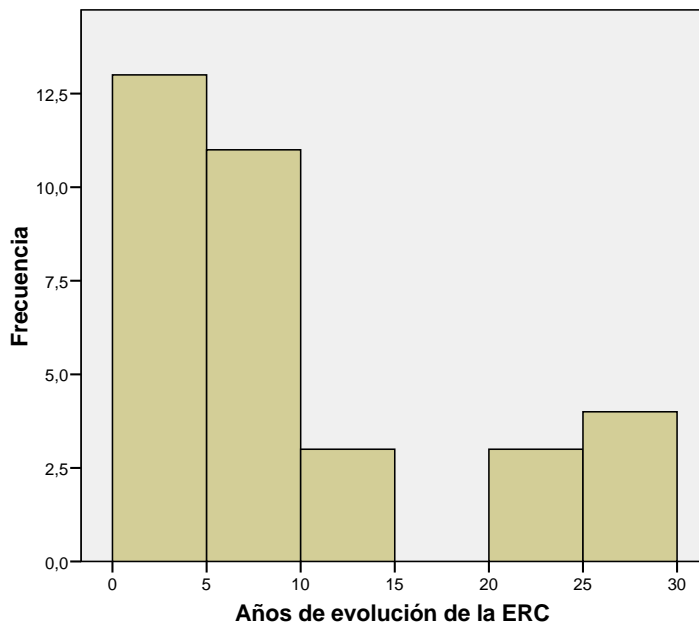


Gráfico 6: Años de evolución de la ERC.

## ❖ Satisfacción.

Dentro de la satisfacción sexual un 35.3 % de los pacientes se encuentran ni satisfecho- ni insatisfecho, esta variable corresponde en el cuestionario al ítem 1, un 23,5 de los pacientes se encuentran muy insatisfechos, el 20,6 % de los encuestados se encuentran bastante insatisfechos con su actividad sexual desde que recibe el tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis. El siguiente ítem de la encuesta también corresponde a la variable satisfacción, en ella se pregunta a los pacientes que se encuentran muy o bastantes insatisfechos con su actividad sexual que desde cuando le ocurre, aquí nos encontramos que todos los pacientes respondieron al ítem 2 a pesar que en el ítem 1 no respondiendo muy o bastante insatisfechos. Nos encontramos entonces con 67,6% de los pacientes se encuentran desde hace años muy o bastante insatisfechos, un 17,6 % se encuentran desde hace meses en este estado.

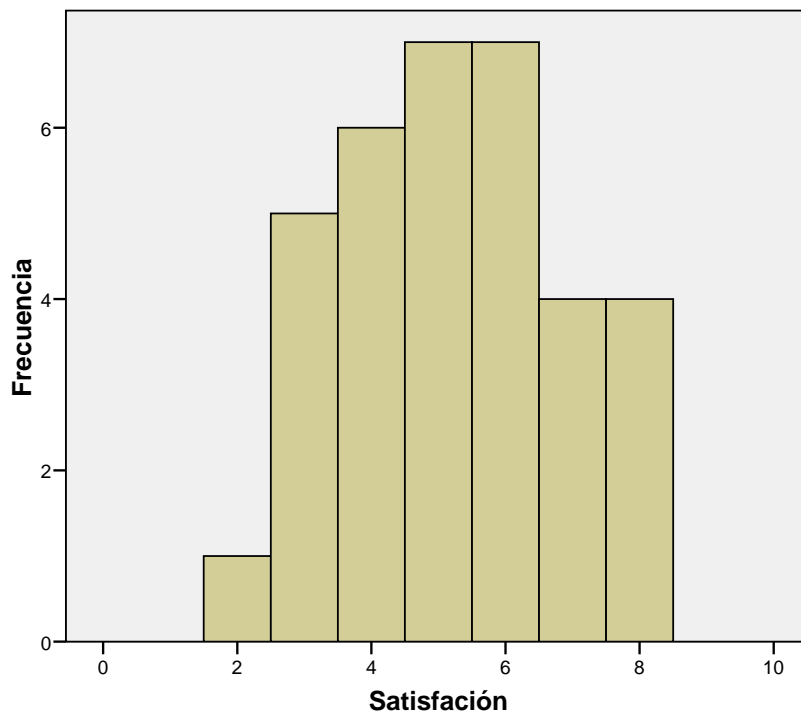


Gráfico 7: Satisfacción.

❖ **Deseo.**

De los pacientes que participaron en el estudio un 35,3 % de ellos a veces en estas últimas cuatro semanas ha tenido interés en alguna actividad sexual, un 20,6% nunca ha tenido interés, un 14,7% de los pacientes a menudo y siempre ha tenido algún interés y un 11.8% casi siempre tiene interés.

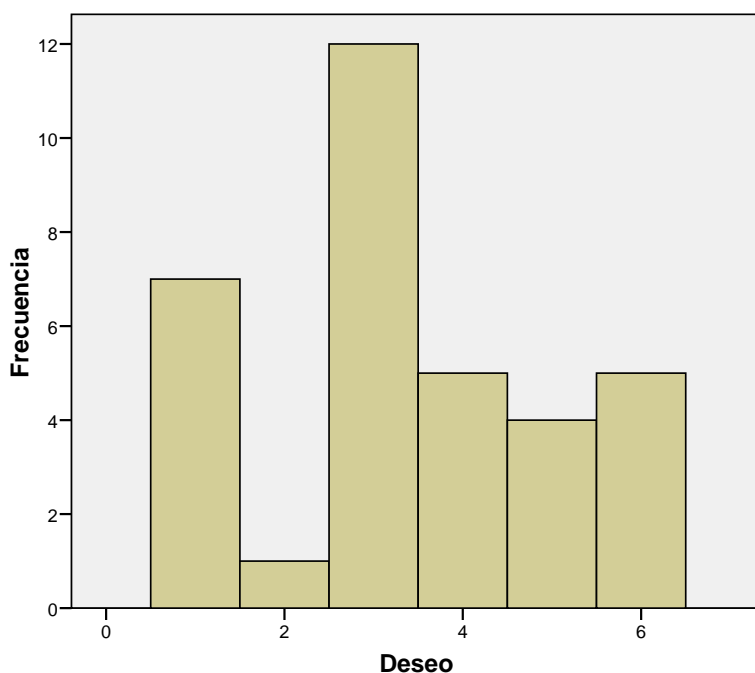


Gráfico 8: Deseo.

### ❖ **Excitación.**

La excitación corresponde en la encuesta al ítem número 4 tanto en hombres como en mujeres, viene reflejada por la dificultad en conseguir o mantener una erección, los resultados obtenidos son que 35,3% de los pacientes nunca ha tenido problemas, el 26,5% a veces ha tenido problemas, 14,7% raramente los ha tenido y otro 14,7% no contesta.

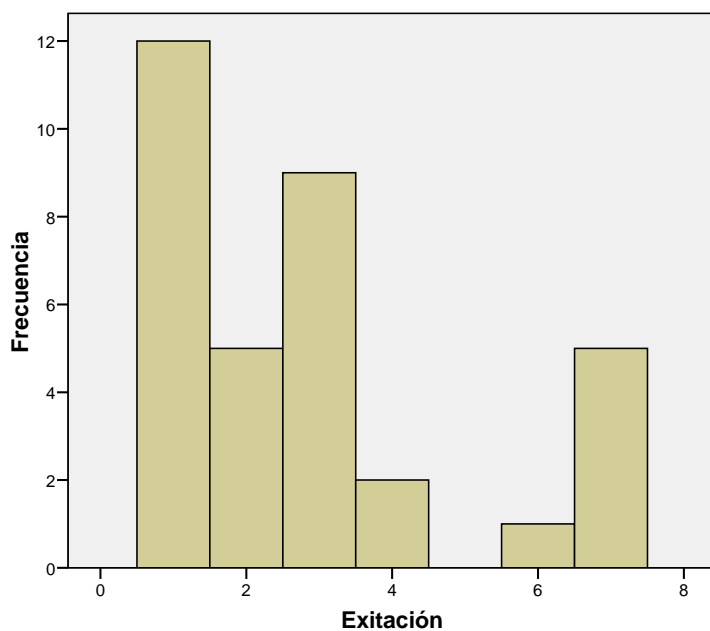


Gráfico 9: Excitación.

## ❖ Lubricación.

La lubricación se refleja en el cuestionario como la sequedad vaginal que sufren las mujeres, con el ítem 5 en el cuestionario de las mujeres, nos encontramos con 67,6% de mujeres que siempre padecen sequedad vaginal en su relaciones sexuales, un 11,8% de mujeres que a veces la sufren, 8,8% que nunca o raramente la padecen y un 2'9% casi siempre.



Gráfico 10: Lubricación.

### ❖ Eyaculación.

En el cuestionario de los hombres, la eyaculación viene reflejada en el ítem número 5, dándonos como resultado que de los 23 pacientes hombres encuestados el 26.5% a veces eyacula demasiado pronto en sus relaciones sexuales, el 23,5% nunca eyacula demasiado pronto, 11,8% raramente y un 3% siempre o casi siempre eyacula pronto en sus relaciones sexuales.

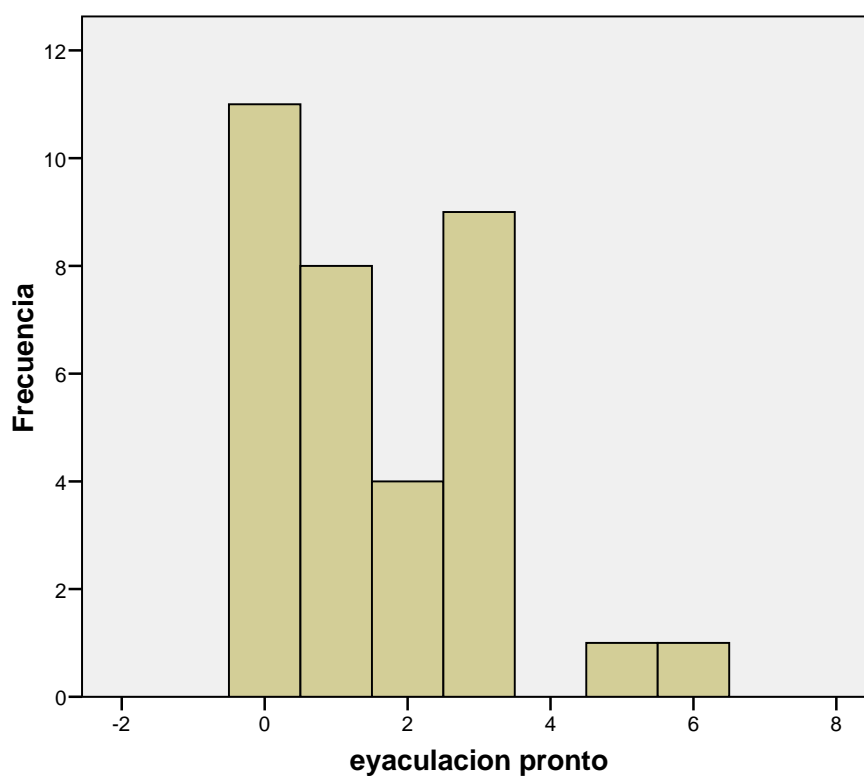


Gráfico 11: Eyaculación.



## ❖ Orgasmo.

A la pregunta de si ha sentido un orgasmo cuando ha tenido actividad sexual con o sin penetración, de los pacientes encuestados, el 29,4% ha respondido que a veces, un 23,5% que nunca ha sentido un orgasmo y el mismo porcentaje ha contestado que siempre lo ha sentido cuando han tenido actividad sexual, un 14,7% raramente lo sientes y el 8,8% casi siempre lo sienten.

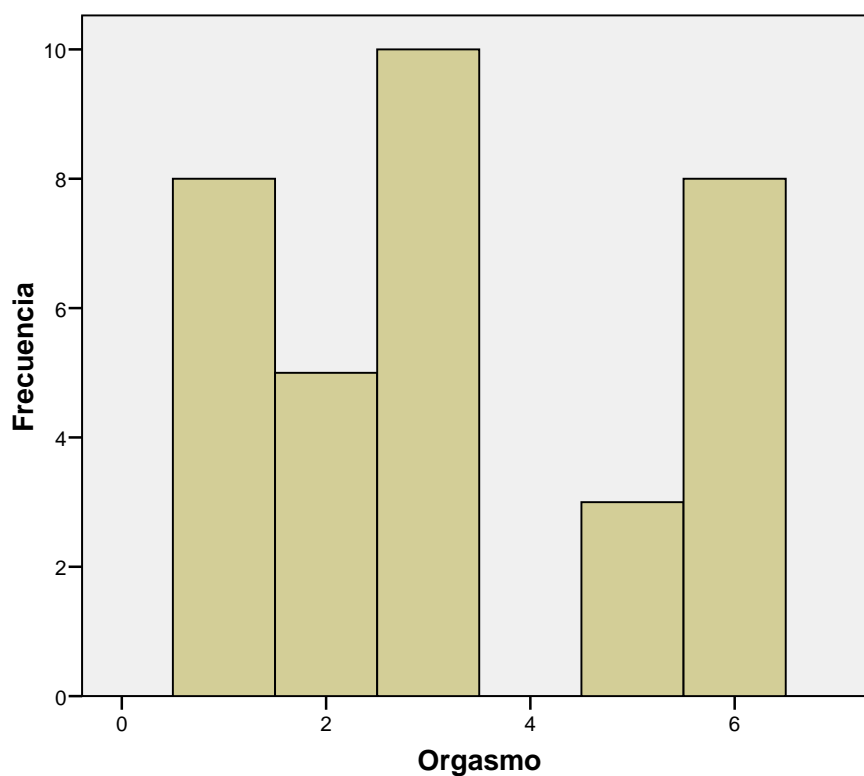


Gráfico 12: Orgasmo.

## ❖ Dolor.

El dolor viene reflejado en el cuestionario por el ítem 7, de los pacientes entrevistados, el 64,7% han contestado que nunca han sentido algún tipo de dolor, un 17,6% a veces han sentido dolor y el 8,8% han respondido que raramente y siempre has sentido algún tipo de dolor que le han impedido terminar con su relación sexual.

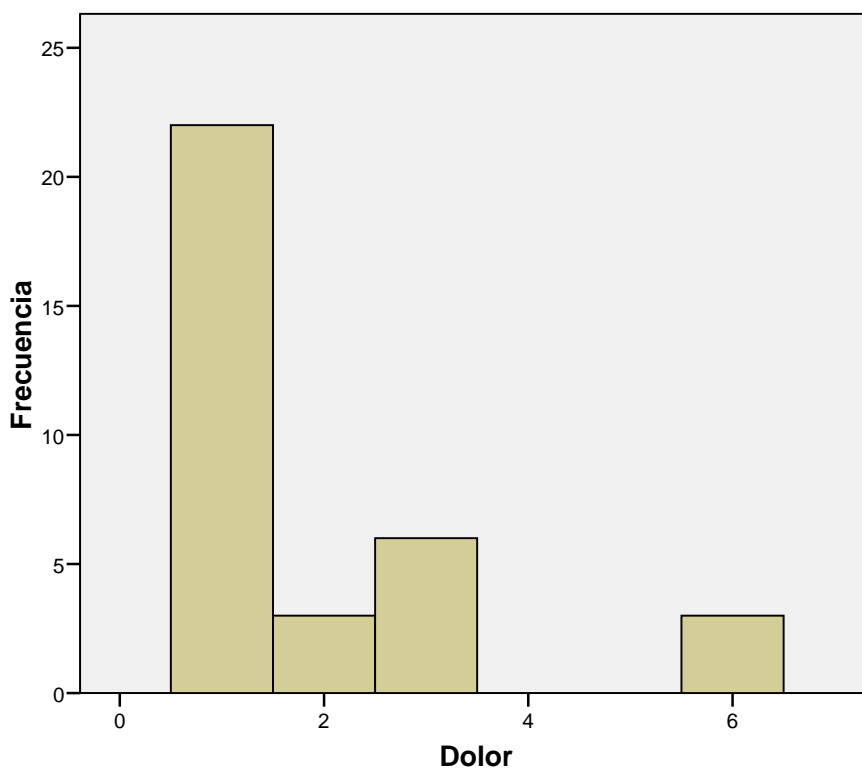


Gráfico 13: Dolor.

❖ **Enfermedad renal crónica y sexualidad.**

En el cuestionario se les ha preguntado a los pacientes si relacionan su enfermedad con cambios en su sexualidad, un 47% de los pacientes han contestado que si lo relacionan, un 44,1% que no la relacionan y un 8,8% que no está seguro de que ocurra esto.

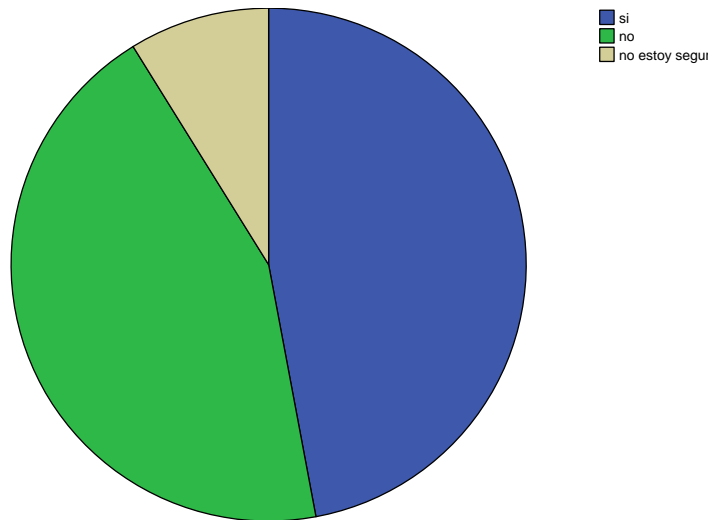


Gráfico 14: ERC y sexualidad.

❖ **Estar o no estar en lista de trasplante.**

El hecho de estar o no estar en la lista de trasplante afecta a sus relaciones sexuales, de los encuestados el 53% ha contestado que no afecta y el 23,5% si afecta, el 20,6 no sabe/no contesta.

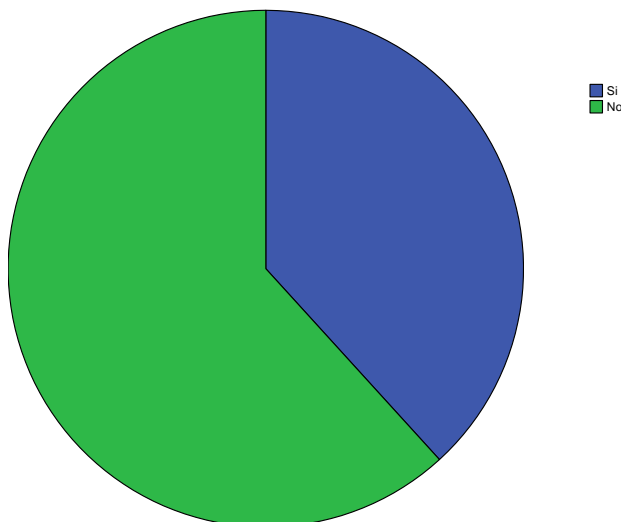


Gráfico 15: Lista de trasplante.

## ❖ EVAS MUJER.

La puntuación de la escala de valoración de la actividad sexual para la mujer nos dice que toda puntuación por debajo de 38 es indicativa de existencia de alguna disfunción sexual femenina.

Tabla 3: Puntuación del EVAS. Una puntuación de menos de 38 clasifica a los pacientes con probable disfunción sexual.

Dominio	Preguntas	Rango	Ponderación	Puntuación mínima	Puntuación máxima
Deseo	3	1-5	2	2	10
Excitación	4	1-5 inversa	2	2	10
Lubricación/Eyaculación	5	1-5 inversa	2	2	10
Orgasmo	6	1-5	2	2	10
Satisfacción	1 y 9	1-5	1	2	10
Dolor	7	1-5 inversa	2	2	10
Rango o puntuación total de la escala				12	60

En este estudio nos encontramos un máximo de 25 puntos y mínimo de 7, siendo la media de 17,50 puntos, con una desviación típica 4,5. Esto nos demuestra según la puntuación de la escala EVAS que todas las mujeres que participaron en el estudio probablemente sufran una disfunción sexual, ya que todas tienen una puntuación por debajo de 38.

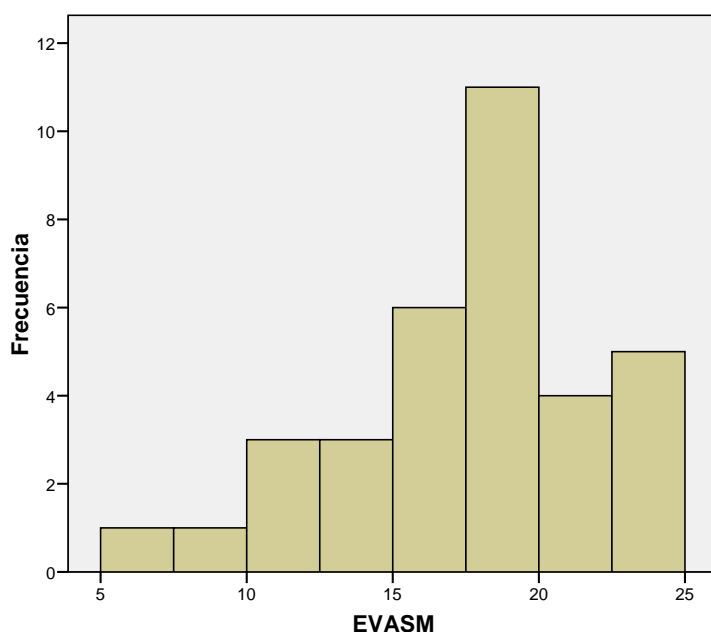


Gráfico 16: EVAS mujer.

### ❖ EVAS HOMBRE:

Según las puntuaciones obtenidas en los pacientes hombres, oscilan entre un máximo de 27 puntos y un mínimo de 6 puntos, con una media de 18,2 y una desviación típica del 4,6. Según la escala de valoración de su actividad sexual la puntuación inferior a 38 nos demuestra que es probable la existencia de alguna disfunción sexual en el hombre.

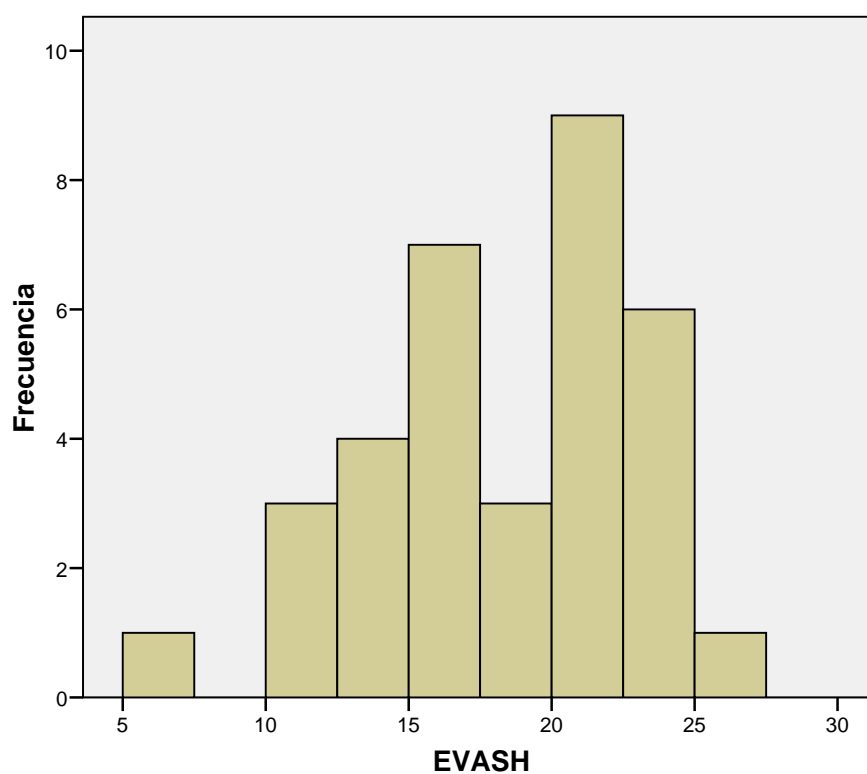


Gráfico 17: EVAS hombre.

## **7.2 Análisis Bivariante.**

A continuación pasaremos a analizar los datos obtenidos en el estudio, contrastando las variables de la encuesta con las obtenidas de la Escala de valoración de actividad sexual (EVAS) tanto en hombre como en mujer y con cada uno de sus dominios con la finalidad de observar cómo influye el sexo, los años de tratamiento en hemodiálisis y los años de evolución de la enfermedad. Para ello emplearemos la estadística inferencial.

En primer lugar, para saber el tipo de contraste que debemos utilizar para comparar las diferentes variables del estudio y para una muestra de 34 pacientes, utilizaremos el test no paramétrico Kolmogórov-Smirnov para determinar si las variables deseo, excitación, orgasmo, satisfacción, dolor EVAS mujer y EVAS hombre se ajustan a una distribución normal.

Tabla 4: Prueba de Kolmogorov-Smirnof.

	Deseo	Excitación	Orgasmo	Dolor	Satisfacción	EVASM	EVASH
Sig.asintót.	0.22	0.37	0.51	0.00	0.68	0.59	0.72

Una vez analizada las variables, encontramos que el deseo, el orgasmo, la satisfacción, el EVASM y el EVASH son variables paramétricas, debido a que  $p > 0,05$  para un error alfa de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%. Para analizar estas variables realizaremos la prueba de T-Students.

Mientras que las variables de dolor y excitación son no paramétricas, porque la  $p < 0,05$  para un error de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%. Para analizar esta variables utilizaremos U de Mann-Whitney.

PRUEBAS T-STUDENT: Compararemos la variable dependiente, cualitativa y con dos categorías de la muestra obtenida (sexo) con los dominios de la escala de valoración de la actividad sexual (EVAS), deseo, orgasmo y satisfacción, variables cuantitativas y que siguen una distribución normal.

- Sexo comparado con deseo, orgasmo y satisfacción:

Tabla 5: T-Student, sexo.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	p
Deseo	Hombre	23	3,78	1,380	,039
	Mujer	11	2,55	1,916	
Orgasmo	Hombre	23	3,57	1,950	,185
	Mujer	11	2,64	1,690	
Satisfacción	Hombre	23	5,35	1,668	,578
	Mujer	11	5,00	1,732	

Tras la realización de la prueba de T-Student, en la cual no obtenemos significación estadística para el orgasmo y la satisfacción, según el sexo,  $p > 0.05$  con un error alfa de 0.05 y un intervalo de confianza del 95%. Sin embargo si existe diferencias significativas en deseo ( $p = 0.039$ ). Hemos asumido varianzas iguales según el test de Levene, en todas las variables analizadas.

Podemos asumir que para la muestra recogida ser hombre o mujer influye sobre el deseo. Siendo la media de los hombres mayores a la de las mujeres, podemos decir que las mujeres tienen menos deseo que los hombres.

Mientras que los hombres presentan una media mayor en la percepción del orgasmo frente a las mujeres, no siendo estadísticamente significativo.

La satisfacción en los hombres hemos obtenido una media un poco más elevada que en las mujeres, no siendo estadísticamente significativo.

Prueba de Mann-Whitney: Compararemos la variable dependiente, cualitativa y con dos categorías de la muestra obtenida (sexo) con los dominios de la escala de valoración de la actividad sexual (EVAS), dolor y excitación, variables cuantitativas y que no siguen una distribución normal.

- Sexo comparado con dolor y excitación:

**Tabla 6:** Mann-Whitney, sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	p
Dolor	Hombre	23	1,91	1,730	0.53
	Mujer	11	1,82	,982	
Excitación	Hombre	23	2,26	1,356	0.07
	Mujer	11	4,18	2,750	

Tras haber aplicado la prueba de Mann-Whitney, hemos obtenido que no existen diferencias significativas entre el sexo y los dominios de dolor ni de excitación,  $p > 0,05$  con un error alfa de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

Podemos decir que ser hombre o mujer no influye en nivel de dolor y excitación de la muestra estudiada en esta investigación.

- Inclusión en lista de trasplantes y EVAS mujer:

**Tabla 7:** Mann-Whitney, lista de trasplante y EVAS mujer.

	Lista de trasplante	N	Media	Desviación típ.	p
EVASM	Si	3	15,00	1,732	,610
	No	8	20,25	6,042	

El resultado obtenido nos indica que aunque el EVAS en las mujeres de la muestra tiene una mayor puntuación cuando ésta no se encuentra en lista de trasplante, no existen diferencias significativas entre estos factores,  $p > 0,05$  con un error alfa de 0,05 y con un intervalo de confianza del 95%.

Por lo tanto, no podemos decir que el estar en la lista de trasplantes afecte a sus relaciones sexuales.



- Inclusión en lista de trasplante y EVAS hombre:

**Tabla 8: Mann-Whitney, lista de trasplante y EVAS hombre.**

¿Está en lista de trasplante?		N	Media	Desviación típ.	p
EVASH	Si	10	19,80	3,706	,435
	No	13	18,77	4,567	

El resultado obtenido nos indica que aunque el EVAS en los hombres de la muestra tiene una mayor puntuación cuando se encuentra en lista de trasplante, no existen diferencias significativas entre estos factores,  $p > 0,05$  con un error alfa de 0,05 y con un intervalo de confianza del 95%.

Deducimos que no podemos decir que el estar en la lista de trasplantes afecte a sus relaciones sexuales de los hombres.

CORRELACIÓN DE SPEARMAN:

- Edad de la mujer y EVAS mujer:

**Tabla 9: Spearman: EVAS mujer, edad.**

			EVASM	Edad de los pacientes en HD
Rho de Spearman	EVASM	Coefficiente de correlación	1,000	,342
		Sig. (bilateral)	.	,303
		N	11	11
	Edad de los pacientes en HD	Coefficiente de correlación	,342	1,000
		Sig. (bilateral)	,303	.
		N	11	11

Una vez obtenidos los resultados a través de la prueba de Spearman, existe una tendencia a un aumento de la satisfacción sexual femenina conforme aumenta la edad de la mujer, pero no es estadísticamente significativo,  $p > 0,05$  para un error alfa de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

Esto quiere decir que la edad de las mujeres de nuestra muestra no está relacionada con la satisfacción sexual.

- Años de hemodiálisis y EVAS mujer:

**Tabla 10: Spearman: EVAS mujer y años de Hd.**

			EVASM	Años en Hd
Rho de Spearman	EVASM	Coeficiente de correlación	1,000	,221
		Sig. (bilateral)	.	,514
		N	11	11
Años en Hd	Años en Hd	Coeficiente de correlación	,221	1,000
		Sig. (bilateral)	,514	.
		N	11	11

Aunque existe una correlación positiva entre los años en hemodiálisis y el índice de satisfacción sexual en las mujeres, ésta no es significativa,  $p > 0,05$  para un error alfa de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

Concluimos que los años en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis no modifican la satisfacción sexual de las mujeres de la muestra durante el proceso.

- Años de evolución de la ERC y EVAS mujer:

**Tabla 11: Spearman: Años de evolución de la ERC y EVAS mujer.**

			EVASM	Años de evolución de la ERC
Rho de Spearman	EVASM	Coeficiente de correlación	1,000	-,049
		Sig. (bilateral)	.	,886
		N	11	11

Se observa que existe una correlación negativa entre los años de evolución de la enfermedad renal crónica y la satisfacción sexual en la mujer, es decir parece que disminuye la actividad sexual al ir aumentando los años de padecimiento de la enfermedad. A pesar de todo, no existe significación estadística,  $p > 0,05$  para un error alfa de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

Por lo tanto con el aumento de los años de evolución de la enfermedad la satisfacción sexual de las mujeres del estudio no se modifica.

-

- Edad del hombre y EVAS hombre:

**Tabla 12: Spearman: EVAS hombre, edad.**

			EVASH	Edad de los pacientes en HD
Rho de Spearman	EVASH	Coeficiente de correlación	1,000	0,017
		Sig. (bilateral)		0.938
		N	23	23
	Edad de los pacientes en HD	Coeficiente de correlación	0.017	1.000
		Sig. (bilateral)	0.938	
		N	23	23

Una vez obtenidos los resultados a través de la prueba de Spearman, existe una tendencia a un mínimo aumento de la satisfacción sexual masculina conforme aumenta la edad del hombre, pero no es estadísticamente significativo,  $p > 0,05$  para un error alfa de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

Esto quiere decir que la edad de los hombres de nuestra muestra no está relacionada con la satisfacción sexual.

- Años de hemodiálisis y EVAS hombre:

**Tabla 13: Spearman: EVAS hombre y años de Hd.**

			EVASH	Años en Hd
Rho de Spearman	EVASH	Coeficiente de correlación	1.000	-0.093
		Sig. (bilateral)		0.671
		N	23	23
	Años en Hd	Coeficiente de correlación	-0.093	1.000
		Sig. (bilateral)	0.671	
		N	23	23

Aunque existe una correlación positiva entre los años en hemodiálisis y el índice de satisfacción sexual en los hombres, ésta no es significativa,  $p > 0,05$  para un error alfa de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

Concluimos que los años en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis no modifican la satisfacción sexual de los hombres de la muestra durante el proceso.

- Años de evolución de la ERC y EVAS hombre:

**Tabla 14: Spearman: Años de evolución de la ERC y EVAS hombre.**

			EVASH	Años de evolución de la ERC
Rho de Spearman	EVASH	Coefficiente de correlación	1.000	-0.151
		Sig. (bilateral)		0.491
		N	23	23

Se observa que existe una correlación negativa entre los años de evolución de la enfermedad renal crónica y la satisfacción sexual en los hombres, es decir parece que disminuye la actividad sexual al ir aumentando los años de padecimiento de la enfermedad. A pesar de todo, no existe significación estadística,  $p > 0,05$  para un error alfa de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%.

Por lo tanto con el aumento de los años de evolución de la enfermedad la satisfacción sexual de los hombres del estudio no se modifica.

## **8. DISCUSIÓN**

Resaltar que en el estudio la participación de los pacientes no ha sido muy elevada puesto que de las 50 encuestas que fueron repartidas, sólo se recogieron 34 de ellas. Creemos que es debido en parte a que la muestra aún no ha superado los tabús de tipo sexual. De los encuestados el sexo mayoritario es de un 67,6% hombres frente a un 32,4% mujeres. Esta escasa participación por parte de las mujeres podría ser debida al tabú sobre la sexualidad que no han superado. En cuanto a la orientación sexual no hemos podido hacer una comparación de si existe alguna correlación con encontrarse dentro del proceso, dado que la muestra ha sido muy escasa.

Queremos resaltar que en el dominio de satisfacción sexual los pacientes encuestados mayoritariamente contestaron que se encuentran ni satisfecho- ni insatisfecho con su actividad sexual desde que recibe el tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis. En cambio en al preguntarle que desde cuando se encuentran muy o bastante insatisfechos todos los pacientes respondieron que desde hace años se encuentran en este estado.

La enfermedad renal crónica afecta a la conducta sexual del individuo. Es importante advertir que los problemas sexuales de los pacientes de HD se basan en factores tanto físicos como emocionales. Según I.Écija deberá considerarse en el enfoque terapéutico exploraciones, informaciones y recomendaciones que ayuden a superar las incapacidades físicas, los desequilibrios emocionales y la amenaza a su vida sexual. Para llevar a cabo todo lo mencionado anteriormente hay que recomendarle al paciente técnicas para aumentar su autoestima y encontrar pociones sexuales que le puedan ser útiles para hacer frente a la situación.

Las disfunciones sexuales se consideran un tema sanitario de primer orden, porque pueden producir un deterioro potencial de la calidad de vida y del estado general de salud; así, Fernández (2002) manifiesta que el 75% de los pacientes en HD padecen algunas disfunciones sexuales; este motivo podría ser, entre otros, lo que últimamente ha incrementado las publicaciones sobre este tema. Asimismo, este dato revela que la conducta sexual de los pacientes en programa de HD, sigue un patrón similar de afectación sexual que el resto de la población, ya que en nuestro estudio la totalidad de la muestra encuestada padece disfunción sexual. Desde la perspectiva de género, son las mujeres las que declaran en mayor proporción la disminución de la libido; así, estas

afirmaciones quedan recogidas por las autoras Andreu y Force (2001) al manifestar un agravamiento de las alteraciones sexuales en las mujeres en tratamiento de HD con pérdida de la libido, alteraciones menstruales y disminución de la fertilidad. Por otra parte, en nuestro estudio, el varón declara tener más percepción del orgasmo que la mujer, pero si tenemos en cuenta la participación de hombres es mayoritaria y de las mujeres es escasa. Por otra parte, y en relación con la variable edad, encontramos en la bibliografía que las mujeres menopáusicas experimentan una reducción de su capacidad sexual y que el 20% de estas pacientes ven alteradas gravemente sus relaciones emocionales. Sin embargo, sólo el 18% de las mujeres menopáusicas solicita ayuda médica y tarda unos 6 años en realizar la consulta, según se manifestó en el Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2009). Lo que apuntaría a un comportamiento similar en nuestras pacientes.

En nuestro estudio la edad, los años que el paciente lleva recibiendo tratamiento sustitutivo renal de hemodiálisis, los años de evolución de la ERC y el estar incluidos o no en lista para recibir un trasplante no afecta al grado de satisfacción sexual, tanto para los hombres como para las mujeres.

## **9. CONCLUSIONES.**

En este trabajo de investigación podemos decir que:

En el estudio la participación de los pacientes no ha sido muy elevada

Los pacientes encuestados, mayoritariamente, conviven en familia y/o tiene una relación estable de convivencia en pareja.

La satisfacción sexual de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis encuestados en este estudio, según ha demostrado la escala de valoración de la actividad sexual, tanto hombres como mujeres es probable que padezcan alguna disfunción sexual, dado que la puntuación en ambos sexos han sido por debajo de 38 puntos, este resultado nos demuestra que los pacientes en hemodiálisis no se encuentran satisfechos con su sexualidad, siendo los problemas principales, la sequedad vaginal en las mujeres y la precocidad eyaculatoria en los hombres.

Todos los pacientes (hombres y mujeres) se encuentran muy o bastante insatisfechos en sus relaciones sexuales desde hace años. Siendo paradójico en esta muestra que, cuantos más años de tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis mayor es su satisfacción sexual.

El encontrarse incluidos o no en la lista para recibir un trasplante no afecta a su actividad sexual tanto en hombres como en mujeres.

A mayor años de evolución de la enfermedad renal crónica (ERC) menor es su actividad sexual y por lo tanto menor va a ser su satisfacción sexual.

Sería necesaria la realización de nuevas investigaciones en un futuro donde podamos comparar la satisfacción sexual de los pacientes sometidos a tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis con un grupo control que no esté sometido a dicho proceso, para comprobar si en realidad las disfunciones sexuales encontradas se deben o no a esta terapia.

## **10. BIBLIOGRAFÍA**

- ❖ Vargas Herrera, R (2005), *Hemodiálisis Práctica para enfermeras y estudiantes de enfermería*, Madrid: Pabst.
- ❖ Alvarez, F., Fernandez, M., Vazquez, A., Mon, C., Sanchez, R., & Rebollo, P. (2001). Sintomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodialisis periodicas. *Nefrologia*, 21, 191-199.
- ❖ Anderson. J. & Levine, J. (1985). Identificacion y Prevencion de Problemas Psicosociales en el Enfermo Renal. En D. Levine, *Manual de Cuidados del Paciente Renal*. Madrid: Emalsa.
- ❖ Apostolou, T. & Gokal, R. (2000). Quality of Life after Peritoneal Dialysis. En R. Kahna & R. Krediet (Eds.), *Nolp and Gokal's Textbook of Peritoneal Dialysis*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands.
- ❖ Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millan, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M., & Sirvent, E. (2004). Evaluacion de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las laminas Coop-Wonca en una poblacion de hemodialisis. *Nefrologia*, 24, 470- 479.
- ❖ Badia, X. - Lizan, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martin & J. Cano (Eds.), *Atencion primaria: Conceptos, organizacion y practica clinica* (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.
- ❖ Actas de una reunión de consulta convocada por la Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología.
- ❖ Alcoba Valls S, García-Giralda Ruiz L, San Martin Blanco C. Guía de buenas prácticas clínicas en disfunciones sexuales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: [www.comsegovia.com](http://www.comsegovia.com).



- ❖ La Calle P, García J, De la Fuente, Fernández Agís I. Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M). Validación a través de entrevista con el experto. *Sexología Integral* 2009; 7(4).
  
- ❖ Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Martínez Ramírez S, Gómez López ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2005; 28 (4).
  
- ❖ Martín-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R. Función sexual y calidad de vida en pacientes varones de hemodiálisis. *Nefrología* 2006; 26 (4):452-460.
  
- ❖ Fernández Vega F. Disfunción eréctil en el paciente hipertenso y renal. *Nefrología* 2002; Vol. XXII. Suplemento 2: 18-19.
  
- ❖ Andreu Periz D, Force Sanmartín E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. 2ª ed. Elsevier Masson; 2001.
  
- ❖ Mosquera A. Los problemas de salud afectan más a la actividad sexual de las personas mayores que la edad que éstos tienen. “Imagínate que puedes”. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER). Bilbao; 2007.
  
- ❖ Martín Malavé F, Palacios S, Callejo J, Guinot M, Baró F, Rodríguez Bueno E, et al. La menopausia al inicio del siglo XXI. Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Barcelona; 2009.

## **ANEXO 1.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE**

El objetivo fundamental de estudio es conocer algunas consecuencias de la Insuficiencia Renal Crónica sobre la sexualidad (satisfacción y respuesta sexual).

La participación sólo requiere que complete una serie de cuestionarios. Tengan en cuenta que:

- Su participación es totalmente voluntaria.
- Todos los datos recogidos se utilizarán solo para fines de este estudio.
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Usted es libre de abandonar el estudio en el momento que lo deseé.

Por lo que, declaro que:

- He podido hacer las preguntas sobre el estudio de las influencias de la ERC (Enfermedad Renal Crónica) sobre la satisfacción sexual y la respuesta sexual.
- He recibido suficiente información sobre este estudio. He hablado con el profesional sanitario informador.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

**Nombre y Apellidos:**

**Firma:**

## **ANEXO 2.**

### **CUESTIONARIO ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL PARA LA MUJER.**

#### **ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL –MUJERES.**

A continuación se le van a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su actividad sexual, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus experiencias acerca de este tema. La información que proporcione tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial.

**- Estudios:**

- Básicos (EGB, ESO o equivalente)
- Grado medio (Bachiller, FP o equivalente)
- Universitarios
- Sin estudios

**- Sexo:**

- Hombre
- Mujer

**- Orientación Sexual:**

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual

**- En la actualidad convive:**

- Solo
- Piso compartido
- Pareja
- Familia

**- ¿Tiene pareja?**

- No
- Sí, menos de un año
- Sí, más de un año y menos de cinco
- Sí, más de cinco años

**- ¿Cuántos años lleva en hemodiálisis?**

**- ¿Se encuentra en lista de transplante? SI NO**

**- Años de evolución de la ERC (Enfermedad Renal Crónica) \_\_\_\_\_ (indique cuántos)**

**Por favor, responda de forma sincera, todos los datos que usted señale no serán relacionados con su nombre y apellidos, DNI, etc.:**

**1.- ¿Está satisfecho en general con su actividad sexual?**

- Muy insatisfecho
- Bastante insatisfecho
- Ni satisfecho-ni insatisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

**2.- ¿En caso de estar “muy” o “bastante” insatisfecho con su actividad sexual, desde cuando le ocurre esto?**

- Semanas
- Meses
- Años
- Nunca he estado satisfecho

**3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**4.- En las relaciones sexuales ¿Ha tenido dificultad en conseguir y/o mantener erección?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**5.- En las relaciones sexuales ¿Con qué frecuencia ha sentido sequedad vaginal?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?**

- Nunca

- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**8.- ¿Tiene su pareja algún tipo de dificultad sexual?**

- No tengo pareja
- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**9.- ¿Siente cercanía emocional con su pareja en las relaciones sexuales?**

- No tengo pareja
- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**10.- ¿Relaciona su enfermedad renal crónica con cambios en su sexualidad?**

- Si
- No
- No estoy seguro

**11.- ¿Afecta a sus relaciones sexuales el hecho de estar o no estar en la lista de trasplantes?**

- Sí afecta
- No afecta
- No sabe/no contesta

### **ANEXO 3.**

## **CUESTIONARIO DE VALORACION DE LA ACTIVIDAD SEXUAL PARA LOS HOMBRES.**

### **ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL – HOMBRES.**

A continuación se le van a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su actividad sexual, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus experiencias acerca de este tema. La información que proporcione tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial.

**- Estudios:**

- Básicos (EGB, ESO o equivalente)
- Grado medio (Bachiller, FP o equivalente)
- Universitarios
- Sin estudios

**- Sexo:**

- Hombre
- Mujer

**- Orientación Sexual:**

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual

**- En la actualidad convive:**

- Solo
- Piso compartido
- Pareja
- Familia

**- ¿Tiene pareja?**

- No
- Si, menos de un año
- Sí, más de un año y menos de cinco
- Sí, más de cinco años

**- ¿Cuántos años lleva en hemodiálisis?**

**- ¿Se encuentra en lista de transplante? SI NO**

**- Años de evolución de la ERC (Enfermedad Renal Crónica) \_\_\_\_\_ (indique cuántos).**

**Por favor, responda de forma sincera, todos los datos que usted señale no serán relacionados con su nombre y apellidos, DNI, etc.:**

**1.- ¿Está satisfecho en general con su actividad sexual?**

- Muy insatisfecho
- Bastante insatisfecho
- Ni satisfecho-ni insatisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

**2.- ¿En caso de estar “muy” o “bastante” insatisfecho con su actividad sexual, desde cuando le ocurre esto?**

- Semanas
- Meses
- Años
- Nunca he estado satisfecho

**3.- Durante las últimas cuatro semanas ¿ha tenido interés en tener algún tipo de actividad sexual?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**4.- En las relaciones sexuales ¿Ha tenido dificultad en conseguir y/o mantener erección?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**5.- En las relaciones sexuales ¿Con qué frecuencia ha sentido que eyaculaba demasiado pronto?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**6.- Cuando ha tenido actividad sexual, con o sin penetración ¿ha sentido orgasmo?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**7.- ¿Ha sentido algún tipo de dolor que la haya impedido terminar su relación sexual?**

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**8.- ¿Tiene su pareja algún tipo de dificultad sexual?**

- No tengo pareja
- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**9.- ¿Siente cercanía emocional con su pareja en las relaciones sexuales?**

- No tengo pareja
- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre
- Siempre

**10.- ¿Relaciona su enfermedad renal crónica con cambios en su sexualidad?**

- Si
- No
- No estoy seguro

**11.- ¿Afecta a sus relaciones sexuales el hecho de estar o no estar en la lista de trasplantes?**

- Sí afecta
- No afecta
- No sabe/no contesta



