

LA SEXUALIDAD LUEGO DEL TRASPLANTE RENAL. UN ESTUDIO
CUALITATIVO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO ENTRE
PROFESIONALES DE SALUD Y PERSONAS CON TRASPLANTE

Sexuality after kidney transplantation. A qualitative study with a gender
perspective among health professionals and people with kidney
transplants



Ximena Abarca Durán



Doctorado en Salud, Psicología y Psiquiatría
Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina
Universidad de Almería

diciembre de 2023

LA SEXUALIDAD LUEGO DEL TRASPLANTE RENAL. UN ESTUDIO
CUALITATIVO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO ENTRE PROFESIONALES
SANITARIOS Y PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL.

SEXUALITY AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION. A QUALITATIVE STUDY WITH A
GENDER PERSPECTIVE AMONG HEALTH PROFESSIONALS AND PEOPLE WITH
KIDNEY TRANSPLANTS.



Doctoranda: Ximena Abarca Durán.

Directores de tesis:

Cayetano Fernández-Sola.

José Granero Molina

Doctorado en Salud Psicología y Psiquiatría
Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina
Universidad de Almería
diciembre de 2023

"El cuerpo no es una cosa, es una situación: es nuestra comprensión del mundo y el bosquejo de nuestro proyecto"

Simone De Beauvoir

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	13
RESUMEN	13
RESUMEN	15
ABSTRACT	18
INTRODUCCIÓN	21
PRESENTACIÓN	23
LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	28
<i>Factores de riesgo</i>	29
<i>La Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT)</i>	31
<i>Epidemiología de la ERCT</i>	32
<i>La sexualidad y la salud sexual</i>	33
<i>Efectos de la ERC y ERCT sobre la sexualidad y calidad de vida</i>	34
<i>Fisiopatología de la sexualidad en las ERCT</i>	35
EL TRASPLANTE RENAL	38
<i>Definición</i>	38
<i>Las cifras de trasplante renal en el mundo y en Ecuador.</i>	41
<i>Tratamiento y cuidados posteriores</i>	42
<i>Complicaciones del trasplante renal</i>	44
ANTECEDENTES SOBRE SEXUALIDAD EN EL TRASPLANTE RENAL	46
MARCO TEÓRICO	63
<i>Marco epistemológico</i>	63
<i>Marco teórico (lens)</i>	65
JUSTIFICACIÓN	72
HIPÓTESIS	74
<i>Preguntas de la investigación</i>	74
OBJETIVOS	75
<i>Objetivo general:</i>	75
<i>Objetivos específicos:</i>	75
MÉTODOS	77
DISEÑO DE LOS ESTUDIOS	79
PARTICIPANTES Y CONTEXTO	83
RECOGIDA DE DATOS	88
ANÁLISIS DE LOS DATOS.	90
<i>Estudio basado en la fenomenología de Merleau-Ponty.</i>	90
<i>Estudio basado en fenomenología hermenéutica de Gadamer.</i>	92
<i>Estudio cualitativo descriptivo</i>	95
ASPECTOS ÉTICOS	97
RIGOR	98
RESULTADOS	101

RESULTADOS DEL ESTUDIO 1. REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SEXUALIDAD EN PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL.	103
TEMA 1. CONCEPCIONES SOBRE LA SEXUALIDAD	104
TEMA 2. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA FORMA DE VIVIR LA SEXUALIDAD.	107
TEMA 3. OBJETIVOS Y CONTENIDO DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD QUE RECIBIERON LAS PERSONAS TRASPLANTADAS.	109
TEMA 4. APOYO SOCIO FAMILIAR.	112
RESULTADOS DEL ESTUDIO 2. LA SEXUALIDAD EN RECEPTORES DE TRASPLANTE.	115
TEMA 1. MIEDO A MANTENER RELACIONES SEXUALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	116
TEMA 2. DEFICIENCIA EN LOS RECURSOS DE ASESORAMIENTO Y APOYO EN SEXUALIDAD A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	119
RESULTADOS DEL ESTUDIO 3. PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA SEXUALIDAD DE SUS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL.	122
TEMA 1: LO BIOLÓGICO Y LO EMOCIONAL EN LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL.	125
TEMA 2. INTERSECCIONALIDAD Y SESGOS DE GÉNERO EN LA PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL.	130
TEMA 3. LA SEXUALIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS	141
DISCUSIÓN	159
DISCUSIÓN DEL ESTUDIO 1 (REPRESENTACIONES SOCIALES DE PACIENTES)	161
DISCUSION DEL ESTUDIO 2 (EXPERIENCIAS DE PACIENTES)	163
DISCUSIÓN DEL ESTUDIO EN PROFESIONALES DE SALUD	165
CONCLUSIONES	179
CONCLUSIONES	181
<i>Estudio 1</i>	181
<i>Estudio 2</i>	181
<i>Estudio 3</i>	182
RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	183
FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS.	184
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185
ANEXOS	229
ANEXO I. Cuestionarios utilizados.	231
ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	235
ANEXO III. AUTORIZACIÓN CEI	239

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de la ERC por TFG y grado de albuminuria según criterios KDIGO 2018. _____	29
Tabla 2 Prevalencia (%) de factores de riesgo en las Américas en el año 2016. _____	31
Tabla 3 Porcentaje de supervivencia del injerto y del paciente en las distintas modalidades de trasplante renal. _____	40
Tabla 4 Características sociodemográficas de participantes en el estudio en personas con trasplante renal. _____	85
Tabla 5 Datos sociodemográficos de participantes en entrevistas individuales a personas con trasplante renal. _____	85
Tabla 6 Datos sociodemográficos del grupo focal femenino(GFF) de personas con trasplante renal. _____	86
Tabla 7 Datos sociodemográficos del grupo focal masculino (GFM) de personas con trasplante renal. _____	86
Tabla 8 Datos sociodemográficos de profesionales de salud entrevistados. _____	87
Tabla 9 Importancia de la sexualidad en la vida de las personas con trasplante renal. _____	106
Tabla 10 Expectativas reproductivas de personas jóvenes con trasplante renal. _____	106
Tabla 11 Temas, subtemas y unidades de significado del estudio 2 en personas con trasplante renal. _____	115
Tabla 12 Temas, subtemas y unidades de significado del estudio 3 en profesionales de salud. _____	122

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Ruta hacia el trasplante renal: factores de riesgo, enfermedades precursoras, enfermedad desencadenante y terapias de reemplazo. _____	30
Figura 2 Fisiopatología del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y prolactina en la ERC Y ERCT. _____	35
Figura 3 Factores que influyen en la sexualidad de personas con ERCT. Basado en Fiuk y Tadros (2019). ____	36
Figura 4. Correlación entre deseo, respuesta sexual y fertilidad y cambios hormonales en la ERC y trasplante renal. Basado en el estudio de Lundy, & Vij, 2019. _____	53
Figura 5. Comprensión integral de factores y procesos que dan forma a las vivencias de la salud y explicaciones contextualizadas de los impactos de las intervenciones. Adaptado de Shelton, et al 2022, Ulin, 2006 y Bonfenbrenner y Morris, 1998. _____	65
Figura 6 Mapa conceptual de las percepciones de hombres y mujeres sobre su sexualidad. _____	103
Figura 7 Discursos de los hombres entrevistados sobre sexualidad. _____	105
Figura 8. Mapa conceptual de temas, subtemas y unidades de significado de las percepciones de profesionales de salud sobre sexualidad de las personas con trasplante renal. _____	124
Figura 9 Lo biológico y lo emocional en la sexualidad de las personas con trasplante renal. _____	125
Figura 10 Sentimientos que influyen en la sexualidad. _____	129
Figura 11 Intervención de las interseccionalidades y sesgos de género en las percepciones de profesionales de salud sobre la sexualidad de personas con trasplante renal. _____	131
Figura 12 Intervención de las interseccionalidades en las percepciones de profesionales de salud sobre la sexualidad de personas con trasplante renal. _____	132
Figura 13 Énfasis en reproducción femenina versus sexualidad masculina. _____	134
Figura 14 Sesgo de género de profesionales de salud en la atención de la sexualidad de las personas con trasplante renal. _____	139
Figura 15 La sexualidad en el proceso asistencial de las personas con trasplante renal. _____	142
Figura 16 Diagrama de Sankey de co-ocurrencias de unidades de significado. ATLAS.ti 22® _____	143
Figura 17 Importancia que dan profesionales de salud, las normativas y registros clínicos a la sexualidad. ____	143
Figura 18 Dificultades en el abordaje de la sexualidad. _____	148
Figura 19 Propuestas de mejora en el abordaje de la sexualidad. _____	151
Figura 20 Nube de palabras. ATLAS.ti 22® _____	158

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AINE. Anti Inflamatorios No Esteroidales
AMH. *Anti Mullerian Hormone*
ATLAS.ti. Scientific Software Development. GmbH
ATR. *Análisis Temático Reflexivo*
AVAD. *Años de Vida Ajustados por Incapacidad*
AVD. *Años de Vida con Discapacidad*
AVP. *Años de vida Perdidos*

BK. *Polioma Virus*

CDS. *Center of Disease Control, Control*
CIMEQ. *Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas de Cuba*
CMV. *Cito Megalo Virus*
COREQ. *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*
COVID -19. *CORONA VIRUS-19*
CV. *Cardio Vasculares*

DE. *Disfunción Eréctil*
DM. *Diabetes Mellitus*
DMT2. *Diabetes Mellitus Tipo 2*
DP. *Diálisis Peritoneal*
DS. *Disfunción Sexual*

EBV. *Epstein Barr Virus*
EI. *Entrevistas Individuales*
ERC. *Enfermedad Renal Crónica*
ERCT. *Enfermedad Renal Crónica Terminal, Enfermedad Renal Crónica Terminal*

FSH. *Follicular Stimulate Hormone*

GBD. *Chronic Kidney Disease Collaboration*
GFF. *Grupo Focal Femenino, Grupo Focal Femenino*
GFH. *Grupo Focal Hombres*
GFM. *Grupo Focal Masculino, Grupo Focal Masculino*
GFs. *Grupos Focales*
GnRH. *Gonadotropine Release Hormone*
GODT. *Global Observatory on Donation and Transplantation*

H2. *Hombre 2*
H4. *Hombre 4*
HA. *Hipertensión Arterial*
HD. *Hemo Diálisis*
HEE. *Hospital Eugenio Espejo*
HH. *Hipogonadismo Hipogonadotrópico*
HI. *Hernia Incisional*
HLA. *Human Leucocitaire Antigen*
HPG. *Hipotálamo Pituitario Gonadal*

ICN. *Inhibidores de la Calcineurina*
IESS. *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*
INDOT. *Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, Instituto de Donación y Trasplante*

INSGENAR. *Instituto de Género, Derecho y Desarrollo*
ITS. *Infecciones de Transmisión Sexual*

KDIGO. Kidney Disease Improving Global Outcomes
KS. Kaposi Sarcoma

LH. *Luteizant Hormone*

M4. *Mujer 4*
MFS-RE. Micofenolato con Recubrimiento Entérico
MMF. *Micofenolato*
MSP. Ministerio de Salud Pública del Ecuador

NCBI. *National Center for Biotechnology Information*
NICE. National Institute for Health and Care Excellence,
NIH. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases

OMS. Organización Mundial de la Salud
ONT. *Organización Nacional de Trasplantes de España*
ONU. *Organización de Naciones Unidas*
OPS. Organización Panamericana de la Salud

P-9. Profesional 9
PCH. Prácticas Correctas de Higiene
PRL. Prolactina
PTDM. Post Transplant Diabetes Mellitus

RC. Red Complementaria de Salud
REDT. Registro Ecuatoriano de Diálisis y Trasplante

SDI. Índice Sociodemográfico
SIR. standardized incidence ratio
SRQR. Standards for reporting Qualitative Research
SUBDOC. *Subdirección de Docencia*

TFG. *Tasa de Filtración Glomerular*
TRR. Terapia de Reemplazo Renal
TxR. *Trasplante Renal*

U.S.. United State
UNFPA. United Nations Found of Population

VHC. *Virus de la Hepatitis C*

WHO. World Health Organization
WHO-QOL. World Health Organization Quality Of Life
WMA. World Medical Association

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a la Universidad de Almería y de manera especial a mis directores de tesis, el Dr. Cayetano Fernández y el Dr. José Granero, por su guía gentil en la elaboración de la presente tesis y el apoyo incondicional que me han brindado.

Agradezco también a pacientes y profesionales de salud de los Centros de Trasplante Renal de los Hospitales Eugenio Espejo y Carlos Andrade Marín por su tiempo y generosidad al compartir sus experiencias sobre la sexualidad y la de sus pacientes.

A mis hijos que persiguen sus sueños y encontraron el amor al conocimiento.

RESUMEN

RESUMEN

Introducción:

En el año 2021 en el mundo se realizaron 92.532 trasplantes renales, pero se cubrió menos del 10% de las necesidades globales. El trasplante renal suele ser el mejor tratamiento en caso de insuficiencia renal aguda o crónica, provocada principalmente por la diabetes, hipertensión arterial y obesidad, que tienen como base factores de riesgo como el aumento de: peso, glucosa, presión arterial, inactividad especialmente en mujeres, consumo de sal y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), esto ha provocado el permanente aumento a nivel global de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), la literatura científica informa que las dos enfermedades descarrilan muchos sistemas fisiológicos humanos, entre ellos los asociados a la función sexual, pero se recupera en gran medida con el trasplante renal, sin embargo la evolución de la sexualidad no se realiza rutinariamente en las personas con trasplante renal, permaneciendo inexplorada en comparación con otros aspectos de la salud como la alimentación, actividad física, hábitos del sueño, estilos de vida, etc. Para conocer más sobre este problema, se plantearon tres estudios: el primero sobre las representaciones sociales de la sexualidad en personas con trasplante renal, el segundo sobre la sexualidad en receptores de trasplante y el tercero sobre las percepciones de profesionales de salud sobre la sexualidad de sus pacientes con trasplante renal.

Objetivo:

Conocer las representaciones y experiencias sobre la sexualidad de hombres y mujeres con trasplante renal y las percepciones de los profesionales de salud que los cuidan.

Metodología:

Se presentan tres estudios cualitativos, el primero se basó en la fenomenología existencialista de Merleau Ponty, el segundo en la fenomenología interpretativa de Gadamer ambos realizados en personas con trasplante renal y el tercero un cualitativo descriptivo basado en el Análisis Temático Reflexivo de Braun y Clarke en profesionales de salud. La muestra de personas con trasplante renal para los dos primeros estudios fue no probabilística seleccionada a conveniencia y la integraron 18 personas (10 mujeres y 8 hombres) comprendidas en las edades entre 22 y 55 años. Se realizaron en total 9 entrevistas a profundidad: 5 mujeres y 4 hombres y dos grupos focales con 5 mujeres (GFF) y 4 hombres (GFM) respectivamente. Todos se declararon heterosexuales. Para el tercer estudio, la muestra de profesionales de salud fue no probabilística seleccionada intencionalmente y la integraron 20 personas (12 mujeres y 8 hombres)

comprendidas entre las edades entre 25 y 60 años. Se realizaron en total 12 entrevistas a profundidad: 9 mujeres y 3 hombres y un grupo focal de 8 personas con 2 mujeres y 6 hombres.

Resultados:

De la sistematización de la información de las entrevistas individuales y de los grupos focales, en el primer estudio, se desarrollaron 4 temas analíticos que ayudan a comprender las representaciones sociales de la sexualidad en mujeres y hombres trasplantados renales: 1.- concepciones de la sexualidad, 2.- diferencias entre hombres y mujeres en la vivencia de la sexualidad, 3.- objetivos y contenidos de la educación de la sexualidad que recibieron las personas con trasplante 4.- apoyo socio familiar. De la sistematización de la información de las entrevistas individuales y de los grupos focales, en el segundo estudio, se desarrollaron dos categorías analíticas que ayudan a comprender percepciones y experiencias de mujeres y hombres trasplantados renales sobre su sexualidad. De la sistematización de la información de las entrevistas individuales y de los grupos focales, en el tercer estudio, se desarrollan 3 temas analíticos que ayudan a comprender las percepciones de las y los profesionales de salud con respecto a la sexualidad de personas con trasplante renal: 1.- Lo biológico y lo emocional en la sexualidad de las personas con trasplante renal. 2.- Influencia del género y las interseccionalidades en la percepción de la sexualidad de las personas con trasplante renal, 3.- La sexualidad en el proceso asistencial de las personas con trasplante renal.

Conclusiones:

En el primer estudio se concluye que las personas con trasplante renal y el pensamiento médico reproducen las concepciones tradicionales sobre sexualidad y género dando mayor jerarquía a la sexualidad masculina. Los profesionales de la salud pueden ayudar a que la sexualidad sea considerada trascendental tanto para hombres y mujeres desde el período de diagnóstico de la insuficiencia renal terminal y luego del trasplante renal, dando igual importancia a la sexualidad masculina y femenina para reconstruir su calidad de vida. En el segundo estudio se concluyó que los cambios fisiológicos y emocionales experimentados tras el trasplante renal ejercen una gran influencia en su sexualidad y que los profesionales de la salud rara vez discuten las preocupaciones sobre la sexualidad con los receptores de trasplantes de riñón, considerándose que la educación y asistencia sexual profesional son necesarias para mejorar la satisfacción con la salud sexual de los receptores de trasplante de riñón. En el tercer estudio se concluyó que tanto para los receptores de trasplante como para los profesionales que los atienden, la supervivencia del trasplante parece ser más importante que todo, lo que sugiere que pueden estar dispuestos a sacrificar la sexualidad y reproducción si reviste problemas para mantener el trasplante dentro de lo que puede incluirse la prohibición de la maternidad y la prevención de

infecciones es la principal preocupación de los profesionales de salud, mermando una visión más holística de la problemática que rodea la vida de las personas con trasplante renal.

Relevancia para la práctica clínica.

Evitar la "prescripción oculta" practicada por los profesionales de salud, consistente en prohibir el embarazo a mujeres en edad fértil que se van a someter o se han sometido a trasplante renal. Es necesario incorporar la evaluación de la sexualidad tanto en las normativas e instrumentos de la historia clínica, protocolos de atención y guías de práctica clínica y dar igual importancia a la sexualidad que a la alimentación, actividad física, hábitos del sueño, adherencia al tratamiento, etc. pues al hacerlo se tendrá una mejor comprensión de la vida de las y los pacientes e influirá en la conducta terapéutica.

ABSTRACT

Introduction:

In 2021, 92,532 kidney transplants were performed worldwide, but less than 10% of the global need was met. Kidney transplantation is often the best treatment for acute or chronic kidney failure. These conditions are mainly caused by diabetes, high blood pressure and obesity, which are based on risk factors such as increased weight, glucose, blood pressure, salt intake, use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and inactivity, especially among women. This has led to the continued global rise of Chronic Kidney Disease (CKD) and End Stage Renal Disease (ESRD). The scientific literature indicates that both diseases disrupt many human physiological systems, including those associated with sexual function. While patients who undergo a kidney transplant recover considerably, their sexuality is not routinely addressed after the procedure. In fact, it is largely unexplored compared to other aspects of health such as nutrition, physical activity, sleep habits, lifestyles, etc. In order to gain a better understanding of this issue, three studies were conducted: the first on the social representations of sexuality in people who have undergone kidney transplants, the second on kidney transplant recipients' sexuality, and the third on healthcare professionals' perceptions of kidney transplant recipients' sexuality.

Objective:

To understand male and female kidney transplant recipients' experiences of sexuality, as well as the perceptions of the healthcare professionals who care for them.

Methodology:

Three qualitative studies were conducted. The first was based on Merleau-Ponty's existentialist phenomenology and the second on Gadamer's interpretative phenomenology. Both studies were carried out on people who had undergone kidney transplants. The third was a descriptive qualitative study based on Braun and Clarke's Reflective Thematic Analysis, which was carried out on healthcare professionals. The sample of kidney transplant recipients for the first two studies was non-probabilistic, selected at convenience and comprised 18 people (10 women and 8 men) aged between 22 and 55 years old. A total of 9 in-depth interviews were conducted with 5 women and 4 men. Two focus groups were held with 5 women (FFG) and 4 men (MFG) respectively. All participants self-identified as heterosexual. The third study used a purposively selected non-probability sample of 20 healthcare professionals (12 women and 8 men) aged between 25 and 60 years old. A total of 12 in-depth interviews were conducted with 9 women and 3 men. A focus group was held with 8 participants, of whom 2 were women and 6 were men.

Results:

In the first study, four analytical themes were developed through data analysis of the individual interviews and focus groups to understand the social representations of sexuality in women and men who have had kidney transplants: 1. Conceptions of sexuality; 2. Differences in how men and women experience sexuality; 3. The objectives and contents of the sex education received by kidney transplant recipients; 4. Family and social support. In the second study, two analytical categories were developed through data analysis of the individual interviews and focus groups to understand the perceptions and experiences of both male and female kidney transplant recipients in relation to their sexuality. In the third study, three analytical themes were developed as result of analysing the data from the individual interviews and focus groups, which allowed us to understand the perceptions of healthcare professionals with respect to the sexuality of patients who have undergone renal transplants: 1. The biological and emotional dimensions of sexuality in people who have had kidney transplants; 2. The influence of gender and intersectionality in kidney transplant recipients' perception of sexuality; 3. Sexuality in the care process of people who have had kidney transplants.

Conclusions:

The first study concludes that people who have had kidney transplants perpetuate traditional conceptions of sexuality and gender, placing more focus on male sexuality. Healthcare professionals can help to ensure that sexuality is considered crucial for both men and women from the diagnosis of end-stage renal failure up to post-transplant, placing equal importance on male and female sexuality, which would allow kidney transplant patients to regain their quality of life. The second study concluded that the physiological and emotional changes experienced after kidney transplantation have a strong influence on the recipients' sexuality, yet healthcare professionals rarely discuss sexuality concerns with them. Furthermore, professional sex education and support is considered necessary in order to improve kidney transplant recipients' satisfaction with their sexual health. The third study concluded that for both the kidney transplant recipients and the professionals who care for them, transplant survival appears to be more important than anything else, suggesting that they may be willing to compromise on sexuality and reproductive health if it is problematic for transplant maintenance. Indeed, the primary concern of the healthcare professionals is to prevent infection and advise against getting pregnant, which undermines the more holistic view of the issues affecting kidney transplant recipients' lives.

Relevance for clinical practice

Healthcare professionals must refrain from the practice of 'hidden prescriptions', which consists of not allowing women of childbearing age who are going to undergo or have undergone a kidney transplant to get pregnant. It is necessary to incorporate an evaluation of sexuality in the regulations and instruments of clinical records, care protocols and clinical practice guidelines. Moreover, the same importance should be placed on sexuality as on nutrition, physical activity, sleep habits, adherence to treatment etc., as this will allow for a better understanding of the patients' lives and will influence therapeutic practice.

INTRODUCCIÓN

PRESENTACIÓN

En el año 2021 en el mundo se realizaron 92.532 trasplantes renales, pero se cubrió menos del 10% de las necesidades globales (Global Observatory on Donation and Transplantation. 2021). El trasplante renal suele ser el mejor tratamiento en caso de insuficiencia renal aguda o crónica, provocada principalmente por la diabetes, hipertensión arterial y obesidad (Veroux, et al. 2021), que tienen como base factores de riesgo como el aumento de: peso, glucosa, presión arterial, inactividad especialmente en mujeres (OPS, 2019), consumo de sal y medicamentos Antiinflamatorios No Esteroidales (AINE), (Cavalcanti Lucas et al. 2019) Esto ha provocado el permanente aumento a nivel global de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), que actualmente se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo. (OMS. 2022). En 2017 se registraron 697 millones de casos de ERC en todos los estadios, con una prevalencia global del 9,1%, misma que ha aumentado paulatinamente desde el año 1990 en un 29,3 % en todas las edades. En 2017, la ERC causó la pérdida de 35,8 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y la nefropatía diabética representó casi un tercio de los AVAD. La mayor parte de la carga de ERC se concentra en los países de medianos y bajos ingresos en los tres quintiles más bajos del Índice Sociodemográfico (SDI). (Bikbov et al., 2020), considerada como una enfermedad multicausal facilitada por las desigualdades existentes particularmente en América Latina y el Caribe (Depine, & Aroca Martínez. 2018). Los impactos en la salud mundial de la enfermedad renal se reconocen cada vez más debido a la creciente carga de la enfermedad y las consecuencias asociadas para la salud. Según las estimaciones más recientes del estudio Global Burden of Disease, (2020), la ERC se ha convertido en la 12.^a causa de muerte, desde la 17.^a posición hace aproximadamente 3 décadas. (Bello, et al. 2021). Todo ello ha determinado que la ERC sea catalogada a nivel global como un problema de salud pública. (García-Maset, et al 2022, Díaz Armas, et al 2018 y Rico Landazábal, et al 2017), al igual que la disfunción sexual femenina que afecta alrededor del 41% de mujeres en el mundo. (McCool, et al 2016).

De 159 países, 102 (64%) proporcionaron financiación pública para la terapia de reemplazo renal. Sesenta y ocho (43%) de 159 países no cobraron tarifas en la atención y 34 (21%) hicieron algún cargo. La hemodiálisis estaba disponible en 156 de 156 países, la diálisis peritoneal en 119 (76 %) de 156 países y el trasplante de riñón en 114 (74 %) de 155 países. La diálisis y el trasplante de riñón estaban disponibles para más del 50 % de los pacientes en solo 108 (70 %)

y 45 (29 %) de 154 países que ofrecían estos servicios, respectivamente. En todo el mundo, la mediana de nefrólogos fue de 9,96 por millón de habitantes, que varió según el nivel de ingresos y el trasplante de riñón en 114 (74%) de 155 países. (Bello, et al (2019). El incremento acelerado de la ERCT y el acceso limitado al trasplante renal ratificado por un estudio de análisis sistemático en Estados Unidos donde solo el 13,5% de los pacientes con ERCT en 2018 estaban en lista de espera para un trasplante de riñón. (Harding, et al. 2021). Todo esto tiene un efecto importante en la salud global como causa directa de morbilidad, mortalidad y costos de la atención de salud, la ERCT es una enfermedad que se puede prevenir y tratar en gran medida y merece una mayor atención en la toma de decisiones de política de salud global, particularmente en lugares con índice socio-demográfico bajo y medio. (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. 2020).

A nivel de América Latina, como una región que se extiende desde México y las Islas del Caribe en el norte hasta Argentina y Chile en el sur, con una población estimada para 2019 en más de 662 millones de habitantes, distribuida en 19 países y 14 dependencias, se caracteriza por una amplia diversidad étnica y el uso de diferentes idiomas (principalmente español y portugués, en menor medida el francés y múltiples idiomas nativos), así también existen amplias variaciones en el ingreso nacional bruto per cápita en toda América Latina. Desde 2006, México, Chile y Uruguay han visto aumentar las tasas de incidencia de insuficiencia renal crónica entre un 16 % y un 38 %, y en Argentina, Brasil, Chile y México, la prevalencia ha aumentado entre un 30 % y un 45 %. México es el país latinoamericano con las tasas más altas de incidencia y prevalencia de insuficiencia renal crónica. Al igual que en los países desarrollados, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las causas más frecuentes de enfermedad renal crónica (ERC) en la mayoría de los países de América Latina. Los países con mayores tasas de insuficiencia renal crónica tienden a ser también aquellos con una mayor prevalencia de diabetes en la población (México, Chile y Brasil). Además, en la última década ha surgido una epidemia de ERC de origen desconocido en algunas zonas de Centroamérica posiblemente exacerbada por el uso a largo plazo de altas dosis de analgésicos. (Obrador, et al. 2016). Las tasas de TRR varían considerablemente entre los países de América Latina. Se ha demostrado que el ingreso nacional bruto per cápita se correlaciona directamente con el acceso a TRR, es decir, la prosperidad económica aumenta la prevalencia de diálisis y trasplante de riñón. (OPS. 2023).

Ecuador es un país andino, ubicado al noroeste de sudamérica con una población de 17.757.000 habitantes al año 2023. El 51% son mujeres y el 49% hombres. El 64% vive en el área urbana y el 36% en el sector rural. Su estructura poblacional es joven. El 38% es menor de 20 años y el 11% mayor de 60 años. La esperanza de vida en la actualidad es de 80 años para las mujeres y de 74,5 años para los hombres. Es un país multiétnico y pluricultural. El 71,9% de la población se auto identifica como mestiza, el 7,4% montubia, el 7,2% afroecuatoriana, el 7% indígena, el 6,1% blanca, y el 0,4% de otras etnias. (UNFPA-Ecuador. 2023). Para el año 2018, el total de personas en Terapia de Reemplazo Renal (TRR) fue de 12.367, de ellas el total de personas activas en lista de espera fue de 400 y el número de pacientes que fallecieron mientras estaban en la lista de espera sumaron 14, en cambio en el año 2022 existieron 21.394 pacientes en TRR, pero solo se realizaron un total de 149 trasplantes renales, equivalente al 0,69% del total. 136 con donante cadavérico y 13 con donante vivo. (INDOT 2022). La tasa de supervivencia al año tras el trasplante renal cadavérico y con donante vivo fue 94% en adultos. (Albán Tigre. et al. 2020). La prevalencia de pacientes en TRR fue de 1.183 pacientes por millón y una incidencia de 114 pacientes por millón, (MSP 2), registrándose un incremento del 14,33% entre el año 2020 y 2021. Las provincias de la región costa como Manabí (200,15/100.000), Santo Domingo de los Tsáchilas (190,4/100.000), El Oro (168,5/100.000); y las provincias de la región sierra como Loja (116,64/100.000), Cañar (110,5/100.000), Pichincha (102,6/100.000) son las provincias del Ecuador con mayor tasa de incidencia de pacientes en diálisis. El promedio de edad de los pacientes en diálisis es de 59,68 años, mientras que la edad promedio a la que ingresa a diálisis es de 60,23 años con un tiempo de estancia promedio en diálisis de 3,9 años.

La tasa de prevalencia específica de TRR se presenta en hemodialisis con 1.116,65/1'000.000 hab. La tasa de mortalidad global de pacientes en diálisis es de 24, 18 casos por cada 100.000 habitantes ecuatorianos, mientras que la tasa específica de mortalidad es de 204,5 casos por cada 1000 pacientes que se encuentran en diálisis. La probabilidad de sobrevivir a un año en diálisis es de 100%, a dos años es de 86%, a 3 años 78%, a 5 años del 62%; observándose que por cada 100 personas seguidas que requiere TRR fallecen 8,3 personas. No existe diferencia por sexo. Al evaluar la curva de supervivencia por modalidad de diálisis observamos que hay diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, apreciándose mejor sobrevida en los pacientes en hemodiálisis; presentando una densidad de incidencia donde por cada 100 pacientes en Diálisis Peritoneal 13 fallecen, y por la modalidad de hemodiálisis por cada 100 pacientes 7 personas fallecen. De cada 100 pacientes 64 fallecen por ser mujeres. Las mujeres poseen una mortalidad de 2,78 veces mayor en comparación a los hombres. Del total de

pacientes en TRR, solo el 5,11% ingresaron a lista de espera de un trasplante renal (MSP 1, 2022). Se observa que del total de pacientes en diálisis, el 84,39% se encuentra en la condición de vivo y por ende activos dentro del registro; así mismo un total de 13,77% en la condición de fallecido por diferentes causas. Es decir que el fallecimiento es la causa más frecuente de egreso al tratamiento de diálisis. Según los datos se observa que solo 47 personas egresan debido a que se trasplantaron, sin embargo se debe aclarar que existe un sub registro de pacientes trasplantados, debido a que los sistemas hasta el momento del estudio no se encuentran interconectados. (MSP 3, 2022). De entre todos los pacientes en TRR, 18.602 son atendidos en la Red Complementaria de Salud (RC) de carácter privado, pero que en gran medida recibe pagos del Ministerio de Salud Pública (MSP) y del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS). La vía de acceso más frecuente es la Fístula Arterio Venosa tanto en hombres como mujeres. En el mismo año, las enfermedades precursoras como Hipertensión Arterial (HA), Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) fueron más frecuentes en los hombres y también las principales causas de TRR. En el Distrito Metropolitano de Quito en el año 2022 hubo 3.026 pacientes en TRR. (MSP 1 2022).

La literatura científica informa que la ERC y ERCT descarrilan muchos sistemas fisiológicos humanos, se ha demostrado su asociación con la disfuncionalidad sexual, pero este aspecto vital de la fisiología ha permanecido descuidado en comparación con otros problemas de salud física. (Abdul Rahman, et al. 2023). Perder la sexualidad puede reducir la confianza en sí mismo de una persona y esto puede generar inconvenientes en las relaciones conyugales y familiares. (Basok et al. 2009). El impacto psicológico y social de la disfunción sexual en el bienestar de un paciente con trasplante renal no puede socavarse, pero este problema ha sido más ignorado en sociedades donde la configuración social y cultural plantea muchos desafíos para el abordaje de la sexualidad por lo que la salud sexual es un tema que generalmente puede pasarse por alto en los exámenes de seguimiento después del trasplante. (Körükcü, et al. 2020).

En un estudio sobre las preocupaciones sobre la sexualidad y la calidad de vida de personas con trasplante renal, casi el 73% calificaron la sexualidad como importante, (Muehrer, et al 2015, Costa Requena, et al. 2017), siendo la comunicación con profesionales de salud y el placer sexual los más comentados. Por otro lado, las preocupaciones sobre las consecuencias de la inactividad sexual, la calidad de la relación sexual, los problemas de funcionamiento sexual y el pesimismo acerca del tratamiento, fueron inversamente relacionadas con la percepción de una buena calidad de vida. En este mismo estudio, las mujeres tuvieron mayores puntajes en

sus inquietudes sobre el placer sexual y la escasa comunicación con los profesionales de salud. (Muehrer et al., 2014). Este aspecto suele obviarse en las consultas porque resulta difícil de abordar, se lo considera tabú (Puigvert-Martínez, A.M. 2023) y porque a menudo es embarazoso principalmente para las pacientes mujeres. Para profesionales de salud está disponible escasa literatura científica y la que existe mayoritariamente se han centrado en el sexo masculino. (Torrez Rodríguez, Rodríguez, Gutiérrez, 2015) Otro gran tema de preocupación para las pacientes con trasplante renal, es el embarazo ya que luego del trasplante renal exitoso existe la normalización de las concentraciones séricas de hormonas relacionadas con trastornos de la fertilidad en mujeres con ERC (Sikora-Grabka, et al. 2018), pero en muchos servicios de salud el temor a las complicaciones restringe los derechos reproductivos de estas pacientes. (Izguerra-Ochoa et al. 2015). Por otro lado, las preocupaciones sobre las consecuencias de la inactividad sexual, la calidad de la relación sexual, los problemas de funcionamiento sexual y el pesimismo acerca del tratamiento, fueron inversamente relacionadas con la percepción de una buena calidad de vida. En el mismo estudio, las mujeres tuvieron mayores puntajes en sus inquietudes sobre el placer sexual y la escasa comunicación con los profesionales de salud. Para las mujeres en TRR, la vivencia de la sexualidad es un aspecto fundamental en su vida, la cual debe ser considerada en la formación del personal de salud que trabaja en el área renal. (Ramírez-Pereira, et al. 2018).

Conocer las experiencias sobre la sexualidad de las personas con trasplante renal, así como las percepciones que tienen profesionales de salud sobre éste tema en éstos pacientes es importante, pues la sexualidad es un componente de la calidad de vida, sin embargo su evaluación está desestimada en los procesos de atención de las y los pacientes con esta condición. (McGrath et al. 2021). La mayoría de profesionales de la salud considera que la esfera sexual es un componente importante en la salud de las personas, pero pocos lo registran sistemáticamente en la historia clínica debido a falta de tiempo y conocimientos en el tema. (Rojo-Villaescusa. 2022). Los profesionales de salud en su quehacer diario se guían por las normativas vigentes, entre ellas los protocolos de atención, las guías de práctica clínica, formularios oficiales de historia clínica, etc. Si en ellos no consta la exploración y por consiguiente la posibilidad de diagnóstico de la sexualidad de las personas y tratamiento de los problemas, es muy difícil que se incorpore sistemáticamente en los registros de las historias clínicas por lo que el presente estudio espera contribuir para evidenciar la ausencia de la exploración de la sexualidad en la consulta médica o psicológica, en la interacción con enfermería o trabajo social y que se potencialice la enseñanza de la sexualidad en las ciencias de la salud, se revise la normativa

actual para que cambien las políticas públicas y se incorpore la exploración de la sexualidad desde una perspectiva de género, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que puedan presentarse, con el objetivo de avanzar en el enfoque de atención basado en las necesidades de las y los pacientes y superar las limitaciones de centrarse exclusivamente en aspectos de la salud física de las personas con trasplante renal.

LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) definida como la incapacidad del riñón para mantener el equilibrio de electrolitos y líquidos y limpiar el cuerpo de toxinas (Agarwal, 2016), es una enfermedad irreversible caracterizada por una disminución de la función renal que se muestra por la tasa de filtración glomerular (TFG) de menos de 60 ml/min o marcadores de daño renal, o ambos, de al menos tres meses de duración, (Ortiz Gómez, et al. 2021). independientemente de la causa subyacente (Díaz, Présiga, & Zapata, 2017). reduce significativamente la calidad de vida de las personas que la padecen (Ren, et al 2019). La diabetes (Monzón, et al. 2019) y la hipertensión (Rodríguez, Espín, & Contreras, 2019) son las principales causas de enfermedad renal crónica (Webster, et al. 2017). Hay diferentes estadios clínicos del 1 al 5 de la ERC. (García Maset, et al. 2022). Al principio, en los estadios 1 y 2, con una TFG más alta, conforme se va avanzando en las etapas, prima el descenso de la TFG y puede ser incluso la única característica. Finalmente, la ERCT es la fase 5, donde se habla de fallo renal o insuficiencia renal terminal, en la que acontece el síndrome urémico, que puede desembocar en muerte si no se practica tratamiento sustitutivo de diálisis o trasplante renal. (Sellarés, Rodríguez. 2022). (Tabla 1)

Tabla 1 Clasificación de la ERC por TFG y grado de albuminuria según criterios KDIGO 2018.

				Categorías de albuminuria persistente Descripción y rango		
				A1	A2	A3
				Normal a levemente aumentado	Moderadamente aumentado	Severamente aumentado
				<30 mg/g <3mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30mg/mmol
Categoría de TFG* (ml/min/1.73m ²) Rango y descripción	G1	Normal o alto	≥90			
	G2	Levemente disminuido	60-89			
	G3a	Ligeramente a moderadamente disminuido	45-59			
	G3b	Moderadamente a severamente disminuido	30-44			
	G4	Severamente disminuido	15-29			
	G5	Falla renal	<15			

Nota. Enfermedad Renal Crónica (ERC). Tasa de Filtrado Glomerular (TFG): verde bajo riesgo. Amarillo moderadamente aumentado. Naranja Alto riesgo, Rojo Muy alto riesgo. Tomado de Ortiz Gómez, et al 2021, basado en Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) 2018. Clinical Practice Guideline for the prevention, diagnosis, evaluation and treatment for hepatitis C in chronic kidney disease.

Factores de riesgo

Respecto a los factores de riesgo: sobrepeso, aumento de glucosa en sangre, presión arterial elevada, inactividad física y elevado consumo de sal y AINE y las enfermedades precursoras de la ERCT (Enfermedad Renal Crónica Terminal), como son la Diabetes Mellitus 2, la

Hipertensión Arterial y Obesidad se establece que la carga de diabetes mellitus utilizando medidas de frecuencia de mortalidad, en la región de las Américas para el año 2019 tiene una mediana de 40.4 defunciones por cada 100.000 habitantes, mientras que en el Ecuador ocurrieron 26.6. El número absoluto de AVP (años de vida perdidos) aumentó de 4,0 millones de años en el 2000 hasta 6,2 millones de años en el 2019. La tasa bruta de AVP se incrementó de 438 años por 100 000 habitantes en el 2000 a 618 años por 100 000 habitantes en el 2019. (Figura 1).

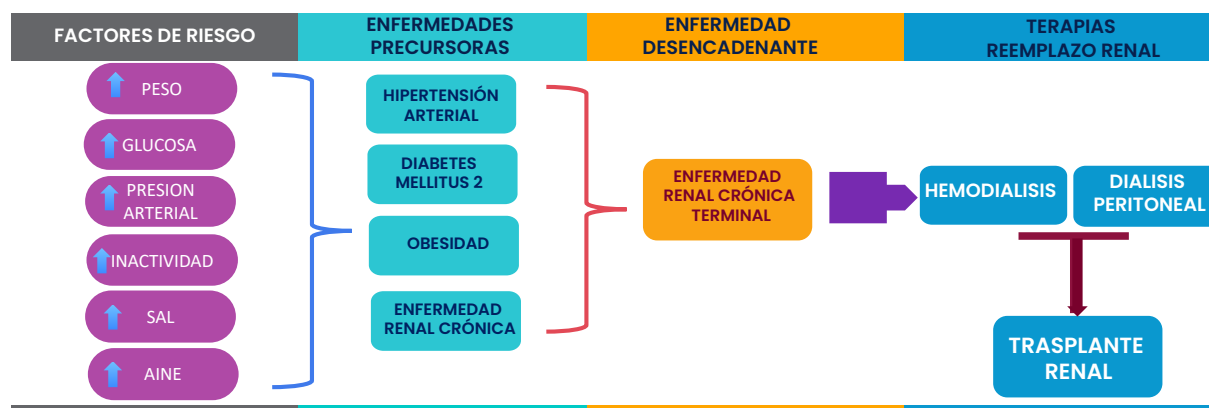


Figura 1 Ruta hacia el trasplante renal: factores de riesgo, enfermedades precursoras, enfermedad desencadenante y terapias de reemplazo.

La prevalencia de HA regional estandarizada por edad en adultos de 30 a 79 años en 2019 en las Américas fue del 35,4 % en la población total. Mayor en hombres 37,6% que en mujeres 33,3% y aumentó en ambos sexos en 7,6% entre los años 1990 a 2019, pero existió para el año 2019 una gran variación entre países, presentando Paraguay la prevalencia más elevada con 56.4% y Perú 20.7% la más baja. A pesar de un incremento importante de las tasas de control entre los años 1990 a 2019 que se incrementó en un 145.9%, solo 3 de 5 personas mantuvieron la HA bajo control. En Ecuador la prevalencia de HA estandarizada por edad en adultos de 30 a 79 años es de 27.2%, y ocupa el antepenúltimo lugar en la región, antes de Canadá y Perú con las prevalencias más bajas. El incremento de la HA fue de 3.7% entre 1990 y 2019.

Para 2019 la tasa de defunciones por ERC en la región de las Américas fue de 24.0 por cada 100.000 habitantes, mientras que en Ecuador fue de 37.4, ubicándose entre los 7 países con las tasas más elevadas. El número absoluto de AVP debido a muertes prematuras por ERC se incrementó 73% desde 3 millones en el 2000 a 5,2 millones en el 2019. La tasa de AVP ajustada por edad creció ligeramente desde 373,4 años por 100 000 habitantes en el 2000 a 418.7 años

por 100 000 habitantes en el 2019. La tasa cruda de AVD (años de vida con discapacidad) creció desde 124,7 años por 100 000 habitantes en el 2000 a 168,0 años por 100 000 habitantes en el 2019. En 2016, la prevalencia estimada de sobrepeso y obesidad fue del 62,5% (64% en hombres y 61% en mujeres), la más alta entre todas las regiones de la OMS. La prevalencia de la obesidad en adultos fue mayor entre las mujeres que entre los hombres, con la excepción de Canadá. En el mismo año, en Ecuador la prevalencia fue de 54.2% con un incremento de 29.9% desde 1975 a 2015.

En 2016, la prevalencia de actividad física insuficiente en adolescentes de 11 a 17 años fue alta en la mayoría de los países de la región de las Américas, afectando a las mujeres en 12% más que a los hombres, variando desde 72,1% en los Estados Unidos de América hasta 88,8% en Venezuela. En Ecuador fue de 86.5%. La prevalencia entre adultos de 18 años y más fue de 39,3%, en hombres 33.1% y en mujeres 45.2% (Tabla 2) y en Ecuador de 27.2%, siendo ligeramente superior en las mujeres con 29.9%. (OPS, 2022).

Tabla 2 Prevalencia (%) de factores de riesgo en las Américas en el año 2016.

Factor de riesgo	Total	Hombres	Mujeres
Sobrepeso	28.3	25.8	31.0
Glucosa elevada	8.3	8.5	8.1
Tensión arterial elevada	17.6	20.3	14.8
Inactividad física	39.3	33.1	45.2
Consumo de sal	8.7	9.4	8.6

Fuente. Organización Panamericana de la Salud. OPS, (2019) Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras Washington, OPS/NMH/19-016.

La Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT)

La ERCT es una consecuencia de la progresión de la ERC o de la lesión renal aguda que provoca un rápido deterioro de la función renal. La ERC se produce cuando la función renal está disminuida durante más de 3 meses, (Garrido, et al. 2018). caracterizada por una tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o por la presencia de marcadores de daño renal, como albuminuria, anomalías en el sedimento urinario u otros trastornos

electrolíticos ((KDIGO), 12). En ERCT, definida como TFG < 15 mL/min/1,73 m², los pacientes corren el riesgo de complicaciones potencialmente letales sin terapia de reemplazo renal (TRR). La TRR se puede completar mediante hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante. La diálisis se puede utilizar como medida provisional a corto plazo si la causa del daño renal es reversible, como puente al trasplante o como tratamiento definitivo en pacientes que no pueden someterse a un trasplante. Independientemente de la modalidad de tratamiento utilizada, el manejo de la enfermedad renal puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente (Awuah, Finkelstein, S. & Finkelstein, F.2013). La enfermedad renal en etapa terminal (ERCT) es una afección altamente mórbida que requiere atención costosa (Torales, et al., 2021). y que requiere mucho tiempo. El manejo óptimo de ERCT puede mejorar significativamente la calidad de vida y la supervivencia; sin embargo, las barreras, incluido el acceso a la atención, el tratamiento reactivo en lugar de proactivo y las disparidades en las poblaciones minoritarias, tienen un impacto negativo en la atención de los pacientes con ERCT (Ramírez-Perdomo, Perdomo-Romero, Rodríguez-Vélez. 2020). La alta carga de enfermedad de la ERC, su distribución desigual, el alto costo del tratamiento, y el hecho de que las estrategias preventivas, aunque disponibles aún no están completamente desplegadas en muchos países y comunidades, por éstas razones, en la mayoría de países califican la ERC como un problema de salud pública. (Schoolwerth , Engelgau, & Hostetter. 2005, García Maset et al., 2022). En el mundo, el aumento en la prevalencia de la ERC y su carga desproporcionada en los países económicamente en desarrollo está siendo impulsado por un aumento de la prevalencia de los principales factores de riesgo de ERC, a saber: diabetes, hipertensión, obesidad, (Veroux, et al. 2021), consumo crónico de AINE, el aumento del crecimiento y el envejecimiento de la población (Alebiosu & Ayodele, 2005). A esto se añade la dificultad de la estimación de la carga de la ERCT debido a la escasez de los registros renales nacionales en países en vías de desarrollo. En Ecuador recién desde el año 2020 existe el REDT: Registro Ecuatoriano de Diálisis y Trasplante, que es una herramienta que sirve como insumo para la investigación epidemiológica, la planificación de la atención de salud, derivación o referencia de pacientes y la mejora de la calidad de los servicios que se presta a la población con ERC y ERCT consideradas enfermedades catastróficas. (MSP 3, 2022).

Epidemiología de la ERCT

A nivel mundial, en 2017, 1,2 millones personas murieron a causa de la ERCT. La tasa global de mortalidad por ERCT en todas las edades aumentó un 41,5% entre 1990 y 2017, aunque no

hubo cambios significativos en la tasa de mortalidad estandarizada por edad. En 2017 se registraron 697.5 millones casos de ERC en todos los estadios, para una prevalencia global del 9,1%. La prevalencia global de ERC en todas las edades aumentó un 29,3 % desde 1990, mientras que la prevalencia estandarizada por edad se mantuvo estable. La ERCT resultó en 35,8 millones Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en 2017, y la nefropatía diabética representó casi un tercio de los AVAD. La mayor parte de la carga de ERCT se concentró en los tres quintiles más bajos del Índice Sociodemográfico (SDI). En varias regiones, particularmente en Oceanía, África Subsahariana y América Latina, la carga de ERC fue mucho más alta de lo esperado para el nivel de desarrollo, mientras que la carga de enfermedad en África subsahariana occidental, oriental y central, Asia oriental, Asia meridional, Asia central y Europa del Este, Australasia y Europa Occidental fue menor de lo esperado. 1.4 millones de muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares y 25.3 millones de AVAD por enfermedades cardiovasculares fueron atribuibles al deterioro de la función renal.

La sexualidad y la salud sexual

La salud sexual es fundamental para la salud y el bienestar físicos y emocionales de los individuos, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países. (Organización Panamericana de la Salud. 2018). Para la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad se define como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La sexualidad, masculina o femenina, se hace evidente en la pubertad bajo la influencia de los esteroides gonadales (testosterona o estradiol) y los efectos sociales. (NCBI Resources. 2020). Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales." (World Health Organization. (2006). En cambio, la salud sexual se define como "Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia." (Cottingham, et al. 2010). La

salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar generales de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países y depende del: acceso a información integral de buena calidad sobre sexo y sexualidad; conocimiento de los riesgos que pueden correr y su vulnerabilidad ante las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección; posibilidad de acceder a la atención de salud sexual; residencia en un entorno que afirme y promueva la salud sexual. (OMS 2020). Las normas culturales y sociales existentes relacionadas con la sexualidad pueden afectar el acceso a las intervenciones relacionadas con la salud sexual y a la calidad de las mismas. (OMS 2018).

Efectos de la ERC y ERCT sobre la sexualidad y calidad de vida

Según una revisión sistemática, se encontró que la prevalencia de DE en la ERC fue del 78%, en comparación con el estadio de hemodiálisis que fue de 77% mientras que en el trasplante renal fue de 64%. (Pizzol, et al. 2021). Las y los pacientes con ERC y ERCT vienen con una historia de cambios psicológicos y generalmente presentan otras enfermedades subyacentes como la diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, anemia, disfunciones hormonales que en su conjunto contribuyen a producir alteraciones en las fases del deseo y la excitación de las personas, y los tratamientos suelen interferir en las fases de la respuesta sexual. (Jalón Monzón et al., 2019b). En la literatura médica se han descrito las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis -gonadal en la regulación de las hormonas sexuales en ambos sexos, produciéndose un hipogonadismo hipogonadotrópico (HH) (Arenas, 2021) que se caracteriza por la alteración de la secreción del hipotálamo de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH), elevación de gonadotropinas secretadas por la hipófisis Folículo Estimulante (FSH) y Luteinizante (LH) (Larsen et al., 2013). En los hombres la disminución de la testosterona sérica que produciría disminución de la libido y Disfunción Eréctil (DE) y de la hormona antimülleriana, el aumento de la hormona LH que darían como resultado la disfunción de las células de Sertoli y Leydig que contribuyen a la disfunción reproductiva masculina. (Eckersten, Giwercman, & Christensson, 2015). En las mujeres, presentan una alta prevalencia de anovulación, infertilidad, irregularidades menstruales, amenorrea y menopausia prematura. (Chou et al., 2021b). En ambos sexos se presenta hiperprolactinemia producida por la hipófisis anterior (Arenas, 2020) que estaría asociada con la pérdida de libido, infertilidad y baja de testosterona sérica. (Jalón Monzón, et al. 2019b).

La disfunción sexual es más acentuada durante la fase urémica y los efectos en el sistema nervioso con la disminución de la libido e impotencia en los hombres (Gómez, 2020) y en las mujeres falta de deseo, lubricación y dispareunia. (Palmer, 2017)

Con la hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) se logran mejorar algunos de estos problemas, pero generalmente persisten porque los efectos positivos de estas terapias tienen un periodo corto de duración y además porque luego de ellas, las personas se sienten cansadas (Göriş, et al. 2016) y no tienen fuerzas para preocuparse de su sexualidad. (Jalón Monzón, et al. 2019a).

Fisiopatología de la sexualidad en las ERCT

En la fig. 2 se esquematiza la fisiopatología del Eje Hipotálamo-hipófisis-gonadal y de la Prolactina donde debido al hipogonadismo hipogonadotrópico se produce un aumento en la producción de GnRH que estimula la producción de FSH, LH y Prolactina con los diferentes efectos descritos anteriormente. (Figura 2)

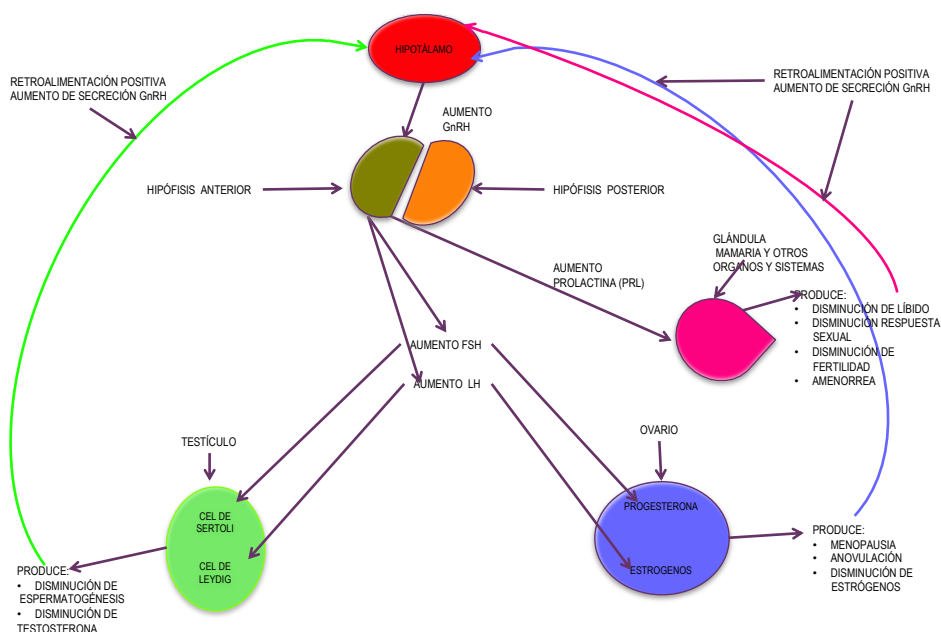


Figura 2 Fisiopatología del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y prolactina en la ERC Y ERCT.

Además de las alteraciones del eje hipotálamo-pituitario-gonadal, también se encuentran alterados el sistema de señalización paracrino endotelial, la homeostasis del calcio y la vitamina D, junto con varios otros factores que influyen en la sexualidad como: patologías subyacentes,

consumo de medicamentos, disfunción hormonal, disfunción endotelial y neuropatía periférica, disminución de eritropoyetina, disminución de zinc, depresión, entre otras. (Fiuk, & Tadros, 2019). (Figura 3)

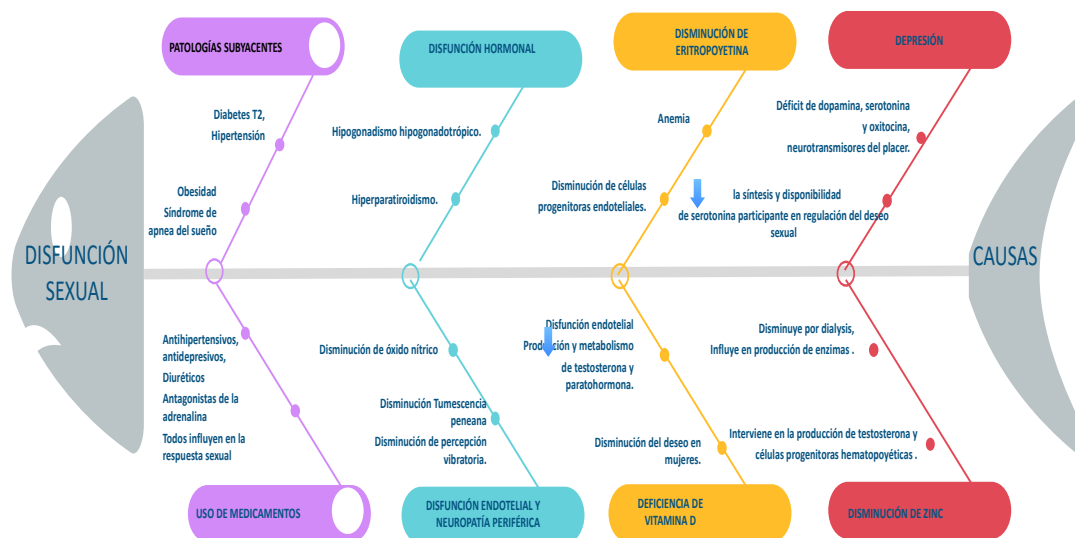


Figura 3 Factores que influyen en la sexualidad de personas con ERCT. Basado en Fiuk y Tadros (2019).

Historia de los trasplantes renales en el mundo y en Ecuador.

Según la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) de España, no se puede establecer: quién, cuándo y cómo se hizo el primer trasplante renal pues sus inicios son confusos, tanto por el origen del órgano trasplantado (animal, persona fallecida o donante familiar) como por la técnica empleada. (ONT, 2020).

Sin embargo, hay algunos datos de la evolución de lo que hoy se conoce y practica en el trasplante renal: Alex Carrell, cirujano vascular experimental, (premio Nóbel de Fisiología en 1912), entre 1902 y 1904, realizó contribuciones sobre las técnicas de revascularización de órganos mediante la anastomosis vascular que fueron las que permitieron las experimentaciones de trasplantes posteriormente. (Starzl, 2000).

Luego de varias experiencias en diferentes países europeos, especialmente en Francia, se registra que en 1933 el cirujano Yuri Voronoy en Ucrania realizó el primer trasplante renal entre humanos con un donante cadavérico, el paciente trasplantado murió 2 días después debido a la incompatibilidad de grupo sanguíneo del donante B y el receptor O. (Altomonte, et al. 2009).

En la década de los años 50 del anterior siglo, en Francia se realizan varios trasplantes renales uno de ellos informó sobrevida de 3 semanas realizado entre madre a hijo. Este procedimiento

es el que quedó estandarizado y se utilizó durante muchos años. (Michon, 1953). En 1954 en Boston se realizó el primer trasplante con mayor sobrevivencia entre dos hermanos gemelos idénticos que duró 25 años, relevando el rol de la compatibilidad inmunológica en los trasplantes y la necesidad de conocer el rol de la inmunidad en el rechazo de los injertos. (Murray, Merrill, & Harrison, 1958).

Desde allí se comenzó a estudiar el rol de la inmunidad en los trasplantes que tuvo su auge entre 1963 y 1979, iniciándose la terapia inmunosupresora en el año 1966 con la administración de azathioprine y prednisona a pacientes trasplantados renales obteniéndose buenos resultados. (Starzl, et al 1967).

En el Ecuador no se encuentra registrada la actividad trasplantológica, sino a partir del 27 de Julio de 1994 cuando se promulgo la Ley de Trasplantes de Órganos y Tejidos. Se sabe que hasta entonces éstos fueron esporádicos sin que exista un control claro ni registro tanto de donantes como de receptores, centros autorizados para la ablación o galenos delegados para extracción y trasplante, sin que esto signifique que el país no cuente con médicos preparados y con capacidad para efectuar tal actividad. Los primeros en registrarse son dos trasplantes renales provenientes de donante vivo y exitosamente realizados, el primero en 1976 realizado en el Hospital Militar de la ciudad de Quito, y en el año siguiente en el Hospital Carlos Andrade Marín de la misma ciudad, el primer trasplante renal en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, ambos con condiciones óptimas de sobrevivencia. (Córdova Ordoñez, 2013). En 1976, en Quito, en el Hospital Militar se realizó el primer trasplante exitoso de riñón con donante vivo relacionado entre hermanos. El equipo multidisciplinario que integró este hecho histórico estuvo compuesto por los doctores Luis Burbano, Jorge Aulestia, José Ruiz, Nelson Garcés entre otros.

Para la década de los 80, 90 y 2000 surgen algunos programas de trasplante renal en Guayaquil entre los que figuran el hospital Luis Vernaza, las clínicas Kennedy y Alcívar, y en la misma época en Quito algunos hospitales y clínicas como el Hospital Pablo Arturo Suarez, Clínica Pichincha y Pasteur, todos estos exceptuando el hospital Luis Vernaza hoy no realizan trasplantes. Tal vez lo que caracterizó a todos estos años fue que no existía una cultura de donación en la sociedad y las leyes del momento no apoyaban los trasplantes, pero sobre todo que no existía quien pueda financiar, lo que lo tornaba prohibitivo y sólo se realizaba en situaciones excepcionales cuando el enfermo tenía un familiar que le pudiera donar y que contara con los recursos necesarios, en otras palabras el trasplante era prohibitivo para las clases

sociales más desfavorecidas. Por estas razones no se pudieron desarrollar en el Ecuador de mejor manera los trasplantes y lo que ha sucedido es el surgimiento puntual de algunas unidades que no se han podido mantener en el tiempo, que además no han realizado números importantes de procedimientos como para que se cree una experticia. (Serpa Larrea, 2017). Actualmente en el Ecuador, están acreditados 8 hospitales para realizar este procedimiento (GODT, 2020).

EL TRASPLANTE RENAL

Definición

Los riñones son dos órganos que se encuentran a cada lado de la columna vertebral, justo debajo de la caja torácica. Cada uno de ellos tiene aproximadamente el tamaño de un puño. (U.S. Department of Health and Human Services. 2018). Su función principal es filtrar y eliminar desechos, minerales y líquido de la sangre mediante la producción de orina. (Ojeda-Cásares, 2023). Cuando los riñones pierden esta capacidad de filtración, se acumulan niveles nocivos de líquido y desechos en el cuerpo, lo cual puede elevar la presión arterial y provocar insuficiencia renal (enfermedad renal crónica ERC). La enfermedad renal en etapa terminal (ERCT) ocurre cuando los riñones han perdido aproximadamente el 90 % de su capacidad para funcionar normalmente. (OPS. 2023),

Entre las causas comunes de la enfermedad renal en etapa terminal se incluyen las siguientes:

- Diabetes
- Presión arterial alta crónica no controlada
- Obesidad
- Glomerulonefritis crónica: inflamación y posterior formación de cicatrices en los pequeños filtros que se encuentran dentro de los riñones
- Enfermedad renal poliquística

Las personas con ERCT deben eliminar los desechos del torrente sanguíneo a través de una máquina (diálisis) o un trasplante de riñón para mantenerse con vida. (Mayo Clinic. 2023).

Un trasplante de riñón es un procedimiento quirúrgico que consiste en colocar un riñón sano de un donante vivo o fallecido en una persona con insuficiencia renal debido a que sus riñones ya no funcionan correctamente. Un trasplante de riñón es un tratamiento para la insuficiencia renal; no es una cura. El paciente deberá tomar medicamentos todos los días para asegurar que

su sistema inmunitario no rechaza el nuevo riñón. Un riñón trasplantado en funcionamiento hace un mejor trabajo filtrando las toxinas y manteniendo sano al paciente que la diálisis, sin embargo, el trasplante de riñón no es apto para todos. (NIH: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2018).

El tratamiento de elección para los pacientes con ERCT y el único capaz de corregirlo es el trasplante renal (Robinson et al., 2016), que mejora sustancialmente las tasas de supervivencia y el bienestar de los pacientes con ERCT en comparación con otras terapias de reemplazo (Voora & Adey, 2019). No obstante, un trasplante renal es un evento notablemente estresante, que implica numerosos cambios físicos, psicológicos, afectivos y relacionales tanto para el receptor del trasplante renal como para su familia (De Pasquale et al. 2020).

El trasplante renal es una elección para los pacientes que sufren de enfermedad renal crónica terminal, un trasplante exitoso mejora la calidad de vida de las personas, (Romero-Reyes, et al.2021). reduce el riesgo de mortalidad en mayor proporción que aquellos pacientes que deciden mantener el tratamiento de diálisis (Rivera, Cruz, Meza, Bernáldez & Moreno, 2016). El trasplante renal mejora las condiciones comórbidas contribuyentes que conducen a la disfunción eréctil en pacientes con ERCT. (Fiuk, & Tadros, 2019). El período de espera antes de un trasplante renal suele venir acompañado de emociones (González, et al. 2019) y cambios en el estilo de vida.

Los trasplantes de riñón son una de las operaciones de trasplantes más comunes, se necesita un riñón donado para reemplazar el trabajo previamente realizado por sus riñones. El riñón donado puede provenir de:

- Un donante familiar vivo: emparentado con el receptor, como uno de los padres, un hermano o un hijo
- Un donante no emparentado con el receptor: como un amigo o el cónyuge
- Un donante muerto: una persona recientemente fallecida que se sepa no ha tenido enfermedad renal crónica

El riñón sano se transporta en una solución especial que preserva el órgano hasta por 48 horas. Esto le da a los proveedores de atención médica tiempo para llevar a cabo pruebas de compatibilidad de la sangre y el tejido del donante y del receptor. (Mayo Clinic. 2023). Las tasas de supervivencia del injerto y del paciente en las distintas modalidades de trasplante se presentan en la siguiente tabla, (Tabla 3).

Tabla 3 Porcentaje de supervivencia del injerto y del paciente en las distintas modalidades de trasplante renal.

	Trasplante renal con donante fallecido	Trasplante renal con donante vivo	Trasplante simultáneo renopancreático
<i>Supervivencia Injerto</i>			
1 año	93	96	95
5 años	85	90	90
10 años	70	80	77
<i>Supervivencia del Paciente</i>			
1 año	96	98	96
5 años	87	90	88
10 años	72	80	75

Fuente. López Oliva. et al. 2022.

Se ha demostrado que el trasplante de riñón es el mejor tratamiento para la enfermedad renal en etapa terminal, mejorando tanto la calidad de vida (Pérez Blancas, et al.2015). como la esperanza de vida para la mayoría de los pacientes (Katz-Greenberg, & Shah, 2022) y se ha convertido en una práctica mundial debido a los avances en las técnicas de ablación, conservación, trasplante e inmunosupresión que han mejorado la efectividad, la costo-efectividad y la aceptabilidad cultural de los trasplantes, con el consecuente aumento de la demanda de trasplantes.

Sin embargo, las capacidades para realizar trasplantes en los diferentes sistemas de salud particularmente en la Región de las Américas son heterogéneas. Pese a la comprobada costo-efectividad del trasplante de riñón para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, éste no es aún accesible para toda la población que los necesita. A pesar del notable aumento de la donación de órganos de personas fallecidas y aun de personas vivas en los últimos años, la oferta y disponibilidad de órganos de donación está muy por debajo de la demanda a lo que debe sumarse la falta de programas nacionales consolidados, la falta de recursos humanos competentes y el elevado costo de los trasplantes y de las terapias de mantenimiento, sumado a una cobertura y protección financiera insuficiente, todas éstas representan barreras para el acceso equitativo a estos procedimientos. (Pan American Health Organization. 2019). Se ha comentado también en la literatura científica que persisten disparidades en el acceso a trasplante renal siendo las minorías raciales y étnicas, las mujeres y los pacientes de los grupos de nivel socioeconómico más bajo con menos probabilidades de ser referidos, evaluados y agregados a

la lista de espera para trasplante renal principalmente. (Park, et al 2022), los datos también han demostrado que las mujeres tienen menos probabilidades de recibir un riñón de un donante fallecido o de un donante vivo. Por otro lado, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de convertirse en donantes vivos de riñón y se han observado diferencias entre los sexos en el metabolismo de la inmunosupresión. (Katz-Greenberg, & Shah, 2022). Por otro lado la fragilidad considerada un síndrome que se manifiesta clínicamente como una disminución de la resistencia a los factores estresantes asociado con caídas, hospitalizaciones, mala función cognitiva y mortalidad, está presente hasta en el 35 % de los pacientes con ERCT y se relaciona con una menor probabilidad de inclusión en la lista de espera y una menor tasa de trasplante, pero siendo un factor de riesgo potencialmente modificable. (Haugen, et al. 2019).

Las cifras de trasplante renal en el mundo y en Ecuador.

Según el Observatorio Mundial de la Donación y el Trasplante (GODT), cada año se realizan más de 100 000 trasplantes de riñón en todo el mundo, (Global Observatory on Donation and Transplantation. 2021) de los cuales el 63,4% fueron de donante cadavérico y el 36,5% de donante vivo (Kidney Transplant, 2017), Sin embargo la cifra de personas que se someten a diálisis anualmente se estima en 5 millones. (Global burden of disease. 2019). La enfermedad renal crónica tiene una prevalencia mundial del 9,1% y se calcula que provoca 1,2 millones de muertes anuales y ocasiona la pérdida de 35,8 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad al año. (GBD. 2017). Los estudios de costos y resultados indican que debe darse prioridad al trasplante de riñón en caso de insuficiencia renal. En todas las regiones de la OMS, con la posible excepción de la Región de África, la hemodiálisis es más costosa que el mantenimiento de un trasplante.

En el mundo entero el trasplante renal representa el 65% del total de trasplantes de órganos sólidos y el 63.2 % de los receptores renales fueron hombres. A nivel de todas las donaciones en el mundo, el 44% de los donantes fueron por muerte cerebral, el 59.8 % fueron hombres y de los donantes vivos, el 52.5% fueron mujeres. (GODT. 2019).

Se establece una gran diferencia en el acceso de las personas a tratamiento sustitutivo renal según habiten en países de bajo, mediano, mediano alto y alto ingreso, fluctuando entre 4%, 10%, 30% y 60% respectivamente. (Crews, 2019). Las tasas de TRR varían considerablemente entre los países de América Latina. Se ha demostrado que el ingreso nacional bruto per cápita

se correlaciona directamente con el acceso a TRR, es decir, la prosperidad económica aumenta la prevalencia de diálisis y trasplante de riñón. (Obrador, et al. 2016).

En Ecuador, desde 2007 hasta 2019 se realizaron 6134 trasplantes de órganos y tejidos: 25.4% renales. La mayoría de los donantes fueron de sexo masculino (68.1%). La tasa de donantes (pmh) entre 2009 a 2019 fue 4.2. La tasa media de órganos trasplantados fue 8.1 (pmh) desde 2007 hasta 2019. En este periodo se realizaron 1560 trasplantes renales: 83.1% con donante cadavérico (88.1% adultos; 11.9% pediátricos) y 16.9% con donante vivo (72.4% adultos; 27.6% pediátricos). La tasa de supervivencia al año tras trasplante renal cadavérico y con donante vivo fue 0.94 y 0.97 en adultos; y 0.90 y 0.97 en pediátricos, respectivamente. (Albán Tigre, et al 2020). Según el Instituto Nacional de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, (INDOT), en el período enero-diciembre 2019 se realizaron un total de 677 trasplantes a nivel nacional. De los cuales el 32.79% (n=222) corresponde a trasplantes renales con donante cadavérico; y el 0.54% (n=4) a trasplante renal con donante vivo, (MSP-INDOT, 2019). Si se toma en cuenta solo los trasplantes de órganos sólidos, en el año 2019 en el Ecuador, el trasplante renal representó el 87.5% de todos los trasplantes de órganos sólidos y la lista de espera para un trasplante renal es extensa, hasta noviembre del 2019 constaron 458 personas que aspiran a realizarse un trasplante renal. (MSP-INDOT. 2019). Según el GODT (2020), en el año 2018, en el Ecuador la tasa de trasplantes renales combinados de donantes cadavéricos y vivos por cada millón de habitantes fue de 14,7 / 1.000.000. La tasa de trasplantes renales de donantes cadavéricos por muerte cerebral fue de 13,4 / 1.000.000. La tasa de trasplantes renales por donantes vivos relacionados fue de 1,3 / 1.000.000. En el país no se realizaron trasplantes de donantes por paro cardíaco, ni trasplantes dobles, ni de donantes no relacionados.

Tratamiento y cuidados posteriores

Las personas con trasplante renal reciben varios medicamentos para impedir el rechazo del injerto (Revuelta, Cuadrado, Arana. 2022)). La inmunodepresión ofrece una eficacia excelente con una buena tolerabilidad y actualmente se usa una combinación de varios fármacos con la finalidad de evitar la farmacotoxicidad y aumentar la eficacia (Gomez, Mesa, Alhadj, 2018). La terapia inmunosupresora se clasifica generalmente en 3 etapas: inducción, mantenimiento y tratamiento del rechazo. en la mayoría de los casos se administra a los pacientes los siguientes fármacos en combinación (Oppenheimer Salinas, Pascual Santos, Pallardó Mateu. 2020):

- Inhibidores de la calcineurina (ICN) (ciclosporina o tacrolimus).

- Micofenolato (MMF o micofenolato sódico con recubrimiento entérico, MFS-RE).
- Esteroides (prednisolona o metilprednisolona).
- Anticuerpos policlonales añadidos recientemente para el rechazo agudo de riñón a pesar de que aún son escasas las evidencias científicas: Timoglobulina o Grafalon. (Hill et al. 2017).

Este régimen multifarmacológico refleja la norma asistencial actual para la mayoría de los receptores de trasplantes de todo el mundo (Ministerio de Salud de República Dominicana . 2018, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 2015) con algunas variaciones en los casos de COVID -19 (Dheir, et al. 2021).), si bien los inmunosupresores son cruciales para prevenir el rechazo del injerto y mantener su funcionalidad (López-Oliva, et al. 2022).

Los cuidados posteriores a la cirugía que se han descrito en la literatura científica (Flores, 202, Rivera, et al. 2016.) son:

- Monitoreo general y solicitud de pruebas analíticas
- Asegurar la estabilidad hemodinámica y la perfusión del injerto.
- Revertir la hipotermia
- Monitorear y optimizar la función del injerto
- Ajustar tratamiento inmunosupresor
- Fluidoterapia ajustada en función de la volemia y la respuesta del injerto
- Control de la analgesia
- Mantenimiento de la presión arterial
- Permeabilidad de la sonda vesical
- Protección gástrica
- Profilaxis tromboembólica

Entre los cuidados luego del alta (Mayo Clinic. 2023) están:

- Chequeos frecuentes durante y después de la recuperación que pueden incluir análisis de sangre para verificar el funcionamiento del injerto y el ajuste de la medicación.
- Adherencia a la medicación de por vida de los inmunosupresores y los medicamentos destinados a prevenir complicaciones.
- Afrontamiento y apoyo para adaptarse en la nueva situación y los cambios del estilo de vida, las relaciones familiares y de pareja, el trabajo, etc.

- Mantenimiento de una dieta y nutrición saludables y renoprotectoras.
- Ejercicio y actividad física para mantener una salud física y mental.

Complicaciones del trasplante renal

El período posterior al trasplante se asocia con una amplia gama de complicaciones, incluidas las cardiovasculares (CV), metabólicas, oncológicas, infecciosas, inmunológicas, quirúrgicas, óseas y hematológicas. (Cohen-Bucay, Gordon, & Francis, 2019). Las complicaciones del trasplante renal se clasifican según el tiempo en que aparecen, estimándose las posquirúrgicas y las tardías que surgen sin estar relacionadas con el procedimiento quirúrgico.

En un estudio en Sudáfrica se establecieron las siguientes causas de complicaciones posquirúrgicas: Sepsis 33.3%, complicaciones uretrales 30.9%, otras no especificadas 13,6%, efectos de Prostaglandinas en sistema excretor de orina 9,8%, evento tromboembólico 6,2%, fallecimiento de paciente, 3,7%, sepsis de la herida 2,5%. (Davidson, et al. 2019). Sin embargo, en los registros de reingresos hospitalarios en el período postrasplante temprano (30 días), se ha demostrado que las complicaciones quirúrgicas y el rechazo son razones particularmente importantes para la readmisión. (Famure, et al. 2021). Dentro de las quirúrgicas, la hernia incisional (HI) puede afectar al 1,1-18% de los receptores de trasplante renal. La mayoría de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico, ya sea abierto o laparoscópico. La reparación con malla se considera el estándar de oro para el tratamiento de la HI. (Gioco, et al. 2021).

La literatura médica refiere las siguientes complicaciones tardías del trasplante renal: (Cohen-Bucay, Gordon, & Francis, 2019)

Enfermedad cardiovascular (CV)

La muerte CV todavía representa el 30% de la mortalidad global, la causa más frecuente de muerte en el período postrasplante. La incidencia acumulada de infarto de miocardio en el postrasplante es del 4,2% al 11,1% a los 3 años. La prevalencia global de la Hiper Tensión Arterial (HTA) postrasplante ha oscilado entre el 24 y el 90%. Los objetivos y el control de la presión arterial (PA) implican tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. (Tantisattamo, et al. 2020). Los factores de riesgo CV más importantes en la población con ERCT incluyen diabetes mellitus (DM), enfermedad CV previa (incluyendo accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica), tiempo de diálisis de más de 1 año, hipertrofia ventricular izquierda, edad mayor de 60 años, tabaquismo, hipertensión , y dislipidemia.

Diabetes mellitus postrasplante (PTDM)

Anteriormente, los regímenes inmunosupresores de trasplante dependían de altas dosis de corticoides, lo que aumentaba el riesgo de DM tras el trasplante (hasta en un 50% de los trasplantados). La inmunosupresión ha evolucionado para depender más de los inhibidores de la calcineurina (CNI) que de los corticosteroides. A pesar de ello, la incidencia de PTDM no disminuyó como se esperaba, lo que llevó al descubrimiento de la diabetogenicidad de los CNI, en particular del tacrolimus.

Cáncer

Los receptores de trasplantes de órganos sólidos tienen un riesgo dos veces mayor de cáncer en comparación con la población general. Los índices de incidencia estandarizados (SIR) para las neoplasias malignas relacionadas con infecciones, es decir, el linfoma asociado al virus de Epstein-Barr (EBV), el sarcoma de Kaposi (KS), el carcinoma hepatocelular, los cánceres gástricos y genitales, son significativamente elevados en los receptores de trasplantes de riñón.

Complicaciones infecciosas

Las complicaciones infecciosas son frecuentes en el postrasplante y suponen el 13% de la mortalidad global de los trasplantados renales. El grado de inmunosupresión y las exposiciones epidemiológicas son los principales determinantes del riesgo de infecciones. Alrededor del 70% de los receptores de trasplante renal tienen al menos un episodio de infección dentro de los 3 años posteriores a la recepción del trasplante. Las infecciones del tracto urinario son las infecciones postrasplante más comunes. (Syu, et al. 2019). Las complicaciones infecciosas fueron las razones más comunes de hospitalización luego del trasplante en pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar crónica tiempo mayor a un año en diálisis, ser trasplantado de forma preventiva, y tener una hospitalización por trasplante de 11 o más días. (Famure, et al. 2021). La infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC) se asocia con una mayor incidencia de ERC, una progresión más rápida a la ESRD y una mayor morbilidad y mortalidad en el trasplante renal. El Citomegalovirus (CMV) sigue siendo una complicación infecciosa frecuente después del trasplante renal. La infección activa por CMV puede provocar un síndrome viral (síndrome CMV) o una enfermedad que invade los tejidos, como colitis, neumonitis, nefritis, hepatitis, encefalitis y retinitis, o ambas. Además, la infección por CMV tiene “efectos indirectos”, incluido un mayor riesgo de fracaso del aloinjerto. El virus BK es un poliomavirus que es altamente seroprevalente en humanos pero causa enfermedad solo en

pacientes inmunocomprometidos. Después del trasplante de riñón, el virus BK causa nefritis tubulointersticial en el 1% al 10% de los pacientes. El factor de riesgo más importante para el desarrollo de nefropatía por virus BK es el nivel de inmunosupresión, pero estudios recientes han demostrado la importancia de la funcionalidad de las células T específicas del virus BK. En un estudio en China, se encontró que las causas más frecuentes de complicaciones tardías del trasplante de riñón fueron: Trombosis pulmonar, infección urinaria, sepsis, complicaciones respiratorias y neumonía. (Zhang, et al. 2022). Una revisión sistemática sobre aspectos psicológicos y psicopatológicos del trasplante renal ha concluido que la población de pacientes trasplantados renales está expuesta a un alto riesgo de trastornos psiquiátricos con repercusión en la calidad de vida y el riesgo de rechazo. (De Pasquale, et al. 2020).

ANTECEDENTES SOBRE SEXUALIDAD EN EL TRASPLANTE RENAL

Algunos estudios han demostrado que los trasplantes de riñón pueden tener un impacto positivo en la sexualidad de hombres y mujeres (Anderson, 2013; WHO, 2006). Este impacto positivo puede deberse a la corrección de los desequilibrios metabólicos y endocrinos, la normalización de los perfiles hormonales y la mejora del estado psicológico (Raggi et al., 2012). Aunque la mayoría de los estudios son concluyentes con respecto a las mejoras en la sexualidad femenina después del trasplante de riñón (Kleinclauss et al., 2016; Kurtulus et al. 2017), los resultados de los estudios realizados en receptores de riñón masculinos son controvertidos (Pyrgidis et al., 2021). Después de un trasplante de riñón, entre el 30 y el 50 % de los hombres reportaron disfunción eréctil o alteraciones en la función eyaculatoria (Edey, 2021; Spirito et al., 2020). Además de las comorbilidades, los cambios en la imagen corporal del paciente debido a la cirugía y la terapia inmunosupresora pueden alterar su respuesta sexual (Mota et al., 2019). La persistencia de disfunciones sexuales después de un trasplante de riñón tiene un impacto negativo en el bienestar y la satisfacción con la vida de los receptores de trasplante de riñón (Muehrer et al., 2014). Sin embargo, a pesar de una alta incidencia de disfunciones sexuales en ERCT y receptores de trasplantes de riñón, los profesionales de la salud a menudo subestiman e ignoran el tema en su práctica diaria (Schipper et al., 2014).

La sexualidad es una construcción psicosocial que comprende aspectos biológicos, culturales, de relación y subjetivos, integra la identidad personal y contribuye para la reproducción humana (Vieira, 2013). También es un aspecto en el que se producen interfaces entre el sexo, la conciencia de la corporeidad, los sistemas de poder que regulan su práctica como las normas

culturales, religiosas, judiciales, pedagógicas, médicas y los roles de género que influyen a lo largo de la historia individual y colectiva.

El objetivo del trasplante renal es asegurar la supervivencia a largo plazo de las personas intervenidas, pero también ofrecer la oportunidad para lograr la integridad psicológica, física y recobrar su calidad de vida (Romero-Reyes, et al. 2021). en la cual la sexualidad es un factor muy importante para su realización personal. Según varios estudios, más de la mitad de las personas con trasplante renal viven problemas sexuales. (Mehrsai, et al 2009, Navaneethan, et al 2010). Esta situación puede ir desde la simple falta de interés en la sexualidad, hasta la completa incapacidad para alcanzar el orgasmo. Muchas de estas personas han experimentado estos problemas como un ataque a su autoestima, que pueden tener un efecto devastador en su calidad de vida y constituyen una fuente adicional de tensión en una relación íntima de por sí ya tensa debido a la enfermedad.

Desde el punto de vista médico, hay profundas razones fisiológicas que pueden ayudar a comprender lo que ocurre en las personas con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) y trasplante renal (TxR) ya que el riñón es un órgano endocrino potente, un modulador clave de la función endocrina y una diana importante para la acción hormonal, por lo tanto, en estas y estos pacientes, la uremia es una causa directa de la disfunción sexual asociada a la ERCT (Lau, et al. 2015). y este trastorno no es revertido por la diálisis. En estos casos, son frecuentes las alteraciones en los mecanismos de señal de retroalimentación y en la producción, transporte, metabolismo, eliminación y unión de las hormonas a las proteínas. (García & Rascón, 2013). Además, existen otros factores involucrados en la sexualidad como enfermedades asociadas a la enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión, trastornos vasculares y aspectos psicológicos en relación a la autoestima, al bienestar y calidad de vida. Los trastornos pueden ser:

En la mujer:

- La disfunción sexual femenina en pacientes con ERCT, puede ser el resultado de algunas alteraciones como: la uremia elevada, anemia, enfermedad cardiovascular, neuropatía periférica, alteraciones hormonales que afectan el eje hipotálamo-pituitaria, niveles anormales de prolactina y gonadotropina y los efectos colaterales de tratamientos antidepresivos y antihipertensivos. (Prescott et al, 2014.)

- En la mujer se encuentran disminuciones de la tasa de estradiol y ausencia frecuente del pico preovulatorio de LH provocando una disfunción ovárica con la consiguiente irregularidad menstrual. En los dos casos las tasas de prolactinemia suelen elevarse por disminución de la función renal.
- Los trastornos de la función sexual femenina más frecuentes son: desorden del deseo/interés sexual, trastorno de la excitación sexual subjetiva, trastorno combinado de la excitación genital y factores subjetivos, trastorno de la excitación sexual genital, trastorno de excitación sexual persistente, trastorno orgásmico, vaginismo y dispareunia.

En un estudio realizado en Cuenca, la prevalencia de disfunción sexual femenina fue muy alta (60.4%) en mujeres entre 41 y 60 años y relacionados con factores de riesgo como: instrucción primaria, trastornos nerviosos, enfermedades orgánicas, antecedentes de cirugía pélvica y violencia. (Ortega, Peláez, & Peña, 2016). Desde 1958, miles de mujeres con trasplantes de riñón han quedado embarazadas. Aunque la mayoría de los embarazos en receptoras de trasplante de riñón son exitosos, son de alto riesgo. Esto parece más relacionado con los problemas asociados y las comorbilidades que a menudo afectan a las personas con trasplantes de riñón como por ejemplo la hipertensión arterial o efectos secundarios de inmunosupresión antes que del trasplante de riñón per se. Independientemente de la fisiopatología subyacente, estos embarazos están asociados con una alta tasa de diagnósticos de preeclampsia, partos prematuros, cesáreas y bebés pequeños para la edad gestacional. Dados estos riesgos, es fundamental aconsejar e informar a las receptoras de trasplante y a las posibles receptoras de trasplante en edad fértil y sus parejas con respecto a muchos aspectos del embarazo, incluida la necesidad de anticoncepción para prevenir el embarazo temprano después del trasplante, las preocupaciones sobre los efectos de la inmunosupresión sobre el resultado del trasplante de la madre y su bebé.

En el hombre:

- La disfunción sexual es un síntoma altamente prevalente en los hombres con ERCT 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), (Ribeiro, 2021) 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. (Schipper, et al. 20014, Muñoz García et al, 2010.)

- El estado urémico se asocia con alteraciones en la síntesis o acción de muchas hormonas, incluyendo el eje hipotálamo-pituitario-gonadal (HPG). El hipogonadismo hipergonadotrópico es un desarreglo hormonal bien descrito asociado con ERCT, que también se ha denominado hipogonadismo urémico. (Antolunucci et al, 2015).
- En los pacientes hombres se presenta un aumento de la cifra de LH y de FSH condicionando una disminución de la espermatogénesis que puede llegar a la azoospermia tanto en los casos donde los pacientes se someten a diálisis como en los que han recibido trasplantes.
- A menudo no se le da la importancia debida a la DS y por lo tanto no se trata a estos pacientes, a pesar de que ellos dicen que esta condición afecta su calidad de vida. (Antolunucci et al. 2015).
- La ERCT por sí misma y cuando se asocia a hipertensión suele provocar dificultad en la obtención de la erección por falta de aporte arterial a los cuerpos cavernosos, así como el uso de tratamientos agresivos como beta-bloqueantes. La diabetes es responsable de una vasculoneuropatía periférica que suele desembocar en una disfunción eréctil y una pérdida de la eyaculación por eyaculación retrógrada tras el orgasmo.
- Hay múltiples medicamentos como los ansiolíticos y antidepresivos que pueden producir como efecto secundario una disfunción eréctil que deben controlarse en los pacientes con ERCT ya que pueden actuar directamente sobre el sistema nervioso central o aumentar las tasas de prolactinemia que se asocia al marcado descenso del interés sexual y la ginecomastia. (Eckersten et al, 2015).
- En el mismo estudio, se encontró que la hormona antimulleriana (AMH, un marcador de la función de las células de Sertoli en los testículos y que no está incorporada a los exámenes de rutina en la ERCT, disminuyó en cerca de un 60% en comparación con los controles, estos niveles bajos de AMH pueden ser parte de la explicación de la azoospermia y la infertilidad en hombres con ERCT, que en combinación con un aumento de la LH, pueden indicar una disfunción de las células de Sertoli y un efecto

sobre las células de Leydig que contribuyen a un mecanismo potencial de la disfunción reproductiva en hombres con ERCT.

- Los trastornos de la función sexual más frecuentes en hombres con ERCT son: la disfunción eréctil (DE), la falta de deseo, la eyaculación precoz, la disfunción orgásmica masculina, priapismo y enfermedad de Peyronie han sido diagnosticadas y tratadas desde hace años, pero sin lugar a dudas, la DE es la que ha recibido la mayoría de la atención tanto académica como comercial.
- En un estudio en Portugal, se identificó una alta prevalencia de disfunción sexual entre los receptores de trasplante renal y señala que faltan estudios longitudinales sobre los efectos del trasplante en la función sexual. Entre los pacientes que participaron en el estudio, la función sexual demostró ser relevante en relación con la satisfacción sexual. (Mota, et al 2019).
- Un estudio realizado en Portugal en pacientes masculinos, concluye que el trasplante de donante vivo ejerció un impacto favorable en la función sexual. (Branco, et al .2013).
- En las guías clínicas de manejo de enfermedades renales crónicas no existe el tratamiento de la disfunción eréctil que es común en pacientes sometidos a diálisis renal o postrasplante renal y afecta sustancialmente la calidad de vida del paciente. (Lasaponara, et al. 2013).

Por otro lado, las preocupaciones sobre las consecuencias de la inactividad sexual, la calidad de la relación sexual, los problemas de funcionamiento sexual y el pesimismo acerca del tratamiento, fueron inversamente relacionadas con la percepción de una buena calidad de vida. En este mismo estudio, las mujeres tuvieron mayores puntajes en sus inquietudes sobre el placer sexual y la escasa comunicación con los profesionales de salud que los hombres. Otro estudio, corrobora que la mayoría de los pacientes masculinos con disfunción eréctil (DE) previa al trasplante mejoró con el trasplante renal. (Riátiga et al, 2015). En Turquía se realizó un estudio comparativo entre mujeres con trasplante renal, con hemodiálisis, y un grupo control en el que se establece como conclusión que un Trasplante renal exitoso puede afectar positivamente la vida sexual en mujeres con enfermedad renal crónica y recomienda que el diagnóstico de disfunción sexual femenina debe hacerse de forma rutinaria en pacientes con enfermedad renal crónica. (Kurtulus, et al. 2017). Un estudio reveló que: en las mujeres con trasplante renal, la relación sexual, función sexual, la frecuencia sexual son significativamente mejores que en las pacientes en Hemodiálisis (HD). (Noohi et al. 2010). Sin embargo, nuevas investigaciones

señalan que la aptitud, fuerza y masa muscular se ven disminuidos en pacientes con trasplante renal, dando lugar a una peor calidad de vida que puede implicar un mayor riesgo para su salud. (Hernández et al. 2016).

En los pacientes trasplantados renales existe una alta prevalencia de enfermedad metabólica (EM) con la que se ve gravemente comprometida la función renal y la supervivencia del injerto, pues se encontró altas tasas de rechazo agudo y deficiencia en la tasa de filtración glomerular. (Fernández Castillo et al. 2015). En las mujeres, la fertilidad se ve afectada por la ERCT, pero se recupera rápidamente después del trasplante en la mayoría de los casos de mujeres en edad fértil. El embarazo implica cambios tanto anatómicos como funcionales en el riñón y representa riesgo de sensibilización sin que se haya demostrado aumento en los eventos de rechazo o pérdida de la función de los injertos, aunque sí implica incremento de complicaciones obstétricas como preclamsia, diabetes gestacional, parto pre término y bajo peso al nacer. (Izguerra-Ochoa et al. 2015). Una de las mayores preocupaciones de las mujeres trasplantadas renales jóvenes se relaciona a la reproducción. Aunque limitado, los datos disponibles sugieren que es la candidata apropiada, la mayoría de los embarazos en receptores de trasplantes conducen a una descendencia saludable. Se necesitan más estudios para aclarar las muchas incertidumbres restantes del embarazo en el receptor del trasplante de riñón. (Kent, Shapiro. 2020). Una revisión sistemática y meta-análisis de artículos publicados entre los años 2000 a 2010, sobre los resultados de los embarazos en mujeres con trasplante renal, indicó que la tasa de nacidos vivos en mujeres con trasplante renal fue mayor que en la población general y los abortos fueron menores en mujeres trasplantadas renales que en la población general; pero las complicaciones de pre-eclamsia, diabetes gestacional, cesáreas y partos prematuros fueron más frecuentes. Los resultados fueron también favorables en mujeres más jóvenes, pero desfavorables si el tiempo transcurrido entre el trasplante y el embarazo fue corto. En conclusión los embarazos en pacientes trasplantadas es posible pero las complicaciones son frecuentes, lo que debe informarse a las pacientes para la toma de decisiones. (Deshpande, et al. 2011). Estos resultados son similares a los reportados en 2018 en el Registro Internacional de Embarazos de Personas Trasplantadas. (Coscia et al., 2017) . y el estudio de revisión sistemática más reciente donde se señala que el embarazo en mujeres con trasplante renal resulta exitoso siempre que la función renal se mantenga estable y no aparezcan complicaciones. (Laguna-Castro, et al. 2021). En Brasil, un estudio cualitativo identificó que las mujeres trasplantadas renales experimentaron angustia, temor y miedo sobre la pérdida del órgano trasplantado, pero también la pérdida de su hijo. (Amaral, et al. 2018). En un estudio cualitativo

realizado en Irán, surgieron 4 temas principales que caracterizan el significado de hacer frente al embarazo y trasplante renal: aceptación inteligente de los cambios, comprensión de la necesidad de autocuidado, resistencia y comprensión del estímulo de apoyo. (Valizadeh Zare, et al. 2018). El embarazo en pacientes trasplantadas renales no está totalmente contraindicado, (Gianserra, Pomeranz, & Trimarchi, 2019), sin embargo, debe tenerse en cuenta varios factores como: evitar embarazos no intencionales, el asesoramiento previo a la concepción es obligatorio en mujeres en edad reproductiva que tienen programado un trasplante de riñón. El asesoramiento debe repetirse después del trasplante. Las receptoras deben recibir consejos para usar anticonceptivos reversibles de acción prolongada y evitar el embarazo por un mínimo de 1 año después del trasplante. La concepción debe diferirse aún más en mujeres receptoras con proteinuria moderada a severa, hipertensión no controlada o función reducida del injerto, y debe discutirse con mucho cuidado en pacientes altamente sensibilizados con HLA. Los deseos de la receptora, los valores y la aceptación del riesgo relacionado con el embarazo deben recibir atención. Cuando ocurre se debe tener la precaución de reemplazar los inmunosupresores teratogénicos por aquellos que no lo son, y estar acompañada por un equipo multidisciplinario que incluya un o una ginecóloga especializada en embarazos de alto riesgo. (Chandra, et al. 2019).

La alteración de la función renal, especialmente en la ERCT puede producir cambios endocrinológicos secundarios, que de manera significativa pueden afectar al eje hipotálamo – hipofisario - hipogonadotrópico, condicionando un hipogonadismo hipergonadotrópico (HH) secundario que ha sido definido también como urémico. (Lledó García, Jara Rascón. 2013). Los potenciales efectos adversos de la terapia de reemplazo hormonal en pacientes con enfermedad renal comprenden: eritrocitosis, crecimiento de ERCT, reducción de la fertilidad, la ginecomastia, la apnea obstructiva del sueño y la retención de líquidos. Los preparados de Andrógenos se deben usar con precaución y con estricta vigilancia en los hombres con urea elevada (Iglesias et al. 2012). A pesar de la controversia sobre el papel y los efectos del trasplante renal (TxR) en el funcionamiento sexual de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), se concluyó que sí existe una mejora significativa de la función sexual después de recibir un TxR. (Pertuz. et al 2014). (Figura 4)

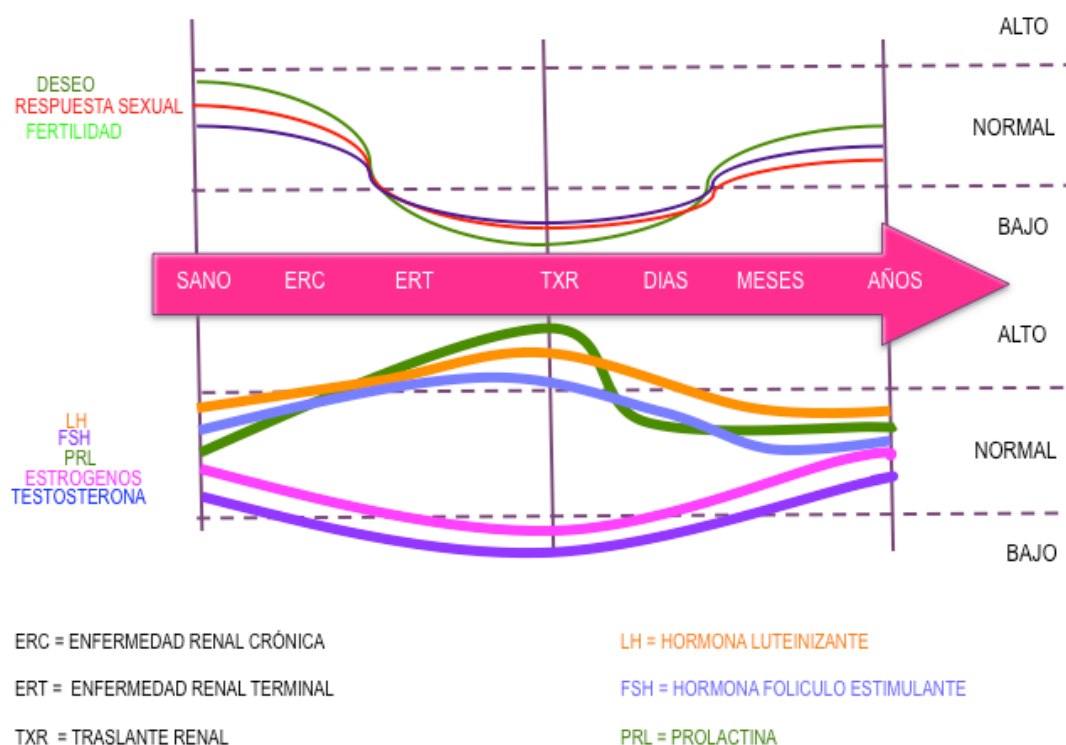


Figura 4. Correlación entre deseo, respuesta sexual y fertilidad y cambios hormonales en la ERC y trasplante renal. Basado en el estudio de Lundy, & Vij, 2019.

Sin embargo, un estudio cuantitativo establece que la función de las células de Sertoli, basada en los niveles de la Hormona Antimulleriana (AMH) e inhibina B, no mejora en la misma medida o tan rápido como la función de las células de Leydig después del trasplante renal, según lo determinado por los niveles de testosterona y LH. (Eckersten, et al. 2018)

Un estudio cuantitativo que comparó la calidad de vida de pacientes en Hemodiálisis (HD) y pacientes trasplantados renales, afirma que las mujeres recobran su fertilidad, mientras que los hombres recobran su potencial sexual y la libido. (Gabela Rosales, 2013).

Las y los pacientes con trasplante renal vienen de una historia de enfermedad renal crónica durante la cual su organismo sufrió varios cambios que alteraron su calidad de vida, pero son especialmente importantes cuando afectan a la esfera sexual y reproductiva debido a alteraciones del metabolismo de las hormonas sexuales y el trasplante renal puede mejorar sus condiciones de vida y sexualidad.

Existe controversia entre algunos estudios que señalan que más de la mitad de las personas con trasplante renal viven problemas sexuales. (Van Ek, et al., 2017). Otros en cambio reportan que

40% a 78% de los pacientes con trasplante renal (TxR) mencionan una sensación de mejora en la función sexual global. Menos del 10% de los pacientes que recibieron TxR informaron una disminución de la satisfacción sexual. (Pertuz, et al. 2014). Algunos estudios, corroboran que la mayoría de los pacientes masculinos con disfunción eréctil (DE) previa al trasplante mejoró con el trasplante renal. (Riátiga et al, 2015, Pertuz, et al, 2014). Se estima que una parte significativa de pacientes crónicos presenta algún tipo de disfunción sexual, sin embargo, en la consulta médica no se aborda éste tema, siendo importante incluirlo en los protocolos de atención la dimensión sexual de estos pacientes. (Monzón, et al. 2019).

La depresión es uno de los aspectos que necesita una detección activa de los profesionales de la salud. (Vallejos, Reyna & Zoila, 2018). Un estudio realizado en Londres, señaló que los síntomas depresivos todavía están presentes en aproximadamente el 25% de los pacientes, número similar al mantenido en personas en hemodiálisis, sin embargo depende del estado civil, ingresos, función renal, antecedentes de enfermedad afectiva, desnutrición e inflamación, pero también de los malos resultados del trasplante y falta de adherencia al tratamiento. (Chilcot et al. 2014).

Con respecto a las expectativas y calidad de vida futura, están condicionadas por la situación singular de cada paciente, un estudio sobre la forma física, fuerza y masa muscular y calidad de vida de personas con trasplantede riñón concluyó que está disminuida. (Sánchez, 2016). Un estudio cuantitativo que comparó la calidad de vida de pacientes en Hemodiálisis (HD) y pacientes trasplantados renales, afirma que las mujeres recobran su fertilidad, mientras que los hombres recobran su potencial sexual y la libido. (Gabela Rosales, 2013). Las diferencias más importantes encontradas con el resto de la población son: actividad sexual, aislamiento social y alteraciones psicológicas". (Nicolás, et al. 2014). Se reporta que a los 6 meses ya hay una mejoría equiparable a la percibida en la población en general. (Costa-Requena, et al. 2014). En otro estudio se establece que el trasplante tuvo un efecto positivo en el dominio físico y las relaciones sociales. (Mendonça, et al. 2014). Los y las pacientes con menor tiempo trasplantados refieren una mejor calidad de vida. (Durán Muñoz, et al 2014). De manera general, el trasplante renal es la intervención más costo efectiva para el tratamiento de la ERCT. (Arredondo-López, et al. 2012).

Existe controversia sobre si los diferentes aspectos de la sexualidad mejoran luego del trasplante renal, varios estudios mencionan que la mejora es significativa particularmente en las mujeres

(Sikora-Grabka, et al. 2018) al restablecerse el funcionamiento del eje hipotálamo – hipófisis - gonadal según el gráfico que se presenta a continuación, basado en el gráfico del artículo de revisión sobre infertilidad masculina de Lundy & Vij, (2019). Se puede apreciar la disminución del deseo, respuesta sexual y fertilidad y el correlato de aumento de LH, FSH y PRL, así como la disminución de testosterona y estrógenos.

Respecto a la sexualidad, las culturas desarrollan normas que conviven entre lo tradicional y lo emergente, dándose una dinámica permanente entre lo cultural, ancestral y el conocimiento científico popularizado, de tal manera que mujeres y hombres viven sus experiencias de la sexualidad de una manera diferenciada. Estas características diferentes de vivir la sexualidad tendrían su origen en concepciones tradicionales que perpetúan las relaciones no solo diferenciadas sino desiguales entre hombres y mujeres al interior de las familias como institución social, de las relaciones de pareja y en el resto de las instituciones sociales. Las instituciones de salud no son ajenas a esta dinámica y refuerzan a través de los énfasis que ponen en los diagnósticos y tratamientos diferenciados según sean hombres o mujeres, de esta manera se evidencia como la ciencia y el papel del científico interviene en la construcción de los estereotipos sobre la sexualidad. La perspectiva de derechos no implica una adhesión inmediata de las instituciones y sus equipos de salud, en tanto los prejuicios, concepciones y creencias de los equipos sanitarios constituyen una de las barreras de atención más difíciles de reconocer y revertir. (INSGENAR, 2010 referido por Tajer, D., et al. 2018). Esta mecánica sería entendible a través de la teoría de las representaciones sociales que atraviesa toda la cultura de una sociedad, donde existen elementos periféricos muy dinámicos, susceptibles a cambios y elementos centrales más estables con un núcleo central encarnado en la tradición. (Moscovici, 1978)

Este núcleo central de la representación, en el caso de las identidades de género y la sexualidad de hombres y mujeres, es particularmente un núcleo duro, esto es, característicamente resistente y aparece como impermeable a las presiones al cambio. (Banchs, 2000). El hecho de que haya un elemento central de la cultura que tiene una gran resistencia al cambio se debe a la fortaleza de la interpretación o significado de esa representación en la conformación de la identidad cultural como por ejemplo las convicciones religiosas o las creencias sobre la determinación de la naturaleza y biología sobre los cuerpos, o las dos. (Moscovici, 1979).

El concepto difundido por la ciencia de que lo biológico es incuestionable, es apropiado por los miembros de una comunidad como la suprema explicación de la realidad y del sentido de la vida y cuando se lo repite de varias formas en el discurso médico, pedagógico, religioso, etc. adquiere forma de creencias, de tal manera que las diferencias entre hombres y mujeres están naturalizadas, están convertidas en realidades inmutables y esa es la forma como el sentido común organiza y entiende la información en función de los requerimientos de la cultura en la que se vive. (Oltamari, 2007, Braun, 2008). De esta manera, la medicina difunde varios conocimientos científicos, imprime nuevos conceptos que son aprehendidos por la población como es el caso de la difusión de las medidas preventivas de enfermedades de transmisión sexual, la prevención del embarazo o la preocupación casi exclusiva por la sexualidad y el desempeño sexual masculino, dando una idea de que se circunscribe a estos aspectos y que en la sexualidad el protagonismo es masculino, dejando de lado todo lo referente a los componentes relacionales y afectivos, demostrando así que la ciencia y en este caso los conocimientos médicos no dejan de ser también un reflejo de la cultura dominante.

Para el equipo de salud, la sexualidad es un tema tangencial en el tratamiento de la ERCT y TxR, pierde importancia frente a la gravedad de estas enfermedades; cuando lo toman en cuenta lo hacen desde el tradicional enfoque higienista y preventivo, por lo que tener en consideración las concepciones, importancia, vivencias y afectaciones de la sexualidad en la vida de las personas con trasplante renal que atienden, puede conducir a que los profesionales médicos y médicas tomen decisiones más informadas y acertadas sobre el tratamiento del o la paciente con trasplante renal y de esta manera adaptarlo a sus necesidades.

En el caso de las y los médicos, un estudio desarrollado en Holanda sobre la disfunción sexual antes y después del trasplante de riñón desde la perspectiva de los cirujanos de trasplante renal, concluye que los cirujanos holandeses de trasplante renal rara vez discuten sobre la disfunción sexual (DS) con sus pacientes con ERC ya que no se sienten responsables de ello, ya que esta responsabilidad fue asignada al nefrólogo. Se descubrió que el conocimiento y la educación sobre DS eran insuficientes para permitir a los cirujanos y para algunos se refleja en las barreras para discutir sobre la DS. Los resultados enfatizan que la responsabilidad de proporcionar atención de salud sexual a pacientes con ERC debe estar en otra parte; sin embargo, los cirujanos podrían proporcionar información sobre la salud sexual después del trasplante renal, por lo que se pueden evitar las expectativas incumplidas. (Van Ek, et al. 2017).

Otro de los aspectos importantes en el abordaje de la sexualidad de los equipos de salud que se relacionan con pacientes en el pre y post trasplante renal se refiere a la empatía sobre todo por la sutileza del tema y los tabúes que le rodean, la empatía sería el primer paso para adquirir la confianza de los pacientes y que le hablen sobre su vida íntima. La empatía, se entiende como la capacidad de comprender la experiencia personal del paciente sin vincularse con él, constituye una importante habilidad de comunicación para un profesional de la salud, que incluye tres dimensiones: emocional, cognitiva y conductual. Se ha comprobado que los profesionales de la salud con altos niveles de empatía operan de manera más eficiente en cuanto al cumplimiento de su rol en la obtención del cambio terapéutico. (Díaz-Narváez, et al. 2022, Moudatsou, et al. 2020).

Una relación médico paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar. La relación médico paciente se ha tensado por el rápido incremento del diagnóstico basado en la tecnología en la medicina moderna y el cambio resultante de alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente a los laboratorios y los procedimientos diagnósticos basados en las computadoras. Lo anterior ha dado lugar a la percepción general de que los médicos se han desligado de la atención del paciente. (Alcorta-Garza, et al. 2005). Los niveles de empatía global fueron mayores en la atención primaria en relación con la hospitalaria y mayor en las especialidades de Pediatría y Medicina Familiar. (Díaz-Narváez, et al 2021).

Una de las teóricas del pensamiento y práctica de la enfermería: Marjory Gordon, describió once patrones funcionales de salud (PFS) por primera vez a mediados de los años setenta para enseñar la valoración y los diagnósticos enfermero en la Escuela de Enfermería de Boston. Estos patrones son la expresión de la integridad bio-psico-social-espiritual de la persona y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua. Dentro de estos patrones funcionales de la enfermería, el noveno se refiere al patrón de sexualidad y reproducción. (Gallego Lastra, Diz Gómez, & López Romero, 2015). Sin embargo, es interesante que cuando se describe su contenido, se refiere casi exclusivamente a la función reproductora. De igual manera el documento de “Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública” de la OPS, dirigido a profesionales de salud de Atención Primaria y a formadores de profesionales, es decir universidades, termina enfocándose principalmente a la salud reproductiva y en la prevención de daños o efectos negativos de la sexualidad, aunque se debe destacar la incorporación del respeto de la sexualidad en el marco de los derechos humanos. (OPS. 2018).

El estudio sobre la función sexual en pacientes con trasplante renal en Portugal señala que debido a la alta prevalencia de la disfunción sexual, las enfermeras deben incorporar en el análisis enfermero este tema y promover la salud sexual en su práctica clínica diaria. (Coelho Gonçalves, Loureiro, & Domingues Fernandes, 2019).

En la Guía de evaluación del potencial receptor de trasplante renal, las referencias a evaluación de la sexualidad solamente se relacionan con la disposición de que en la evaluación ginecológica se brinde asesoramiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo, y también que las pacientes candidatas a trasplante que aún no han iniciado vida sexual, también deberán ser enviadas a la consulta para asesoramiento. (INDOT, 2015)

Existen escasos estudios sobre el funcionamiento sexual, la satisfacción de la relación y la calidad de vida desde la perspectiva de las parejas de personas con trasplante renal. Un estudio realizado en Alemania, reportó en los resultados que la mayoría de los pacientes con trasplante renal indicaron deterioro en el funcionamiento sexual. Sus parejas en cambio reportaron que el deseo de actividad sexual con el paciente y la frecuencia real de actividad sexual disminuyeron antes y después del trasplante renal, así como la importancia de mantener relaciones sexuales y la satisfacción sexual con sus parejas trasplantadas renales. A pesar de estas tendencias, la mayoría de los pacientes y sus parejas informaron una alta relación y satisfacción con la vida después del trasplante renal. En conclusión, las parejas de pacientes que recibieron un trasplante de riñón parecen verse afectadas por cambios negativos en el funcionamiento sexual de los pacientes, sin embargo, muchas parejas mantienen una alta relación y satisfacción con la vida. (Raggi, et al. 2012).

Un estudio cualitativo sobre lo que dicen las personas con trasplantesobre el sexo después del trasplante renal y trasplante renal – pancreático, reporta que hubieron 4 temas de interés para los pacientes: funcionamiento sexual, preocupaciones de atención médica, relación con la pareja y cambios en la apariencia. Los resultados del estudio indican la necesidad de mejorar la educación y el diálogo iniciado por el proveedor de salud, relacionado con la sexualidad después del trasplante (Martell, et al. 2015).

En el estudio mixto sobre el programa educativo inmediatamente después del trasplante realizado en Bélgica, se encontró que los pacientes puntuaron con valores elevados a la

información recibida sobre medicamentos inmunosupresores, estilo de vida saludable y precauciones para el retorno al trabajo, sin embargo puntuaron con el menor valor a la información y educación recibida sobre el manejo de las emociones y el autocontrol. Concluye además en la necesidad de actualizar los contenidos de la educación que reciben los pacientes, hacerlos más prácticos y orientados hacia sus necesidades. (Haspeslagh, et al 2013).

En la literatura científica a las interacciones simultáneas entre diferentes categorías o determinantes sociales se denomina interseccionalidad, concepto que fue posicionado por el movimiento feminista negro de los Estados Unidos, encabezado por Ángela Davis en la década de los años 80 del siglo pasado, quien postulaba que la comprensión de la desigualdad y opresión de género no era suficiente para las mujeres negras, sino que además había que añadir la desigualdad racial y de clase social, todas interactuando al mismo tiempo por mecanismos similares basados en la determinación biológica o natural de los cuerpos: (Zambrini, 2015) así, los hombres más fuertes y dominantes que las mujeres, los blancos más inteligentes y los ricos con el control y poder, de ésta manera las diferencias biológicas se transformaron en desigualdades, (Sales Gelabert, 2018) confiriendo a las personas distintos lugares en la sociedad de acuerdo a las condiciones objetivas de vida (Sosa-Sánchez & Erice, 2017a) y oportunidades de educación, alimentación, seguridad social, acceso a servicios privados de salud, ocio, etc.

El aporte del abordaje teórico de la interseccionalidad es que refuta la compartimentalización y jerarquización de las categorías de diferenciación social (género, clase, etnia, etc.), permite un enfoque integral borrando los límites de las disciplinas, permitiendo ver a los seres humanos, sus vidas y experiencias en toda su diversidad y complejidad revelando la pluralidad de relatos y experiencias que caracterizan el mundo social (Guash Andrew & Baucells Jubany, 2020) que al superponerlos se desarrollan patrones distintos de riesgo y resiliencia que nos permiten comprender mejor las diferencias y desigualdades en salud (Couto, et al. 2019,). Entre pacientes en diálisis, las mujeres, las minorías étnicas, las personas con baja educación, sin seguro médico, bajo nivel ocupacional o sin vivienda propia tienen significativamente menos probabilidades de acceder a la atención médica cardiovascular que sus contrapartes más favorecidas. (Morton, et al. 2016). Este enfoque se centra en la importancia de considerar el poder, el privilegio y las estructuras sociales en relación con el acceso de las personas a los recursos, las experiencias de discriminación y las interacciones interpersonales. (Sabik, 2021), (OMS, 2018).

Algunos autores introducen en el análisis de la intersectorialidad el término “Seguridad Cultural” (McGough, Wynaden, Wright, 2018) que se refiere a aquellos en la posición de poder (proveedores de atención médica en este contexto) se aseguren de que los pacientes indígenas, grupos minoritarios y sus grupos de apoyo se sientan seguros y respetados dentro del sistema de atención médica en su conjunto. En este sentido, uno de los aspectos de desconfianza de poblaciones indígenas, afrodescendientes, mujeres y otros es la práctica inaceptable pero demasiado común de culpar a las y los pacientes de los males que les aquejan, lo que crea que éstas poblaciones puedan sentirse irrespetadas e inseguras cuando interactúan con el establecimiento médico. (Pimentel. J., 2020). Se encontró similitud con los hallazgos del presente estudio de que profesionales de salud culpen al paciente por su riesgo de rechazo del órgano trasplantado, basado únicamente en grados supuestos de incumplimiento de la terapia médica o seguimiento.

Sobre los sesgos de género (Tasa-Vinyals, Giral, & Raich, 2015, Cabré i Pairet, Muñiz, 2013). desde hace 20 años se comenzaron a reportar disparidades bien documentadas en el acceso al trasplante de riñón entre varios grupos: mujeres, afrodescendientes, hispanos, bajo nivel educativo entre otros, todos ellos tenían menos probabilidades de recibir un trasplante de riñón, a pesar de estar asociado con una mayor supervivencia del injerto y del paciente. (Nguyen, et al. 2021). En el caso de las diferencias en el campo de la salud observadas entre hombres y mujeres pueden explicarse desde diferentes vertientes: por la construcción de género de consultantes, por la construcción de género de proveedores de servicios de salud y por la estructura de los propios servicios de salud, que refleja también construcciones respecto al género. Parte de la explicación también radica en la reproducción de patrones de género en la educación de profesionales de la salud y la investigación. (Álvarez-Díaz 2020).

Algunos estudios se refieren a las diferencias entre hombres y mujeres señalando que las mujeres afrodescendientes tienen menos acceso a fístula arteriovenosa para la hemodiálisis que el resto de pacientes, prolongándose el uso de cateter central lo que implica mayores riesgos para su salud. (Markell, et al. 2018), (Arya, S., et al 2020). Además las mujeres tienen menos probabilidad de recibir un trasplante de cadáver (Carrero, et al. 2017), lo que se atribuye a niveles más altos de anticuerpos preformados; sin embargo, son donantes vivas más frecuentemente que los hombres. En 2019 el 64.7% de donantes vivos fueron mujeres. Ésta feminización en la donación de riñón es la suma de factores médicos, socioculturales y económicos. Los roles de género influyen en las mujeres en sus actitudes y comportamientos a

lo largo de todo el proceso de trasplante renal. (Rota-Musoll, L., et al. 2021). Igualmente se ha reportado que la calidad de vida relacionada con la salud percibida de las mujeres en terapia sustitutiva renal es peor que la de los hombres, también las mujeres informan una mayor carga de síntomas y una mayor gravedad de los síntomas que los hombres. (Carrero, et al. 2017, Ramos-Alcocer, et al. 2021).

Dentro de las Ciencias de la Salud, cada vez se reconoce y explora más las diferencias biológicas atribuidas al sexo de las personas ya que pueden haber diferentes experiencias y manifestaciones de una misma patología, (Arenas Jiménez, et al. 2018), contrastando con las primeras bases del estudio de la medicina que planteaban que las enfermedades no tienen sexo, que no hay diferencias en el enfermar ni por razones biológicas ni sociales. (Valls Llobet, 2009) sin embargo, se conoce también que la mayoría de estudios experimentales o ensayos clínicos, se han llevado a cabo en población masculina, creándose el conocimiento médico de lo masculino como referencia universal y estableciéndose de esta manera un sesgo de género en el diagnóstico clínico y el tratamiento de las enfermedades. Este sesgo de género en la atención a la sexualidad de la persona trasplantada renal, está presente en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de los/as médicos/as especialistas que participan en el proceso de trasplante renal que pudieran afectar la equidad de la calidad de la atención de los mismos. “Los factores sociales afectan de forma diferente a hombres y mujeres, pudiendo crear discriminación, desigualdades e inequidad, es decir vulnerabilidad social, que repercute directamente sobre el proceso de salud” (Velasco Arias, 2009) Añadido a esto, en varios documentos de la OMS se considera que para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades. (OMS, 2005). Otro de los elementos que nos ayudan a comprender el rol secundario de las mujeres es el sistema sexo / género, mencionado por primera vez por la Antropóloga Gayle Rubin a mediados de la década de los años 80 del siglo pasado (Rubin, 1986) quien lo define como: “El conjunto de disposiciones por las cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, es decir la cultura y que han determinado la dominación del sexo masculino sobre el femenino. En las sociedades donde el cristianismo ha tenido un fuerte poder, se impuso un modelo totalmente dual que condena moralmente la homosexualidad y auspicia el sometimiento de las mujeres.” (Rubin, 1986)

El orden sexo/género de una sociedad obedece a la cosmovisión propia de cada sociedad y a los intereses dominantes en cada una de ellas. Tal y como ocurre con los sistemas de pensamiento político, existen unos sistemas más rígidos y otros más flexibles y maleables. Los sistemas sexo/género son representaciones culturales, con un fuerte componente arbitrario, que responde a relaciones históricas y sociales, de poder y de control social, que no derivan únicamente de la "naturaleza" sexual de los seres humanos. Históricamente, el imaginario heteronormativo ha subordinado las sexualidades de las mujeres, ignorando los deseos de éstas y presentando la reproducción como único horizonte legítimo. (Quiros Arévalo, 2020), El reino del sexo, el género y la procreación humanos ha estado sometido y ha sido modificado por una incesante actividad humana durante milenios. El sexo tal como lo conocemos —identidad de géneros, deseo y fantasías sexuales, conceptos de la infancia— es en sí un producto social. (Rubin, 1986)

La literatura científica refiere que, durante la prestación de servicios de salud realizada por diferentes profesiones, se producen interacciones entre el personal de salud y pacientes, mediadas por procesos de etiquetación según diferentes atributos individuales y estereotipos sociales. (Sosa-Sánchez & Menkes, 2017) en este proceso se reproducirían y se legitimarían las desigualdades de género, raza/etnia, clase, edad, generacional, etc. que existen en la sociedad.

De ésta manera, los discursos y prácticas médicas actúan con unos determinados valores, moralidad y divisiones materiales y simbólicas de acuerdo a la procedencia de las y los pacientes y que la atención médica actúa como parte de un régimen médico constituido por un sistema de regulaciones corporales, sexuales y reproductivas en base a un sistema de creencias que juegan un papel central en las concepciones y recomendaciones de las y los profesionales de salud sobre sexualidad y no como prácticas científicas neutras. (Sabik, 2021)

Las interacciones entre médicos u otros profesionales de salud que generalmente pertenecen a una clase social diferente a las y los pacientes empobrecidos que acuden a un hospital público, muchas veces están mediados por microagresiones que son palabras, actitudes despectivas sutiles, verbales o no, o comportamientos degradantes típicamente dirigidos a personas pobres, sin educación, de minorías étnicas o que viven en la ruralidad y que expresan una forma encubierta de racismo, clasismo o sexismo que a menudo es ambigua, nebulosa y, en consecuencia, más difícil de identificar o protestar. (Smith-Oka, 2015)

Muchas de las actitudes de los profesionales en los servicios de salud están condicionadas por su ubicación en la sociedad, su cultura, su género o su edad y determinan la relación que mantienen con las y los profesionales de salud y la institución de salud, de esta manera no es infrecuente que las personas en situación de subordinación sean muy reservadas, inseguras y desconfiadas al expresar situaciones o temas tan sensibles como la sexualidad. (Hall, & Chaturvedi, 2022). Tanto pacientes como las y los profesionales de salud así como las instituciones reproducen los patrones de género presentes en la sociedad y que no necesariamente son explícitos sino que actúan como asuntos dados e incuestionables de su funcionamiento. (Álvarez-Díaz, 2020).

MARCO TEÓRICO

Marco epistemológico

El paradigma interpretativo relacionado con los métodos cualitativos nos ayuda a comprender el contexto, explorar nuevos fenómenos, identificar nuevas preguntas de investigación y descubrir nuevos modelos de cambio. (Kegler, M, et al. 2019) y nos proporcionan una visión crítica del significado subjetivo y el contexto de la salud que puede ser esencial para comprender dónde y cómo intervenir para la equidad en salud. (Griffith, Shelton, & Kegler, 2017). Según el modelo socio ecológico se establece la correlación entre factores causales que pueden existir en diferentes niveles como, por ejemplo: individuo, familia, comunidad, instituciones, etc. (Jeffries, et al. 2019). La premisa básica del modelo es que los individuos están situados en entornos físicos, sociales e institucionales y que la interacción entre los individuos y las fuerzas presentes en sus entornos influyen en la salud y el bienestar (Stokols et al. 1996; McLeroy et al. 1988; Sallis y Owen 2002). La investigación diseñada desde una perspectiva socioecológica guía la investigación (Ravitch & Riggan, 2016) y por lo general examina las relaciones entre dos o más de los siguientes planos: Individual: conocimientos, actitudes, habilidades, fisiología, directamente atribuibles a un solo individuo. Interpersonal: interacciones entre prestadores y clientes de servicios de salud o entre miembros de parejas, familias, redes de amigos. De la organización: agrupaciones oficiales e informales de individuos alrededor de intereses particulares, como los lugares de trabajo y las instituciones sociales. De la comunidad: relaciones entre organizaciones, el entorno físico. De la política: legislación local, nacional o internacional. Y un último entorno que sería el cronosistema que se refiere al momento histórico en que ocurre un fenómeno y las influencias del globosistema.

En el campo de la salud, el objetivo primario de la investigación a menudo es el individuo, pero este modelo atrae la atención hacia grados acumulados de influencia sobre el comportamiento individual y del grupo. (Ulin, 2006)

De igual forma, se identificó el modelo socio ecológico de Bronfenbrenner, que describe los siguientes subsistemas: El individual que serían las características propias de la persona incluidas las biológicas, psicológicas, genéticas y epigenéticas. (Bronfenbrenner, Ceci, 1993). El microsistema hace referencia al entorno más cercano al sujeto o persona como es la familia que constituyen un tejido de afectos, sentimientos y valores. El mesosistema es el que se interrelacionan más de dos entornos es decir el familiar con la comunidad. El exosistema es la relación con instituciones como el servicio de salud y otros contextos institucionales. (Bronfenbrenner, 1987). En obras posteriores el mismo autor añadiría el cronosistema (Bronfenbrenner y Morris, 1998), introduciendo la dimensión temporal en el esquema y que se refiere al momento histórico individual y colectivo en que ocurre un fenómeno y el globosistema que serían las influencias, cambios o tendencias globales. En conjunto brindan un modelo relacional, contextual, sociocultural, inclusivo, y perspectiva proactiva de la ecología humana. (Toledano, 2021). Fig. 6.

Actualmente el modelo socio ecológico se considera uno de los puentes entre las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales (biopsicosociales) del desarrollo. (Hernández, et al 2017). De esta manera la presente investigación pretende comprender desde el modelo ecológico y a través de la perspectiva de pacientes y proveedores de servicios de salud, el contexto y la interacción compleja entre los factores individuales, interpersonales, organizacionales, comunitarios, de sistemas y políticas, del proceso de las enfermedades crónicas, para programar intervenciones multinivel de las políticas y programas con un enfoque de equidad y justicia en salud. (Shelton, et al. 2022). (Figura 5).

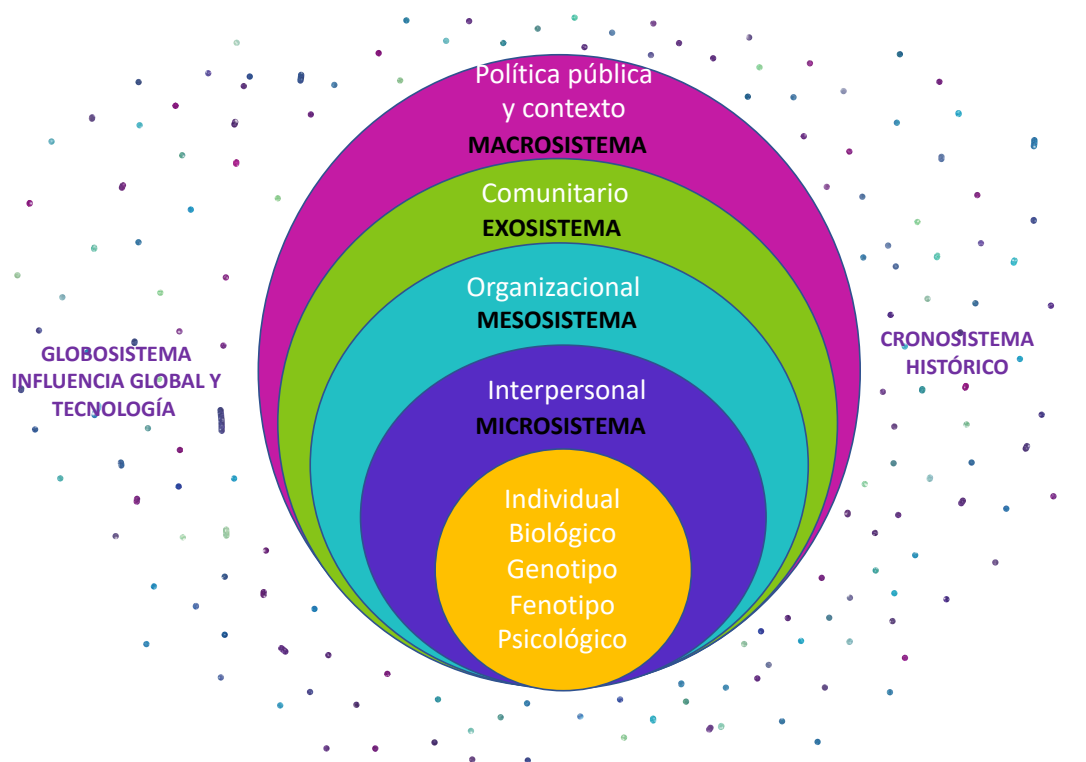


Figura 5. Comprensión integral de factores y procesos que dan forma a las vivencias de la salud y explicaciones contextualizadas de los impactos de las intervenciones. Adaptado de Shelton, et al 2022, Ulin, 2006 y Bonfenbrenner y Morris, 1998.

El modelo socio ecológico ha sido adaptado para investigar múltiples aspectos relacionados con la salud tanto cuantitativa como cualitativamente, (Torrice Linares, et. al. 2002, Sánchez-Medina & Rosales-Piña, 2018).). en ésta última se han utilizado varias combinaciones de enfoques como por ejemplo fenomenología, fenomenología interpretativa y análisis temático reflexivo. (Shelton, et al. 2022)

Marco teórico (lens)

El marco teórico se basó en la fenomenología, con la intención de profundizar en los significados y sistemas socio-simbólicos que construyen la subjetividad de pacientes trasplantados renales, sus parejas y los equipos de salud, considerando que las personas participen activamente en la creación de sus percepciones sociales que nos permite acceder al mundo de la vida, tal y como lo viven las personas entrevistadas, tratando de conocer las experiencias sexuales de los y las participantes. (Creswell, 2013).

En los métodos inspirados en la fenomenología, los resultados de la investigación se analizan utilizando conceptos de la filosofía fenomenológica para interrogarlos y permitir un mayor análisis teórico. Sin embargo, el enfoque fenomenológico abarca diferentes orientaciones, desde la descripción pura hasta enfoques más teóricos que realizan interpretación. (Ayala Carabago, R. 2016). Es necesario reconocer que el paradigma interpretativo, no niega la biología, por el contrario, apunta una posición relacional entre biología, prácticas sociales y significados ya que actúan recíprocamente en la organización del padecimiento como experiencia vivida y como objeto social. (Velázquez, J. R. 2019).

Para comprender la realidad social, hay que compartir-interpretar la subjetividad, los significados de los individuos implicados en ella así como buscar la comprensión y la interpretación de la realidad situándose en la perspectiva de las personas investigadas, a las que entiende como sujetos reflexivos y pensantes (Berenguer A, et al. 2014). A pesar de ello, Halling (2012, p. 2) considera imposible separar la dimensión teórica de la práctica en el proceso formativo, puesto que teoría y práctica son dos facetas de la vida humana íntimamente relacionadas, sin embargo desde el feminismo se aporta la concreción de la neutralidad abstracta de la subjetividad fenomenológica al hacer evidente las perspectivas de los géneros y las interseccionalidades. (Sáenz, 2014).

Para Ayala Carabago, "Nuestras acciones están basadas en lo que creemos y lo que creemos está formado por nuestra experiencia y las tradiciones en las que estamos arraigados como personas, estudiantes y profesionales. A esto debe añadirse el rol que juegan las representaciones sociales, definidas como un corpus organizado de conocimientos gracias a las cuales las personas hacen inteligible la realidad física y social y se integran a un grupo. A su vez, lo que experimentamos lleva a cambios en nuestra teoría: esto es, en nuestros supuestos y creencias. Nuestra práctica puede ser mejorada en la medida en que encontremos teorías que nos ofrezcan dirección y ayuda para ver las cosas en una nueva forma, y nuestras teorías pueden ser mejoradas en la medida en que aprendamos desde nuestra práctica". (Ayala Carabago, 2016).

El enfoque de género es un marco teórico que permite identificar las diferencias entre hombres y mujeres sobre las vivencias de la sexualidad y evidenciar también los tratos dispares y en muchos casos desiguales existentes sobre este tema en la familia, la educación y los servicios de salud, esto se evidencia en el notorio desbalance de las publicaciones e intervenciones

vinculadas a los problemas de salud de las mujeres con relación a las dirigidas a las poblaciones masculinas más aún las relacionadas con la sexualidad. (Díaz, 2013). El análisis de género es el examen sistemático de las normas de género, roles y relaciones entre mujeres y hombres, y las consiguientes diferencias en los privilegios, poder y control de los recursos. Identifica, analiza e informa la acción para abordar desigualdades en salud que surgen de los diferentes roles de mujeres y hombres, o las desiguales relaciones de poder entre ellos y las consecuencias de estas desigualdades en su salud. (OPS. 2018).

Desde la década de los años 50 del siglo pasado, el psicólogo y psiquiatra John Money de la Universidad de John Hopkins, propone el termino gender role, “rol de genero” para describir los comportamientos asignados socialmente a los hombres y a las mujeres y no por el sexo biológico dado al nacer. (Butler, Preciado, 2016). La diferencia entre ser mujer y ser hombre constituye el punto nodal para la teoría de género, ya que implica vivir el cuerpo y la historia de manera distinta. (Gibu, 2005). La fórmula relacional de género considera que el colectivo, a través de su sistema de representaciones elaborado en el discurso y en los actos de comunicación, es la base a partir de la cual la persona comprende e interactúa con su mundo. (Blazquez Graf, Flores Palacios, Ríos Everardo, 2012).

Como concepto podría decirse que anteriormente, Simone de Beauvoir ya lo mencionó en su libro “El segundo sexo” publicado en 1949: donde ya menciona que: “La mujer no nace, sino que se convierte en mujer”. (Beauvoir, 2011). Pero Butler complementa con su reflexión de que el género es instituido por actos internamente discontinuos, la apariencia de sustancia, es una identidad construida, un resultado performativo llevado a cabo que la audiencia social ha venido a creer y a actuar como creencia y que por lo tanto es susceptible de cambio o transformación. (Butler & Lourties, 1998).

Posteriormente en los años 70, el género se convirtió en un tema esencial para las demandas de las mujeres sobre derechos sexuales y reproductivos que permitió resaltar que estos roles son construcciones sociales y no se derivan del sexo biológico. (Paternotte, Van der Dussen, & Piette, 2015). La difusión de su utilización se dio desde entonces y se expandió en la década de los 80 debido a que se fue estableciendo como una categoría de análisis válida y confiable que ameritó la apertura de cátedras y campos del conocimiento, al tiempo que se legitimó al incluir hombres y mujeres haciéndola más neutral.

En la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, convocada por la Naciones Unidas, celebrada en Nairobi (Kenia) en 1985, fue la primera vez que se usó en un documento oficial multilateral. En este documento, y en muchos documentos posteriores del sistema de Naciones Unidas, se encuentra que el término se usa en dos sentidos:

1. Como los roles de género, entendidos como los comportamientos, tareas y responsabilidades socialmente asignadas a hombres y mujeres en función de diferencias percibidas socialmente que definen como deben pensar, actuar y sentir las personas según el sexo al que pertenecen.
2. Como equivalente o sinónimo de los dos sexos, usado por ejemplo en las estadísticas específicas de género, análisis de género, género en desarrollo, brecha de género, integración de género y capacitación en género.

En la década de los 90 del siglo anterior, el concepto se modifica y se lo define como sistema sexo / género que alude a las normas, representaciones, prácticas sociales, e identidades masculinas o femeninas de acuerdo con los intereses patriarcales que imperan en la sociedad. El sexo, convertido en género, será el principio organizador de la sociedad patriarcal, demostrándose así que la opresión de la mujer es una construcción social. (Glez-Mendiondo, 2018).

Más recientemente el sistema sexo/género ha sido sustituido por el sistema de género que pone énfasis en el sistema de relaciones de poder que se dan entre los sexos.

En el presente siglo el término de género se lo utiliza con los siguientes significados:

- El género como categoría de análisis que permite indagar e interpretar las diferencias entre hombres y mujeres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos y permite visualizar las concepciones diferentes que hombres y mujeres tienen de sí mismos y de sus actividades.
- El género como un sistema de relaciones, aludiendo al sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres y todo lo considerado como femenino, respecto a los varones y lo considerado masculino.

De esta manera en la actualidad en el mundo entero se encuentra legitimado el término de género y ha sido motivo de creación de cátedras en diferentes universidades que han permitido conocer con mayor profundidad las diferencias entre hombres y mujeres, los temas relacionados

a orientación sexual e identidad de género en varias realidades y campos del conocimiento y quehacer humanos. Como contrapunto a la idea emancipadora que puede representar el término género, la Iglesia Católica principalmente, pero no la única, emprendió desde hace 4 décadas una campaña de desprestigio, señalando que el género no tiene ningún corpus de conocimiento y es más bien lo que denominan "Ideología de Género", degradando su concepción a un instrumento que crea "falsa conciencia que enmascara y distorsiona la realidad y crea un sistema cerrado de ideas que se postula como modelo sobre el cual ha de reestructurarse toda la vida humana en sociedad" (Aparisi-Miralles, 2012).

Desde ésta perspectiva, lo que se pretendería desde las iglesias y los grupos subsidiarios es que los roles tradicionales asignados a hombres y mujeres no sean cuestionados reivindicando la idea principal de complementariedad entre los sexos, donde uno de ellos cumple un rol protagónico en los principales aspectos sociales como son la política, la religión y los sistemas de control y el otro en la maternidad y crianza de los hijos, negando las orientaciones e identidades de género y desplazándolas al ámbito de de desviaciones o prácticas contranatura.

Estos argumentos se remontan a los viejos debates y para muchos ya superados, alrededor de la determinación biológica versus la determinación cultural de la naturaleza humana, planteada desde el siglo XIX por Carlos Marx en *La Sagrada Familia* y retomada en 1949 por Lévi-Strauss, C. en "Las estructuras elementales del parentesco". Se podría decir que no es solamente el término de género lo que cristaliza estos debates, sino los significados escondidos o implícitos que conlleva y es lo relacionado a orientación sexual, identidad de género o justicia sexual en relación a las disparidades entre hombres y mujeres sobre la sexualidad y el placer sexual; de tal manera que la discusión sobre género o sexualidad son dos caras de la misma medalla y ubican en el mismo espacio las reivindicaciones sobre derechos sexuales de las mujeres y de las personas GLBTI. (Joke Swiebel, J. 2015). En los documentos referenciales de los organismos internacionales que trabajan los derechos y salud sexual y reproductiva, ha prevalecido orientaciones con bases conceptuales científicas de los temas relacionados con los estudios de la sexología, así podemos ver que en el concepto de sexualidad la OMS reconoce el género como dimensión que trasciende la perspectiva tradicional biomédica clínica y la define como:

[...] un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, el vínculo afectivo y la reproducción. Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías,

deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones [...]. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales. (WAS. 2009)

Es interesante resaltar que el uso de la categoría de género, se incorpora desde este milenio a los determinantes de la salud que sirve como marco para el análisis de la situación de salud de los pueblos. El género al considerarse su naturaleza social y marcadora de inequidades en la salud, se define como la construcción social (Ramírez, & Solano, 2018). de lo femenino y lo masculino que determina diferencias en el ejercicio del poder y en las posiciones de las mujeres y los hombres en los espacios de interacción social, lo cual se traduciría en desigualdades en las relaciones, las jerarquías, los privilegios y en el acceso y control de los recursos por razones de sexo. La pertenencia a uno de los sexos tiene una expresión concreta en la estratificación social y en la desventaja social de las mujeres con respecto a los hombres en sus contextos.” (Alfonso, 2008). De esta manera, en la evolución de los estudios sexológicos, la introducción del enfoque de género ha contribuido de manera significativa para la comprensión del denominado “Hecho sexual humano”, aportando con una trascendencia en el concepto y el análisis de la sexualidad desde una concepción holística y contextualizada, comprometida con la pluralidad y el respeto a los derechos sexuales y aporta valiosas experiencias teóricas y de transformación social. (Campanioni, 2013). A parte de esto, la aplicación de la perspectiva de género mejora el rigor científico y la reproducibilidad de los ensayos clínicos y puede dar pistas sobre nuevos tratamientos. (Arenas Jiménez, 2018). Actualmente ya es aceptado que cuando se usa la perspectiva de género, se hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica que sintetiza la teoría y la filosofía liberadora del feminismo. (Lagarde, 2018). Sin embargo, en el camino se pueden encontrar varias modificaciones o interpretaciones del enfoque de género que no se asientan en el pensamiento feminista, en unas veces enriqueciéndolo y en otras simplificando o distorsionando su verdadera intencionalidad de resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres. (Lagarde, 2018).

Varios estudios hacen referencia a la confluencia de la fenomenología y el enfoque de género, uno de los más antiguos se refiere a escritos de Edith Stein, la santa discípula de Husserl, crítica de su pensamiento y del de Heidegger. Para el mundo de la medicina, la palabra empatía es un principio fundamental de la relación médico- paciente, es precisamente alrededor de este término que Edith establece la diferencia entre hombres y mujeres y afirma que las mujeres son estructuralmente más intersubjetivas y más empáticas que los hombres, de esta manera asocia

el género con la estructura de la conciencia, ya que no solo influye en el cuerpo o la constitución psicológica, sino también en la relación fundamental que liga el psiquis con el cuerpo, mientras que para Husserl la empatía no hace diferencia entre hombres y mujeres. (Vauthier, 2016). En una extraña coincidencia, Judith Butler quien se diría que está al otro extremo de Stein, también sostiene que no cabe distinción entre discurso y cuerpo, que el proceder discursivo está inmediatamente presente en la materialidad del cuerpo y en los procesos que lo atraviesan y al revés: que la materialidad del cuerpo está entreverada de discurso. En este sentido, podría decirse que la teoría Queer de Butler, está también influenciada por la fenomenología de Husserl y la hermenéutica de Heidegger (García & Rodríguez, 2017).

Otra crítica se hace respecto a las limitaciones de la descripción universal del mundo dado en la actitud natural en el libro de Husserl: "Meditación fenomenológica fundamental", donde se refiere a la constatación de que en todo momento vivimos de manera orientada, esto es, remitida a unos referentes, conformando el mundo en cada momento como un paisaje ordenado en el que los sujetos viven siguiendo unas líneas que les vienen marcadas y que están estrechamente vinculadas a la corporalidad. De esta manera, los objetos se sitúan respecto de un cuerpo propio o punto cero de referencia, que es en cada momento el centro de orientación. Sin embargo, no es igual para quienes no siguen este ordenamiento como es el caso de las personas de la diversidad sexual, de clases sociales o etnias diferentes, que no encajan dentro de la normativa universal, es decir sus cuerpos dejan de inscribirse en las pautas de inserción en el tiempo y el espacio, abriendo nuevos discursos y orientaciones que a su vez modificarían vivencias diferentes de la sexualidad. (García, & Rodríguez, 2017).

En este mismo sentido, a fines del siglo XVIII, la filosofía había descubierto, con la ayuda de Kant, que la razón, el conocimiento y, de hecho, la filosofía en sí misma estaban limitados por los atributos intelectuales y perceptivos del hombre, que nuestra capacidad de razonamiento nos proporciona una reflexión como una forma de ver al mundo, organizándolo y dándole forma, confiriéndole significado e inteligibilidad, y así el hombre es una condición constitutiva para todo conocimiento. Posteriormente, Martin Heidegger, señaló que el mundo objeto de nuestra investigación es un mundo cuyos puntos de referencia apuntan a nosotros, un mundo vivido y que no es un mundo en sí mismo, o un mundo indiferente a los proyectos y preocupaciones humanas. En el siglo XIX, con la ayuda de Hegel, la filosofía comenzó a comprender que el conocimiento y la razón también están incrustados y marcados por la historia, y por lo tanto ubicados temporalmente o indexados, e incapaces de superar por

completo el horizonte de su era histórica por lo tanto señalando que las interpretaciones del mundo no son intemporales. Posteriormente, Marx identificó otra condición fundamental de calificación para la filosofía en el poder material, que definió como formas de prácticas laborales y relaciones de producción. Después de Marx, se entendió que la razón y el conocimiento estaban mediados por la clase. (Alcoff, 2000). De lo anterior, se deduce que las “verdades filosóficas” han estado mediadas por los referentes individuales de pensadores masculinos que reflejaban lo que vivieron en su época y determinadas por su clase.

Es decir, la "razón" es constitutivamente "masculina" y se ha definido en oposición a la encarnación femenina, de modo que requiere la exclusión, la trascendencia e incluso el dominio de lo femenino, de las mujeres y del dominio tradicional de las mujeres. De esta manera, "la feminidad misma se ha constituido en parte a través de tales procesos de exclusión". (Lloyd, 2002). La investigación feminista en base a las epistemologías feministas recupera los planteamientos de Merleau-Ponty y plantea otras formas de hacer ciencia, poniendo de relieve los conocimientos situados, comprometidos y responsables a más de contextualizar la situación del objeto de investigación y dando paso al impacto de las emociones y el surgimiento de la reflexión a partir de la práctica. (Jiménez Cortés, R., 2021). A partir del auge del pensamiento feminista a finales del siglo XX, la filosofía comenzó a descubrir que sus categorías de razón y conocimiento están marcadas por la diferencia sexual, y que estos conceptos de razón, conocimiento e incluso verdad también como las del hombre, la historia y el poder, son reflejos de prácticas de género que pasan como conceptos universales. (Costa, 2006, Alcoff, 2000,). La confluencia de la fenomenología y el pensamiento feminista (Vasterling, Veronica 2011). se ha dado desde hace algún tiempo en la medida en que la primera ofrece recursos metodológicos para la comprensión de las subjetividades y el segundo enriquece la comprensión de las diferencias existentes al interior de ellas.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y discapacidad en todo el mundo y se espera que su carga continúe acelerándose (Brown, et al 2021). Los gastos de atención médica aumentan considerablemente, a veces exponencialmente, lo que implica mayores demandas de médicos especialistas, atenciones en emergencias y admisiones hospitalarias. La carga para el paciente incluye un deterioro de la calidad de vida, gastos de bolsillo, dependencia de medicación, incapacidad para trabajar, control de síntomas y un alto

costo para los cuidadores. (Hajat, & Stein, 2018). La sexualidad es un componente esencial de la calidad de vida de las personas, sin embargo, la mayoría de los profesionales de la salud no discuten proactivamente los temas de sexualidad con sus pacientes. (Dyer, & das Nair, 2013), a pesar de que más de la mitad de las personas con trasplante renal viven problemas sexuales que puede ir desde la simple falta de interés en la sexualidad hasta la completa incapacidad para alcanzar el orgasmo. (Monzón, et al 2019). Experimentado por muchos como un ataque a su autoestima, estos problemas pueden tener un efecto devastador y constituyen una fuente adicional de tensión en una relación íntima de por sí ya tensa (Durán Muñoz, et al 2014). Con frecuencia los profesionales de salud que hacen seguimiento a los y las pacientes con trasplante renal les preguntan de manera general sobre la calidad de vida, pero es poco común indagar sobre su sexualidad (Dyer, & das Nair, 2013) pues se considera que, con la sobrevivencia al trasplante, el cuidado en sus hábitos y el cumplimiento de las recomendaciones sobre la administración medicamentosa ya es un logro. Pero también a menudo hay un sentimiento de molestia para hablar de sexo, orgasmo o problemas sexuales sea con la pareja del o la paciente o con el equipo de atención médica. Las principales barreras que se identifican son: el miedo a tratar el tema, falta de tiempo, recursos y capacitación, preocupación por la falta de conocimientos y habilidades para tratar el tema, preocupación por ofender, incomodidad personal y falta de conciencia sobre temas sexuales y al ser temas incómodos, muchas personas deciden evitarlos (O'Connor, et al. 2019). Cualquiera sea la causa o la dificultad, las y los pacientes tienen necesidad de información y asesoramiento sobre sexualidad o los problemas que se presenten en éste ámbito, (Boran, et al. 2020) ya que muchos de ellos pueden ser corregidos y lograr una mejor calidad de vida de las personas con trasplante renal pues ejercen una gran influencia en la autoestima y las relaciones interpersonales.

El cuestionario sobre calidad de vida (WHO-QOL-100) diseñado por la Organización Mundial de la Salud, tiene algunas preguntas relacionadas con la vida sexual de los y las pacientes, pero no es aplicado para valorar sistemáticamente la situación de la sexualidad en pacientes trasplantados en Ecuador (Resolución 23 Registro Oficial Suplemento 482 de 17-abr-2015). En este país, al igual que en muchos países, la sexualidad es un tema sobre el que pesa cierto tabú y no han emergido estudios sobre la calidad de vida o sobre las diferencias de género en las vivencias de la sexualidad en pacientes trasplantados renales, de ahí la importancia de abordarlo específicamente tal y como nos planteamos en el presente estudio.

Hasta la fecha, la mayor cantidad de literatura encontrada se relaciona con los efectos fisiopatológicos de la ERC y ERCT sobre la sexualidad (Castro, et al 2018, CIMEQ. 2018, Sánchez, 2019). Disfunción sexual Ahís, et al. 2016, Ortega, et al. 2016, Prescott. et al 2014, Puigvert-Martínez, 2023). Las investigaciones anteriores sobre la sexualidad después de un trasplante de riñón se han centrado en disfunciones sexuales como la anorgasmia o la disfunción eréctil (Kleinclauss et al., 2016; Kurtulus et al., 2017; Mota et al., 2019), pero pocos estudios han explorado las experiencias y perspectivas de los receptores de trasplante de riñón sobre la sexualidad (Martell, 2015) ni de los profesionales de salud que los atienden, por lo que el estudio ofrece varios conocimientos nuevos sobre las experiencias de los pacientes renales después del trasplante y de las y los profesionales de salud de las unidades de trasplante sobre la sexualidad de sus pacientes, información importante para la evolución de los servicios hacia el enfoque centrado en las necesidades de las personas, esperando que las intervenciones para mejorar el abordaje de la sexualidad incidan en un mejor y completo diagnóstico integral de la salud del o la paciente, la organización de los servicios, cambios de concepciones y superación de tabúes (O'Connor, et al. 2019) y para obtener una sólida educación de los profesionales de salud sobre sexualidad y sexología clínica y estar mejor preparados para satisfacer las necesidades de salud sexual de las y los pacientes. (Azar, Kroll & Bradbury-Jones, 2022).

HIPÓTESIS

La presente investigación pretende explorar desde la fenomenología un fenómeno y la comprensión profunda de las experiencias humanas vividas por los participantes., no siendo pertinente el establecimiento de hipótesis previas. En todo caso sus resultados pueden constituir una fuente para su planteamiento.

Preguntas de la investigación

1. ¿Cuáles son las percepciones, experiencias y representaciones sobre sexualidad de mujeres y hombres trasplantadas renales?
2. ¿Cuáles son las percepciones de los profesionales de la salud sobre la sexualidad y su abordaje asistencial en personas con trasplante renal?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer las percepciones, experiencias y representaciones sobre la sexualidad de hombres y mujeres con trasplante renal y las percepciones de los profesionales de salud que los cuidan.

Objetivos específicos:

- 1.- Comprender las representaciones sociales de la sexualidad desde la perspectiva de mujeres y hombres con trasplante renal.
- 2.- Comprender experiencias de mujeres y hombres con trasplante renal sobre su sexualidad según el género de las y los participantes.
- 3.- Explorar las percepciones y experiencias de las y los profesionales de la salud sobre la sexualidad y su abordaje asistencial en pacientes con trasplante renal.

MÉTODOS

DISEÑO DE LOS ESTUDIOS

Se presentan tres estudios cualitativos, el primero se basó en la fenomenología existencialista de Merleau Ponty, el segundo en la fenomenología interpretativa de Gadamer y el tercero un cualitativo descriptivo basado en el Análisis Temático Reflexivo (ATR) de Braun y Clarke (2006). Los métodos cualitativos pueden contribuir a la comprensión de los procesos de toma de decisiones, las preferencias y prioridades de los pacientes y sus familias, lo que permite a profesionales de la salud comprender al ser cuidado, como un ser en la complejidad del mundo que da significado a sus experiencias vividas. (Guerrero-Castañeda, Prado, Kempfer, & Ojeda Vargas, 2017) y ofrecer una atención integral centrada en la persona y adaptada a las necesidades del paciente (Bristowe, Selman, & Murtagh, 2015).

Para Judith Butler, las teorías fenomenológicas de la corporeidad humana han establecido diferencias entre las causalidades fisiológicas y biológicas que estructuran la existencia corporal y los significados que esta existencia corpórea asume en el contexto de la experiencia vivida. (Butler, & Lourties, 1998). La valorización de la corporalidad, la reivindicación de la experiencia como el conocimiento primero o el cuestionamiento de la dicotomía sujeto-objeto constituyen los pilares de la corriente fenomenológica, se trata de un ejercicio pre-reflexivo: antes de cualquier operación del entendimiento porque el mundo ya ha sido convertido en nuestro mundo por medio de la experiencia corpóreo-perceptiva. (Calvo Rivera, 2023). Aplicado al campo de la salud, las fenomenologías nos permiten un trabajo riguroso en la interpretación fiel y acabada de las vivencias obtenidas por las personas participantes en los estudios para develar el real significado del sufrimiento, el sentido de la experiencia vivida tanto en una persona enferma o que se ve enfrentada a la muerte así como de los profesionales de salud que brindan cuidado y acompañamiento en sus circunstancias de existencia y fragilidad. (Soto Núñez, & Vargas Celis, 2017).

En el primer estudio, se tomó como referente a la Fenomenología de Merleau Ponty (1945/2013) definida como una fenomenología existencial, que habla sobre los cuerpos y las fuerzas encarnadas que provocan formas dinámicas e incompletas de percibir, sentir, pensar, proponer o responder, así como de actuar en las esferas material, biológica, social y cultural. (Küpers, 2020). Dimensiones que están tortuosamente entrelazadas y comprometidas conjuntamente dentro de una esfera relacional siempre presente, que utiliza la comunicación interpersonal para comprender los significados de la experiencia vivida por una persona.

(Granero-Molina, 2019). La fenomenología en tanto epistemología y las representaciones sociales subyacen en un contexto determinado y se expresan a partir de interacciones, convicciones, creencias, justificaciones, sentidos, relatos, comprensiones y prácticas de los sujetos que posibilitan la comprensión profunda del problema abordado. (Escobar Mejía, Quintero Torres, Moncada Guzmán, 2022). A través de su filosofía de la encarnación, Merleau-Ponty consideró, al cuerpo como “punto de vista sobre el mundo” (Merleau-Ponty 1945/2013). Ponty se pregunta: ¿qué es nuestro cuerpo? ¿Cómo nos relacionamos con él y cómo nos relaciona con el mundo? La conciencia no se entiende sin la corporalidad (Costa, 2006) y la carga vivencial que cada sujeto lleva en sí mismo es una fuerza de comunicación y reflexión que está en el mundo y proporciona sentido y acción (Merleau-Ponty 1945/2013). Indagar en esa carga vivencial o experiencia desde distintos ángulos, distintos participantes, distintos actores (paciente-profesional) ayudará a lograr una comprensión profunda del fenómeno de la sexualidad en personas con trasplante renal. Por lo tanto, en este estudio, las experiencias vividas y los significados que las y los pacientes y profesionales otorgan a la sexualidad se interpretaron desde la perspectiva de la inseparabilidad de la persona del mundo, la sociedad, la cultura y otras personas significativas con las que se interconectan, particularmente en nuestro caso, los profesionales de la salud. Merleau-Ponty creía que el significado de un fenómeno siempre es ambiguo, no importa cuánto lo investiguemos; no hay una verdad absoluta, y el significado siempre está en transformación (Ponty, 2013; Xolocotzi & Gibu, 2014).

Para el segundo estudio, se tomó como referencia la fenomenología hermenéutica de Gadamer entendida como la teoría de la comprensión y del consenso, de la acción recíproca de subjetividad y objetividad en la que se hace una interpretación por medio de la escucha que permite captar lo que no se muestra de inmediato, y hace la pausa necesaria para que se haga presente lo latente. (Gama, 2021). Para Gadamer, la experiencia humana solo puede entenderse a través de la unidad de pensamiento y lenguaje, es a partir de nuestra crianza y crecimiento que adquirimos una interpretación lingüística del mundo que se expresa en todo nuestro pensar y conocer y por lo tanto la comprensión de un fenómeno se logra a través de una fusión de horizontes entre investigadores (precomprensión) y participantes (según sus experiencias). Gadamer en su autopresentación de 1977 incluida en la edición española de “Verdad y Método II” de 1998, resume a la hermenéutica como el arte de comprender y hacer comprensible. En la tradición filosófica alemana, la hermenéutica se utilizó para la comprensión de textos sagrados y transferir las leyes divinas a los humanos, pero también para traducciones e interpretación de

varios textos particularmente jurídicos para la interpretación y transmisión de normas, es decir las leyes humanas, por lo que el centro de su fundamentación es la noción de “comprender” a partir de la interrelación entre quien entrega el mensaje y quien capta e interpreta. Posteriormente y con los aportes de las reflexiones de Gadamer, la interpretación no solo se limita a textos escritos sino que abarca todas las formas de lenguaje, la naturaleza, el arte, las motivaciones conscientes o inconscientes de la acción humana. (Gadamer, HG., 2013).

Para el tercer estudio, se tomó como referencia el Análisis Temático Reflexivo (ATR) de Virginia Braun y Victoria Clarke (Braun, & Clarke, 2006- 2021), caracterizado por la flexibilidad, facilidad de uso, sencillez en la comprensión, visualización de la codificación de datos, así como la capacidad para resumir aspectos clave y generar conocimientos no previstos. (de Souza, 2019). El ATR, es un método popular para analizar datos cualitativos en muchas disciplinas y campos. Las preguntas centrales de éste método giran alrededor de ¿cómo proceder, paso a paso, para lograr una descripción del orden de la experiencia en el mundo de la vida social? y ¿cómo contribuir al esclarecimiento de las estructuras del mundo de la vida social?. El método se ha utilizado ampliamente en las ciencias sociales, conductuales y más aplicadas (clínicas, de la salud, de la educación, etc.) y otras. El propósito de ATR es desarrollar patrones de significado ("temas") a través de un conjunto de datos que abordan una pregunta de investigación. Los patrones son generados por el investigador a través de un proceso riguroso de familiarización con los datos, codificación de datos y desarrollo y revisión de temas. El método se puede aplicar y se aplica de muchas maneras diferentes, a muchos conjuntos de datos diferentes, para abordar muchas preguntas de investigación diferentes y dentro de una variedad de marcos teóricos. Es un método muy versátil y accesible, lo cual es parte de su atractivo.

ATR no es un método singular: ATR se considera mejor como un término general para un conjunto o familia de enfoques para analizar datos cualitativos que comparten un enfoque en el desarrollo de temas (patrones de significado) a partir de datos cualitativos. Tienden a compartir cierto grado de flexibilidad teórica, pero pueden diferir enormemente en términos tanto de la filosofía subyacente como de los procedimientos para el desarrollo del tema. En términos generales, las autoras piensan que hay tres grupos de tipos similares de enfoques para AT, que denominan: AT de confiabilidad de codificación, AT de libro de unidades de significado y AT reflexivo.

El enfoque ATR se diferencia de la mayoría de los otros enfoques en términos tanto de la filosofía subyacente como de los procedimientos para el desarrollo del tema. Una de las ventajas de ATR es que teóricamente es bastante flexible. Esto significa que se puede utilizar dentro de una variedad de marcos teóricos, para abordar diferentes tipos de preguntas de investigación relacionadas con:

- Las experiencias de las personas, o las opiniones y percepciones de las personas,
- Comprensión y representación.
- Los factores o procesos sociales que influyen y dan forma a fenómenos particulares.
- Las reglas y normas que regulan y gobiernan el comportamiento o las prácticas humanas.
- Las prácticas o comportamientos de las personas, las cosas que hacen en el mundo.
- La construcción de significado.

Hay diferentes formas de abordar la ATR que no son fijas; ni la mayoría son oposiciones excluyentes, sino continuas. Dentro del enfoque reflexivo de AT, todas las variaciones son posibles:

- Una forma más *inductiva*: la codificación y el desarrollo de temas están dirigidos por el contenido de los datos;
- Una forma más *deductiva*: la codificación y el desarrollo de temas están dirigidos por conceptos o ideas existentes;
- Una forma más *semántica*: la codificación y el desarrollo de temas reflejan el contenido explícito de los datos;
- Una forma más *latente*: la codificación y el desarrollo de temas informan conceptos y suposiciones que sustentan el contenido manifiesto de los datos;
- Una forma más *(críticamente) realista o esencialista*: el análisis se enfoca en reportar una supuesta realidad evidente en los datos;
- Una forma más *construccionista*: el análisis se enfoca en explorar las realidades producidas dentro de los datos.

En la práctica, los enfoques más inductivos, semánticos y realistas (críticos) tienden a agruparse; lo mismo ocurre con los más deductivos, latentes y construccionistas. La separación entre orientaciones no siempre es rígida. Lo que es de vital importancia es que el análisis sea teóricamente coherente y consistente. (Braun & Clarke, 2006 - 2021).

En el estudio 3 se ha abordado el ATR en vista de su flexibilidad para analizar las percepciones de profesionales de salud sobre la sexualidad de sus pacientes. El análisis se realizó de forma inductiva, semántica y bajo el realismo crítico que ve el conocimiento y la experiencia como mediados y contruidos a través del lenguaje, al tiempo que reconoce las estructuras materiales y sociales y los mecanismos que generan los fenómenos (Terry y Kayes, 2020), a lo que se añade la sensibilidad hacia temas que afectan a las mujeres en su sexualidad, sus experiencias de vida y salud (Guillén, 2018) para priorizar aquello que requiere cambios y responde a aspiraciones de mejora de los servicios de salud. (Cortés, 2021). En los 3 estudios, no se buscó descubrir la "verdad" sobre la sexualidad de las personas con trasplante y sus significados, sino más bien arrojar luz sobre la complejidad de este fenómeno y las diversas formas en que las mujeres y hombres afectados lo encarnan, así cómo las vivencias del cuidado que profesionales de salud les brindan en un entorno institucional marcado. Finalmente, se siguieron los criterios los Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong & Sainsbury, 2007) y los Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (O'Brien, Harris, Beckman, Reed, & Cook, 2014) en la elaboración del informe de investigación.

PARTICIPANTES Y CONTEXTO

En este estudio se han reclutado mujeres y hombres que han recibido un trasplante renal y profesionales de la salud que les atienden (médicas, médicos, enfermeras y trabajadoras sociales). Si bien la inclusión de pacientes no requiere justificación, la de profesionales se justifica porque éstos son testigos de cómo sus pacientes viven un fenómeno. Nos han hablado de cómo en las consultas se manifiesta el fenómeno de la sexualidad de estos pacientes. De acuerdo con Merleau Ponty, es posible mirar un fenómeno desde distintos ángulos para lograr la comprensión. Con distintos ángulos no solo se refiere a las distintas perspectivas que aporta cada uno de los participantes, sino que también se refiere a distintos actores que son testigos de ese fenómeno. Ponty asume la inseparabilidad de la persona del mundo, la sociedad, la cultura y otras personas significativas con las que se interconectan (Merleau Ponty, 2013). La interconexión de los pacientes trasplantados con sus médicos y enfermeras es indudable e incluirles en el estudio nos ha permitido lograr una comprensión adecuada y más profunda tal vez que si solo hubiéramos entrevistado a pacientes. En un enfoque de Merleau Ponty, la dialéctica con el otro contribuye a instituir el sentido intersubjetivo de nuestro ser en el mundo (Josgrilberg, 2006). Como el propio filósofo francés expresa:

...la posición del otro con su mundo y mi posición con mi mundo constituyen una alternativa. Una vez colocado el otro, una vez que la mirada del otro sobre mí, insertándome en su campo, saca provecho de mi ser, se comprende bien que no puedo recuperarla a no ser estableciendo relaciones con el otro (Merleau-Ponty, 1954, 2013).

Para el primer y segundo estudio, la muestra estuvo constituida por personas con trasplante renal y para el tercero profesionales de la salud vinculados con dichos trasplantes. La población del primer y segundo estudio, la compusieron aquellas personas que experimentaron la situación, evento o fenómeno de estudio, en este caso, personas que recibieron un trasplante renal entre abril del 2013 y mayo del 2017 en la Unidad de Trasplantes del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, Ecuador. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión para las personas con trasplante renal:

- Que tengan más de tres meses de haber recibido el trasplante.
- Que sea mayor de 18 años.
- Que tengan un trasplante funcional,
- Que tenga vida sexual activa
- Que consienta en realizarle la entrevista a profundidad.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que se nieguen a participar.
- Pacientes con síndrome metabólico
- Pacientes sin adherencia al tratamiento
- Pacientes con complicaciones recientes menos de 1 mes.

Se rechazaron las entrevistas cuya grabación no fue clara y las que no se pudieron recuperar del aparato electrónico. La muestra de personas con trasplante renal fue no probabilística seleccionada a conveniencia y la integraron 18 personas (10 mujeres y 8 hombres) comprendidas en las edades entre 22 y 55 años. Se realizaron en total 9 entrevistas a profundidad: 5 mujeres y 4 hombres y dos grupos focales con 5 mujeres (GFF) y 4 hombres (GFM) respectivamente. Todos se declararon heterosexuales. Los datos sociodemográficos agregados pueden verse en la Tabla 4.

Tabla 4 Características sociodemográficas de participantes en el estudio en personas con trasplante renal.

Característica sociodemográfica	Grupos Focales (n=9)	Entrevistas (n=9)
Sexo		
Mujer	5	5
Hombre	4	4
Edad		
<30	2 (22,2%)	1 (11,1%)
31-40	3 (33,3%)	3 (33,3%)
>41	4 (44,4%)	5 (55,5%)
Estado civil		
Soltero/a	3 (33,3%)	1 (11,1%)
Casado/a	5 (55,5%)	5 (55,5%)
Separado/a/ Divorciado/a	1 (11,1%)	3 (33,3%)
Meses desde el trasplante a la entrevista		
3-14	2 (22,2%)	3 (33,3%)
15-24	4 (44,4%)	6 (66,6%)
>24	3 (33,3%)	0

Un desglose de los datos, desagregados por participante en las entrevistas individuales, puede verse en la tabla 5.

Tabla 5 Datos sociodemográficos de participantes en entrevistas individuales a personas con trasplante renal.

Participante	Edad	Género	Nivel educativo	Estado civil	Fecha de trasplante
M1	55	Femenino	3° Primaria	Separada	agosto-2014
M2	47	Femenino	3° Curso Secundaria	Casada	abril-2012
M3	44	Femenino	Primaria Completa	Casada	Septiembre-2014
M4	42	Femenino	Primaria Completa	Casada	Agosto-2014
M5	34	Femenino	Primaria Completa	Separada	Agosto-2014
H1	45	Masculino	2° Año Universidad	Divorciado	Marzo-2014
H2	48	Masculino	2° Año Universidad	Casado	Abril-2011
H3	25	Masculino	Estudiante Universidad	Soltero	Septiembre-2014
H4	49	Masculino	Secundaria Completa	Casado	Marzo-2015

En el grupo focal femenino participaron 5 mujeres cuyos datos desagregados pueden verse en la tabla 6.

Tabla 6 Datos sociodemográficos del grupo focal femenino (GFF) de personas con trasplante renal.

Grupo focal femenino	Edad	Género	Nivel educativo	Estado civil	Fecha de trasplante
PF1	34	Femenino	Secundaria incompleta	Separada	Mayo 2013
PF2	37	Femenino	Secundaria completa	Casada	Diciembre 2014
PF3	28	Femenino	Secundaria incompleta	Casada	Abril 2014
PF4	34	Femenino	Universitaria incompleta	Separada	Febrero 2013
PF5	47	Femenino	Primaria	Casada	Septiembre 2012

La tabla 7 muestra los datos sociodemográficos de los 4 participantes en el Grupo Focal masculino.

Tabla 7 Datos sociodemográficos del grupo focal masculino (GFM) de personas con trasplante renal.

Participantes	Edad	Género	Nivel educativo	Estado civil	Fecha de trasplante
PM-1	35	Masculino	Universitario	Soltero	Mayo 2015
PM-2	52	Masculino	Secundaria	Casado	Agosto 2014
PM-3	30	Masculino	Secundaria	Casado	Febrero 2014
PM-4	22	Masculino	Secundaria	Soltero	Enero 2014

Para el tercer estudio, la muestra de profesionales de salud fue no probabilística seleccionada intencionalmente y la integraron 20 personas (12 mujeres y 8 hombres) comprendidas en las edades entre 25 y 60 años. Se realizaron en total 12 entrevistas a profundidad: 9 mujeres y 3 hombres y un grupo focal de 8 personas con 2 mujeres y 6 hombres. (Tabla 8). Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión para profesionales de salud:

- Tener título de tercer nivel o más
- Trabajar con personas con trasplante renal
- Tener experiencia de al menos 6 meses en el área de trasplantes.

Los criterios de exclusión fueron:

- Profesionales que se nieguen a participar.

Tabla 8 *Datos sociodemográficos de profesionales de salud entrevistados.*

Participante	Participa GF / EI	Edad	Sexo	Profesión / especialidad	Cargo	Lugar de especialización	Experiencia trasplante (años)
P-1	EI	38	f	Médica Nefróloga	Médica tratante	Cuba	7
P-2	EI	25	f	Médica general	Médico residente asistencial	Sin especialidad	1
P3	EI	30	f	Enfermera líder diálisis	Líder de servicio de enfermería	Ecuador	8
P4	EI	56	f	Enfermera Generalista	Enfermera de cuidado directo	Ecuador	18
P5	EI	40	f	Trabajadora social	Trabajadora social	Ecuador	3
P6	EI	37	f	Médica Urología	Médica tratante	Ecuador	6
P7	EI	26	f	Médica general	Médica asistencial	Ecuador	1
P8	EI	33	m	Médico Urología	Médico	Ecuador	3
P9	EI	44	m	Médico Urología	Líder del servicio de Urología	Venezuela, Francia	17
P10	EI	35	m	Médico Cirujano	Cirujano general	Cuba	7
P11	EI	32	f	Médica	Médica residente	Ecuador	4

P12	EI	31	f	Enfermera	Enfermera de cuidado directo	Ecuador	3
P13	GF	60	m	Médico Trasplante	Médico tratante	Italia	10
P14	GF	54	m	Médico Trasplante	Médico tratante	Brasil	12
P15	GF	56	f	Enfermera Trasplante	Enfermera	Ecuador	29
P16	GF	29	f	Médica Urología	Médica de Posgrado	Ecuador	2
P17	GF	31	m	Médico Urología	Médico de Posgrado	Ecuador	2
P18	GF	40	m	Médico Trasplante	Médico tratante	Argentina	8
P19	GF	51	m	Médico Trasplante	Médico tratante	Ecuador	15
P20	GF	42	m	Médico Trasplante	Médico tratante	Venezuela	11

RECOGIDA DE DATOS

En total se realizaron 39 entrevistas, 22 entrevistas individuales (EI): 9 a personas con trasplante renal y 13 a profesionales de salud y 3 grupos focales (GFs) en los que participaron 17 personas: 4 hombres y 5 mujeres con trasplante renal y 7 profesionales de salud.

Dado que la entrevista individual permite como pocos medios de recolección de datos atender a las experiencias de los individuos de una manera “no contaminada” (Jones, Sambrook & Irvine, 2009), cabe poca objeción a su uso en los estudios fenomenológicos. Se realizaron preguntas generales y para aclarar detalles se utilizaron subpreguntas. Se utilizaron grupos focales con la intención de corroborar las unidades de significado y temas que salían en las entrevistas individuales y también para identificar si emergían nuevas unidades de significado que eran necesarios profundizar en entrevistas individuales. Sin embargo, puede objetarse que en los grupos focales el investigador tendrá poca oportunidad de abordar las narrativas individuales con tanto detalle como en la entrevista en profundidad (Webb & Kevern, 2001). Por ello algunos autores han argumentado incompatibilidad de los GFs con un posicionamiento basado en la fenomenología descriptiva de Husserl (Jones, Sambrook & Irvine, 2009). Pero, la

mayoría de los teóricos aprueban o ven consistencia en el uso de GFs en un estudio fenomenológico interpretativo (Phillips, Montague, & Archer, 2016; Love, Vetere, & Davis, 2020). Incluso en la descriptiva, lo que se pone entre paréntesis no es al individuo, sino los prejuicios del investigador. Por ello, Jones, Sambrook & Irvine, (2009) concluyen que “lejos de ser un oxímoron, el grupo focal fenomenológico ofrece un medio sólido de indagación dentro de la investigación en enfermería”. Por ello, numerosos estudios con diseños basados Merleau Ponty, han utilizado grupos focales de manera consistente (Johnsen & Råheim, 2010; De Jesus, Oliveira, Santos, et al., 2017)

Considerando los criterios de inclusión y exclusión, por medio de la Secretaría de la Unidad de Trasplantes se consultó a las personas con trasplante si les interesa participar en la investigación y una vez obtenido el consentimiento verbal, se citó a las personas para ser entrevistadas el mismo día que acudieron a controles en el Hospital Eugenio Espejo. Las entrevistas se realizaron en los consultorios de la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Eugenio Espejo durante los meses de mayo a septiembre del 2018. En todos los casos se presentó el documento de consentimiento informado antes de la entrevista para que lo lean y se preguntó sobre su cabal comprensión para proceder a firmarlo conjuntamente con la investigadora. Las entrevistas se realizaron individualmente en un ambiente de confianza para que las personas entrevistadas no sientan incomodidad sobre las preguntas sobre la esfera sexual ya que son de carácter personal y atañen a la intimidad. El grupo focal de las mujeres trasplantadas renales se realizó en la sala de reuniones del equipo de salud de la Unidad de Trasplantes del Hospital Eugenio Espejo. El grupo focal de los hombres se realizó en la sala de reuniones del INDOT. Las entrevistas a profesionales de la salud se realizaron en los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Eugenio Espejo y el grupo focal de profesionales de la salud se realizó en la sala de reuniones de la Unidad de Trasplantes del Hospital Carlos Andrade Marín.

Para las entrevistas cara a cara, se diseñaron 4 guiones de preguntas semiestructuradas que permitieron ordenar la conversación con las personas entrevistadas: 1. uno para las entrevistas individuales con personas con trasplante renal. 2. otro para los grupos focales con preguntas abiertas a manera de invitación a reflexionar sobre la sexualidad en su vida como personas trasplantadas. 3. Un guion para las entrevistas individuales a profesionales de salud. 4. otro para el grupo focal como tema de análisis y discusión de los profesionales de la salud, con el fin de motivar el interés para hablar sobre el tema y que facilitaran el diálogo grupal. La recolección de la información de las personas con trasplante renal y de los profesionales de salud fue

realizada cara a cara mediante entrevistas a profundidad que duraron en promedio una hora y los grupos focales 2 horas y fueron realizadas por la investigadora con experiencia en investigación, sin la presencia de observadores o asistentes, la investigadora conocía a algunos de los profesionales debido a su trabajo anterior en el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos, INDOT. Todas las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas en Word. Las entrevistas a personas con trasplante renal se realizaron hasta cuando no se mencionaron nuevas unidades de significado (Code saturation) mientras que las entrevistas a profesionales de salud se realizaron hasta cuando se lograba la comprensión de los unidades de significado (Code meaning) revisando las entrevistas que se habían realizado y anotando cada código, luego en subsiguientes entrevistas se identificaba si hay nuevos aspectos, dimensiones o matices de ese código hasta que no se reconocía nada nuevo y el código había alcanzado saturación. Las unidades de significado alcanzaron la saturación en diferentes números de entrevistas, es decir algunas unidades de significado se saturaron tempranamente en la entrevista 4 o 5, mientras otros en entrevistas más tardías 8 o 9. (Hennink, & Kaiser, 2019 y 2022).

ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Estudio basado en la fenomenología de Merleau-Ponty.

Para el análisis de los datos se ha seguido un procedimiento consistente con el enfoque filosófico de la fenomenología de Merleau Ponty. Fernández Sola, Granero Molina y Hernández Padilla (2019) describen un procedimiento basado en los procedimientos y planteamientos desarrollados por Willig & Rogers (2017), Martins (1992) y Dantas Guedes & Moreira (2009). Aunque Merleau Ponty rechazó aspectos de la fenomenología de Husserl, mantuvo partes de su aproximación descriptiva de los fenómenos (Earle, 2010), sin renunciar a la interpretación del investigador (Martins, 1992). Por ello el procedimiento recoge tres momentos o fases que incluye la descripción, la reducción fenomenológica y la interpretación.

1.- Descripción.

Leer las descripciones escritas proporcionadas por los participantes hasta el final. No pueden entenderse una parte si no es a la luz del todo (Fernández-Sola, 2019). Para hacer un análisis adecuado, uno tiene que saber cómo termina la experiencia de vida descrita (Willig & Rogers, 2017). Por tanto, en esta fase se produce una familiarización con los datos que ayudan a elaborar una descripción del fenómeno de estudio. En esta fase:

- Se leyó cuidadosamente el texto, y se señalaron las partes que parecieron interesantes o importantes. En esta primera lectura se anotaron unidades de significado tentativas y comentarios que permitieron desarrollar un primer sistema de unidades de significado, de categorías, en general, un primer sistema de clasificación, muy ligado a los datos.
- Se elaboró el listado de estos tópicos o índice de las transcripciones.
- Para ello se hicieron anotaciones manuales (manuscritas) y se utilizaron las funciones comentar documento y memorandos de ATLAS.ti.

2.- Reducción fenomenológica.

Los objetos que se desarrollan dentro de la descripción representan fenómenos que se presentan a la conciencia del investigador, pero no se reconoce que tales objetos existan realmente en la forma en que se presentan (Willig & Rogers, 2017). La epoché es una reflexión crítica sobre los contenidos de una descripción. Esto se puede realizar en tres momentos diferentes (Martins, 1992; Dantas Guedes & Moreira, 2009).

- Al mantener la descripción en su formato original, un investigador la coloca entre paréntesis (epoché), con el objetivo de analizar la experiencia tal como se vive sin permitir que conceptos personales o teóricos se interpongan.
- Organizar los datos en unidades de significado, donde el investigador identifica temas significativos en la transcripción.
- El investigador intenta centrarse en las fuentes prerreflexivas (lo que dicen los entrevistados sobre su vida) y expone el significado de la experiencia.

En esta fase:

- Se extrajeron y ubicaron partes de texto que pudieran servir de citas textuales en el reporte final por lo ilustrativo que pueden ser de un código o categoría.
- Se leyó varias veces hasta familiarizarse plenamente con el texto. Las lecturas repetidas con las anotaciones y la codificación brindaron mayor claridad y estructura al análisis, a la vez que se busca que las unidades de significado y categorías sean consistentes con los datos (con lo que dicen las citas) sin dejarse contaminar por teorías previas.
- Hasta que esta fase del análisis no ha concluido no se emprende la búsqueda bibliográfica para la discusión de los resultados

3.- Interpretación fenomenológica.

El investigador sale del paréntesis para interpretar los fenómenos. En ese momento transforma las expresiones cotidianas de los participantes en expresiones apropiadas para el discurso científico que apoya la investigación. Localizar los elementos visibles y ocultos (patentes y

latentes), según la perspectiva adoptada por el investigador. Lo que a veces es invisible para un espectador puede hacerse visible cuando se ve desde una perspectiva diferente. El investigador, en este punto, trata de entender completamente el fenómeno, en lugar de solo su esquema. Trata de cambiar la perspectiva para revelar lo que podía verse y lo que estaba oculto. El resultado final, es el juicio hermenéutico o especificación del significado existencial, es decir, el significado del fenómeno que experimenta el participante. En esta fase la investigadora:

- Una vez codificado todo el material, se agruparon los textos seleccionados que corresponden a un mismo código o categoría en una hoja diferente para tener una visión global de cada categoría, de la información que contienen, del número de citas que incluye cada categoría y así determinar las que predominaron.
- Se clasificaron y codificaron los datos cualitativos de forma organizada para poder describir la información que se recolectó y transcribió y fue la base para la fase interpretativa en la cual se extrajeron los significados a partir de los datos, se hicieron comparaciones, se construyeron los marcos para la interpretación.
- Se analizan los temas desarrollados desde varias perspectivas (hombres, mujeres, profesionales) para cambiar de perspectiva y buscar contenidos patentes y latentes (ocultos).
- Se construyen redes y mapas conceptuales estableciendo relaciones entre unidades de significado o temas de manera que se elabora una explicación del fenómeno más allá de la mera descripción del mismo

En todo el proceso se utilizó el software ATLAS.ti, en sus versiones 8, 9 y 22, pues el proceso analítico de los tres estudios se ha extendido durante años. Las funciones codificar, comentar unidades de significado, elaborar memos, explorar coocurrencias, consultar tablas de unidades de significado-documento, elaborar redes y generar informes de citas a partir de unidades de significado o temas fueron las más usadas en el proceso analítico.

Estudio basado en fenomenología hermenéutica de Gadamer.

Para el segundo estudio, se utilizó el método de Fleming para los estudios cualitativos fenomenológicos hermenéuticos de Gadamer (Fleming, Gaidys, Robb, 2003). que tiene los siguientes pasos:

1.- Decidir sobre una pregunta de investigación.

En todo proceso de investigación es esencial la formulación de la pregunta de investigación porque se asume que desde ahí se desarrollarán los elementos para el procesamiento, análisis, resultados y conclusiones ya que podrá articularse la consistencia del trabajo.

La investigación realizada en una tradición gadameriana es desarrollada a partir de un deseo de lograr una comprensión profunda de un fenómeno. La esencia de la pregunta, según a Gadamer tiene que ver con la posibilidad del entendimiento. Gadamer enfatizó la influencia de las preguntas adecuadas para la elaboración de la situación hermenéutica. Eso significa que la pregunta inicial influye en todo el proceso de investigación. Más tarde afirmó que no hay entendimiento sin la actividad de interrogatorio. Según Gadamer, la estrecha relación entre las preguntas y la comprensión da sentido a la experiencia hermenéutica, en este caso a la investigación hermenéutica. (Gadamer 1998). La sexualidad en los receptores de trasplante renal es un fenómeno que puede ser explorado desde la perspectiva de la fenomenología hermenéutica.

2.- Identificación de pre comprensiones

Las pre comprensiones se realizan a través de la confrontación con diferentes creencias, como las opiniones de otros investigadores, colegas o textos tradicionales (Gadamer, 2013). Los investigadores sustentan su trabajo con la filosofía de Gadamer, están obligados a identificar sus pre entendidos o prejuicios del tema. Reflexionar sobre esto permitirá ir más allá de sus pre comprensiones para comprender el fenómeno y así trascender su horizonte. Durante el proceso de investigación estas pre comprensiones cambiarán a través de la colección e interpretación de datos, más lecturas relevantes y el mantenimiento de un diario de investigación. Los investigadores deben asegurarse constantemente de que se centran activamente en los cambios en sus pre comprensiones a medida que se desarrolla el proyecto. (Fleming, Gaidys, Robb, 2003). La comprensión previa de los investigadores de éste segundo estudio, provino de su experiencia clínica como profesionales de la salud que trabajaron en programas de trasplantes o con pacientes con enfermedad renal crónica.

3.- Obtener entendimiento a través del diálogo con los participantes.

Gadamer utiliza el término “adquirir entendimiento” antes que recolectar información Durante esta etapa de la investigación es esencial que los investigadores entiendan significados de los textos obtenidos de los participantes. Gadamer (2013) pronunció que la comprensión solo puede

ser posible a través del diálogo, los investigadores deben estar abiertos a la opinión del otro. En este sentido, la noción de diálogo no solo significa una conversación entre dos personas. También es posible tener un diálogo entre el lector y el texto. En ambos casos, el lenguaje se considera el momento constitutivo y es a través del lenguaje que la comprensión se hace posible (Gadamer, 2013). Para Gadamer, el objetivo principal de una conversación es permitir inmersión en el tema, por lo tanto, una conversación entre investigador y participante es un método adecuado de lograr la comprensión de un fenómeno de interés.

La comprensión aparecerá a través de la fusión de los horizontes de participantes e investigadores creando una nueva comprensión pero que está en continuo desarrollo. Durante la investigación, por lo tanto, el investigador debe entonces tratar de entender cómo los sentimientos y experiencias personales afectan la investigación e integrar esta comprensión en el estudio.

4.-Lograr la comprensión a través del diálogo con el texto.

Aunque Gadamer reitera constantemente el poder de la palabra hablada sobre la escrita, por lo general es necesario transcribir entrevistas de investigación. Al analizar estos, sin embargo, el investigador debe tener cuidado de no depender totalmente de la transcripción escrita, pero leerlos mientras se escuchan las palabras en la cinta donde los dos socios están trabajando juntos para crear un entendimiento común. Debe tenerse en cuenta que 'texto' no solo se refiere a lo escrito en una transcripción, sino también a palabras grabadas, comentarios escritos sobre la situación de la entrevista y las observaciones hechas por el investigador. Las expresiones no verbales también influyen en la comprensión y, por lo tanto, pueden considerarse "texto".

El análisis de la conversación con los participantes se hace aplicando la regla hermenéutica del movimiento desde el todo a la parte y de regreso al todo (Gadamer, 1998). Fleming basándose en los aportes de van Manen citado por ella, recomienda los siguientes 4 pasos:

- Todos los textos de entrevistas deben ser examinados para encontrar una expresión que refleje el significado fundamental del texto como un todo. Lograr la comprensión de todo el texto debe ser el punto de partida del análisis, porque el significado del todo influirá en la comprensión de todas las demás partes del texto. Ya el primer encuentro con el texto está influenciado por un sentido de anticipación, que se ha desarrollado a través de la pre comprensión del investigador.

- En la siguiente fase, se debe investigar cada oración o sección para exponer su significado para la comprensión del tema. Esta etapa facilitará la identificación de temas, lo que a su vez debe conducir a una comprensión rica y detallada del fenómeno que se investiga. Luego, estos temas deben ser desafiados y, a su vez, desafiar los conocimientos previos del investigador.
- Cada oración o sección se relaciona entonces con el significado de todo el texto y con ello se amplía el sentido del texto como un todo, cumpliendo de esta manera con el círculo hermenéutico esencial para la comprensión.

Este paso involucra la identificación de pasajes que parecen ser representativos de los entendimientos compartidos entre el investigador y los participantes. Dichos pasajes, que pueden aparecer en el informe de investigación, deben dar al lector una idea de ese aspecto del fenómeno que se está discutiendo.

5.- Estableciendo confiabilidad

Se habla de tres aspectos de la confiabilidad:

- Auditabilidad, establece que los pasos del proceso de investigación deben ser claramente identificable por las partes interesadas.
- Credibilidad, asegura que las perspectivas de los participantes se representen tan claramente como sea posible. El uso de citas directas de los textos, puede ayudar al lector a emitir un juicio sobre este asunto.
- Confirmabilidad, devolviendo a los participantes en todas las etapas del proceso de investigación.

Para Gadamer (1990), la comprensión sólo puede lograrse por consenso del todo y de las partes del texto. Esto ofrece un estándar de confiabilidad relacionado con los procesos y no simplemente a las conclusiones de la investigación. La responsabilidad del investigador gadameriano, por lo tanto, es proporcionar suficiente detalle de los procesos, así como los hallazgos en el informe de investigación.

Estudio cualitativo descriptivo

Para el tercer estudio se siguió el método de Análisis Temático Reflexivo de Braun y Clarke (2006-2021) que propone 6 fases para el análisis, pero señalando que no prescriben un proceso

rígido que se deba seguir, sino que son una *herramienta* para guiar en la exploración, interpretación e informes sistemáticos y sólidos de un análisis basado en patrones del conjunto de datos. Señalan además que el análisis cualitativo es un proceso subjetivo, situado y especializado que existe en la intersección del investigador, el conjunto de datos y los diversos contextos de interpretación, enfatizando siempre que es un proceso flexible.

Seis fases para el análisis:

1. **Familiarizarse con el conjunto de datos:** esta fase implica leer y volver a leer los datos, para sumergirse y familiarizarse íntimamente con su contenido, y tomar notas sobre sus observaciones y conocimientos analíticos iniciales, tanto en relación con cada elemento de datos individual (por ejemplo, una entrevista transcripción) y en relación con todo el conjunto de datos.
2. **Codificación:** esta fase implica generar etiquetas sucintas (¡unidades de significado!) que capturen y evoquen características importantes de los datos que podrían ser relevantes para abordar la pregunta de investigación. Implica codificar todo el conjunto de datos, con dos o más rondas de codificación, y después de eso, recopilar todos los unidades de significado y todos los extractos de datos relevantes, juntos para etapas posteriores de análisis.
3. **Generación de temas iniciales:** esta fase implica examinar los unidades de significado y los datos recopilados para comenzar a desarrollar patrones significativos más amplios de significado (temas potenciales). Luego implica recopilar datos relevantes para cada tema candidato, de modo que pueda trabajar con los datos y revisar la viabilidad de cada tema candidato.
4. **Desarrollo y revisión de temas:** esta fase implica comparar los temas candidatos con los datos codificados y el conjunto de datos completo, para determinar que cuentan una historia convincente de los datos y que aborda la pregunta de investigación. En esta fase, los temas se desarrollan aún más, lo que a veces implica dividirlos, combinarlos o descartarlos. En nuestro enfoque de AT, los temas se definen como un patrón de significado compartido respaldado por un concepto o idea central.
5. **Refinar, definir y nombrar temas:** esta fase implica desarrollar un análisis detallado de cada tema, determinar el alcance y el enfoque de cada tema, determinando la 'historia' de cada uno. También implica decidir un nombre informativo para cada tema.

6. **Redacción:** esta fase final implica entrelazar la narrativa analítica y los extractos de datos, y contextualizar el análisis en relación con la literatura existente.

Aunque estas fases son secuenciales y cada fase se basa en la anterior, el análisis suele ser un *proceso recursivo*, con un movimiento de ida y vuelta entre diferentes fases. Como se señaló anteriormente, estas fases y las prácticas que capturan no son *reglas* a seguir de manera rígida, sino más bien una serie de 'herramientas' conceptuales y orientadas a la práctica que guían el análisis para facilitar un proceso riguroso de interrogación y participación de datos. Con más experiencia (y conjuntos de datos más pequeños), el proceso analítico puede desdibujar algunas de estas fases.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se ha desarrollado siguiendo las recomendaciones y principios de la declaración de Helsinki (WMA, 2013). Al ser invitadas a participar en el estudio, las personas con trasplante que cumplían con los criterios de selección recibieron información sobre la justificación, objetivos, metodología y riesgos del estudio. Los profesionales que colaboraron en el reclutamiento se aseguraron de que las personas invitadas comprenden la información proporcionada y aclararon las dudas que puedan surgir a los participantes. La entrevistadora, ratificó que las y los participantes habían comprendido la información facilitada y respondió igualmente a las dudas planteadas antes de las entrevistas y Grupos focales.

Las personas que cumplían con los criterios de inclusión (sin deterioro cognitivo) eran legalmente responsables y autónomos en la toma de decisiones. No obstante, antes de recabar su consentimiento. La participación fue totalmente voluntaria y los participantes firmaron un consentimiento informado después de haber leído (o haberles leído) y comprendido la información aportada y antes de ser entrevistados. Los participantes fueron informados que pueden abandonar la entrevista en cualquier momento o dejar sin responder cuantas preguntas consideren o se sientan incómodos, dada la naturaleza íntima del problema de estudio.

Los posibles riesgos de la participación fueron considerados y se establecieron planes de actuación para cada uno:

- Si el participante se siente incómodo ante una pregunta: la investigadora respetó sus silencios, dudas y le invitó a no responder, si no le apetecía hablar de eso.

- Si el participante se siente juzgado en un grupo Focal, la investigadora que lo modera, interviene para reforzarlo y advertir que cada uno debe hablar solo de su propia experiencia respetando y sin juzgar las opiniones o percepciones de los demás. Todas las experiencias son válidas.
- Si el participante se emociona durante la entrevista, la entrevistadora respetó sus tiempos, le permitió expresar sus emociones y preguntó si quería o le apetecía continuar con la entrevista o cambiar de tema.

Se protegió en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes, así como la intimidad y la privacidad de los datos siguiendo la normativa ecuatoriana y europea sobre la protección de datos de carácter personal. A las grabaciones solo tiene acceso la investigadora principal, se anonimizaron las respuestas en las transcripciones, se eliminaron nombres propios de las transcripciones y alusiones a personas concretas que puedan ser identificadas.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigaciones del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la república de Ecuador, con Número de memorando 122-SUBDOC-HEE-15 (ANEXO III).

La autora de la tesis así como los investigadores que participaron en el segundo estudio, declaran no tener conflicto de intereses.

RIGOR

En investigación cualitativa es crucial que el investigador formule juicios sobre la solidez de su investigación en relación con la adecuación y transparencia en los métodos (Fernández-Sola, Granero-Molina, Hernandez-Padilla, 2019). Las estrategias propuestas por Guba y Lincoln (1989) para alcanzar trustworthiness (confiabilidad) desde el paradigma interpretativo fueron asegurar la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. En esta tesis, tales estrategias se han seguido del modo que se describe:

- Credibilidad (validez interna): La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de los medios elegidos para tal fin (Entrevista y Grupos Focales), recolecta información que genera valores y resultados y que puedan ser reconocidos como verdaderos para las personas que fueron estudiadas, y para quienes lo han experimentado, o han estado en contacto con el fenómeno investigado (Guba & Lincoln, 1989). La entrevistadora es

clínica (médica) que coordinó la organización de trasplantes de Ecuador, conocía a algunos participantes, y recibió formación en investigación cualitativa, lo que permitió la obtención de datos ricos y profundos. Se seleccionó una muestra para que diversas opiniones de los participantes estuvieran representadas. La lista final de temas, subtemas y unidades de significado se entregó a los participantes para corroborar si se identificaron con la interpretación. Los investigadores que triangularon los datos en el proceso de análisis fortalecieron la confiabilidad. Tres investigadores triangularon el análisis y se excluyeron las interpretaciones (unidades de significado, subtemas y temas) que no se acordaron.

- Transferibilidad (validez externa/ generalización): la descripción detallada es esencial para que “alguien interesado” (Guba & Lincoln, 1989 p. 316) transfiera los hallazgos originales a otro contexto, o individuos. Se proporciona una descripción detallada de participantes, reclutamiento, muestreo, recogida y análisis de los datos. Con todo ello cualquier investigador podría replicar este estudio en otros contextos.
- Dependability (consistencia, estabilidad de los datos), capacidad de obtener lo mismo resultados si el estudio se repitiera. Para ello se recomienda que un investigador externo examine, explore y cuestione cómo se produjo el análisis y la interpretación de los datos confirme la precisión de los hallazgos y para garantice que los hallazgos sean respaldados por los datos recopilados. Para determinar si las interpretaciones/ conclusiones están respaldadas por los datos, las interpretaciones, resultados y conclusiones fueron examinadas por un miembro del equipo de investigación que no participó en la recolección o análisis de los datos.
- Confirmabilidad (Objetividad): puede lograrse mediante el uso de estrategias de triangulación y la pista de auditoría (Guba & Lincoln, 1989). Tradicionalmente, la verificación de miembros se define como compartir un breve resumen de los resultados o los resultados completos con los participantes de la investigación (Morse, 2015). Para asegurar que los significados atribuidos a la experiencia son constantes, se realizó verificación de miembros: los entrevistadores regresaron a algunos participantes para verificar la precisión de las entrevistas transcritas y las interpretaciones. Además, tres miembros del equipo de investigación leyeron de forma independiente las transcripciones de las entrevistas para aclarar y llegar a un acuerdo sobre las definiciones de temas, subtemas y categorías desarrolladas.

RESULTADOS

RESULTADOS DEL ESTUDIO 1. REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SEXUALIDAD EN PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL.

La muestra de personas con trasplante renal la integraron 18 personas (10 mujeres y 8 hombres) con un promedio de edad de 39,33 años y comprendidas entre 22 y 55 años. Se realizaron en total 9 entrevistas a profundidad: 5 mujeres y 4 hombres con un promedio de edad de 43,22 años y dos grupos focales con 5 mujeres (GFF) y 4 hombres (GFM) respectivamente con un promedio de edad de 35,44 años. Del total, el 22% fueron solteros, 55% casados y 22% separados o divorciados. El 27,75% tenían entre 3 a 14 meses de trasplante, el 55,5% entre 15 y 24 meses y el 16,75% más de 25 meses de trasplante. Todos se declararon heterosexuales.

De la sistematización de la información de las entrevistas individuales y de los grupos focales, se desarrollan 4 temas analíticos que ayudan a comprender las representaciones sociales de la sexualidad en mujeres y hombres trasplantados renales: 1.- concepciones de la sexualidad, 2.- diferencias entre hombres y mujeres en la vivencia de la sexualidad, 3.- objetivos y contenidos de la educación de la sexualidad que recibieron las personas con trasplante y 4.- apoyo socio familiar. (Figura 6)

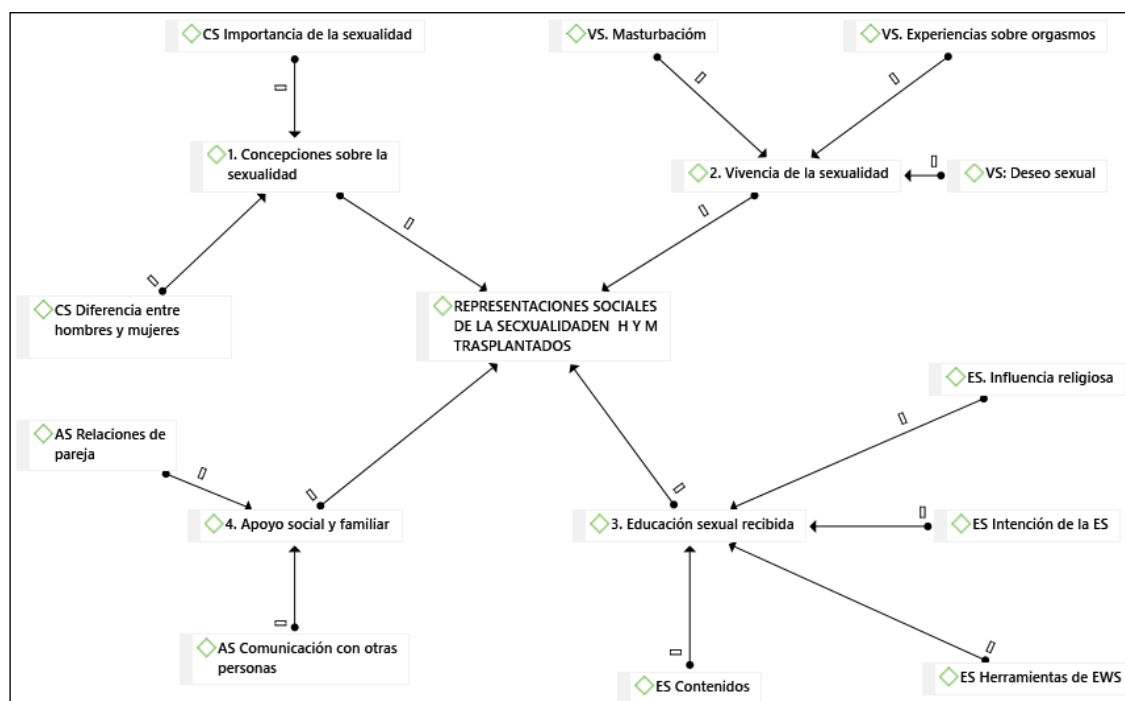


Figura 6 Mapa conceptual de las percepciones de hombres y mujeres sobre su sexualidad.

TEMA 1. CONCEPCIONES SOBRE LA SEXUALIDAD

Este tema aborda las concepciones sobre la sexualidad basadas en las representaciones sociales, la importancia de la sexualidad en su vida de cómo las personas enfrentaron el proceso de diálisis y los sentimientos y emociones que esto conllevó, contempla los subtemas: Diferencias entre hombres y mujeres e Importancia de la sexualidad en la vida de las personas con trasplante renal según el tiempo transcurrido desde el trasplante.

Subtema 1. Diferencias entre hombres y mujeres

Las mujeres entrevistadas, manifiestan que la sexualidad está determinada por la biología así como por su identidad de género, se la asocia con las relaciones genitales, el placer, pero también con el mundo emocional, su orientación sexual, la comprensión y armonía con la pareja.

“Bueno pues para mí, sí somos diferentes, porque algunos hombres son inmaduros, algunos no tienen la capacidad de pensar en una mujer por los sentimientos, por lo que sienten, ni nada, sino por placer, en cambio una mujer sí, porque tiene sus sentimientos tiene todo y sí somos diferentes en ese lado.” (M1)

“Dentro de la sexualidad está el reconocerse como género, preferencias, soy hombre, soy mujer, así se desarrolla mi cuerpo...; en una mujer se desarrollan las caderas, tiene el ciclo menstrual, está el ser mamá, todo ese tipo de cosas; dentro de la sexualidad está la vida sexual, la actividad sexual, las relaciones sexuales, es como le queramos llamar.” (M2)

En el caso de los hombres entrevistados, la sexualidad también la conectan con las relaciones coitales a las que dan un valor de placer y explican que está en la naturaleza masculina buscarlo, pero que no incluye necesariamente factores relacionales o afectivos; los hombres están dispuestos a involucrarse afectivamente una vez que han formado una familia, en cuyo caso la sexualidad entendida como relaciones genitales dejan de ser relevantes, para dar paso a los afectos como la parte sustancial de la relación de pareja que por otro lado se ve reforzada por la presencia de los hijos y su rol paternal (Figura 7).

“La sexualidad no es una base fundamental para formar un hogar, si no saber comprenderse el uno al otro y cuando se llega a tener unos hijos, vivir por ellos.” (H4)

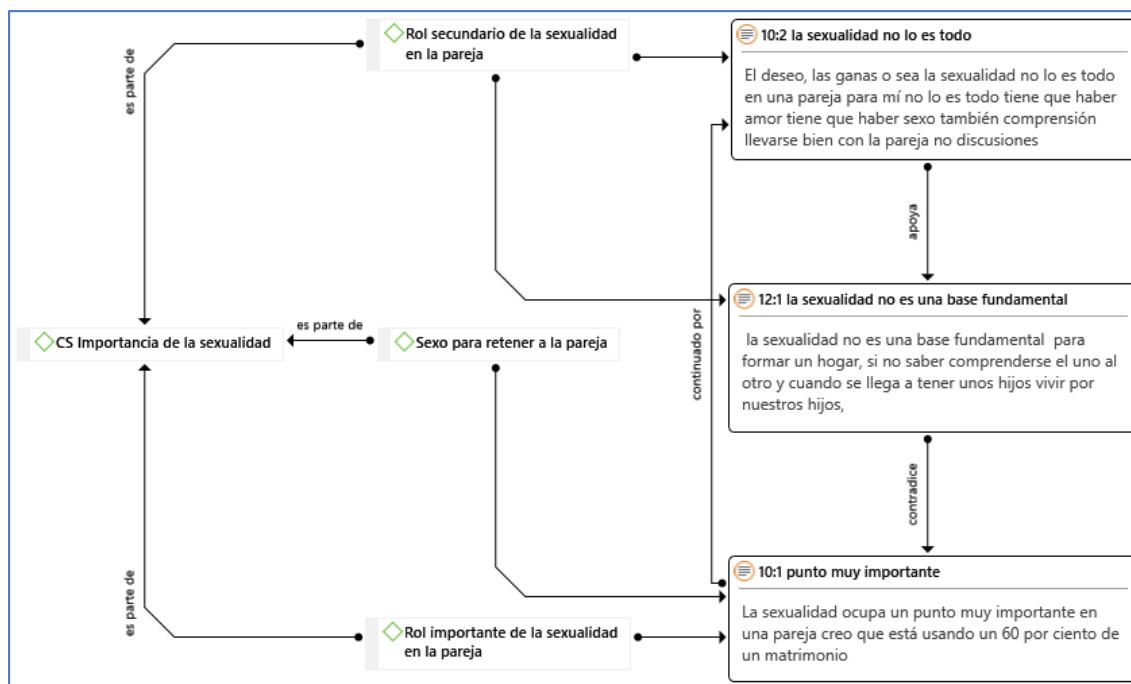


Figura 7 Discursos de los hombres entrevistados sobre sexualidad.

Durante el grupo focal con hombres, se evidenció las representaciones sociales sobre la masculinidad construida por la cultura en un momento histórico determinado, la sexualidad es uno de los componentes de la "hombría" que determina su comportamiento sexual y debe caracterizarse por ser impulsivo, interminable, riesgoso, siempre predispuesto y preocupado por el desempeño sexual, menos preocupado por el proceso de respuesta sexual de su pareja.

“A los hombres les gusta y como dicen las mujeres, ya es su naturaleza, quieren más, tienen más ganas de tener relaciones.” (GFH)

En las entrevistas individuales con hombres, se exhibió la importancia de la intimidad corporal de los esposos en matrimonio, como un signo de la comunión espiritual o por voluntad de las partes de mantener un vínculo sexual estable para la procreación o formación de una familia, denotando la influencia en las representaciones sociales del matrimonio determinado por la religión y la legislación.

“La sexualidad ocupa un punto muy importante en una pareja creo que es un 60 por ciento de un matrimonio.” (H2)

Subtema 2. Importancia de la sexualidad en la vida de las personas con trasplante renal según el tiempo transcurrido desde el trasplante.

Partiendo que tanto hombres como mujeres asocian la sexualidad en primera instancia con relaciones sexuales, ésta ocupa un segundo lugar en su condición de personas con trasplante renal sobre todo si el tiempo transcurrido desde su trasplante y el momento de la entrevista ha sido reciente, esto es comprensible pues frente a un peligro inminente de fin de la vida, perciben que la prioridad es sobrevivir, recuperarse y adquirir fuerzas. (Tabla 9).

Tabla 9 *Importancia de la sexualidad en la vida de las personas con trasplante renal.*

Antes del primer año	<p>“Para mí la sexualidad la pondría en segunda parte, en primer lugar, estar bien, estar bien de salud, la sexualidad le pondría en segunda parte para mi criterio, o sea, no principal.” (H1)</p> <p>“Bueno en mi vida tengo que decir, como yo con mi esposo si compartimos, para mí sí es importante, a lo mejor no lo esencial, pero yo con él disfrutamos, siempre protegiéndonos.” (M5)</p>
Segundo año	<p>“Yo estoy en un punto de mi vida donde no es indispensable para mí pensar en la sexualidad, pienso más bien en estar bien de salud, poder enfrentarme sana a la vida y poder ocupar bien mi vida, volver a trabajar y ese tipo de cosas, para mí por ahora la vida sexual las relaciones sexuales están en un lugar secundario.” (GFM)</p>

Conforme ha pasado el momento crítico del primer año de cirugía de trasplante, si son jóvenes y cuando se entiende a la sexualidad de manera integral, hombres y mujeres la miran como un tema de gran importancia en su vida y en su relación de pareja. Cuando las condiciones de salud se han estabilizado, incluso se plantean posibilidades de reproducción sobre todo los hombres, pues las mujeres conocen que el embarazo representará un riesgo para ellas y sus bebés por la sobrecarga de trabajo para su órgano trasplantado y por los medicamentos que se administran. (Tabla 10).

Tabla 10 *Expectativas reproductivas de personas jóvenes con trasplante renal.*

Más de dos años	<p>“Yo le molesto a mi novia, le digo: ya tenemos que tener hijos y que crezcan rápido para que cuando sean grandes y si falla mi riñón sean mis donantes.” (GFM)</p>
-----------------	---

	<p>“La verdad, yo si tengo deseo de tener un hijo, pero la verdad en esta situación que estamos trasplantados y todo eso tenemos que asegurarnos primero de que estamos bien nosotros, para dar vida a otro.”(GFF)</p>
--	--

TEMA 2. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA FORMA DE VIVIR LA SEXUALIDAD.

Este tema presenta las experiencias diferenciadas entre hombres y mujeres trasplantadas renales de cómo viven su sexualidad, los sentimientos y emociones que esto conlleva en la experimentación del deseo sexual, los orgasmos y la masturbación.

Las vivencias de la sexualidad en hombres y mujeres trasplantados discurren en una mezcla entre lo tradicional y las tendencias modernas sobre el tema. Por un lado, la condición biológica natural se constituye en el núcleo duro de las representaciones sociales de la sexualidad, pues la considera marcada y definitoria, pero por otro lado algunas mujeres juntan reivindicaciones sobre el placer, asunto incorporado desde hace poco tiempo en las aspiraciones o deseos femeninos de manera explícita.

Subtema 1. Afectando al deseo sexual

En las personas con trasplante renal han ocurrido cambios importantes en su organismo desde el padecimiento de la ERCT, el período de diálisis y la situación actual de cuidados extremos que deben guardar para mantener la funcionalidad de su riñón trasplantado y para algunas de estas personas, el deseo sexual no es igual que antes de la enfermedad, en este sentido algunas personas con trasplantedebieron hacer un cambio de modelo de sexualidad centrada en el coito hacia un modelo más integral y afectivo.

“El deseo, las ganas o sea la sexualidad cuando se está enfermo de enfermedad renal , no lo es todo en una pareja, para mí tiene que haber amor, tiene que haber sexo, pero también comprensión llevarse bien con la pareja no discusiones.” (H4)

Las mujeres entrevistadas manifestaron las representaciones sociales del carácter impulsivo masculino y el más afectivo femenino, estableciendo las diferencias de género en la sexualidad, para ellas no solo es importante la respuesta sexual fisiológica sino el contexto en el que se desarrolla y la importancia del componente psíquico para la respuesta sexual placentera.

“Hombres y mujeres somos diferentes, el hombre es un poco más físico, más igual que la comida, o sea les entra por los sentidos, lo mismo la sexualidad, la mujer no, depende también de que tengamos ciertos estímulos, en que nos ayuden a sentirnos bien con ganas de tener una relación y que sea placentera.” (GFF)

Subtema 2. Experimentación de orgasmos en mujeres y hombres.

Durante las entrevistas muchas mujeres desconocían el término “orgasmo” y luego de las aclaraciones debidas que en las entrevistas individuales la realizó la investigadora y en las entrevistas grupales las propias participantes más jóvenes o provenientes de ciudades, explicaron lo que este término comprende, este hecho puso en evidencia la falta de información y educación de la sexualidad y a pesar de que todas tenían experiencias sexuales previas incluso de muchos años, fue interesante la candidez de algunas de ellas sobre el tema y corresponde a la concepción de que el conocimiento sobre estos detalles del placer de la sexualidad no son propios de las mujeres “decentes” sin embargo las mujeres más jóvenes y con una actitud más abierta e independiente no tuvieron problemas para hablar sobre el tema.

“En mis 20 años de matrimonio, yo supe lo que era un orgasmo ya cuando tuve mi tercer hijo, con eso le digo todo, y así es que yo lo hacía como por obligación, pero cuando uno se siente eso, ahora me dio más apetito, como ya sé lo que es eso.” (M4)

Otras mujeres mantuvieron relaciones sexuales con sus parejas en el matrimonio como un sentido de débito u obligación matrimonial, sin sentir orgasmos sino alguna vez o esporádicamente.

“Para decirle la verdad estuve casada a los 20 años con mi esposo, yo más creo que lo hacía por obligación, pensando que él se va a ir con otra, ¿qué se yo?, no sé.” (M5)

Durante las entrevistas individuales y el grupo focal masculino, el término orgasmo fue conocido por todos y manifestaron diferentes experiencias, para la mayoría estaba sobre entendido que siempre el resultado de los encuentros sexuales es el orgasmo independientemente de lo que ocurra con su pareja, sin embargo, se ven cambios desarrollados en algunos hombres al preocuparse de que el placer sea compartido.

“Después del trasplante ha vuelto todo a la actividad, ha vuelto de nuevo mi apetito sexual y la dureza de mi pene y el placer en las relaciones sexuales, si completo el acto sexual es gracias al trasplante...” (GFH).

Subtema 3. La masturbación en mujeres y hombres

Con la comprensión del término también hubo diferencias entre mujeres y hombres, para algunas de ellas era la primera vez que escuchaban la palabra y para otras era un poco más conocida sin embargo la mayoría no la practicaban.

“Por lo menos en mi caso no soy mucho de que me gusten los juguetes, ni nada de eso. Una pregunta ¿qué es masturbarse?” (M1)

Para los hombres en cambio el término es perfectamente conocido e incluso se mencionó que era parte de las recomendaciones terapéuticas de los y las médicas, cosa que no ocurría con las mujeres, esto según la definición de uno de los entrevistados era debido a que les explicaron que la retención de semen podía producir taponamiento de los conductos deferentes, las glándulas seminales y estar más propensos a infecciones; como se puede apreciar la influencia de las representaciones sociales también en el discurso científico.

“La masturbación era recomendada por la doctora uróloga, dijo: siquiera una vez al día tienes que masturbarte porque el hombre necesita eyacular, necesita terminar, terminar todo, que eso se acumula y da infecciones.” (H3)

TEMA 3. OBJETIVOS Y CONTENIDO DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD QUE RECIBIERON LAS PERSONAS TRASPLANTADAS.

Este tema desarrolla cómo aprendieron sobre la sexualidad, cuáles fueron los principales mensajes que recibieron, qué pretendía la educación de la sexualidad, con qué herramientas contaban las familias para esta educación, y la influencia de la religión en la sexualidad.

“En mi casa no tuve la educación, como ahora que se les educa a los hijos sobre cómo tienen que cuidarse, qué cuidados, qué cosas tiene que hacer uno como mujer, en cambio yo no tuve eso, porque mi mamá era una persona demasiado ocupada” (GFM)

Subtema 1. Una educación sexual enfocada a la prevención:

Los aprendizajes de la sexualidad de las personas con trasplante renal refleja las concepciones que sobre la sexualidad se ha manejado en la última mitad del siglo con influencias de las ideas remanentes de la represiva época victoriana transmitida a través de la familia, la religión, la escuela, la medicina, las creencias populares, cuya finalidad es normarla y reprimirla, así como los primeros esbozos de una educación científica pero desde el contenido médico cuyo fin es prevenir enfermedades o el embarazo.

“Los padres tienen temor de que sus hijas se queden embarazadas.” (M5)

Cualquier otro enfoque de la educación sexual como derecho, o como herramienta para una vida sana, plena y placentera es entendida como una perversión, por los padres.

“Hay padres muy conservadores que no quieren bajo ningún concepto que su hijo reciba educación sexual y sobre todo a temprana edad.” (M5)

“Los padres consideran que hablar de sexualidad a los hijos es pervertirlos.” (GFM)

Subtema 2. Herramientas para la educación de la sexualidad

La mayoría de las personas con trasplante renal perciben que la educación de la sexualidad es inexistente en los hogares, padres ni madres no contaban con herramientas para comunicarse con los hijos o hijas para comunicarse sobre este tema, se considera un tabú, es decir que corresponde a la esfera de lo que es innombrable, a los hechos, ideas o deseos sobre los que se guarda silencio, que están prohibidos o censurados ya sea debido temores o prejuicios infundados y sin una razón justificada.

“A mí en esa época, había mucho temor, a mí nadie me enseñó: ni mi padre, ni mi madre, ni mis hermanos, yo sé que a mí me hablaban que casarse es malo pero no sabía por qué era malo, entonces nunca me explicaban.” (M4)

El aprendizaje sobre la sexualidad en el caso de las mujeres trasplantadas renales, estuvo dado por la información obtenida en las clases de la instrucción secundaria, cuyos mensajes

principales giran alrededor de la prevención del embarazo, métodos anticonceptivos, el aseo personal y aspectos fisiológicos como la menstruación.

“Bueno igual estudié en el colegio, entonces dentro del currículum académico teníamos sexualidad. Al respecto, yo no tuve necesidad de preguntarle a mi mamá como debía de ser, de cuidarme, de atender la situación del ciclo menstrual, por ejemplo, ya que en el colegio me daban esas indicaciones.” (M2)

En contraste, los mensajes que pueden dar las madres de origen campesino o indígena son cargados de simbolismos mágicos o parafraseo sobre el temor de que las hijas se queden embarazadas pasando por la orina de un hombre, pero tienen mensajes implícitos de reglas muy restrictivas especialmente cuando se trata de las mujeres.

“A mí me hablaban que casarse es malo, pero no sabía por qué era malo, entonces nunca me explicaban, usted sabe que la gente antigua, mi madre decía que no pasarás por la orina de un hombre porque vas a quedar embarazada, entonces yo siempre tenía eso en la mente y tenía ese pensamiento.” (M5)

Para los hombres en cambio se va aprendiendo en la vida como se pueda, “por sí mismo”, consultando páginas de internet o en las experiencias directas. No obstante, se aprecia en los discursos el carácter preventivo, al justificar la educación sexual en la necesidad de evitar infecciones o embarazos no deseados.

“La verdad que casi solito aprendí, (...), ya sabe cómo aprendíamos antes, pero bueno, ahora tenemos vídeos, Internet, para medio darse cuenta de eso, igual antes no se veía los métodos anticonceptivos, cómo cuidarse uno para no contraer ninguna infección, ninguna enfermedad ni dejar embarazada a la señorita, la mujer, me entiende, entonces no teníamos esa educación que hay ahora.” (H2)

Subtema 3. Influencia de la religión en la sexualidad:

La influencia de la religión en la sexualidad ha estado presente durante todo el tiempo durante las entrevistas, sin embargo no ha sido explícita debido a que se da por sentado que todo el mundo es religioso y que las normas dictadas por la religión forman parte del comportamiento

aceptable por la sociedad, en ese tema lo correcto es seguir los preceptos religiosos que están sobreentendidos por todo el mundo como en el comentario de una de las entrevistadas quien atraviesa un proceso de divorcio y que mencionó los consejos que le dio su pastor evangélico

“El apóstol Pablo en sus cartas a los Corintios, dice que la mujer no se niegue a su marido al no ser por ciertas causas que sean más bien espirituales que tienen que ver con su comunión con el Señor, pero si están en acuerdo pueden cesar en la actividad sexual, en el matrimonio.” (M3)

TEMA 4. APOYO SOCIO FAMILIAR.

Este tema abarca todas las vivencias de cómo se comunicaron sobre la sexualidad, con qué personas lo hicieron, la influencia que tuvo la enfermedad en sus relaciones de pareja y los sentimientos y emociones que esto conlleva.

Subtema 1. Comunicación con otras personas sobre la sexualidad

La comunicación entre las personas es fundamental para la reproducción social, de esta manera se participa de un intercambio de conocimientos, valores, ideas que proporciona un estar al día y sentirse dentro del ambiente social que crea vínculos y cohesión. Al ser la sexualidad un tema tabú en la sociedad, no se habla de ello en los padres, ni en la escuela, ni con el personal de salud, entonces los espacios y las personas para dialogar sobre el tema resultan escasos, produciéndose desde su infancia un vacío de conocimientos, de aprendizajes que les permita orientarse en este tema en las diferentes circunstancias de la existencia. Algunas de las mujeres entrevistadas encontraron en sus hermanas o primas las confidentes para comunicarse sobre aspectos relacionados con la sexualidad, otras pocas lo hicieron con sus parejas durante el período de su enfermedad.

“Con quien sí he tenido confianza de hablar de eso, es con mi prima, me llevo súper bien con ella, igual no hace mucho tiempo se casó, con ella he hablado de eso, igual con mi enamorado he hablado de eso, de ahí con mi papá, alguien de la familia, hermanos, no.” (M5).

A diferencia de las mujeres, los hombres casi que no se comunican sobre temas relacionados con la sexualidad y si lo hacen es en términos de negociación y acuerdos con su pareja:

“No, casi no hablo de ese tema, solo con mi esposa que conversamos a veces sobre eso, para ponernos de acuerdo.” (H4)

Subtema 2. Relaciones de pareja

Antes de la enfermedad de ERCT, las mujeres entrevistadas manifestaron que en las relaciones sexuales con sus parejas la iniciativa la tomaban sus parejas masculinas debido a su conocimiento de los temas sexuales y el cuidado en la prevención del embarazo. Para la mayoría ha sido socialmente aceptable que los hombres hagan uso del cuerpo femenino para su propio placer, sin que ellos tomaran el tiempo ni tuvieran el interés para prepararse y preparar a la pareja e incluso sin importar lo que ellas sientan en las relaciones sexuales:

“Yo le puedo contar que con mi esposo, para hacerme el amor, nunca me preparó, nunca me dijo ven, ni nunca me acariciaba antes de tener relaciones, yo me acostaba y él tenía el sexo, era así.” (M1)

Es interesante el análisis de las razones por las que los hombres buscan una pareja femenina que en muchos casos es con fines concretos y prácticos relacionados con el rol de cuidadoras de las mujeres y la reproducción social.

“Yo me comprometí a los 23 años de edad, viendo la necesidad de que mi mamá se había comprometido nuevamente y vivíamos con mi abuelita mayorcita y tenía la necesidad de mis cosas, no tenía quién me las haga, entonces me vi en la obligación de formar un hogar.” (H4)

Las personas que han sido trasplantadas renales han padecido períodos largos de enfermedad terminal que modifica las condiciones y expectativas de vida, siendo fundamental el entorno familiar y las relaciones afectivas en las fases que han debido pasar en el transcurso de su enfermedad; debido al rol tradicional de las mujeres, la mayoría de hombres que fueron trasplantados renales recibieron el apoyo de sus parejas femeninas, lo que no siempre ocurrió en el caso de las mujeres y muchas de ellas vieron debilitadas sus relaciones de pareja en momentos muy difíciles, varias de ellas estaban pasando por el período de divorcio.

“Son bien complicadas, cuando se está enfermo, ellas son las que mandan, uno tiene que hacer caso, ellas son las que me han cuidado, en realidad siempre han estado ahí” (H1)

Para hombres y mujeres el apoyo familiar y social es muy importante durante la fase de la enfermedad, sin embargo, pueden presentarse ocasiones en que prefieran no compartirlo con las amistades por temor a la discriminación.

RESULTADOS DEL ESTUDIO 2. LA SEXUALIDAD EN RECEPTORES DE TRASPLANTE.

La muestra de personas con trasplante renal la integraron 18 personas (10 mujeres y 8 hombres) con un promedio de edad de 39,33 años y comprendidas entre 22 y 55 años. Se realizaron en total 9 entrevistas a profundidad: 5 mujeres y 4 hombres con un promedio de edad de 43,22 años y dos grupos focales con 5 mujeres (GFF) y 4 hombres (GFM) respectivamente con un promedio de edad de 35,44 años. Del total, el 22% fueron solteros, 55% casados y 22% separados o divorciados. El 27,75% tenían entre 3 a 14 meses de trasplante, el 55,5% entre 15 y 24 meses y el 16,75% más de 25 meses de trasplante. Todos se declararon heterosexuales.

De la sistematización de la información de las entrevistas individuales y de los grupos focales, se desarrollan dos categorías analíticas que ayudan a comprender percepciones y experiencias de mujeres y hombres trasplantados renales sobre su sexualidad. (Tabla 11).

Tabla 11 *Temas, subtemas y unidades de significado del estudio 2 en personas con trasplante renal.*

Tema	Subtema	Unidades de significado
Miedo a mantener relaciones sexuales en pacientes con enfermedad renal crónica	Sexualidad confinada a un segundo plano	Importancia de la sexualidad, deseo sexual, enfermedad, resignación
	El deterioro fisiológico como inhibidor de la actividad sexual	Disfunción eréctil, economía, edad, suspender relaciones, aplazar relaciones, insatisfacción sexual
	Cambios post trasplante	Culpar a la enfermedad, cambio de rol, felicidad, volver a la vida, volverse irritable, sentirse bien sexualmente
Deficiencia en los recursos de asesoramiento y apoyo en sexualidad a los pacientes con enfermedad renal crónica	Sexualidad: preocupación oculta entre los pacientes	Edad, cultura, costumbres
	Desconocimiento de la figura del profesional sanitario como ayuda y apoyo en la sexualidad de los pacientes	Desconocimiento, Rechazo, negación, importancia de la sexualidad, falta de ayuda

TEMA 1. MIEDO A MANTENER RELACIONES SEXUALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Conforme a nuestro marco teórico, la sexualidad constituye algo más que una dimensión de la persona forma parte de lo esencial del ser humano: es algo que somos. De ahí, que favorecer el desarrollo sano y placentero de la sexualidad sea favorecer el desarrollo integral de una persona. Las enfermedades crónicas, en este caso, la enfermedad renal crónica, están asociadas a las disfunciones sexuales, en las que la capacidad para tener deseo o mantenerlo, está afectado, tanto en el hombre como en la mujer.

En la mayoría de los casos son un matrimonio de varios años de duración, es decir, ambos miembros de la pareja han estado manteniendo relaciones sexuales la mayor parte de su vida, y uno de ellos debuta la enfermedad renal crónica. Tras el diagnóstico de la enfermedad, se encuentran con una sexualidad nueva y desconocida para ambos, lo que conlleva en la gran mayoría de los casos a la imposibilidad de mantener relaciones sexuales plenas en la pareja. Además, el miedo a mantener relaciones sexuales en la persona con ERC está causada por múltiples factores que derivan en frustración, de querer llegar al coito con sus parejas y no poder en algunos casos provocando disfunción eréctil. La persona que debuta la enfermedad renal crónica, en el caso de la mujer, se ve afectada por una disminución del interés sexual, sequedad vaginal, ansiedad por lograr el orgasmo, dificultad para quedar embarazada, aumento de peso, depresión y baja autoestima debido a cambios en su apariencia física. En el caso del hombre, se ve afectado por una disminución del deseo sexual, dificultad para lograr y mantener una erección, dificultad para lograr una eyaculación, ansiedad y miedo al rechazo y depresión. En algunos de los casos, no cuentan ni siquiera con ayuda familiar, por lo que, si a esto se le suma los factores mencionados anteriormente, lleva al fracaso de la relación sexual.

“Tenía mucho miedo de tener relaciones sexuales demasiado pronto después del trasplante porque podría dañar el riñón de alguna manera.... Aunque me sentía presionada por mi esposo, evité tener relaciones sexuales por lo menos durante el primer año después del trasplante...”

(M-5)

Subtema 1. Sexualidad confinada a un segundo plano

Cuando la sexualidad se deja en un segundo plano, es indicativo de que existen motivos que han llevado a ello. Cuando la sexualidad de una persona es activa y buena, y ha dejado de serlo, puede ser consecuencia de un fenómeno relevante en la vida de la persona o de la pareja:

“No le doy importancia al tema de sexualidad, puedo vivir sin eso, hay temas más importantes”
(M-2)

“Ya no es algo que sea importante, hay otros problemas más importantes en los que pensar. No me preocupa eso.” (M-5)

En algunos casos, se ha referido el tema del cuidado doméstico y de los hijos como una de las grandes preocupaciones, hecho que influye en la sexualidad de alguno de los entrevistados:

“A raíz de que mi esposo me dejó, tuve que trabajar duro y sacar adelante a mis 6 hijos sola. Sólo pienso en eso, en cómo salir adelante.” (M-1)

Se puede observar que, en muchas ocasiones la persona que debuta enfermedad renal no le da importancia al tema de la sexualidad una vez diagnosticada y evolucionado la patología. Muchas de las parejas, hacen su vida sin la presencia de esta necesidad fisiológica, lo dejan en un segundo plano y sólo la recuerdan como algo del pasado y lo aceptan con resignación:

“Había situaciones en las que, si deseas, pero ya es como que piensas que un abrazo, un cariño, un alago, unas palabras es también amor con la pareja” (M-2)

“Sí me influye la sexualidad en la calidad de vida, pero con la enfermedad, tuve que aceptar que ya no iba a ser igual que antes, ya que por delante de todo esto, está la salud” (H-2)

Subtema 2. El deterioro fisiológico como inhibidor de la actividad sexual

Hay entrevistadas que mencionan, además de la evolución y el diagnóstico de la enfermedad, otros condicionantes para no mantener relaciones sexuales en la pareja, como son la edad, la falta de deseo sexual o la no apetencia sexual. Además, encontramos con que, a la Insuficiencia renal crónica, se le añaden otros tipos de enfermedades importantes, también relacionadas con la insatisfacción sexual:

“Tengo diabetes, hipertensión, colesterol, depresión... no solo tiene Insuficiencia renal, entonces todo esto conlleva a no poder mantener relaciones” (GF-M)

“Uno cuando se es diabético llega a perder ese el líquido que lubrica a la vagina, entonces me dijeron que eso me estaba pasándome a mí” (M-3)

En el ámbito fisiológico, encontramos también problemas adicionales en los pacientes hombres. Uno de los más presenciados entre este tipo de pacientes, es la imposibilidad de conseguir o mantener una erección adecuada para la práctica sexual, aunque ellos deseen esto:

“Antes duraba más, en la relación tenía más duración, ahora la duración es la mitad, a mí me dijeron que con esto subía la libido, claro que sube la libido, pero no sabía que iba a afectar en otra cosa” (H-4)

Otro de los factores predisponentes al fracaso de la relación sexual es la desgana en la pareja a la hora de mantener relaciones sexuales o enfrentarte a personas totalmente desconocidas por las consecuencias de la enfermedad:

“Nada es lo mismo. Ni siquiera mi pareja, ha cambiado de tal forma que no es ni el mismo con el que me casé” (M-3)

Subtema 3. Cambios post trasplante

La mayoría de los pacientes, una vez que han recibido el trasplante renal, suelen culpar a la enfermedad de no tener deseo sexual o de no poder mantener buenas relaciones sexuales. En muchos de los casos, tras recibir el trasplante, suelen suspender o aplazar relaciones con la pareja:

“Cuando se dio el trasplante, ósea yo dije, el en su casa y yo en la mía.” (M-1)

“Cuando yo estaba sana, a veces no sentía nada, a veces sentía algo, a veces teníamos relaciones y a veces no, pero cuando enfermé, yo no quería saber ni de mí misma, entonces mi esposo como no sabía que me pasaba llegó a decirme que yo andaba con otra persona por eso no lo aceptaba a él” (M-5)

Además, tras el trasplante, muchos de los entrevistados, refieren que es como volver a nacer de nuevo, tener esa felicidad que no tenían al ser diagnosticados de la enfermedad, y todo ello conlleva a volver a sentirse bien sexualmente:

“Yo antes era como fría en el tema del sexo, tras el trasplante, volví como a sentir cosas” (M-4)

“Estoy más cerca de ellos, hay más confianza con ellos, con mis hijos, tenemos mejor relación mi esposa y yo” (M-2)

Por el contrario, algunos de los entrevistados refirieron que no tuvieron cambios tan buenos como esperaban, ya que con todo el proceso de la enfermedad y después del trasplante, se volvieron más irritables, con más genio y más duros a la hora de tratar a sus familiares y amigos:

“Me cogí un mal genio, mal carácter..., reñía a mi hija si dejaba la taza aquí en el escritorio, cosas así” (GF-F)

TEMA 2. DEFICIENCIA EN LOS RECURSOS DE ASESORAMIENTO Y APOYO EN SEXUALIDAD A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Los pacientes trasplantados renales cuentan con pocos recursos de asesoramiento y en sexualidad para hacer frente a su problema. Ya es duro combatir con una enfermedad nueva para ellos, sin saber qué hacer o qué es la enfermedad, como para además hacerlo solos. Ello influye en todos los aspectos de su vida, a nivel social, económico y psicológico, lo cual influye en su sexualidad, haciendo frente a un deseo sexual inhibido ante la presencia de otros problemas prioritarios. A la mayoría de estos pacientes, le surgen dudas del tipo: “A quién consultar”, “Donde ir”, “Si el tema de su sexualidad es un problema psicológico o existe un profesional especializado en ello”, “cuando ir”... Por ello, los profesionales que atienden su enfermedad, también deberían tratar el tema de su sexualidad, ya que a los pacientes es el tema que más les preocupa una vez trasplantados, y dar consejos o incluso recomendar asistir a consulta de un sexólogo.

Subtema 1. Sexualidad: preocupación oculta entre los pacientes

Es complicado abordar algunos temas con personas que han vivido en otra época a la actual. Uno de estos temas es la sexualidad. Los pacientes suelen hablar sin vergüenza y soltura sobre su experiencia respecto a la enfermedad o su calidad de vida antes y después del trasplante, sobre su ocupación laboral, sobre su situación económica, sobre su familia, incluso sobre su vida sentimental... Sin embargo, resulta complicado extraer información sobre las relaciones sexuales con su pareja antes y después del trasplantes, sobre su sexualidad, llegando hasta repetir, con vergüenza, las preguntas relacionadas con el tema del sexo que les hacía para comprobar que efectivamente había escuchado bien la pregunta:

“¿De las relaciones sexuales? (Asombro)” (M-1)

Es entendible entre los pacientes, ya que a muchos de ellos no se les ha hablado de estos temas en sus entornos familiares y dónde el sexo en su época era considerado un tema tabú y de total intimidad:

“En esa época a mí nadie me enseñó, ni mi padre, ni mi madre, ni mis hermanos, yo sé que a mí me decían que casarse era malo, pero no sabía por qué era malo, entonces nunca me explicaban nada” (M-1)

Tampoco en entornos educativos era común encontrar una educación sexual más allá de lo meramente preventivista, tal y como se discutió en el Grupo focal de hombres donde había coincidencia en la ausencia de información en el sistema educativo reglado.

“...es que antes no había en la escuela ni en el colegio educación sexual, ni en la universidad nada, no ve, antes no había eso, ahorita es lo que ya últimamente en las escuelas están dando educación sexual a los niños, igual en el colegio, ahí nosotros no teníamos eso” (GF-M)

Actualmente, continúan sin hablar de estos temas con nadie, ya que consideran que su experiencia sexual no tiene solución y lo asumen ellos solos, sin contarle a nadie, pero principalmente porque esto es un tema íntimo y privado para ellos:

“no creo que mis problemas sexuales se arreglen si voy a un profesional de la salud para contarle mis dificultades” (GF-F)

Subtema 2. Desconocimiento de la figura del profesional sanitario como ayuda y apoyo en la sexualidad de los pacientes

El profesional sanitario es aquella persona encargada de atender cualquier problema de salud de la persona. Como he mencionado anteriormente, muchos de los pacientes no saben que existen profesionales sanitarios especializados en el tema de la sexualidad como son los sexólogos, ni siquiera tienen el conocimiento de que sus insatisfacciones sexuales puedan tener solución. Por ello, los profesionales sanitarios también deberían concienciarse de manera rutinaria a preguntar sobre la sexualidad de sus pacientes, ya que, en este caso, la mayoría de trasplantados están seguros de que su sexualidad no tiene solución y que ningún profesional podría ayudarle:

“Yo creo que sería bueno que nos llamen en pareja, con nuestros esposos, (para) que conversen nuestra situación como enfermas que somos, ya que los médicos saben cómo estamos, lo que podemos y lo que no podemos, para que mi esposo entienda que estoy de bajada con la sexualidad” (M-4)

Algunas participantes mostraron poca confianza en que un profesional de la salud pueda o deba ayudarles con sus problemas sexuales, entendiendo que es un asunto privado donde poco cabe esperar de ayudas externas.

“No, ¿en qué me van a ayudar?, no hay nada que hacer, es un tema que tengo que controlar yo misma” (GF-F)

RESULTADOS DEL ESTUDIO 3. PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA SEXUALIDAD DE SUS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL.

Fueron entrevistados 20 profesionales de la salud de unidades de trasplante renal de los Hospitales Eugenio Espejo y Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, con un promedio de edad de 39,5 años y 8,35 años de promedio de trabajo en unidades de trasplante renal. 11 fueron mujeres con un promedio de edad de 36,3 años y en promedio 7,45 años de experiencia en unidades de trasplante renal, 6 fueron médicas, 4 enfermeras y 1 trabajadora social. 9 fueron hombres, todos médicos, con un promedio de edad de 43,3 años y en promedio 9,44 años de trabajo en unidades de trasplantes. 12 participaron en entrevistas individuales y 8 en un grupo focal. Tab. 2.

De la sistematización de la información de las entrevistas individuales y de los grupos focales, se desarrollan 3 temas analíticos que ayudan a comprender las percepciones de las y los profesionales de salud con respecto a la sexualidad de personas con trasplante renal: 1.- Lo biológico y lo emocional en la sexualidad de las personas con trasplante renal. 2.- Influencia del género y las interseccionalidades en la percepción de la sexualidad de las personas con trasplante renal, 3.- La sexualidad en el proceso asistencial de las personas con trasplante renal. (Tabla 12).

Tabla 12 Temas, subtemas y unidades de significado del estudio 3 en profesionales de salud.

Temas	Subtemas	Unidades de significado
1. Lo biológico y lo emocional en la sexualidad de las personas con trasplante renal.	Efectos de la enfermedad y el régimen terapéutico en la vida sexual de las personas con trasplante renal.	Efectos de la diálisis en la sexualidad. Efectos del trasplante renal. Complicaciones post-trasplante. Efectos de los medicamentos en la sexualidad.
	Influencia de los factores emocionales en la sexualidad de las personas con trasplante renal.	Autoconfianza Expectativas de futuro. Aceptación de la pareja. Sensación de bienestar.

2. Interseccionalidad y sesgos de género en la percepción de la sexualidad de las personas con trasplante renal.	Interseccionalidad en las percepciones sobre sexualidad.	Diferencias etarias. Diferencias por contexto rural/urbano. Diferencias según etnia. Diferencias entre nivel socio-económico.
	Diferencias de enfoque según paciente femenino o masculino.	Preocupaciones de las mujeres. Preocupaciones de los hombres. Recomendaciones sobre conducta sexual responsable. Mayor riesgo salud reproductiva de las mujeres.
	Un sesgo de género en la atención a la sexualidad de la persona trasplantada renal.	Énfasis en la prevención de infecciones. Énfasis en la disfunción eréctil. Ausencia de exploración de la sexualidad femenina.
3. La sexualidad en el proceso asistencial de las personas con trasplante renal.	Importancia de la sexualidad en profesionales, normas y registros.	Importancia de la sexualidad para profesionales de la salud. Sexualidad en los protocolos de trasplante renal. Sexualidad en los registros clínicos. Sexualidad en las Interconsultas.
	Dificultades en el abordaje de la sexualidad.	Barreras objetivas en el abordaje de la sexualidad. Barreras subjetivas / tabú para el abordaje de la sexualidad.
	Percepciones de los profesionales de la salud sobre mejoras en el abordaje de la sexualidad.	Rol del profesional de la salud en el abordaje de la sexualidad. Profesional ideal para tratar el tema de la sexualidad. Construyendo una relación empática y de confianza con el paciente. Proponiendo mejoras en el abordaje de la sexualidad.

En este apartado se presentan los resultados del estudio realizado en profesionales de salud vinculados a los servicios de trasplante renal de los dos hospitales de Quito. Se establecieron las relaciones agrupándolas en 3 temas (Figura 8).

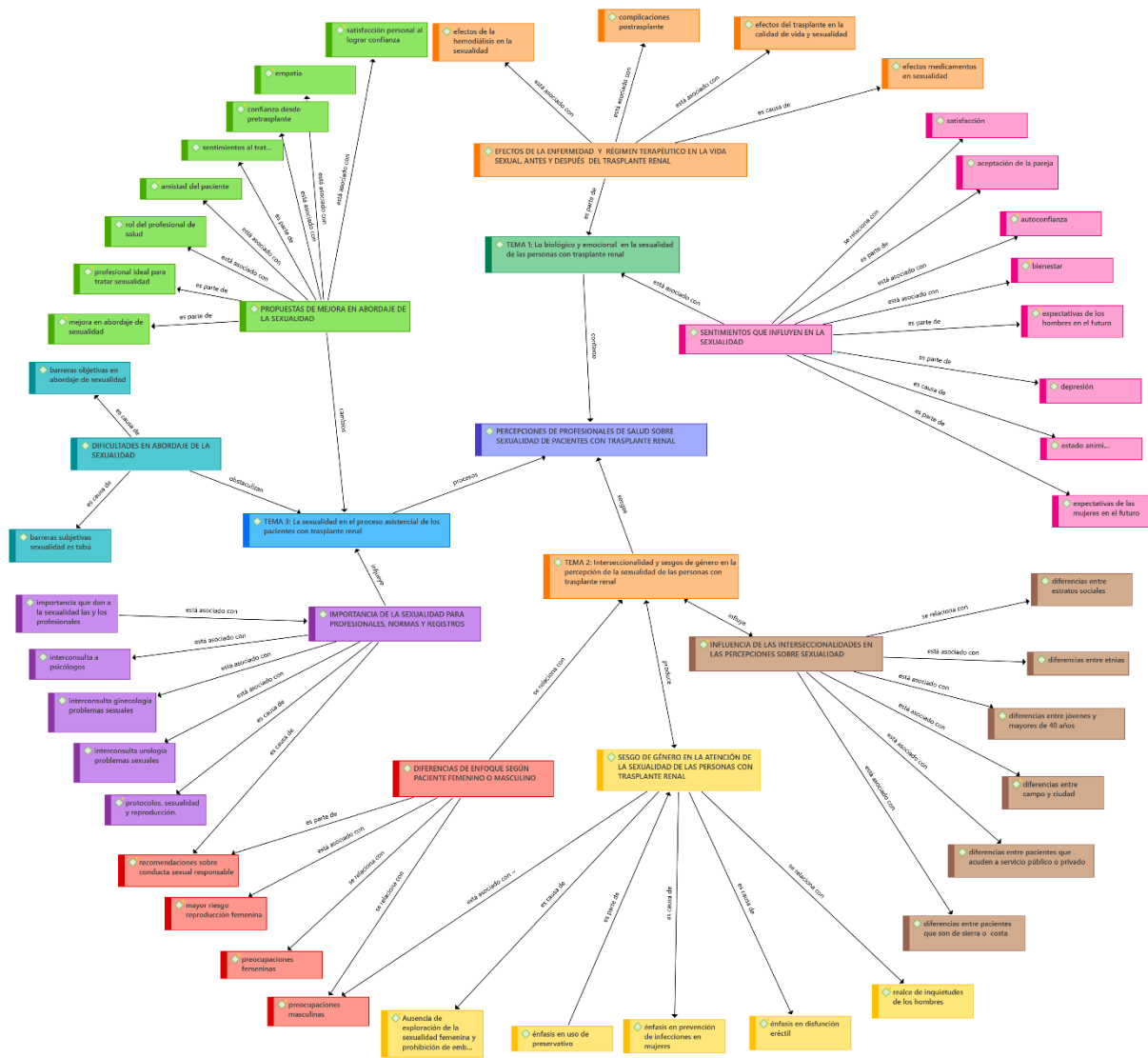


Figura 8. Mapa conceptual de temas, subtemas y unidades de significado de las percepciones de profesionales de salud sobre sexualidad de las personas con trasplante renal.

A continuación se presenta el análisis cualitativo de cada subtema y unidades de significado con las citas que ejemplifican el análisis, siguiendo una secuencia que permite la contextualización de los efectos de la enfermedad desde antes y después del trasplante y tratamiento para luego continuar con los hallazgos de las diferencias percibidas por el personal de salud sobre las características de las y los pacientes con trasplante renal, los sesgos que tienen en la comprensión de la situación de las y los pacientes, las dificultades en el abordaje de la sexualidad, el reconocimiento de su importancia en la vida de los seres humanos de manera particular en las y los pacientes que atienden, y finalmente las actitudes positivas para mejorar el abordaje de la sexualidad de manera integral en las y los pacientes con trasplante renal.

TEMA 1: LO BIOLÓGICO Y LO EMOCIONAL EN LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL.

El trasplante renal es la culminación de una larga historia de enfermedad renal que ha modificado el funcionamiento de aparatos y sistemas del cuerpo humano afectado, muchas veces la ERCT es consecuencia de patologías subyacentes como la diabetes o hipertensión arterial y otras son intrínsecas del aparato excretor, pero, en cualquier caso, se ve alterada la función sexual en gran medida en unas veces o pequeña en otros. Para comprender de mejor manera la sexualidad de las personas con trasplante renal es necesario comprender lo que ha pasado antes del trasplante renal y después de él, incluidos los efectos de los medicamentos, así como la influencia de las emociones antiguas y nuevas que son el gran motor de inspiración de las personas con trasplante renal. (Figura 9)

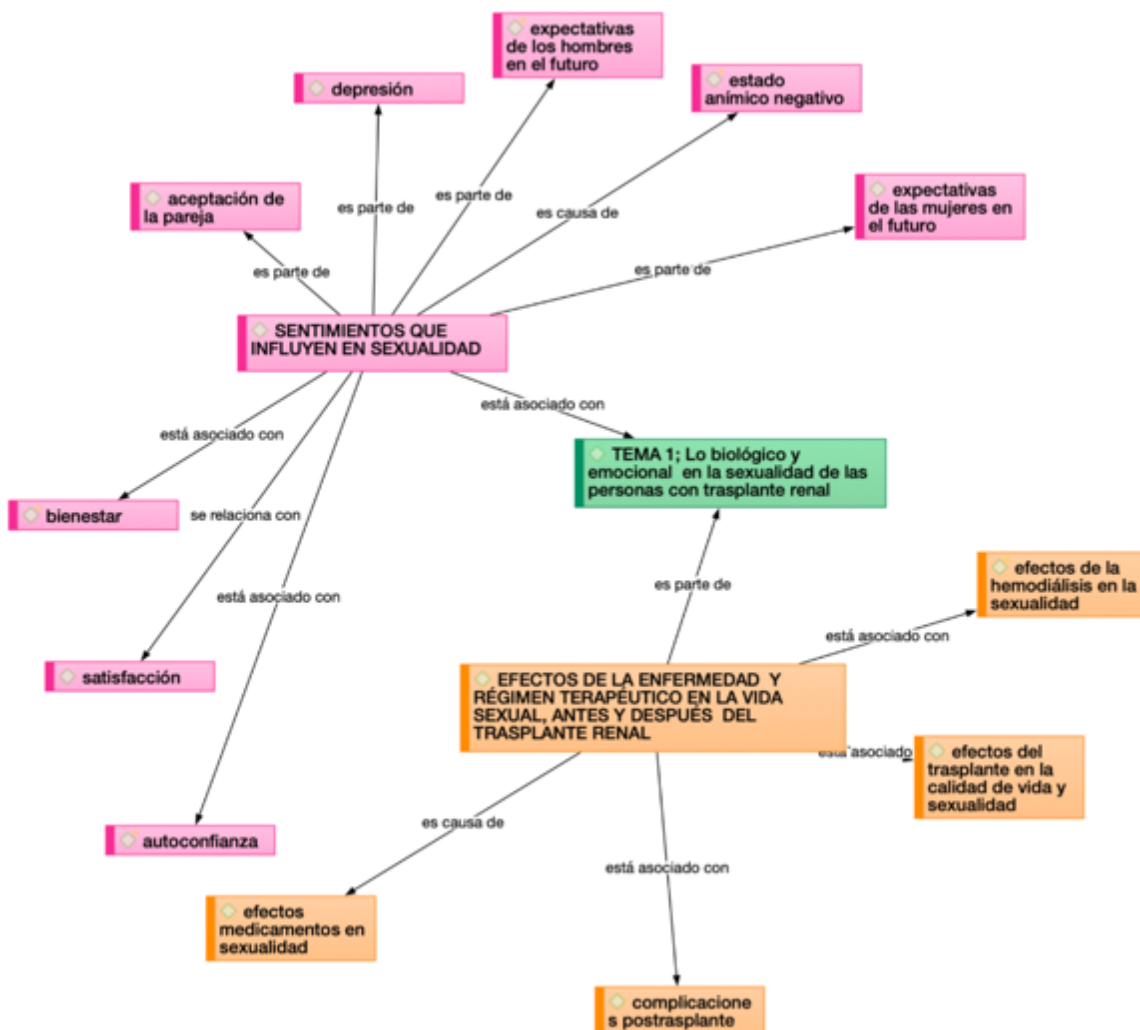


Figura 9 Lo biológico y lo emocional en la sexualidad de las personas con trasplante renal.

Subtema 1. Efectos de la enfermedad y el régimen terapéutico en la vida sexual antes y después del trasplante renal.

En este subtema se analizarán los efectos de la diálisis, trasplante, complicaciones y medicamentos en la calidad de vida y en la sexualidad de los pacientes con trasplante renal.

Efectos de la diálisis en la sexualidad

Las y los pacientes con ERC ya vienen con una historia de cambios en su organismo, su psicología y generalmente presentan otras enfermedades subyacentes como la diabetes, hipertensión arterial cardiopatía isquémica, anemia, disfunciones hormonales que en su conjunto contribuyen a producir alteraciones en la sexualidad de las personas. Algunos de los efectos de la ERC en la sexualidad masculina provocan fundamentalmente impotencia y oligospermia (disminución en la producción de espermatozoides) y en la mujer alteraciones en el ciclo menstrual y frecuentemente amenorrea (falta de menstruaciones). La disfunción sexual es más acentuada durante la fase urémica con la disminución de la lívido e impotencia en los hombres y en las mujeres falta de deseo, lubricación y dispareunia.

Con la hemodiálisis y diálisis peritoneal se logran mejorar algunos de estos problemas, pero generalmente persisten por el periodo corto de los efectos positivos de estas terapias y además posterior a ellas, las personas no tienen fuerzas para preocuparse de su sexualidad.

En el ámbito psicológico son frecuentes la ansiedad, baja autoestima, depresión, trastornos del sueño, falta de apetito, temor al mal desempeño sexual, disminución del interés y las capacidades sexuales. La irritabilidad y la ansiedad son también comunes. Todos estos cambios con frecuencia llevan también a alteraciones en las relaciones de pareja, familiares y sociales.

“Mientras tienen su enfermedad renal crónica y están en diálisis, ellos no tienen su deseo sexual, o sea se les disminuye y es por esa razón que hay muchas separaciones de las familias, divorcios, abandonos de parejas.” (P-5)

En el ámbito de la calidad de vida de las personas que reciben hemodiálisis presentan un deterioro debido a la dependencia de la máquina para sobrevivir, la intensa fatiga que sienten luego del proceso, las valoraciones de la Calidad de Vida Relacionada con Salud, que se mide con diferentes instrumentos generalmente tienen menos puntuación en relación con la misma medición en pacientes trasplantados renales.

“La hemodiálisis es un método sustitutivo de la función renal, pero no en todas las funciones del riñón, por lo tanto, estos pacientes verdaderamente tienen anemia y tienen un quebranto generalizado por lo que les afecta a su vida sexual.” (P-10)

“Otra de las afectaciones obviamente que tienen nuestros pacientes y que mejoran después es que este paciente que está en hemodiálisis, paciente que sale cansado es un paciente que se siente agotado por su misma enfermedad y esto no le permite mantener una vida sexual activa.” (P-1)

Efectos del trasplante renal en la calidad de vida y la sexualidad

El trasplante renal permite mejorar las alteraciones orgánicas producidas por la ERC y las terapias sustitutivas como la hemodiálisis y diálisis peritoneal, recuperándose el eje hormonal y disminuyendo los efectos negativos de la acumulación de electrolitos, creatinina y urea entre otros.

“Cuando ellos se trasplantan recuperan muchas más funciones de la parte renal, lo que mejora su estado físico luego psicológico no van a tener ese decaimiento esa debilidad como tenían antes y mejoran mucho su capacidad en muchas actividades incluido la vida sexual.” (P-10)

La calidad de vida es apreciada por las y los profesionales de salud como un factor que mejora considerablemente luego del trasplante, sin embargo, depende de algunas condiciones como: si el donante fue vivo o cadavérico, si tiene o no pareja estable, si tiene o no empleo, si el tiempo de diálisis fue de muchos o pocos meses, si es hombre o mujer, si su nivel de instrucción es elevado o no, etc.

“El objetivo del trasplante es que nuestros pacientes recuperen al 100% su calidad de vida o sea recupere todas sus actividades que si es que es un paciente que está en su trabajo se incorpore a su trabajo, nuestros pacientes jóvenes se incorporen o se inserten a la vida social y obviamente uno de los objetivos principales va a ser mejorar dentro de la calidad de vida pues el ámbito sexual del paciente, sabemos que es muy importante que nuestros pacientes se sientan seguros de sí mismos.” (P-1)

Complicaciones post trasplante renal.

La mayor de las preocupaciones de los profesionales de la salud es la pérdida del injerto debido a infecciones de transmisión sexual, por lo que hay una enorme coincidencia entre las recomendaciones de los especialistas, enfermería, trabajo social etc. de reforzar las precauciones sobre estas enfermedades.

“Cuando hay alguna complicación primero tratamos de ver el origen, por ejemplo una infección de transmisión sexual primero está registrada y luego indagamos porque se dio y esto es una alerta para nosotros de que el paciente pueda continuar con una costumbre o hábito que pueda atraer una nueva infección, lo cual puede ir en contra de su persona y del riñón puesto que si se da una infección que pone en riesgo al paciente, tenemos que quitar o disminuir la inmunosupresión y esto puede hacer que se pierda el injerto o que se pierda el riñón trasplantado.” (P-10)

Efectos de los medicamentos usados en post trasplante renal en la sexualidad

Como se dijo, el tratamiento inmunosupresor para prevenir el rechazo, puede ocasionar infecciones recurrentes en pacientes trasplantados. Sin embargo, de acuerdo a los relatos de los profesionales de salud cuando se presentan tales infecciones, generalmente se atribuyen a la falta de cuidado de los pacientes. Ello hace que las y los pacientes con trasplante renal desarrollen un rechazo a las relaciones sexuales.

“Ellos dicen es que no creen tener la infección de vías urinarias por tener relaciones, es más ya no voy a tener me dicen intimidad, relaciones sexuales ya no; entonces yo a veces les digo pero porque no, dice es que si ahora yo ya no tengo nada desde que me diagnosticaron enfermedad renal yo ya no tengo absolutamente nada con mi pareja.” (P-5)

Actualmente existen escasos estudios sobre los efectos de la terapia de inmunosupresión sobre la sexualidad, pocos estudios señalan la vinculación de la ciclosporina con alteraciones en la fertilidad, sin embargo, las y los médicos nefrólogos y urólogos recomiendan estudios hormonales para evaluar su funcionamiento en alteraciones de la sexualidad.

“De lo que se quejan es doctor yo funciono bien pero no tengo ganas, entonces ahí uno se compromete a hacer la parte del estudio también hormonal que se puede ver afectado por este tema de los inmunosupresores.” (P-9)

Subtema 2: Influencia de los factores emocionales en la sexualidad de personas con trasplante renal.

En esta subtema se analizan las percepciones del equipo de salud sobre la influencia de los factores emocionales en la sexualidad de las personas con trasplante renal. Se incluyen las

unidades de significado de expectativas de futuro de hombres y mujeres, bienestar, satisfacción, aceptación de la pareja, autoconfianza, sentimientos negativos y depresión (Figura 10).

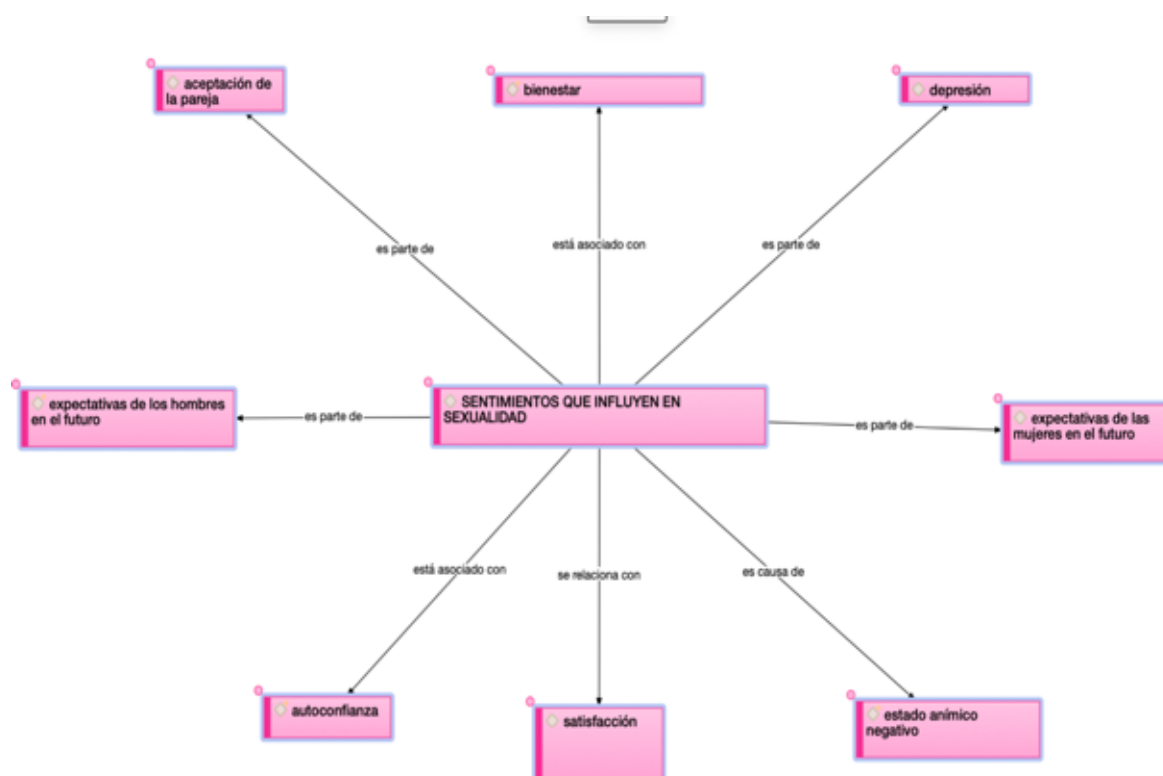


Figura 10 Sentimientos que influyen en la sexualidad.

El equipo de salud percibe que las emociones positivas y negativas influyen en la vida sexual de las personas con trasplante renal.

Expectativas de futuro.

Lo más destacado se refleja en las experiencias de los relatos de las y los pacientes sobre las expectativas de futuro que van construyendo desde antes del trasplante y que se materializa luego de que él ha ocurrido. Este factor sería de gran influencia en la motivación para seguir los tratamientos, esforzarse en la vida, plantearse objetivos y la creencia sobre la posibilidad de alcanzarlos.

De manera general, esta ilusión sobre tener futuro y vivir más tiempo, influye sobre otros aspectos de su vida como la sensación de bienestar, autoconfianza y satisfacción sexual.

“Una vez que se trasplanta, al mejorar todo, al recuperar ellos esta seguridad en ellos mismos, al sentirse con un trasplante, al verse fuera de una máquina, al verse útiles, en muchos pacientes donde la gran afectación o el mayor problema ha sido psicológico, pues recuperan su vida sexual activa” (P-1)

Las y los jóvenes particularmente, piensan en un futuro a largo plazo con pareja y en familia con hijos.

“Entonces ellos al explicarles los efectos del trasplante, pues obviamente lo toman de una manera positiva y se van dando cuenta que en realidad ha mejorado su calidad de vida y muchos de ellos incluso preguntan si pueden o no poder procrear luego del trasplante” (P-10)

Aceptación de la pareja.

Otro de los aspectos motivacionales observados en estos pacientes es la aceptación y confianza de su pareja.

“Es muy importante aceptar a la pareja ahora que está con su enfermedad renal, que es muy importante tener mucha paciencia” (P-5)

Por el contrario, el estado anímico negativo y la depresión limitan el deseo sexual y la interacción con sus parejas.

“Una de las afectaciones que pudiera provocar en estos pacientes es su estado anímico, que si mi paciente no está anímicamente bien, que si mi paciente se siente psicológicamente que tiene una enfermedad terminal, que no puede más” (P-11)

TEMA 2. INTERSECCIONALIDAD Y SESGOS DE GÉNERO EN LA PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON TRASPLANTE RENAL.

Más allá de los temas biológicos, el contexto y los determinantes sociales de las enfermedades cumplen un rol muy importante, de esta manera se establecen diferencias de género, edad, etnia, situación socio-económica, educación, etc., que dan como resultado formas diferentes de encarnar la enfermedad, muchos de éstos condicionantes atraviesan no solo a la manera cómo viven las enfermedades las personas con trasplante renal, sino que también influyen en los

profesionales de salud que los atienden, las preconcepciones que manejan y los énfasis que ponen en las evaluaciones, seguimiento y manejo terapéutico (Figura 11).

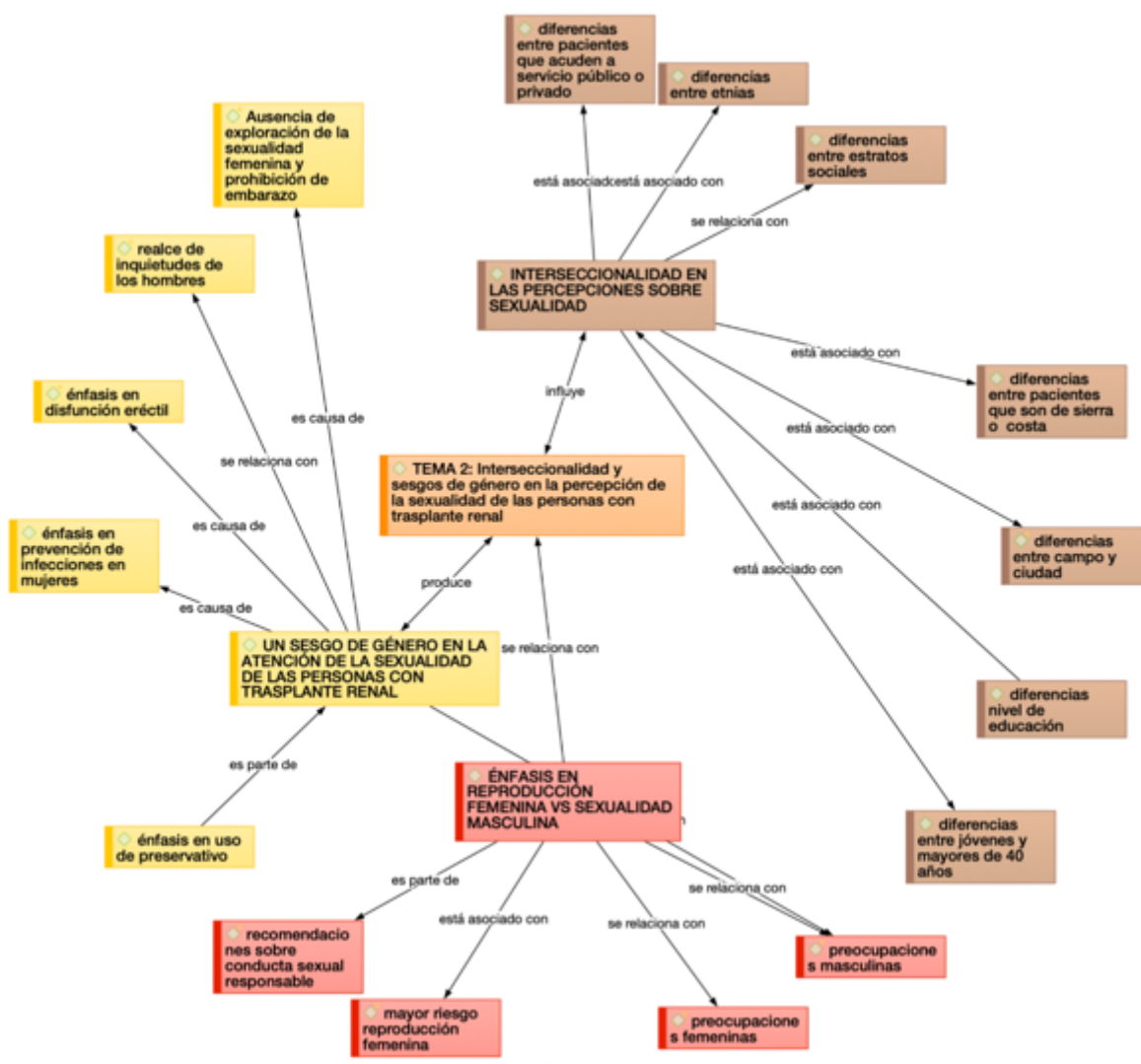


Figura 11 Intervención de las interseccionalidades y sesgos de género en las percepciones de profesionales de salud sobre la sexualidad de personas con trasplante renal.

Subtema 1. Interseccionalidad en las percepciones sobre sexualidad.

La interseccionalidad es un concepto analítico que ayuda a explicar y comprender las interacciones de diferentes desigualdades como las de género, etnicidad y de clase social, entre otras; todas interactuando al mismo tiempo y teniendo como fundamento similares mecanismos discriminatorios basados en la determinación biológica o natural de los cuerpos. Estas categorías se sobreponen al momento de relatar las percepciones de las y los profesionales de

salud sobre la sexualidad de las personas con trasplante renal, los énfasis en la exploración, valoración y manejo terapéutico. (Figura 12)



Figura 12 Intervención de las interseccionalidades en las percepciones de profesionales de salud sobre la sexualidad de personas con trasplante renal.

Diferencias según edades.

En las entrevistas se devela que los equipos de salud abordan la sexualidad en caso de que los pacientes tomen la iniciativa y sean ellos los que soliciten información o planteen preguntas; esto se puede deber a que la sexualidad no consta en los protocolos post -trasplante, pero también a que las prioridades del equipo de salud están centradas en la prevención de infecciones.

“Los pacientes jóvenes son los que más nos preguntan sobre el tema, ya los pacientes adultos pasados los 35 o 40 ya no.” (P-12)

Los profesionales percibieron principalmente diferencias entre las actitudes de los y las pacientes jóvenes y mayores de 40 años, estas diferencias las justifican debido a que los jóvenes tienen un mayor interés en temas de sexualidad debido a que su organismo está en el apogeo de la producción de hormonas sexuales, pero también en su interés por tener pareja.

“Nuestra población como hemos dicho antes es joven, entonces muchos tienen pareja, son jóvenes y/o algunos están buscando pareja, todavía están solteros y entonces para ellos es importante la cuestión sexualidad, entonces si nos preguntan.” (P-12)

Diferencias según el contexto rural/urbano.

La siguiente diferencia es la que se presenta entre personas que viven en el campo y la ciudad, la percepción de los profesionales es que las personas del campo no preguntan sobre este tema que lo consideran es debido a su humildad, su baja escolaridad y porque es un tabú y un mayor sentido del pudor.

“Hay pacientes que no quieren saber nada, es un tabú para ellos y sobre todo los pacientes que son de la zona rural, del seguro campesino, ellos tienen mucha vergüenza de hablar sobre el tema, solo se sientan y dicen: >doctor, me mandaron hacerme estos exámenes, me mandaron donde usted porque estoy para trasplante renal > y no quieren hablar ni decir lo que sienten. (GF)

Diferencias entre etnias

Sobre las diferencias entre las etnias, las unidades de trasplante donde se realizaron las entrevistas, tienen cobertura nacional, sin embargo preferentemente acuden pacientes del centro y norte del país, transversalmente incluyen territorios que corresponden a la Costa, Sierra y Oriente ecuatorianos, cada una de estas regiones tiene características demográficas diferentes, predominando en la Sierra y Oriente población mestiza e indígena y en la región norte de la Costa población afro descendiente. Cada una tiene particularidades y culturas diferentes, de esta manera la población indígena de la Sierra se muestra muy reservada, en cambio la población de la Costa, así como la afro descendiente, es mucho más abierta en temas de sexualidad.

“Cuando son personas como los indígenas tienden a expresarlo muchísimo menos, lo hacen con mucha vergüenza, pero los trasplantados son los que menos hablan”. (P-9)

“Las personas afro han sido un poco más abiertos, no son realmente la mayoría, pero si hemos tenido un porcentaje de ellos. Y si han habido preguntas de esto, han hablado también con nosotros y nos han indagado de esto más abiertamente.” (P-10)

Diferencias entre nivel socio-económico.

La percepción de los profesionales de salud es que los pacientes que tienen mayor nivel socio económico, independientemente de su educación y que por lo general acuden a los servicios privados, tienen más apertura para abordar los temas de sexualidad.

“Cuando tienen un poco más de nivel sobre todo cuando están trasplantados a nivel privado, que he tenido la posibilidad de ver, ellos sí se expresan un poco más y consultan que ¿cómo pueden ayudar a resolverlo?, pero sí hay una diferencia bastante, que no le veo muy distinta a los pacientes no trasplantados.” (P-9)

Subtema 2. Diferencias de enfoque sobre sexualidad según género del paciente.

En este subtema se exploran las percepciones del personal de salud sobre la sexualidad en pacientes según género femenino y masculino y las recomendaciones que les hacen sobre su comportamiento sexual según hombre o mujer, ya sea durante el pre y post trasplante renal. (Figura 13).

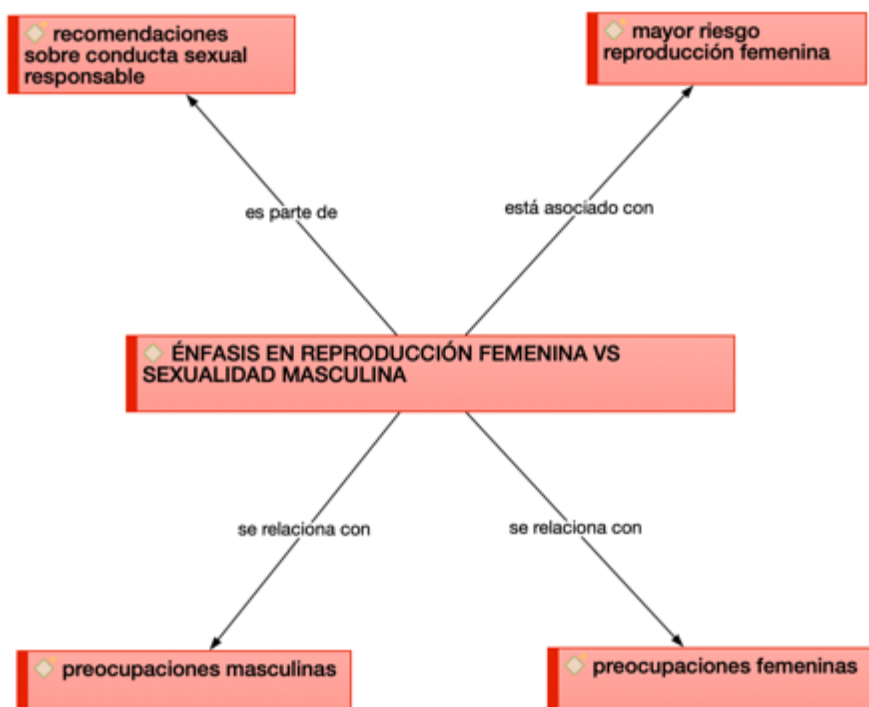


Figura 13 Énfasis en reproducción femenina versus sexualidad masculina.

Se establecieron como unidades de significado las preocupaciones sobre la sexualidad de las mujeres y hombres, recomendaciones sobre conducta sexual responsable, mayor riesgo salud sexual femenina.

Preocupaciones de las mujeres.

Los profesionales de salud revelan que las mujeres jóvenes con trasplante renal, tienen una gran preocupación por los embarazos, quieren saber principalmente si luego del trasplante podrán ser madres y las implicaciones que éste hecho conllevaría para su salud y la permanencia del órgano trasplantado.

“Las mujercitas más que todo en los casos de los embarazos, eso les interesa mucho.” (P-12)

“¿Qué riesgos tengo después del trasplante si quedo embarazada?” (P-1)

Es interesante conocer la percepción de los profesionales de salud sobre sus pacientes mujeres de que el desarrollo de la sexualidad se completa con la maternidad, aparte de ser una aspiración legítima de las pacientes, también es cierto que el sistema médico, reproduce las construcciones sociales de género y el rol histórico de las mujeres como madres.

“En el hospital manejamos muchas pacientes jóvenes que tienen inquietudes como: todavía no me he desarrollado sexualmente, no soy madre.” (GF)

La apertura de las pacientes a hablar sobre sexualidad es controversial, consideran que las expresiones de interés sobre este tema, es indistinto entre los géneros, otros manifiestan que las mujeres toman más iniciativas sobre la indagación de este tema y por el contrario otros revelan que es más complicado para las mujeres hablar de sexualidad a no ser que haya un interés en la maternidad. Entendiéndose que las mismas mujeres con trasplante renal conciben su sexualidad en tanto en cuanto su función reproductora.

“Las mujeres la única forma en que me hablan de sexualidad es cuando quieren embarazarse”.
(P-11)

Cuando se trata de mujeres que ya han tenido hijos o que son mayores de cuarenta años, las preocupaciones cambian, centrándose en el miedo al contagio de infecciones de transmisión sexual o la dispareunia e inhibición sexual.

“Mujeres adultas en cambio que ya han estado mucho tiempo en diálisis también tienen ese miedo a tener la relación por el contagio, y como muchas mujeres ya están en etapa de menopausia se les hacen dolorosas las relaciones entonces en general se le manda a ginecología.” (P-12)

Los profesionales de salud tienen una particular atención en los contagios de las personas con trasplante renal por los problemas de inmuno-supresión, pero llama la atención el énfasis en las mujeres sobre los cuidados y prevención de infecciones de transmisión sexual, en esto subyace la aceptación cultural de que sus parejas hombres pueden ser fuente de contagio por la permisibilidad o normalidad de que los hombres pueden tener mayores libertades sexuales.

“En cuanto a sexualidad las mujeres son las que más se infectan, por ejemplo, entonces por eso podemos decir que son con las que más hablamos y más les enfatizamos el tema, por que son las que mas se infectan y hacen infección de vías urinarias.” (P-7)

Preocupaciones de los hombres.

Las preocupaciones percibidas por los profesionales de salud en los pacientes de género masculino, también dependen de la edad, existiendo más expectativa en la población joven, con respecto a lo que ocurrirá con su sexualidad luego del trasplante.

“Lo primero que preguntan es si pueden tener intimidad o relaciones sexuales con su pareja.” (P-10)

En los hombres de mayor edad su preocupación está alrededor de la disfunción sexual, particularmente cuando existe una historia larga de diálisis y enfermedades subyacentes como diabetes o hipertensión.

“Pacientes que tienen alguna enfermedad cardiovascular y sobre todo empeora y muchos hasta han preguntado por prótesis de pene para poder tener una actividad sexual satisfactoria ya que con ninguna medicación ha mejorado.” (GF)

Otra inquietud es alrededor del tiempo requerido post-trasplante para iniciar una vida sexual, así como la preocupación sobre la calidad de su erección.

“Cree que nuevamente yo vuelva a tener ganas de tener sexo o de verle a mi esposa y que tal que mi esposa me diga se te para o no se te para.” (P-3)

El deseo sexual es otro tema de preocupación de los hombres, pero también su desempeño sexual.

“Lo que mas me han manifestado por ejemplo es que tienen a su pareja o su esposa y no les da ganas y cuando lo intentan la erección es grado 1-2 o sea se pone tumefacto lo cual no permite la penetración y por eso se deprimen más, dicen no me da ganas que me está pasando.” (GF)

Si bien tanto hombres como mujeres no hablan abiertamente del tema, los profesionales de la salud que atienden personas con trasplante renal consideran que los hombres son los que más abiertamente consultan o tienen preocupaciones sobre sexualidad.

“Más preocupación es en los hombres porque las mujeres la mayoría no hemos tenido problemas, pero los hombres si es algo problemático.” (P-3)

Recomendaciones conducta sexual responsable.

Las principales recomendaciones que realizan los profesionales de salud a sus pacientes con trasplante renal son orientadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual, en su discurso la información que se les provee mayormente a los hombres es sobre el uso de preservativos y en las mujeres también, pero con mayor énfasis de tal manera que provocan en ellas miedo a las relaciones sexuales. Excepcionalmente se les alienta a retomar su vida sexual luego del trasplante; es notorio que para los profesionales de la salud la sexualidad es entendida como exclusivamente coital, en ninguna de las entrevistas hubo orientaciones hacia una vida sexual placentera a parte de las relaciones coitales.

“Una paciente me dijo: todo el tiempo tengo que estar pensando en los riesgos, a veces tengo relaciones sexuales, pero con miedo.” (P-2)

“Ellos dicen que no creen tener la infección de vías urinarias por tener relaciones, es más ya no voy a tener me dicen intimidad, relaciones sexuales ya no; entonces yo a veces les digo pero por qué no, y dice es que si ahora yo ya no tengo nada desde que me diagnosticaron enfermedad renal yo ya no tengo absolutamente nada con mi pareja.” (P-5)

Mayor riesgo salud reproductiva de las mujeres.

El embarazo en mujeres con trasplante renal tiene un alto riesgo obstétrico debido a la prescripción usual de medicamentos teratogénicos, sin embargo, existe también mucha evidencia científica sobre el desarrollo de embarazos viables no exentos de riesgo y acompañados de un equipo multidisciplinar, pero que finalmente hacen posible el nacimiento de niños sin dificultades. En este caso se niega toda posibilidad de embarazo y prácticamente se les obliga a las mujeres a ligarse antes de recibir un trasplante renal, se indicó que inclusive consta en el protocolo de trasplante pero no se pudo verificar esta disposición por cuanto no existe publicado en la página web del Hospital Eugenio Espejo ni del INDOT y debido a la pandemia no se pudo visitar para corroborar esta información, sin embargo en el entendido de la mayoría de profesionales entrevistados ha sido aceptada y aplicada esta indicación.

“Para entrar al trasplante, el protocolo de trasplante no va a poder embarazarse más, porque es perjudicial para el producto si es que viene y para ellas también.” (P-4)

Subtema 3. Un sesgo de género en la atención a la sexualidad de la persona trasplantada renal.

En este subtema se identifica la existencia de sesgos en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de los/as médicos/as especialistas que participan en el proceso de trasplante renal relativas a la condición de género de los/as pacientes que pudieran afectar la equidad de la calidad de la atención de los mismos y mismas. Se establecieron las conexiones entre aspectos como los énfasis y las prioridades establecidas en seguimiento y tratamiento de las y los pacientes. Los sesgos más notorios fueron los relacionados con la prevención de infecciones, la preocupación preferente sobre la sexualidad masculina particularmente la Disfunción Eréctil y la ausencia de interés sobre la sexualidad femenina (Figura 14).

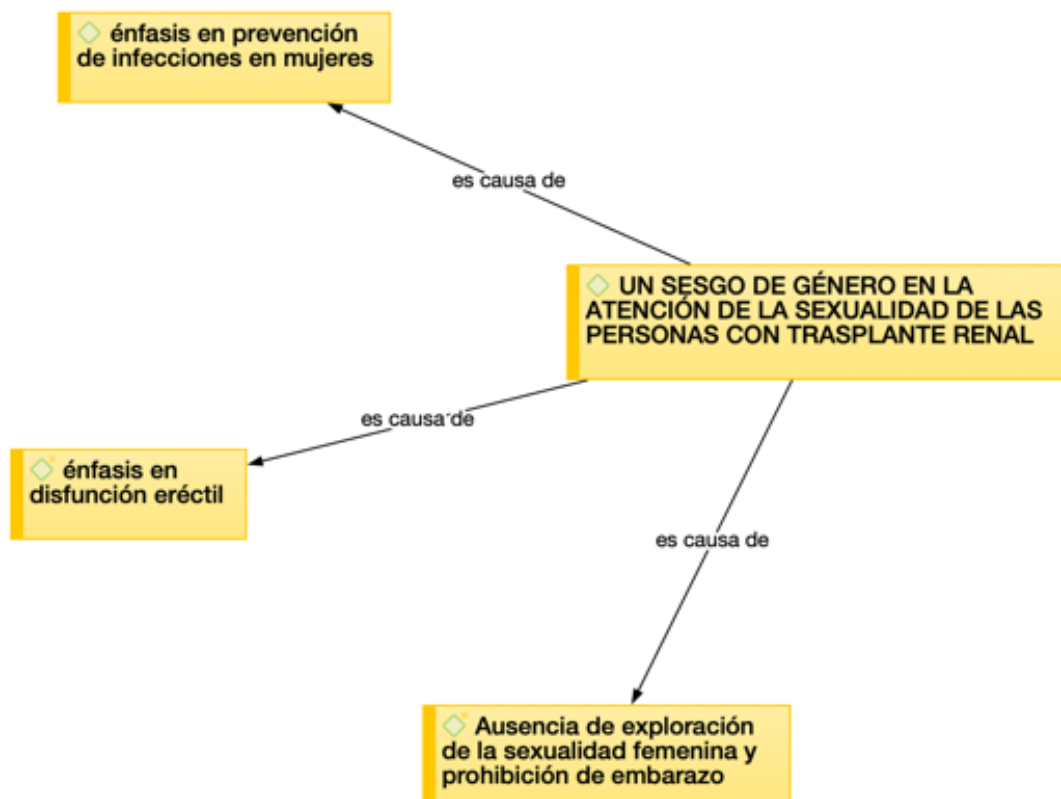


Figura 14 Sesgo de género de profesionales de salud en la atención de la sexualidad de las personas con trasplante renal.

Énfasis en la prevención de infecciones

Debido a la administración permanente de inmunosupresores a pacientes trasplantados renales, la mayor preocupación del equipo de salud son las infecciones que pueden tener como consecuencia la pérdida del órgano trasplantado. De esta manera el discurso más consistente y fuerte de las diferentes profesiones que atienden a pacientes trasplantados renales, son las advertencias sobre los cuidados para prevenir estas infecciones, evidentemente uno de los temas de preocupación son las infecciones de transmisión sexual (ITS) lo llamativo es que cuando se presentan se atribuye a descuidos en el cuidado del propio paciente siendo más rigurosos con la culpa y responsabilidad hacia las mujeres.

“Tenemos pacientes que luego ya se empiezan a ver infecciones de vías urinarias recurrentes, enfermedades de transmisión sexual, vaginosis, vaginitis, entonces empiezan a perder un poco esos cuidados estrictos que se les plantea al momento de recién trasplantarse.” (P-2)

Sin embargo, es diferente el rigor disciplinario para hombres que para mujeres siendo éstas últimas a quienes más se les exige la disciplina en los cuidados.

“En cuanto a sexualidad, las mujeres son las que más se infectan, por ejemplo, entonces por eso podemos decir que son con las que más hablamos y más enfatizamos el tema, porque son las que más se infectan y hacen infección de vías urinarias.” (P-7)

A los hombres en cambio se enfatiza en el uso mandatorio de preservativos para la prevención de ITS.

“Tienen que cuidarse especialmente en higiene, cuidado en la alimentación, igual el uso mandatorio del preservativo.” (P-5)

Énfasis en disfunción eréctil

La mayoría de profesionales entrevistados, cuando se hablaba de sexualidad hacían referencia a la disfunción sexual masculina, se mencionaban los exámenes hormonales para hombres para detectar problemas sexuales, pero no para mujeres.

“Cuando vienen a Urología, se les manda primero a hacer un estudio hormonal, se les manda lo que es el PCH, LH, testosterona libre-total, se les manda un estudio prostático completo detallado y si todo eso está dentro de los parámetros normales, hay que ver otras causas de la enfermedad o incluso con psicología.” (GF)

Las preocupaciones masculinas en salud sexual se asocian al rendimiento sexual, como la eyaculación precoz y/o no tener una erección, inquietudes que los y las profesionales relacionan con las expectativas relativas a la sexualidad masculinidad potente y activa.

“Muchos nos dicen: mire doctora, tengo mi pareja y no puedo tener una erección.” (P-1)

Ausencia de exploración de la sexualidad femenina

La sexualidad femenina está prácticamente ausente de las preocupaciones del personal de salud de trasplante renal. Su ausencia, sería una extensión de la cultura y el discurso médico que silencian la sexualidad particularmente de las mujeres, destacando o dando mayor significancia a la maternidad y desconociendo e ignorando a las mujeres como sujetas de deseo y vida sexual

considerándolas como entes pasivos en las relaciones de pareja; las veces en que se menciona, está vinculada con la función reproductiva, además poniendo énfasis y condicionando el trasplante a la esterilización definitiva

“En el caso de las mujeres es difícil ayudarles a tomar la decisión y hacerles entender la importancia de la ligadura para luego el trasplante, eso lo hacemos en cuanto a garantizar que posterior al trasplante esa mujer no se va a embarazar, entonces por el riesgo para su vida y la del bebé.” (P-2)

“En el caso de las mujeres, por ejemplo, se les solicita que se haga la ligadura, entonces ahí empieza un choque emocional y en cuanto a sus hábitos sexuales también.” (P-11)

TEMA 3. LA SEXUALIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS

Las concepciones de las y los profesionales de salud se originan en su formación y están avaladas por las estructuras y normativas de los establecimientos de salud, que a su vez responden a los patrones que rigen la sociedad. De esta manera no es sorprendente que las normas vigentes no incluyan la valoración de la sexualidad y que profesionales de la salud no indaguen sobre ella, porque para la sociedad en su conjunto es un tema tabú. Por otro lado, se reconoce la importancia de la sexualidad en la vida de las personas y se llega a un grado de explicación de por qué no se la aborda en las evaluaciones de pacientes y también se aproximan a recomendaciones para mejorar ésta situación (Figura 15).



Figura 15 La sexualidad en el proceso asistencial de las personas con trasplante renal.

En el diagrama de Sankey (Figura 10) podemos apreciar las co-ocurrencias de las unidades de significado y la fortaleza de las relaciones entre ellos. Se destaca la fuerte relación del código de presencia de sexualidad en protocolos de atención con controles hormonales en hombres, diferencias entre campo y ciudad, etnias, jóvenes y mayores, efectos del trasplante en la calidad de vida, interconsulta urología, ginecología y obstetricia, mayor riesgo en reproducción femenina, preocupaciones de los hombres, recomendaciones conducta sexual responsable. Las barreras objetivas se relacionan con diferencias entre campo y ciudad, etnias, edades, mejora en abordaje de sexualidad. Las barreras subjetivas con diferencias entre campo y ciudad y preocupaciones de los hombres. (Figura 16)



Figura 16 Diagrama de Sankey de co-ocurrencias de unidades de significado. ATLAS.ti 22®

Subtema 1. Importancia de sexualidad en profesionales, normativas y registros clínicos.

En este subtema se exploran las percepciones del personal de salud sobre la importancia de la sexualidad para los profesionales, la inclusión de cuestiones de sexualidad y reproducción en los protocolos de trasplante renal, registro de la sexualidad en la Historia Clínica y las prescripciones de interconsulta en asuntos relacionados con la sexualidad y reproducción (Figura 17).

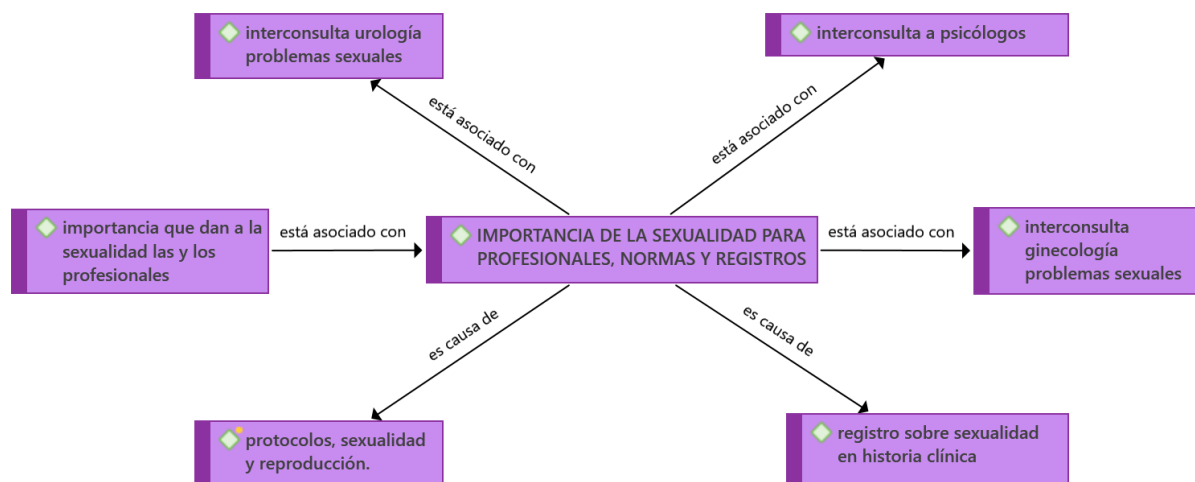


Figura 17 Importancia que dan profesionales de salud, las normativas y registros clínicos a la sexualidad.

Importancia de la sexualidad para las y los profesionales de salud.

Tanto en las entrevistas individuales como en el grupo focal, las y los profesionales de salud destacaron la importancia de la sexualidad en la vida de las y los pacientes con trasplante renal, incluso se mencionó el caso de un paciente con patología en el glande que manifestó que preferiría conservar su pene antes que a su riñón.

“De los pocos casos que tuvo esa complicación, de edema del glande, entonces el sí preguntó ¿puedo perder mi miembro? Si es así quíteme el riñón, yo necesito.” (P-7)

Las percepciones manifestadas también encuentran que una sexualidad satisfactoria en las y los pacientes con trasplante renal mejora muchos aspectos de su vida física, familiar y social, así como su calidad de vida.

“Se ha notado que los pacientes que tienen una mejor vida sexual tienen mejor desenvolvimiento en todas las otras esferas de su vida, ya que es una causa menos de frustración, es una causa menos de vergüenza que les hace sentirse estimulados a realizar una serie de actividades y sobre todo los que tienen una vida en pareja constante o estable hace tener una mejor vida, en familia.” (P-9)

Sin embargo, también reconocen que no se pregunta rutinariamente sobre la sexualidad a las y los pacientes trasplantados renales, seguramente porque no consta en las normativas como protocolos o guías de práctica clínica sobre trasplante renal, pero también porque se considera un tema reservado y no hay una formación sistemática sobre sexualidad en la formación médica y en el aprendizaje práctico de la profesión tampoco existe un hábito de indagar sobre este tema en la elaboración de la historia clínica a no ser que sea una inquietud de los pacientes hombres y en el caso de las mujeres el mayor interés es sobre la salud reproductiva.

“Uno como médico toma la iniciativa, abordamos el tema poco a poco, pero en la mayoría de los casos no se pregunta a pesar de que la sexualidad es muy importante en la vida de los pacientes.” (GF)

Protocolos de trasplante renal.

Los profesionales de salud, no exploran la sexualidad de las y los pacientes con trasplante renal tanto en el pre trasplante y postrasplante debido a que este aspecto de la vida de los seres humanos no está contemplado en los protocolos de atención de trasplante renal, al no tener directrices establecidas en este tema, resulta que es arbitrario si se indaga o no, la mayoría parece que prefieren atenerse a las indicaciones de los protocolos.

“No, no está dentro del protocolo pre-trasplante ni post-trasplante, hacemos aquí el protocolo en pacientes mayores de 40-45 años el chequeo prostático, pero es básicamente como le digo para evaluar la vía urinaria y ver si es que va a ir bien o no va a ir bien el trasplante, pero realmente la parte de la sexualidad o la parte funcional de la parte sexual no tratamos.” (P-6)

En la evaluación pre trasplante, se evalúa la parte orgánica y las condiciones familiares y socioeconómicas de la persona candidata a ingresar en la lista de espera en la perspectiva de evaluar los apoyos que tendrá luego del trasplante, se contemplan también temas como su estado civil, si tiene o no familia, pareja, hijos, anticoncepción, apego al tratamiento, etc. En algunas entrevistas los profesionales relacionan los contenidos de esta indagación con la sexualidad de las personas aspirantes a un trasplante renal, pero más bien esta información se usa para orientar las indicaciones de cuidados de higiene sexual y contracepción según el género del paciente.

“El protocolo se basa en cosas fundamentales del trasplante, primero en el pre-trasplante nos fijamos si el paciente está apto o no, dentro de la parte social y psicológica también indagamos sobre el estado civil, si es que tiene una familia conformada, tiene hijos, quiere tener más hijos, sistemas de anticoncepción y todo esto lo valoramos al momento de decidir si entra o no entra a la lista de espera.” (P-10)

En el caso de las mujeres, la indagación sobre número de hijos y su deseo de tenerlos cobra una importancia sustancial pues dependiendo de si la respuesta es positiva en este último aspecto, inmediatamente la prescripción es que debe hacerse la ligadura y descartar un futuro embarazo.

“En el protocolo del trasplante empezamos ya una consejería, empezamos con el apoyo también, el trabajo en equipo con el servicio de ginecología que es bien en el caso de las mujeres pues realizar las ligaduras.” (P-2)

Cuando los pacientes han logrado ingresar en la lista de espera, el seguimiento que se realiza posteriormente pone énfasis en la prevención de infecciones de transmisión sexual lo que conlleva también restricciones en la vida sexual coital que incide principalmente en la vida sexual de las mujeres que ya culturalmente han sido disciplinadas y coartadas en su vida sexual la mayor parte de sus vidas.

“Inhibirse a tener relaciones sexuales es un poco duro para ellos, pero nosotros tratamos de decirles que tengan su vida sexual normal.” (P-3)

Registro en la Historia Clínica.

Los aspectos de la sexualidad no se registran rutinariamente en la historia clínica de los pacientes en lista de espera o trasplantados renales, sin embargo, las actividades como consejería o charlas pre y postrasplante son registradas en los reportes de actividades principalmente de enfermería.

“...no tenemos un documento específicamente en la historia clínica acá en donde se registre temas de sexualidad, lo que si tenemos como le digo son las capacitaciones que hemos hecho en el pre-trasplante donde se aborda sexualidad, pero mas no en historia clínica.” (P-3)

Las y los médicos registran en la historia clínica si se encuentran anomalías, riesgo en prácticas sexuales, consultas de los propios pacientes y si lo amerita, ordenan las interconsultas respectivas que generalmente son a Urología y menos frecuentemente a Psicología.

“Solo registramos temas de sexualidad cuando algo nos llama la atención.” (P-7)

Entre las explicaciones de por qué no se registra sistemáticamente en la historia clínica aspectos relacionados con la sexualidad está la escasa formación profesional en el tema, la importancia insignificante que se da al tema y otro factor destacado es el enfoque de especialidad en el que cada cual según la que ejerza, se limita exclusivamente a los temas que le incumben a su especialidad, dejando de lado la visión holística de las y los pacientes.

“Porque como estamos por especialidades nos enfocamos a lo que nos corresponde, a veces no preguntamos más allá.” (GF)

A más del escaso tiempo disponible para tratar a cada paciente, las y los profesionales de salud perciben que hay aspectos más importantes en la vida de las y los pacientes con trasplante renal que merecen más atención de su parte.

“En nuestro caso preguntamos de función sexual y ya nos tenemos que ir a ver si hace ejercicio, cómo come, porque todo esto depende, se ha visto que el paciente es enfermo renal crónico o una enfermedad cardiovascular tiene un riesgo muy elevado de disfunción severa a posterior cualquier paciente sea o no enfermo renal crónico que tenga una enfermedad cardiovascular, pero hay muchas en las especialidades que nos limitamos muchas veces a preguntar solo lo que nos corresponde a la especialidad.” (GF)

Interconsultas

En este apartado se exploran las percepciones de los especialistas médicos de urología y ginecología y profesionales de psicología sobre si en sus respectivos campos se explora la sexualidad de los pacientes trasplantados renales. Las interconsultas se realizan solo si se presentan problemas manifestados por las y los pacientes, no hay una exploración activa o búsqueda por los especialistas. En la especialidad de urología, se explora el funcionamiento de vías urinarias y la verificación de que no existan anomalías anatómicas y otras enfermedades que obstaculicen o alteren la eliminación de orina, no se plantean la exploración de la sexualidad en sus interconsultas a pesar de que su especialidad tiene los instrumentos y amerita esta indagación, pero en el caso de personas con trasplante renal se limitan a los aspectos mecánicos de la fisiología de vías urinarias.

“Si es que el paciente viene por control urológico post-trasplante no se va para ese tipo de consultas sobre sexualidad.” (P-6)

En la especialidad de ginecología, se hacen interconsultas cuando hay hallazgos notorios o son requerimientos de la paciente.

“Cuando nosotros vemos en la consulta una complicación o algo que está fallando, si le derivamos al gineco en el caso que sea mujer.” (P-7)

Muchos de los entrevistados mencionaron que el profesional ideal para tratar los temas de la sexualidad era el departamento de Psicología, sin embargo, al indagar las funciones del mismo,

se pudo conocer que en la interconsulta que se realiza, efectúan evaluaciones de la situación psicosocial y su predisposición para seguir las recomendaciones terapéuticas, pero no se reporta que exploren activamente el tema de sexualidad en los pacientes evaluados para pre trasplante ni postrasplante.

“Se hace una evaluación psicológica que va a enfocarse en la parte psicosocial del medio en donde se encuentra el paciente y del apego que pueda tener al tratamiento y no sé si los psicólogos toman en cuenta esta parte de la sexualidad, pero cuando hacemos presentaciones no he visto que lo hagan.” (P-9)

Subtema 2. Dificultades en abordaje de la sexualidad

En este subtema se analizarán las unidades de significado: barreras objetivas y subjetivas como el tabú para abordaje de la sexualidad (Figura 18).

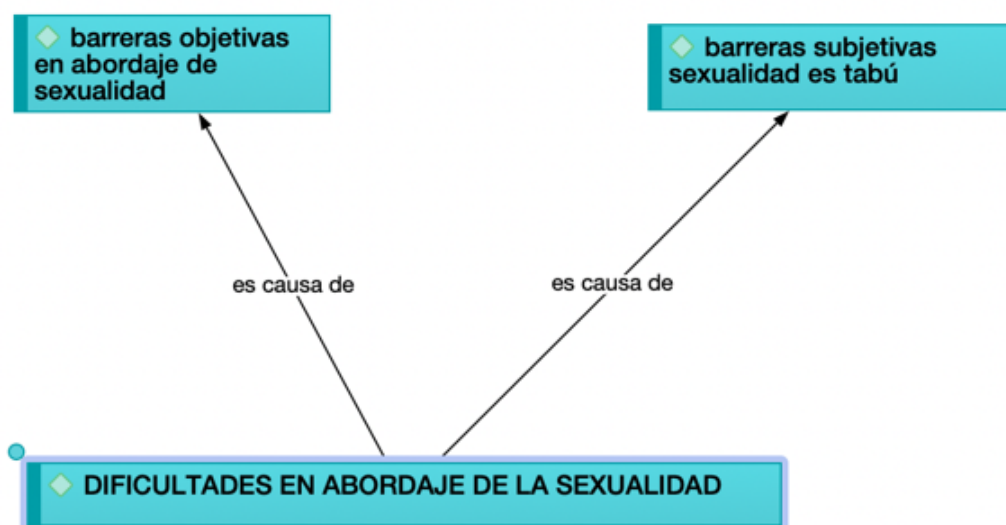


Figura 18 Dificultades en el abordaje de la sexualidad.

Barreras objetivas en el abordaje de la sexualidad.

En relación a esta unidad de significado, las percepciones de los profesionales de salud asocian algunas de las características de sus pacientes como: bajo nivel de instrucción, edad mayor de 50 años, problemas de audición y el idioma como las barreras para hablar del tema.

“El grado de educación que tengan eso si es importante, hemos tenido el caso por ejemplo del idioma, pacientes de habla quichua que es difícil hacerse entender con ellos, la otra es pacientes de edad avanzada, pacientes de más de 55 – 60 años que de pronto tienen problemas de audición, entonces es difícil una comprensión del cien por ciento con ellos.” (P-2)

Otros factores importantes se relacionan con las condiciones adversas en las que se desenvuelve la atención a las y los pacientes con trasplante renal como: el tiempo destinado a la consulta, la falta de privacidad en los consultorios y el enfoque por especialidades en las interconsultas.

“Para que usted tenga un chequeo de la parte sexual la consulta no tiene que durar 15 minutos, porque usted en 15 minutos recién le da apertura al paciente para que se comience abrir con usted; entonces eso es lo que aquí hemos hablado en dirección médica algunas veces no solo por los trasplantados si no por los otros pacientes también, porque somos el único hospital que en teoría da ese tipo de controles, de control de sexualidad, de disfunciones, de falta de deseo lo que sea; porque en las otras carteras de servicios no existen y en una consulta de 15 minutos usted no le puede permitir eso al paciente y aparte de los 15 minutos de consulta que tiene generalmente los de trasplante vienen con turno adicional, entonces es 7.5 minutos por cada paciente, y aparte ya tiene el otro que le está golpeando la puerta y como usted ve, aquí los consultorios no son privados, usted tiene un consultorio que se comunica con toditos y entra y sale gente; entonces el ambiente tampoco es el adecuado para poder tener una conversación con el paciente.” (P-6)

Las médicas son las que tienen mayores dificultades en el abordaje de la sexualidad con pacientes hombres, debido a que no logran tener confianza en ellas por su condición de mujeres y no vivir en carne propia los problemas masculinos y por lo tanto no comprenderlos, lo que a su vez sería el sustento de la desconfianza en sus capacidades profesionales.

“...el problema para ellos es primero que yo soy mujer, entonces que se abran y que me expliquen su problema es complicado para ellos; segundo, es que me ven joven por mi caso personal, entonces buscan tal vez la atención de una persona que tenga la edad de ellos o que sea mayor a ellos.” (P-6)

Finalmente, entre las barreras objetivas está la inseguridad en el manejo del tema de sexualidad puesto que el discurso desarrollado en los programas de trasplante respecto a la sexualidad se

circunscribe a la prevención de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción dejando de lado toda la riqueza y complejidad de la sexualidad humana.

“No sé, tal vez un poco de apoyo, o sea de que me indiquen como tengo que abordar esos temas, porque yo no, me es difícil para mí abordar esos temas; solo lo hago cuando me preguntan.” (P-4)

Barreras subjetivas como el tabú para abordaje de la sexualidad.

Las y los profesionales de la salud perciben que una de las mayores dificultades para abordar el tema de la sexualidad con las y los pacientes con trasplante renal es que se considera tabú, entendido como una serie de limitaciones, restricciones o prohibiciones sobre exponer abiertamente temas relacionados con la sexualidad sean de origen religioso, pudor, o normas socioculturales que consideran inapropiado hablar sobre el tema a no ser que la o el paciente considere necesario. El tabú de la sexualidad viene acompañado de todo un sistema de normas acerca de su comunicación: los espacios donde puede ser tratado, de qué manera, frente a quiénes, etc. Las y los profesionales de salud encuentran inapropiado tomar la iniciativa de abordar este tema en las consultas o cuando los pacientes están hospitalizados, prefieren que sean los mismos pacientes quienes hagan las preguntas o que expresen sus problemas.

“Porque digo se van a incomodar, no se los pacientes a veces son, por la patología no son pacientes muy tolerantes o su carácter es bien variable entonces es muy delicado hablar con ellos.” (P-4)

Por otro lado, mencionan que los propios pacientes tienen reservas de hablar sobre el tema debido a pudor o normas sociales que establecen que ese tema pertenece a la intimidad que no debe ser compartida.

“Hay pacientes que no quieren saber nada porque es un tabú para ellos. Sobre todo, los pacientes que son de la zona rural, del seguro campesino, ... tienen mucha vergüenza de hablar sobre el tema, solo se sientan y dicen: “doctor me mandaron hacerme estos exámenes, me mandaron donde usted porque estoy para trasplante renal” y no quieren hablar ni decir lo que sienten.” (P-1)

Subtema 3. Percepciones de profesionales de salud sobre mejora en abordaje de la sexualidad

En este subtema se aborda el rol del profesional de salud en el abordaje de la sexualidad, profesional ideal para tratar el tema de sexualidad, confianza, empatía, amistad del paciente, satisfacción personal del profesional, sentimientos al tratar temas de la sexualidad y percepciones sobre mejora del abordaje de la sexualidad (Figura 19).

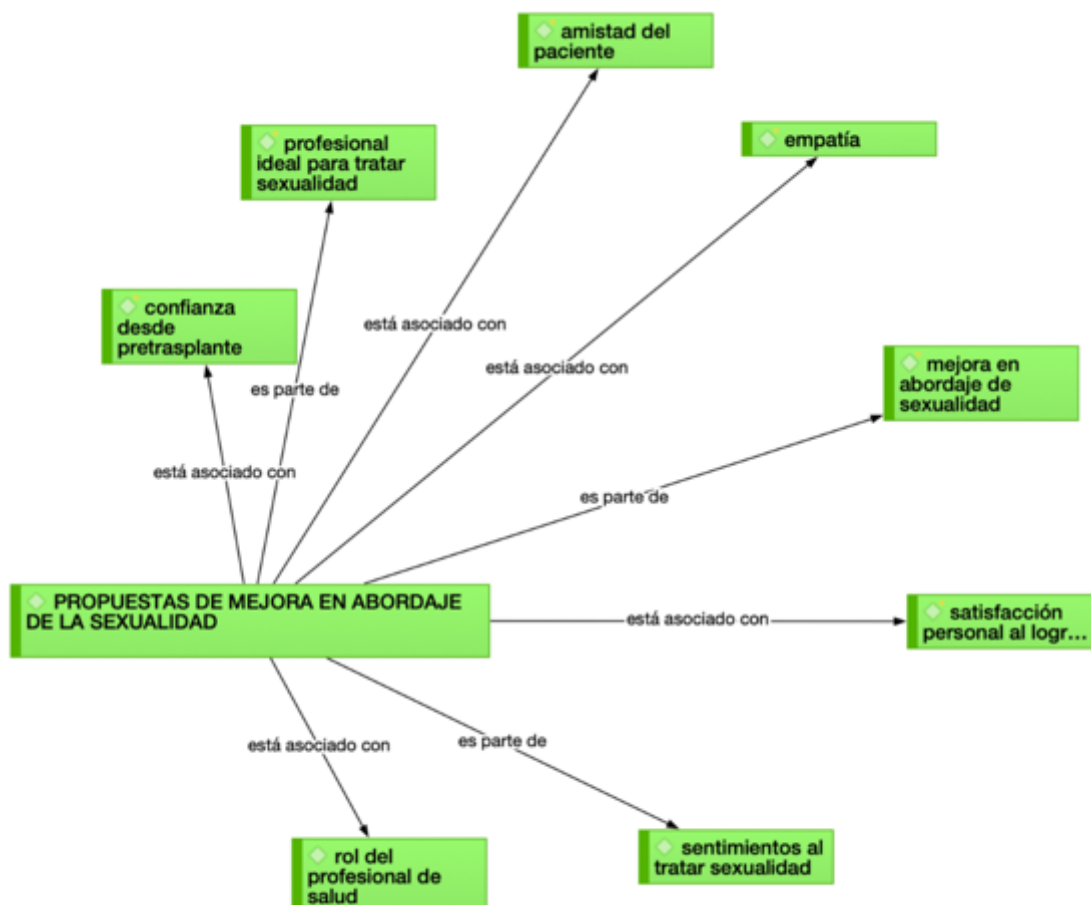


Figura 19 Propuestas de mejora en el abordaje de la sexualidad.

Rol del profesional de salud en el abordaje de la sexualidad

Los profesionales de salud asumen el rol de educadores del paciente dirigiendo sus esfuerzos a informarle sobre los cambios en su cuerpo al ser trasplantados y los cuidados que debe tener.

“Muchos nos preguntan sobre trabajo, sobre las actividades que venían haciendo y bueno también la sexualidad, entonces primero les explicamos lo que hicimos, lo que cambio en su cuerpo, lo que va a cambiar después, lo que va a mejorar, las restricciones que deben tener y en base a esto les vamos explicando específicamente en la sexualidad.” (P-10)

Pero también hay contradicciones cuando se manifiesta que debido a que los diferentes especialistas que participan dentro del equipo de salud que atiende a las personas con trasplante renal, el enfoque que cada cual mantiene se restringe a los temas álgidos de su especialidad en el trasplante, al parecer no hay una persona responsable por la mirada integral y la reunión e interpretación de las partes reportadas por cada especialidad.

“Los médicos dejamos mucho de lado el tema por mucho enfocarnos en la parte nuestra de especialista y a veces no topamos esas aristas que también son muy importantes en el manejo integral del paciente.” (P-8)

Al no existir políticas definidas sobre el manejo de la sexualidad en pacientes con trasplante renal, queda a merced de las iniciativas de cada profesional y de cada servicio sujetos a variaciones por los cambios de autoridades o por salida del servicio de profesionales que estaban interesados en el abordaje del tema.

“Nosotros teníamos con ellos cada mes después del trasplante reuniones e invitábamos a especialistas que eran urólogos en sexo, por ejemplo, una doctora especialista Arahí que ella era quien les entrenaba a todos los pacientes, entonces a nosotros nos contaban todos los problemas sexuales que tenían los pacientes lo mismo que comentan aquí mis colegas y nosotros hablábamos con ellos para que vengan donde Arahí.” (GF)

Profesional ideal para tratar el tema de la sexualidad

Para la mayoría de entrevistados, el urólogo es el perfil profesional ideal para tratar los temas de sexualidad, generalmente se considera a la Urología para los hombres el equivalente de la Ginecología para las mujeres, lo que denota que la sexualidad masculina es la que amerita ser tratada ya que cuando las y los profesionales de salud piensan en sexualidad de pacientes trasplantados renales, piensan en sexualidad masculina. La sexualidad femenina está ausente de sus preocupaciones. La Urología tiene como ámbito de actuación el riñón y sus estructuras adyacentes, las vías urinarias y el aparato genital masculino, atendiendo las disfunciones de los siguientes órganos y estructuras: glándula suprarrenal, riñón (aspectos morfológicos y alteraciones obstructivas), retro-peritoneo y región lumbar, uréter, vejiga, próstata, vía seminal, uretra, estructuras del suelo pelviano, pene, escroto, testículo y epidídimo; por lo tanto no está

en sus competencias la anatomía, fisiología y patologías orgánicas o psicológicas del ámbito de la sexualidad femenina.

“Yo pensaría que urología porque urología se especializa en el aparato genital masculino en primera instancia.” (GF)

Pero en el caso de trasplante renal, las y los urólogos manifiestan que su principal preocupación es la funcionalidad del aparato urinario a pesar de que su especialidad aborda los problemas sexuales de los pacientes masculinos.

“Pues la verdad en la parte de urología no abarcamos tanto la sexualidad, más nos interesa que el paciente este bien después de la cirugía, le soy sincero.” (P-8)

Sin embargo, también se menciona a los nefrólogos en razón de ser las “médicas o médicos de cabecera” de las personas con trasplante renal.

“Los pacientes están bastante cercanos al nefrólogo, porque es el médico que le ve siempre, es decir, que le ve al inicio semanalmente, es al que siempre le cuentan todos sus problemas.” (P-7)

Se identifica también que los psicólogos serían los que en un trabajo interdisciplinario se encarguen del abordaje de la sexualidad, así como los especialistas en andrología y medicina sexual. Podría deducirse que la sexología en el campo médico, está ausente en la consideración del equipo multidisciplinario para tratar a las y los pacientes con trasplante renal.

Construyendo una relación empática y de confianza con el paciente

En esta unidad de significado se agruparon las unidades de significado de Amistad, confianza, empatía y satisfacción. Siendo la sexualidad un tema tabú en esta sociedad, se destaca la importancia de alcanzar la confianza de los pacientes para que éstos se abran y puedan contarles sobre temas muy íntimos como su vida sexual.

“En el pre-trasplante le vamos conociendo, le vamos dando esa apertura para que el paciente nos pueda ir contando un poco de su intimidad y vamos a tener mejores resultados y les vamos a apoyar mejor en el post-trasplante, para que puedan tener la calidad de vida en una esfera

digamos más completa, no solo que el riñón me funcione, sino que todo mi organismo esté bien y pues que yo me sienta bien y que por lo tanto mejore todo.” (P-1)

Una de las condiciones para lograr la confianza de sus pacientes es la generación de empatía en los encuentros que van desarrollando a través del proceso de trasplante renal. Los profesionales reconocen debilidad en las habilidades comunicacionales, pero también en la conexión afectiva y la predisposición para centrarse en las necesidades de los pacientes.

“La principal dificultad sería en este caso, llegar a tener ese <rapport>, esa empatía con nuestro paciente para que nos cuente sus problemas, más que todo como decía sus problemas íntimos, problemas de intimidad.” (P-11)

Muchas veces aducen al poco tiempo destinado a la consulta en la que priorizan los aspectos prácticos clínicos de diagnóstico o tratamiento relegando las conversaciones más profundas que permitiría un mayor acercamiento. También se identifica que no se ha profundizado en la formación sobre la empatía entre profesionales de la salud y sus pacientes cuando se pone como referente rebasar los límites de la relación profesional y elevarla a nivel de amistad.

“Pienso que como profesional poderles apoyar y tener ese sentido de que mi paciente no es solamente mi paciente, sino que es mi amigo, es un paciente que lo vamos a ver de por vida y es un paciente con el que trabajar más que como médico-paciente, trabajar con esta amistad pues pienso que es lo más gratificante.” (P-1)

Se destaca la recompensa que reciben los profesionales de la salud al tener satisfacción con los resultados de un enfoque integral.

“Valorar un paciente íntegro, saber toda la función integral de mi paciente y si es que tenemos esa confianza y podemos ayudarle a que mejore más todavía, todo su ámbito no solamente la parte renal, pues para nosotros es una satisfacción grande.” (P-11)

Proponiendo mejoras en el abordaje de la sexualidad

Entre las y los profesionales de salud hay contradicciones mientras unos reconocen que les falta conocimientos para tratar el tema de sexualidad o que no se atreven a hacerlo debido a pudor o incomodidad de los pacientes, otros se sienten plenamente confiados considerando que es un

tema de fácil abordaje y que tienen los conocimientos necesarios para asesorar adecuadamente a las personas con trasplante renal.

“No se tal vez un poco de apoyo, ósea de que me indiquen como tengo que abordar esos temas, porque yo no, me es difícil para mí abordar esos temas; solo lo hago cuando me preguntan.” (P-4)

“No tenemos problemas en el abordaje de la sexualidad. Porque tenemos muchos pacientes, hablamos de muchos aspectos, les explicamos cada una de las actividades que pueden o no pueden hacer y generalmente es lo primero dentro de las indicaciones que siempre está presente.” (P-10)

Los profesionales de la salud fueron muy prolíficos en las propuestas de mejoramiento del abordaje de la sexualidad en pacientes con trasplante renal. Se destaca el reconocimiento de que este tema no se evalúa y debe constar en los protocolos de atención para que no sea una exploración arbitraria o aleatoria dependiendo de si el especialista lo quiere hacer o no, sino que sea constante y con los respectivos requerimientos técnicos:

“Falta tener ese tipo de conocimiento del paciente, también necesita ser valorado y también necesita hablar de su vida sexual; (P-6)

“Una sería tomar conciencia del problema, crear campañas que fomenten con información acerca de la sexualidad, crear protocolos en los programas de trasplante, en donde se tome más en cuenta el problema de la sexualidad en los pacientes post trasplante.” (P-8)

También manifiestan la necesidad de recibir formación en sexualidad pues: o lo vieron superficialmente durante su formación o no recuerdan los detalles de la materia, por lo que manifiestan la necesidad de formarse o capacitarse.

“Le pueden mandar a usted y le dicen hágale la valoración sexual, pero si usted no está capacitado o no ha visto esto mucho tiempo se le puede pasar un montón de cosas, entonces primero hay que capacitar también.” (P-6)

Perciben también que las condiciones en que se da la consulta a pacientes con trasplante renal no son adecuadas pues muchas veces deben hacerlo en lugares inadecuados como la sala de espera, la oficina de médicos o si es en los consultorios que no están debidamente separados, donde no hay privacidad.

“Yo pensaría que incluso es importante un espacio para que ellos tengan más confianza como podemos observar aquí hay muchos pacientes incluso tenemos que atenderles en la sala de espera o en la oficina donde tenemos más médicos y no generan esa confianza como para decirte cosas.” (P-7)

El tiempo dedicado a la consulta tampoco favorece, pues consideran que necesitarían al menos una hora para establecer un ambiente de confianza, mientras las consultas están reguladas en 15 minutos.

“Para control urológico por problema de sexualidad, por problema de disfunción sexual o por cualquier situación de esta, tendría que tener una consulta de al menos 1 hora para poder tener un espacio en el que el paciente pueda hablar con usted y no solo el, si es que él ya tiene pareja tiene que venir la pareja porque eso es problema de los dos.” (P-6)

Consideran importante que forme parte del equipo de trasplante, un especialista en sexología para de esta manera tener un mejor enfoque y abordaje de la sexualidad con pacientes trasplantados renales.

“Si tuviéramos a la mano un especialista porque pues nosotros podemos tener muchas orientaciones y conocimiento, pero tener alguien que sea más o que tenga mayor experticia en el tema de sexualidad en el paciente trasplantado pues quizás nos ayudaría de mejor manera para poder tener mejores resultados.” (P-11)

Los profesionales indicados para el abordaje de la sexualidad están en el ámbito de la psicología o trabajo social, esto contradice los criterios manifestados en otro apartado donde se recomienda que sean los urólogos.

“Quizá dentro de la parte psicológica o social dentro de la evaluación sería bueno dirigir preguntas respecto al conocimiento que ellos tienen sobre la actividad sexual después del trasplante puesto que unos no lo preguntan, nosotros decimos muchos cuidados pero quizás ellos tengan más preguntas o podamos hacer una encuesta con preguntas más dirigidas, más específicas que quizás ellos tienen miedo a preguntar o quizás no se le ocurren en el momento del alta y después en su domicilio tendrán ciertas dudas.” (P-12)

La confianza parece ser uno de los temas importantes para el abordaje de la sexualidad para lo que se requieren algunas condiciones físicas como privacidad y tiempo pero también las actitudes de los profesionales de salud para escuchar, interesarse en la vida de sus pacientes con trasplante renal más allá de su visión orgánica y clínica sino su apreciación integral y su calidad de vida, donde la valoración de la sexualidad es un factor importante que no ha sido tomado en cuenta en las normativas sean protocolos o guías de práctica clínica del trasplante renal, dando un valor importante pero sobreestimado al control de las infecciones pero que han producido un efecto anulador de la sexualidad en el caso de las mujeres que de por sí ya tienen un nivel de represión elevado de su sexualidad. Otro de los factores de la confianza es la solvencia técnica que deben manejar las y los profesionales de salud sobre el tema.

“Lograr un poco más de confianza y hacer un poco más de seguimiento porque en realidad, bueno se le hace un seguimiento, pero más bien es un seguimiento a nivel clínico.” (P-5)

Las propuestas de mejoramiento del abordaje de la sexualidad son diversas y están enfocadas a estrategias edu-comunicacionales, campañas informativas, talleres de yoga, invitación a expertos, elaboración de guías, etc.

“El plan de acción es fomentar la información acerca de la sexualidad de varias maneras, de varias rutas, puede ser con campañas, con juegos, sobre todo las actividades que sean muy prácticas para los pacientes, recreativas que les llamen la atención sería una clave para tomar la atención de ellos y también tomar la atención del personal de salud.” (P-8)

A continuación, se presenta un ejemplo de nube de palabras que se sistematizó donde se aprecian los principales conceptos que destacan en los textos de las entrevistas (Figura 20).



Figura 20 Nube de palabras. ATLAS.ti 22®

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN DEL ESTUDIO 1 (REPRESENTACIONES SOCIALES DE PACIENTES)

La literatura científica revela una mayor preocupación por estudios cuantitativos dedicados a observar las alteraciones de las hormonas sexuales producidas en la ERCT y la demostración de que en la mayoría de los casos esta condición mejoró con el TxR. (Pertuz, W. et al. 2014). Se encontraron numerosos artículos sobre los detalles de la disfunción eréctil y el desempeño sexual masculino e infertilidad en los casos de trasplante renal, no de igual manera los estudios sobre los mismos aspectos relacionados con las mujeres con ERCT y trasplantadas. (Díaz Bernal & Presno Labrador, 2013). Los estudios cualitativos relacionados con el trasplante renal y con enfoque de género son escasos.

Los estudios cuantitativos en su totalidad hicieron referencia a la función sexual centrada en las relaciones sexuales coitales donde el principal protagonista fue la disfunción eréctil y solo en los últimos años una incipiente preocupación por la disfunción sexual femenina, (Basok et al, 2009; Filocamo et al, 2009; Noohi et al., 2010; Seethala et al., 2010, Strippoli & Sexual Dysfunction (CDS) in Hemodialysis Working Group, 2012; Küçük et al, 2013), dejando de lado una concepción más holística de la sexualidad y por esta razón se entiende el reporte de un estudio señale que aunque muchas mujeres que reciben hemodiálisis son sexualmente inactivas, pocas describen tener dificultad sexual. La mayoría, incluyendo aquellas con falta de interés en el sexo, están satisfechas con su vida sexual y pocas desean aprender sobre opciones de tratamiento. (Mor et al., 2014; Montenegro Jaramillo et al., 2014).

No se encontraron estudios cualitativos que narraran sobre las representaciones sociales sobre la sexualidad de las personas con trasplante renal ni sobre las diferencias entre hombres y mujeres, donde los primeros asocian la afectividad con la familia y las segundas involucran la afectividad en las relaciones de pareja sin necesidad de que estén en el marco de una familia. En el presente estudio se encontró que las personas con trasplante renal cuando estaban en diálisis, experimentaron un sentimiento de peligro inminente de fin de la vida y percibieron que la prioridad es sobrevivir, recuperarse y adquirir fuerzas, mientras que un estudio cualitativo sobre las vivencias y expectativas de personas que en terapia de diálisis, concluyó que están influenciadas de forma positiva por el apoyo familiar, la información correcta recibida acerca de diálisis, trasplante renal y el trato adecuado con el personal de salud, y que la influencia es

negativa debida a factores como los cambios en el cuerpo, las dificultades laborales o de estudio, entre otros. (Gonzabay Campos & Montesinos Guevara. 2015).

En cuanto a la forma como es vivido el deseo, los orgasmos o la masturbación no se encontraron estudios cualitativos que hablaran sobre ello, sin embargo un estudio cuantitativo señala que el trastorno orgásmico es la disfunción más representada en pacientes en diálisis, alta incidencia de trastornos orgásmicos en pacientes con hyperprolactinemia asociada a anomalías en el eje hipotalámico-hipofisario con baja producción de estrógenos que producen sequedad, mayor fragilidad y adelgazamiento del epitelio vulvovaginal con dispareunia y ardor después del coito, aspectos que son superados después del trasplante renal. (Santos et al, 2012).

Si bien algunos estudios cuantitativos concluyen que es necesario profundizar en el conocimiento de factores socioeconómicos de las personas con trasplante renal, se refieren básicamente al nivel de instrucción, señalando que una mayor educación actuaría como un elemento protector para tener una vida sexual saludable, sin embargo, ningún estudio menciona la influencia de la educación de la sexualidad, sus contenidos y objetivos sobre las personas con trasplante renal. Sin embargo, hay coincidencia en el señalamiento de este mismo estudio cuando afirma que las percepciones subjetivas de salud afectan la función sexual de manera diferente en hombres y mujeres. (Tavallai et al 2007).

En una investigación sobre la calidad de vida de personas con trasplante renal donde se describe que la vida de pareja, familiar y social se ve afectada durante el período de ERCT y de trasplante renal (TxR). (Alarcón et al, 2013), se asemeja con los hallazgos del presente estudio en el que las personas entrevistadas relataron que hubo cambios en las relaciones de pareja, sin embargo, en el presente estudio además se encontró que en el caso de los hombres todos recibieron apoyo incondicional de sus parejas, pero en el caso de varias de las mujeres entrevistadas, la enfermedad fue el catalizador para que se produzca la separación o abandono.

El presente estudio no exploró las percepciones y vivencias de las parejas de las personas con trasplante renal, sin embargo es interesante la conclusión de un estudio que sí lo hizo y reportó que se ven afectadas por los cambios negativos en el funcionamiento sexual de las personas con trasplante renal. Sin embargo, muchas parejas mantienen alta satisfacción de vida y relación. (Raggi et al 2012). También coincide con los hallazgos del presente estudio en que la familia pasó a ser un pilar importante para llevar tanto la ERCT como el TxR, pero que también hubo

experiencias en donde se replanteó la relación debilitándose. Los dos estudios difieren en cambio en que los hombres fueron más apoyados por sus parejas que las mujeres. (Tong et al., 2015).

DISCUSION DEL ESTUDIO 2 (EXPERIENCIAS DE PACIENTES)

El objetivo de este estudio fue explorar y comprender las experiencias y perspectivas de los receptores de trasplante renal con respecto a su sexualidad. Después de un trasplante de riñón, los receptores experimentan varias preocupaciones sexuales (Muehrer et al., 2014; Martell et al., 2015). Los resultados de nuestro estudio muestran que la sexualidad no es una prioridad para los receptores de trasplante renal. En contraste, otros estudios han enfatizado que tener un trasplante de riñón no hace que la sexualidad sea menos significativa para los pacientes (Muehrer, 2009). Esto podría deberse a que la mayoría de los trasplantes de riñón se realizan en adultos donde la sexualidad es de gran importancia (Branco et al., 2013). Sin embargo, el miedo a rechazar el órgano o la incertidumbre sobre el estado de salud tras el trasplante son factores estresantes que podrían influir en el interés sexual de los receptores de trasplante renal (De Zwaan & Erim, 2018). Por lo tanto, como informa nuestro estudio, el interés sexual disminuyó significativamente en el período posterior al trasplante y la mayoría de los receptores pospusieron el nuevo comienzo de las relaciones sexuales (Szpotanska-Sikorska et al., 2017). Según el estudio realizado por Martell et al. (2015), la fatiga es uno de los factores que contribuye a la falta de deseo de los receptores de trasplante renal de participar en actividades sexuales. Durante la etapa temprana del postrasplante, los receptores de trasplante renal muestran un mayor interés por el afecto y el vínculo afectivo en la relación que por el sexo físico (Martell et al., 2015). Pero un trasplante de Riñón no solo afecta la sexualidad del receptor, sino también la de su pareja (Raggi et al., 2012). La falta de deseo y los cambios en el funcionamiento sexual pueden conducir a un peor funcionamiento de la relación (Jodouin, 2018). De esta forma, la presencia de una pareja solidaria es fundamental para afrontar los cambios en la sexualidad posteriores al trasplante (Tkachenko et al., 2019). Las parejas solidarias se asocian con menos preocupaciones sexuales negativas, mientras que la falta de una pareja solidaria contribuye a aumentar las preocupaciones sexuales y la frustración del receptor tras el trasplante de riñón (Martell et al., 2015). Por el contrario, Ragi et al. (2012) afirmaron que, aunque tanto el deseo sexual como la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyeron entre los receptores de trasplante renal y sus parejas, en el contexto de una relación, no hubo impacto en su satisfacción sexual. Esto podría explicarse porque la satisfacción sexual es un

constructo multidimensional que no solo se correlaciona con la función sexual sino también con aspectos psicológicos y relacionales (Fallis et al., 2016). Además, otro tipo de actividades sexuales, por ejemplo, besar, tocar o abrazar, también son elementos esenciales en la satisfacción sexual, especialmente en relaciones a largo plazo (Fallis et al., 2016; Gillespie, 2017).

Los receptores de trasplantes de riñón pasan por un período prolongado de adaptación a la enfermedad que implica varios cambios corporales (Álvarez-Villareal et al., 2019). El uso de terapias de reemplazo renal como la diálisis antes del trasplante provoca cambios importantes en la imagen corporal por efectos de la uremia y la creación del acceso dialítico (Sadeghian et al., 2016). Además, la integración y adaptación de un nuevo riñón en el cuerpo implica un ajuste de la imagen corporal que puede influir en la intimidad y los comportamientos sexuales (Yagil et al., 2015). El estudio de Mota et al. (2019) corroboraron el fuerte impacto de la satisfacción con la imagen corporal sobre la función sexual en receptores de trasplante renal. Según nuestros resultados, los cambios en la apariencia física afectaron negativamente la sexualidad (Mota et al., 2019; Martell et al., 2015). La satisfacción con la imagen corporal negativa se asocia con mayores niveles de ansiedad y depresión en los receptores de trasplante renal (Mota et al., 2019). La ansiedad y la depresión son estados psicológicos que se relacionan con una disminución del deseo y funcionamiento sexual (Chou et al., 2021; Chilcot et al., 2014; Brotto et al., 2016). Podría justificar que aquellos participantes de nuestro estudio que experimentaron un cambio positivo en el estado de ánimo tuvieran más deseo sexual. A pesar de que algunos de nuestros participantes experimentaron una mejora en el funcionamiento sexual, la disfunción sexual es un problema sexual frecuente entre los receptores de trasplantes de riñón (Spirito et al., 2020; Muehrer et al., 2014). Kurtulus et al. (2017) afirmaron que la edad es el factor de riesgo más importante para la disfunción sexual. Sin embargo, otros factores en los receptores de trasplante renal han demostrado una correlación positiva con la disfunción sexual, como las comorbilidades vasculares, el tiempo de diálisis y los medicamentos (Suzuki et al., 2014).

Dado que la sexualidad es una parte importante de la calidad de vida de los receptores de trasplantes de riñón (Muehrer, 2009), es importante que los profesionales de la salud comuniquen información a los receptores y a sus parejas sobre los posibles efectos del trasplante de riñón y el tratamiento sobre el bienestar sexual a fin de normalizar la sexualidad en este contexto. Además, los ajustes sexuales realizados por los receptores de trasplante renal deben ser guiados por profesionales de la salud para promover las relaciones sexuales (Van Ek, et al.,

2015). La mayoría de nuestros participantes no buscó ayuda profesional para su problema sexual, como lo han demostrado otros estudios (Martell et al., 2015). Van Ek et al. (2017) sugirieron que los receptores de trasplantes de riñón generalmente no buscan ayuda porque los profesionales de la salud ignoran la sexualidad durante la consulta posterior al trasplante. Es posible que los profesionales de la salud no brinden suficiente información sobre la sexualidad a los receptores de trasplantes de riñón por varias razones. Por un lado, y en consonancia con nuestros resultados, la sexualidad sigue siendo un tema tabú aún hoy en día, lo que puede generar malestar en el paciente y en el profesional sanitario a la hora de hablar de ella (Fennell & Grant, 2019). Pero, por otro lado, el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la sexualidad puede ser limitado (Van Ek et al., 2017; Fennell & Grant, 2019). Por ello, sería importante incluir la sexualidad como una parte más de la atención al paciente en la formación de los profesionales sanitarios. Sin embargo, los profesionales de la salud no consideran la sexualidad como una prioridad en el cuidado de los pacientes, por lo que no toman en cuenta esta discusión.

DISCUSIÓN DEL ESTUDIO 3. (PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE SALUD)

En este apartado se presenta la discusión de los resultados del estudio realizado en profesionales de salud vinculados a los servicios de trasplante renal de los dos hospitales de Quito. Este apartado se organiza en base a la agrupación de temas de análisis, presentados en los resultados.

Los hallazgos del estudio sugieren que las y los pacientes con trasplante renal vienen de una historia de disfunción sexual provocada por su condición patológica y los tratamientos a los que son sometidos según el estadio o momento del proceso de la enfermedad. Varios autores señalan que el 75% de los hombres sometidos a diálisis informan disfunción eréctil y entre el 30 al 80% de las mujeres informan síntomas sexuales (Chou, et al. 2021b).

Otras investigaciones han abordado ampliamente las implicaciones hormonales tanto en los hombres (Arenas, 2021; Larsen et al., 2013; Eckersten et al., 2015), como en las mujeres (Chou et al., 2021b, Torres, et al. 2016)), así como aquellas comunes a ambos sexos (Arenas, 2020; Jalón Monzón et al., 2019b). Sin embargo, en este estudio se va más allá de los efectos biológicos para abordar cómo esos efectos biológico-hormonales se manifiestan en la vida sexual y su íntima relación con lo psico-emocional.

Debe tomarse en cuenta que las y los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) que son elegidos para trasplante renal, generalmente presentan otras enfermedades subyacentes como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad, cardiopatía isquémica, anemia, disfunciones hormonales, vienen además con una historia de cambios psicológicos, que en su conjunto contribuyen a producir alteraciones en las fases del deseo y la excitación sexuales y los tratamientos con fármacos suelen interferir en las fases de la respuesta sexual. (Jalón Monzón et al., 2019b). En muchos de estos pacientes durante la fase urémica la disfunción sexual es más acentuada y los efectos en el sistema nervioso son la disminución de la libido e impotencia en los hombres y en las mujeres falta de deseo, lubricación y dispareunia. (Palmer BF1, 2017)

Existe controversia sobre si los diferentes aspectos de la sexualidad mejoran luego del trasplante renal, varios estudios mencionan que la mejora es significativa particularmente en las mujeres (Sikora-Grabka, et al. 2018) al restablecerse el funcionamiento del eje hipotálamo – hipófisis – gonadal. Otros estudios señalan que la prevalencia de disfunción sexual es elevada en los pacientes con trasplante renal (Luo et al., 2020) debido a la presencia de comorbilidades, cirugía de trasplante renal, efectos adversos de medicamentos, cambios psicológicos relacionados con la enfermedad crónica, así como hiperprolactinemia e hipogonadismo. (Perri et al., 2020) sin embargo en una revisión sistemática sobre la disfunción sexual en pacientes trasplantados renales se señala que en general hay una mejoría pero prevalece un 10% de pacientes con Disfunción Sexual (DS) atribuibles a edad, problemas neuroendocrinos/metabólicos y terapia inmunosupresora. (Pertuz, et al. 2014). En un estudio realizado en Francia se reportó una prevalencia de hipogonadismo en ERCT, entre el 24% y el 66% y disminución paulatina luego del trasplante renal. (Neuzillet, et al. 2016). Todos coinciden en que es necesario profundizar los estudios y estandarizar metodologías para que los resultados sean más confiables.

Respecto a la influencia de los medicamentos utilizados por las y los pacientes con trasplante renal y su influencia en la sexualidad existe escasa información científica, lo que se puede interpretar de tres maneras: 1.- que no existen efectos secundarios en la sexualidad o 2.- que al parecer las farmacéuticas no incluyen en los protocolos de investigación los efectos de sus medicamentos en la sexualidad y cuando lo hacen sus reportes son poco específicos para referirse a la disminución de la libido o disfunción sexual. (Bardecio & Bardecio, 2015) 3.- que las y los profesionales de salud subestiman la evaluación de la sexualidad en sus pacientes, esto

coincide con los hallazgos del tema 1 y sugieren que hay una ausencia del abordaje de la sexualidad en diferentes planos: en la formación académica, en las normas y en los informes de las farmacéuticas.

Algunos estudios mencionan que tacrolimus, uno de los inmunosupresores más utilizados en pacientes con trasplante renal pueda tener efectos beneficiosos en el funcionamiento de las hormonas sexuales aumentando la testosterona y la FSH en los hombres, mientras que ocurre su disminución en las mujeres, así como la disminución de la prolactina en ambos sexos. (Szypulska-Koziarska, 2021), sin embargo, otros estudios señalan que los inhibidores de la calcineurina dentro de los cuales está la ciclosporina y el tacrolimus, sí afectan sobre todo los niveles de fertilidad. (Georgiou, Dounousi, & Harisis, 2016).

Parecería que es menos controversial la aseveración de que los inmunosupresores y corticoides en el manejo del trasplante renal producen dislipidemia, hipertensión e hiperglucemia, todos ellos implicados en la respuesta sexual. La ciclosporina y el tacrolimus causan diabetes mellitus pos trasplante por una serie de mecanismos, que incluyen la disminución de la secreción de insulina, el aumento de la resistencia a la insulina o un efecto tóxico directo sobre las células beta productoras de insulina. Para los corticosteroides, la inducción de resistencia a la insulina parece ser el factor predominante. (Shokeir et al., 2021).

En el ámbito psicológico tienen una alta prevalencia la ansiedad, depresión, (Ribeiro, et al. 2021, Moreno Rubio, et al. 2016), estrés, baja autoestima, trastornos del sueño, falta de apetito, temor al mal desempeño sexual, disminución del interés, el deseo y las capacidades sexuales. (Yaqoob, et al. 2020) La irritabilidad y la ansiedad son también comunes. Todos estos cambios con frecuencia llevan también a alteraciones en las relaciones de pareja, familiares y sociales. (De Pasquale et al., 2020). Esto concuerda con nuestros resultados, pues los profesionales informaron acerca de la disminución del deseo y otros problemas de la respuesta sexual en algunos de sus pacientes.

En el presente estudio se encontró que existe una gran presión sobre las y los pacientes con trasplante de riñón de parte del equipo de profesionales de salud, sobre la adherencia al tratamiento, pues se cree que es la clave para el mantenimiento de su salud y en el caso de pacientes con trasplante renal es vital para la conservación del injerto, de esta manera, se entiende que se deben hacer todos los sacrificios posibles para la sobrevivencia y es frecuente

encontrar éste énfasis en la literatura médica especializada en trasplante renal. (Jamieson et al., 2016) (De Pasquale et al., 2020) y en este sentido, la sexualidad es uno de los aspectos más sacrificados en la vida de las y los pacientes con trasplante renal y no es considerada una prioridad. (Carter et al., 2020) por lo que no es tomado en cuenta en las evaluaciones de las y los pacientes. (Papadopoulou, 2015)

A pesar de ello, los cuestionarios que evalúan la calidad de vida de las personas con terapia de sustitución renal, incluyen el componente de sexualidad por su influencia en el estado de ánimo y emocional (Bolívar, Medina & González, 2015) de las y los pacientes, pues consideran que los afectos e interrelaciones con otras personas están relacionados con su autoestima, su relación de pareja, el entorno familiar y el medio que les rodea. (Balaban et al., 2017)

Específicamente sobre la calidad de vida luego del trasplante renal, las últimas revisiones sistemáticas concluyen que efectivamente el trasplante mejora la calidad de vida de las y los pacientes, aunque no a los niveles previos a la ERCT. (Wang et al., 2021, Mousavi-Roknabadi, et al. 2019) y que el nuevo enfoque del trasplante renal debe estar centrado en el paciente (Chou, et al. 2021a, Schick-Makaroff et al., 2022) poco utilizado en los servicios de nefrología en el mundo y tampoco en el Ecuador, como se pudo verificar en el presente estudio, para la mejora de la calidad de vida de las y los pacientes, considerando que la sexualidad es un derecho básico que la afecta. (Jalón Monzón et al. 2019b).

En el presente estudio se encontró que las y los profesionales de la salud consideran que la autoconfianza, expectativas de futuro, la aceptación de la pareja y la sensación de bienestar eran sentimientos que favorecerían una vida sexual satisfactoria de éstas personas. En este sentido es necesario mencionar que estos sentimientos que influyen en la sexualidad se construyen social y culturalmente (Abdolmanafi, et al. 2018) en lo que se denomina el “amor romántico” (Morales, 2019) aprendido a través de los discursos de la familia, el entorno generacional, las novelas, las películas, sistema educativo, religión, etc. los que contribuyen a la formación de la subjetividad de autoconfianza y aceptación que además se vincula a la lealtad y el amor eterno monógamo. Contrariamente a otro tipo de relación que sería el amor “pos-romántico” que tendría otras características como: independencia, diferenciación de espacios, igualdad entre los géneros, etc. De ahí que es comprensible que la baja autoestima, la imagen corporal deteriorada, la ansiedad (Cabrales, et al. 2017) y depresión que generalmente son comunes en las personas que viven un proceso largo de enfermedad renal tengan una vida sexual poco

satisfactoria. Ambas denominaciones ayudan a comprender el sistema de símbolos y reglas que subyacen en las personas con trasplante renal para entender, aceptar y ejercer la vida afectiva vinculada a la sexualidad. (Morales, 2019). No se encontraron estudios específicos sobre los sentimientos que favorecen o no la sexualidad de pacientes con trasplante renal, sin embargo se encontró que es frecuente la presencia de sentimientos negativos tales como: ansiedad de rechazo del órgano trasplantado, aversión a la terapia sustitutiva, minimizar la morbilidad futura, trivialización, negación de riesgos, tratamiento y responsabilidades agobiantes, sobremedicalización de la vida y desmotivación. (Jamieson et al., 2016).

Uno de los sentimientos más poderosos encontrados en el estudio fue la esperanza de un futuro y esa fue como la gran motivadora antes del trasplante renal, lo mismo se encontró en otras investigaciones, pero con diferentes expresiones, como por ejemplo una sensación de “extensión de la vida” o un renacimiento simbólico eufórico (Pasquale, 2014), se reporta también en otro estudio realizado en Estados Unidos donde se afirma tener una mayor sensación de esperanza y optimismo. (Tucker et al., 2019). Otros hallazgos en la literatura han señalado el mismo sentimiento utilizando otros términos como regalo de vida, la actitud positiva como pilar fundamental en el trasplante renal o que “en la vida hay tiempo para todo menos para rendirse”, (Carrillo Algarra, et al. 2017) también el empoderamiento a través de la autonomía, el dominio de su vida, buscar objetivos tangibles, desarrollar la intuición corporal, rutinizar y resolver problemas, y afrontamiento adaptativo. (Jamieson et al., 2016) o equivalencias en recuperar la fuerza y la vitalidad o prolongar la vida fueron las expectativas de pacientes renales. (Pinter et al., 2016). Según un estudio cualitativo en Brasil, el trasplante renal contribuye, además del retorno a una rutina más activa, a una mayor percepción de libertad o independencia. (de Brito, et al. 2015).

Por otro lado, también es cierto que en muchos casos las expectativas de las y los receptores de trasplante renal son sobrevaloradas respecto a lo que piensan los profesionales de la salud, al igual que en el presente estudio. (Maass et al., 2019, Gruttadauria, et al. 2019).

En los resultados se reportaron las diferencias de género, edad, etnia, habitar en zonas rurales, nivel socioeconómico, educación y cómo estas categorías se sobreponen al momento de relatar las percepciones de las y los profesionales de salud sobre la sexualidad de las personas con trasplante renal, como ejemplo se podría decir que el hecho de ser mujer, joven, indígena y con bajo nivel educativo marca una percepción del personal de salud sobre la sexualidad de ésta

persona como de poco interés en la sexualidad, escasa predisposición a hablar sobre el tema y preocupación predominante sobre aspectos de la reproducción.

En un estudio cualitativo realizado en mujeres con terapia sustitutiva de hemodiálisis y diálisis peritoneal en Chile, se encontró similitud con las preocupaciones de las mujeres alrededor de la maternidad y la prevención de infecciones, sin embargo, también difiere del presente trabajo al mencionar preocupaciones alrededor de la imagen corporal, baja autoestima y miedo al futuro. (Ramírez-Pereira, et al. 2018)

Otro estudio cuantitativo realizado en hombres y mujeres en Turquía sobre la función sexual en pacientes con Terapia de Reemplazo renal y los efectos en las percepciones de salud y satisfacción con la vida, se encontró que el factor más importante que afecta su satisfacción con la vida es su estado de salud antes que problemas en la sexualidad. De igual manera también se reporta una mayor preocupación por la disfunción eréctil conforme aumentaba la edad de los pacientes y mayor dificultad de las mujeres para hablar sobre sexualidad debido a factores culturales y religiosos. (Sabanciogullari, et al. 2015).

Para el estudio era significativo conocer las percepciones de las y los profesionales de la salud sobre la importancia de la sexualidad en la vida de las personas con trasplante renal y en su mayoría respondieron que era muy importante, sin embargo este aspecto no fue explorado rutinariamente en las historias clínicas ni en las consultas o pases de visita en los hospitales, tal como sucede con el plan alimentario, la actividad física, hábitos de sueño o el tratamiento farmacológico, en este sentido, se encontró similitudes con otros estudios realizados en enfermedades crónicas y discapacidades (Dávolos, et al. 2022, McGrath, et al.2021); y al igual que en el presente estudio, excepcionalmente lo hacían cuando había la iniciativa o necesidad desde las y los pacientes. (Rojo-Villaescusa & Zarco-Montejo, 2022), ésto a pesar de que varias guías de práctica clínica para pacientes con trasplante renal tienen numerosas recomendaciones de la exploración de la sexualidad. (Baker, et al. 2017).

Al igual que en el presente estudio, algunos autores señalan la falta de conocimiento y experticia en el tema de sexualidad que va desde la falta de formación en las aulas universitarias, (Restrepo-Payán et al., 2021), al tabú existente en torno a la sexualidad y/o salud sexual que dificulta la intervención en la misma; ya sea por reparo de los profesionales o de los propios usuarios, (Sánchez Roberto, P. 2019), al enfoque “médico tradicional”, (van Dongen et al.,

2022, Ledón, 2016). entendiéndose como la mirada biológica dedicada al funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas y no con una mirada integral y holística como lo recomiendan las asociaciones internacionales para la salud del riñón (McKeaveney et al., 2020), peor aún el estudio de la sexualidad desde una perspectiva de género y el abordaje del placer (Vizcaíno Alonso, et al. 2014) así como tampoco el conocimiento para el diagnóstico de problemas sexuales. (Vizcaíno Alonso, et al. 2019) para de esta manera comprender mejor la realidad de la vida de las personas con trasplante renal, cubrir las necesidades insatisfechas de las y los pacientes, mejor automanejo de su enfermedad con mayor adherencia a los esquemas de tratamiento (Jamieson et al., 2016) y mejoramiento de su calidad de vida. (Ndemera & Bhengu, 2018).

Otra de las explicaciones de la ausencia de exploración de la sexualidad de pacientes en terapia de sustitución, estaría asociada a que no consta en las normativas vigentes en Ecuador, una de ellas a la que se pudo acceder denominada “Guía de evaluación del potencial receptor de trasplante renal”, no se encontró ninguna indicación, solo señala que “Las pacientes candidatas a trasplante que aún no han iniciado vida sexual, también deberán ser enviadas a la consulta para asesoramiento. Vacunar contra VPH cuando aplique.” Respecto a la sexualidad masculina no se menciona nada. (INDOT, 2015). Esta indicación es la única encontrada en esta guía que se relaciona con la sexualidad de las y los pacientes candidatos a trasplante renal. En documentos primarios consultados que son referencias de la guía, también estaba ausente el tema de exploración de la sexualidad, (Méndez Felipe, 2013) pero sí habían indicaciones sobre salud reproductiva dirigida especialmente a las mujeres (INCMNSZ, 2015). Sin embargo, en el documento más aceptado internacionalmente como guía para trasplante, sí se encontró un capítulo dedicado a la función sexual y fertilidad donde se indica “Evaluar adultos para disfunción sexual después del trasplante de riñón. Incluir un debate sobre la actividad sexual y el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y prácticas sexuales seguras en el seguimiento de los adultos receptores de trasplante renal”. (KDIGO, 2009). En la guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica del año 2018, la única parte donde se habla de salud sexual, es cuando se menciona que es obligación de los pacientes conocer sobre sexualidad. (MSP. 2018). En el presente estudio se pudo evidenciar que las y los profesionales de salud de las unidades de trasplante renal obvian la exploración de la sexualidad porque no tienen una norma que les indique sobre la importancia de la exploración rutinaria de la sexualidad de sus pacientes y eso influye en el manejo terapéutico de las y los pacientes en concordancia con un estudio realizado en España. (Espinell, et al. 2016).

Los documentos regulatorios como protocolos, guías de práctica clínica, normas, procedimientos, etc. cumplen con un papel de afianzar o cambiar la realidad, (Squires, Dorsen, 2018), son políticas públicas y por lo tanto deberían cumplir con algunos mandatos como por ejemplo la transversalización del enfoque de género y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos considerados en pactos y acuerdos internacionales suscritos por el Ecuador y que también constan en la Constitución vigente. (ONU, 1995), (OMS, 2005) (Asamblea Constituyente, 2008).

Entonces la pregunta es ¿por qué se excluyeron las consideraciones de la exploración de la sexualidad en la normativa nacional? Entre las interpretaciones que se pueden hacer es que dado el nivel de desarrollo de las ciencias médicas en nuestro país, la escasa experiencia en desarrollo de normativas y la escasa dedicación de tiempo a la investigación científica, la mayor preocupación de las y los profesionales dedicados al trasplante renal en el país se centró en los aspectos biológicos, seguido de la poca formación, interés y experiencia en la exploración sexológica, (Valdez Carrizo, et al. 2019), la tradición médica vigente de no incorporar la sexualidad en la comprensión integral de la vida humana por prejuicios culturalmente transmitidos y por “economía biológica” es decir que frente a una enfermedad tan grave como la ERCT es preferible sacrificar la sexualidad que puede ocasionar problemas importantes con infecciones o embarazos y finalmente la comodidad de las y los profesionales de salud de no tomarse el trabajo de la exploración de la sexualidad si no consta en las normas y protocolos. Se ha referido también que hay dificultades por la falta de definiciones, resultados y estratificaciones homogéneas que permitan un agrupamiento meta-analítico, y la cuantificación de los riesgos de la mujer con la doble condición de enfermedad renal y embarazo, (Arenas Jiménez, 2018). El embarazo en mujeres con trasplante renal resulta exitoso siempre que la función renal se mantenga estable y no aparezcan complicaciones. (Laguna-Castro, et al. 2021, Gianserra, Pomeranz, & Trimarchi, 2019)). El embarazo sigue siendo un desafío en las receptoras de trasplante renal debido a la falta de criterios diagnósticos. (Yadav, et al.2022). Pero al parecer, el tema de carencia de abordaje de la sexualidad no solo se limita a personas con trasplante renal sino que es poco investigada en candidatos y receptores de órganos sólidos en general.

La otra interpretación podría hacerse desde la perspectiva de la elección de la a-sexualidad (Pijoan Molina, Marlen; Piana, 2019) que está entre las opciones de orientaciones sexuales, o

el celibato que sería una auto-imposición por razones religiosas o éticas o la anti-sexualidad que se define como la persona cree que el sexo es algo malo, un elemento que corrompe las cosas y que resulta problemático. (Torrez, 2015) En cualquier caso, si hubiese una adecuada exploración de la sexualidad, debería constar la evidencia de que se exploró y se concluyó que fue una opción inducida o escogida por las y los pacientes con trasplante renal.

En el presente estudio se encontró un énfasis que se da a la sexualidad masculina en detrimento de la femenina, en concordancia con esto, se ha referido en la literatura médica, que en la formación de las y los profesionales de la salud se ha inducido a un sesgo inconsciente que los lleva a no diagnosticar adecuadamente las patologías de las mujeres, los síntomas de las mujeres se han mantenido encubiertos como demandas psicosomáticas o como problemas psicológicos, es decir invisibles para la medicina (Finkel Morgenstern, L. et al. (2020). El diagnóstico clínico biopsicosocial es un proceso complejo porque se debe barajar mucha información para intentar comprender lo que le está pasando a aquella persona concreta y correlacionarlo con una serie de patologías, pero si los modelos en que se basa la ciencia médica se han extraído de las patologías que presentan los hombres, es difícil que los problemas que presentan las mujeres se puedan poner de manifiesto. (Valls Llobet, 2020). Tal es el caso del que se encontró en el presente estudio.

Si bien la sexualidad en general no es explorada en la consulta médica de las y los pacientes trasplantados renales, la sexualidad femenina ni siquiera es considerada a pesar de que varios estudios sitúan la disfunción sexual femenina en porcentajes elevados (Naveiro Fuentes et al., 2022, McCool, et al. 2016), pero también debido a que en el pensamiento predominante en las y los profesionales de salud, tiene como referencia la sexualidad masculina, por lo que las mujeres son consideradas pasivas, carentes de deseo propio y su rol es adaptarse al deseo de sus parejas, complacerlas y su función principal es la reproducción. (Valls Llobet, 2020). al no explorar la sexualidad se perdería la oportunidad de su diagnóstico y tratamiento omitiendo el incremento en la calidad de vida de sus pacientes.

En el presente estudio las y los profesionales de salud ponían mucho énfasis en las infecciones del tracto urinario (ITU), en la literatura científica se encontró que numerosos estudios señalan que las ITU son las mayores causas de morbilidad y mortalidad en personas con trasplante renal, debido al uso de inmunosupresores (Méndez Chacón, 2017) presentándose en el 25 y 75% de las personas con trasplante renal. (Chacón-Mora, Pachón Díaz, & Cordero Matía, 2017). Los

factores de riesgo de ITU fueron: sexo femenino, (Ooms, L., et al. 2017). discrepancia de antígeno leucocitario humano y anticuerpo reactivo del panel ≥ 50 %. (Santithanmakorn, et al. 2022). Sin embargo, los nuevos estudios tratan de buscar los orígenes de estas infecciones en otros factores como inmunosupresión excesiva por medicamentos y/o enfermedad crónica como diabetes, material extraño en el sistema urinario, trasplante de riñones afectados por lesión por isquemia-reperfusión, riñones nativos que no funcionan, anomalías anatómicas, obstrucciones y vías urinarias inferiores anormales. (Ness, & Olsburgh, 2020), así como el cateterismo urinario posterior al trasplante, incluido el cateterismo urinario permanente y el cateterismo intermitente limpio; una capacidad vesical máxima antes del Trasplante Renal (TR) inferior a 150 ml; y un nivel bajo de albúmina sérica al mes del TR. (Shimizu, T., et al. 2021). También se sugiere la exploración y tratamiento de infecciones e infecciones de transmisión sexual (ITS) en las parejas sexuales. (Asociación Europea de Urología. 2020). Esta información es muy importante considerarla para evitar la tendencia de culpabilizar a las mujeres trasplantadas renales de no haber sido lo suficientemente cuidadosas en su comportamiento sexual y la prevención de infecciones. Sin embargo, algunos estudios enfatizan en el autocuidado como un factor importante en la calidad de vida de personas con terapia sustitutiva de de ERCT y es promocionado por las instituciones y equipos de salud para evitar los altos costos del tratamiento de las complicaciones si estos autocuidados no se realizarían. (Lucas-Choez. al. 2021). Sin embargo en las reflexiones epistemológicas encontradas en un artículo científico publicado en México se interpreta al Dasein, término mencionado por Martín Heidegger en su obra "Ser y tiempo" y los significados sobre el cuidado donde por un lado está la responsabilidad individual del cuidado del propio ser y por otro lado cuando se cuida se debe identificar las motivaciones para cuidar, conocer al otro, identificar sus necesidades para procurarles alivio, bienestar y vida a la persona cuidada que son las responsabilidades de profesionales de la salud, principalmente enfermeras y enfermeros. (Ramírez-Pérez, Cárdenas-Jiménez, & Rodríguez-Jiménez, 2015).

Entre las medidas no medicamentosas relacionadas con la sexualidad recomendadas para evitar las infecciones del tracto urinario están: no retrasar la micción y vaciar la vejiga tras las relaciones sexuales. (Lopez Oliva, Loeches, 2022). (NICE guideline. 2018).

En el presente estudio se encontró que las y los profesionales de salud que atienden a personas con trasplante renal están más familiarizados con los problemas sexuales masculinos que los femeninos, de igual manera, se encontró coincidencia con criterios emitidos en el encuentro de

especialistas sobre "Salud de las Mujeres de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad" donde se identificó que era necesario prestar mayor atención a los trastornos sexuales que sufren las mujeres aquejadas de ERCT (CIMEQ. 2018).

Sobre el tema del tabú, al igual que en el presente trabajo, algunos estudios sitúan que las y los médicos no preguntan sobre la sexualidad debido a temores de ofender al paciente, limitaciones generacionales o de educación, si el o la paciente es de sexo diferente al del médico, falta de tiempo, considerar que el tema es irrelevante, inseguridad y desconocimiento para abordar el tema. (Camejo, 2020). En Colombia, un estudio señala que la mayoría de estudiantes del último año de Medicina al no tener conocimientos ni prácticas sobre sexología, se sienten incómodos al abordar un paciente sobre temas sexuales. (Restrepo-Payán et al., 2021). Por otro lado, desde las y los pacientes no topan el tema de la sexualidad en las consultas médicas porque sienten vergüenza, tienen barreras culturales y/o religiosas o limitaciones generacionales. Se ha identificado además que las y los profesionales de la salud abordan el tema solo si es de interés de las o los pacientes o si tiene relevancia con la patología que están tratando. (Venegas, 2006). En un estudio realizado en el 2019 se identificaron barreras para el abordaje de la sexualidad causadas por la reacción emocional, los efectos secundarios de la medicación y los cambios físicos entre los receptores de riñón. (Nielsen, et al. 2018).

Los testimonios del presente estudio, revelaron cómo los discursos y normativas sobre género y sexualidad legitiman, en los espacios de salud sexual y reproductiva, las desigualdades sociales, especialmente las de género y la doble moral sexual imperantes en la sociedad. Las mujeres se desarrollan como saturadas de una sexualidad "desordenada" que debe ser controlada a través de diversas regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. Estas regulaciones inciden en el reconocimiento de su autonomía sexual y reproductiva, e impactan negativamente en sus derechos. (Sosa-Sánchez, & Erice, 2017)

Igualmente, es importante señalar el rol que juegan tanto las regulaciones reproductivas y sexuales en general y los regímenes médicos sobre anticonceptivos (Lowe, 2005), sobre las regulaciones relativas a la construcción de feminidades y masculinidades (Ussher, 2006) y por tanto en la reproducción de las desigualdades y estructuras de género. Y lo que es más, el rol central que tienen los médicos en la estratificación social de la autonomía reproductiva de las mujeres. (Sosa-Sánchez & Erice, 2017). En esa línea, en el presente estudio se encontró que los profesionales de salud no ofrecían alternativas a las mujeres en salud reproductiva sino la

imposición de la ligadura de trompas antes del trasplante renal que coincide con lo señalado en otros estudios donde se señala que los regímenes médicos sobre anticoncepción se fundamentan en el no reconocimiento de las mujeres como sujetos en condiciones de decidir sobre sus capacidades reproductivas, reinstaurando prácticas, no sólo paternalistas sino en ocasiones autoritarias e impositivas, dirigidas hacia sus cuerpos, naturalizando las desigualdades de género en este ámbito y la hétero-normatividad. (Sosa-Sánchez & Erice, 2017). Por esta razón es necesario seguir documentando el rol de las instituciones y los profesionales de salud en la reproducción de las diferentes relaciones de poder, desigualdades y relatos religiosos que legitima la dominación masculina y la subordinación femenina en los ámbitos sexuales y reproductivos (Buzzo & Velho, 2016).

Sobre el asesoramiento en sexualidad antes y después del trasplante renal, a diferencia de los hallazgos del presente trabajo, un estudio recomienda que profesionales de salud, especialmente enfermeras y psicólogos deben conocer y asesorar a sus pacientes el afrontamiento diádico reforzado, (Tkachenko, et al. 2019). Este asesoramiento debe iniciar antes del trasplante y continuar haciéndolo durante el tiempo posterior para mejorar la forma como las parejas afrontan el estrés al compartir problemas existentes, planificar juntos cómo lidiar con los factores estresantes y participar en reuniones de apoyo para reducir el estrés y prevenir una afectación grave en el ámbito sexual. (Martell, et al. 2015). También la anulación de la brecha de atención de los aspectos clínicos que casi es la única versus la de los aspectos psicosociales que es muy débil. (McKeaveney et al. 2020). Otro de los aspectos a tomarse en cuenta es la falta de enfoque basado en las personas con trasplante renal como lo recomienda un estudio realizado en Dinamarca, que recomienda que las y los profesionales que atienden a personas con trasplante renal no solo se basen en su conocimiento técnico sino que incluyan las perspectivas y experiencias de la vida cotidiana de sus pacientes, se pongan en sus zapatos, para de esta manera combinar las diferentes perspectivas y obtener mejores resultados en el cuidado más humanizado, integral y mejora de la calidad de vida de las personas con trasplante renal. (Nielsen, et al. 2019). De igual manera, en otro estudio realizado en el Reino Unido, se señala que los profesionales de la salud renal necesitan comprender más que el impacto biológico de recibir un trasplante de riñón. Comprender las experiencias holísticas y multidominio que experimentan estos pacientes ayudará a los profesionales de la salud a reconocer las necesidades de este grupo y garantizar una atención más receptiva, centrada en las personas. (McKeaveney et al. 2020, Terry y Kayes. 2020)). Complementando lo anterior, un estudio señala que la cirugía restablece la función fisiológica del riñón pero se requiere también un trasplante

psíquico que integre la parte biológica con la cognitiva y emocional. (Rodríguez Rodríguez, & Fonseca Fernández. 2015).

A diferencia del presente estudio, varias investigaciones proponen que es necesario comprender las percepciones de los profesionales de la salud con respecto al autocuidado del trasplante renal para desarrollar programas de capacitación en servicio para eliminar las barreras. (Ndemera, H., & Bhengu, B. (2018). También un estudio en Australia, recomienda la eSalud accesible, individualizada y segura puede mejorar la satisfacción y los resultados de los pacientes. (Tang, et al 2022). Un estudio en Ecuador recomienda actividades preventivas nefroprotectoras que detecten en estadios iniciales la ERC. (Pillajo Sánchez, Guacho Guacho, Moya Guerrero. 2021). Un estudio en Colombia, propone el aprendizaje transformativo de las y los profesionales de salud para fomentar la seguridad cultural de las y los pacientes en países con diversidad étnica, cultural, socioeconómica, lo que permitiría un mejor diálogo y respeto entre profesionales y pacientes. (Pimentel. J., 2020). Otro estudio propone que en la era actual de utilización de registros de salud electrónicos (EHR), se cree firmemente que los grandes datos y la inteligencia artificial remodelarán la investigación realizada sobre el trasplante de riñón en el futuro cercano. Además, la utilización de la telemedicina está aumentando. (Thongprayoon, et al. 2020).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Estudio 1

En el primer estudio se concluyó que las personas con trasplante renal y el pensamiento médico reproducen las concepciones tradicionales sobre sexualidad y género dando mayor jerarquía a la sexualidad masculina. Los profesionales de la salud pueden ayudar a que la sexualidad sea considerada trascendental tanto para hombres y mujeres desde el período de diagnóstico de la insuficiencia renal terminal y luego del trasplante renal, dando igual importancia a la sexualidad masculina y femenina para reconstruir su calidad de vida.

Los hallazgos del estudio sugieren que el trasplante mejora la sexualidad de las y los pacientes, aunque no a los niveles previos a la enfermedad.

Las personas con trasplante renal vienen de una historia de comorbilidades, dificultades psicológicas y efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos que provocan en mayor o menor medida disfunción sexual en hombres y mujeres.

La esperanza de un futuro como gran motivador antes del trasplante renal es uno de los sentimientos más poderosos encontrados en el estudio.

Estudio 2

En el segundo estudio se concluyó que los cambios fisiológicos y emocionales experimentados tras el trasplante renal ejercen una gran influencia en su sexualidad y que los profesionales de la salud rara vez discuten las preocupaciones sobre la sexualidad con los receptores de trasplantes de riñón, considerándose que la educación y asistencia sexual profesional son necesarias para mejorar la satisfacción con la salud sexual de los receptores de trasplante de riñón.

Las intersecciones entre género, edad, etnia, habitar en zonas rurales, nivel socioeconómico, educación, etc. se sobreponen al momento de relatar las percepciones de las y los profesionales de salud sobre la sexualidad de las personas con trasplante renal.

Los profesionales de salud que atienden a personas con trasplante renal están más familiarizados con los problemas sexuales masculinos que los femeninos.

Los profesionales de salud tienen mayor preocupación por la salud reproductiva de las mujeres antes que de su salud sexual y reportan mayor dificultad de las mujeres para hablar sobre sexualidad debido a factores culturales y religiosos.

La prevención de infecciones es la principal preocupación de los profesionales de salud, mermando una visión más holística de la problemática que rodea la vida de las personas con trasplante renal.

Estudio 3

En el tercer estudio se concluyó que tanto para los receptores de trasplante como para los profesionales que los atienden, la supervivencia del trasplante parece ser más importante que todo, lo que sugiere que pueden estar dispuestos a sacrificar la sexualidad y reproducción si reviste problemas para mantener el trasplante dentro de lo que puede incluirse la prohibición de la maternidad y que la prevención de infecciones es la principal preocupación de los profesionales de salud, mermando una visión más holística de la problemática que rodea la vida de las personas con trasplante renal.

Los profesionales de salud reconocen que la sexualidad es una parte muy importante en la vida de las personas con trasplante renal pero este aspecto no fue valorado rutinariamente en la exploración y relato de las historias clínicas o en las consultas ni está adecuadamente recogido en las guías y registros.

La falta de formación, conocimiento y experticia en las carreras de salud para valorar la sexualidad, la ausencia de protocolos, guías de práctica clínica, normas, procedimientos, etc. que incluyan la exploración de éste tema, el tabú que rodea hablar sobre ello, el desconocimiento de las diferencias de género, la falta de visión holística de la vida de las personas con trasplante renal, el pudor y vergüenza de tratar sobre el placer, son algunas de las causas para la falta de abordaje de la sexualidad.

La sexualidad en general no es explorada en la consulta médica de las y los pacientes trasplantados renales, la sexualidad femenina ni siquiera es considerada a pesar de la mayor prevalencia de disfunción sexual femenina en comparación con la masculina.

RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Evitar la “prescripción oculta” practicada por los profesionales de salud, consistente en prohibir el embarazo a mujeres en edad fértil que se van a someter o se han sometido a trasplante renal.
- Las principales barreras para el abordaje de la sexualidad desde los profesionales de salud debido a temores de ofender al paciente, limitaciones generacionales o de educación, si el o la paciente es de sexo diferente al del médico, falta de tiempo, considerar que el tema es irrelevante o inseguridad y desconocimiento para abordar el tema. Por otro lado, desde las y los pacientes no topan el tema de sexualidad en las consultas médicas porque sienten vergüenza, tienen barreras culturales y/o religiosas o limitaciones generacionales. Se ha identificado además que las y los profesionales de la salud abordan el tema solo si es de interés de las o los pacientes o si tiene relevancia con la patología que están tratando.
- Abordar el tema de la sexualidad rutinariamente pues aunque algunos pacientes no hablen de ello, puede ser una preocupación latente que no se expresa debido a las barreras culturales y deficiencia en el conocimiento de las y los profesionales de salud pero que es muy importante identificar problemas que al tratarlos mejorarían la calidad de vida de las personas con trasplante renal.
- En las recomendaciones para el mejoramiento del abordaje de la sexualidad en personas con trasplante renal, se requiere que los profesionales de la salud comprendan más allá del impacto biológico de recibir un trasplante de riñón sino las implicaciones en todas las esferas de la vida y garantizar una atención más integral.
- Existe una brecha de atención entre el tratamiento de los aspectos clínicos y el de los aspectos psicosociales en los equipos de trasplante renal, favoreciendo de manera

marcada los primeros y débilmente los segundos, por lo que es necesario equilibrar la atención dada tanto a los aspectos clínicos y a los psicosociales a la hora de abordar el tratamiento y cuidado de las personas con trasplante renal.

- En la elaboración de la historia clínica es necesario dar igual importancia a la sexualidad que a la alimentación, actividad física, hábitos del sueño, adherencia al tratamiento, etc y debe incorporarse su evaluación tanto en las normativas e instrumentos de la historia clínica, protocolos de atención y guías de práctica clínica que al hacerlo se tendrá una mejor comprensión de la vida de las y los pacientes e influirá en la conducta terapéutica.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS.

Los resultados amplían los de estudios cualitativos previos referidos a la sexualidad y los trasplantes renales. Las características de los participantes son diversas en cuanto a edad y tiempo después del trasplante de riñón, lo que aseguró la variabilidad de las respuestas.

La primera fortaleza del presente estudio radica en el abordaje de la sexualidad desde la perspectiva de las personas con trasplante renal y la de los profesionales de la salud que los atienden. La segunda fortaleza es haber realizado el análisis del mismo grupo pero con dos metodologías distintas que se complementan. La tercera es que al haber aplicado diferentes metodologías de análisis y en dos grupos poblacionales diferentes: personas con trasplante renal y profesionales de salud, se ha podido verificar la consistencia de los resultados.

Sin embargo, este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, los resultados de este estudio estuvieron influenciados por los factores sociales y culturales de las sociedades latinoamericanas. Para comparar los resultados, se podrían realizar estudios similares en otras sociedades. En segundo lugar, todos los participantes eran heterosexuales por lo que los resultados no podían extrapolarse a otros grupos de población con diferentes tendencias sexuales. Además, los dos estudios iniciales reflejan las experiencias y perspectivas de los receptores de trasplantes de riñón. Los estudios futuros deberían incluir las perspectivas de las parejas de los receptores de trasplante renal para obtener una comprensión más profunda del tema, en este trabajo estuvo planificado hacerlo, pero las dificultades de la pandemia de SARS-COVID 19 no lo permitió.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdul Rahman N, Ghani M, Kausar S, et al. (19 de febrero de 2023) Revelando la conexión entre la hemodiálisis y la fisiología sexual en mujeres con enfermedad renal en etapa terminal. *Cureus* 15(2): e35184. doi:10.7759/cureus.35184/19/02/23 10:48:00
- Acute kidney injury during pregnancy in kidney transplant recipients. *Clinical transplantation*, 36(5), e14668. <https://doi.org/10.1111/ctr.14668>
- Agarwal, KA y Pavlakis, M. (2021). Sexualidad, anticoncepción y embarazo en el trasplante renal. *Medicina renal* , 3 (5), 837–847. doi:10.1016/j.xkme.2021.05.009
- Agarwal, R. (2016). Defining end-stage renal disease in clinical trials: a framework for adjudication. *Nephrol. Dial. Transplant* 2016, 31, 864-867.
- Ahís, P. Renau, O. Meneu, M. Cerrillo, V & Panizo, N. (2016). Disfunción sexual y calidad de vida según el tipo de tratamiento renal sustitutivo. *Enfermería Nefrológica*. Vol. 19, n. (4), pp. 342-348.
- Albán Tigre , J. et al. (2020). Trasplante renal en Ecuador, puntos clave y situación actual. *Rev Med Vozandes*. 31((2)), 42-48. https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2021/01/05_A0_05-1.pdf
- Alcoff, L. M. (2000). Phenomenology, post-structuralism, and feminist theory on the concept of experience. In *Feminist phenomenology* (pp. 39-56). Springer, Dordrecht.
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*, 28(5), 57-63.
- Ali, S.; Dave, N.N. (2020). Sexual dysfunction in women with kidney disease. *Adv. Chronic Kidney Dis*. 2020, 27, 506-515.
- Altomonte, J., Sinicina, I., Friess, H., & Thorban, S. (2009). Surgeon Yurii Voronoy (1895–1961)—a pioneer in the history of clinical transplantation: in Memoriam at the 75th Anniversary of the First Human Kidney Transplantation. *Transplant International*, 22(12), 1132-1139.
- Álvarez-Díaz J. A. (2020). The necessary gender perspective for the analysis of health problems. La necesaria perspectiva de género para el análisis de problemas de salud. *Cirugía y cirujanos*, 88(3), 383–388. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19000865>

- Álvarez-Villareal, M.; Velarde-García, J.F.; Chocarro-Gonzalez, L.; Pérez-Corrales, J.; Gueita-Rodriguez, J.; Palacios-Ceña, D. (2019). Body changes and decreased sexual drive after dialysis: A qualitative study on the experiences of women at an ambulatory dialysis unit in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* 16, 3086.
- Amaral, V.R.F.A., de Avelar, T.C., & de Barros Santos, S.E. (2018). Women transplanted kidney: the experience of pregnancy in focus. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(1), 3-14.
- American Kidney Foundation. (2021). La recuperación después de una cirugía de trasplante. *American Kidney Foundation*, s.
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56, 208-214.
- Antonucci, M., Palermo, G., Recupero, S. M., Bientinesi, R., Presicce, F., Foschi, N., & Gulino, G. (2016). Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, 87(4), 299-305.
- Aragón Achig, E. J., & Zapata Maldonado, G. A. (2015). Correlación entre la calidad de vida y desarrollo de estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo, en el servicio de nefrología del Hospital Carlos Andrade Marín y en el Centro de Diálisis Contigo-da Vida Socihemod entre junio y octubre de 2015 (Bachelor's thesis, PUCE).
- Arenas Jiménez, M. D. (2018). La nefrología desde una perspectiva de género. *Nefrología, Vol. 38. Núm. 5. Septiembre - Octubre 2018 páginas 459-572*(PERSPECTIVA DE GÉNERO EN MEDICINA.), 459-572. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.001>
- Arredondo-López, A., de Icaza-del Río, E., Rangel-Sánchez, R., García-Martínez, E., & Recaman-Mejía, A. L. (2012). Años de vida ganados y calidad de vida para evaluar el costoefectividad de intervenciones para la insuficiencia renal en México. *Salud en Tabasco*, 18(3), 103-111.
- Arya, S., Melanson, T. A., George, E. L., Rothenberg, K. A., Kurella Tamura, M., Patzer, R. E., & Hockenberry, J. M. (2020). Racial and Sex Disparities in Catheter Use and

- Dialysis Access in the United States Medicare Population. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*
- Asociación Europea de Urología. 2020. Directrices de la EAU – Infecciones Urológicas. Edén. presentado en el Congreso Anual de la EAU, Ámsterdam, Países Bajos 2020. ISBN 978-94-92671-07-3.
- Awuah, K. T., Finkelstein, S. H., & Finkelstein, F. O. (2013). Quality of life of chronic kidney disease patients in developing countries. *Kidney international supplements*, 3(2), 227–229. <https://doi.org/10.1038/kisup.2013.20>
- Ayala Carabago, R. (2016). [PDF] Formación de investigadores de las ciencias sociales y humanas en el enfoque fenomenológico hermenéutica (de van Manen) en el contexto hispanoamericano. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, 2, 359–381. uned.es.https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=cqiDuMAAAAAAJ&citation_for_view=cqiDuMAAAAAAJ:Y0pCki6q_DkC
- Azar, M., Kroll, T., & Bradbury-Jones, C. (2022). How do nurses and midwives perceive their role in sexual healthcare?. *BMC women's health*, 22(1), 330. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01891-y>
- Baker, R. J., Mark, P. B., Patel, R. K., Stevens, K. K., & Palmer, N. (2017). Renal association clinical practice guideline in post-operative care in the kidney transplant recipient. *BMC Nephrology*, 18(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0553-2>
- Basaglia, F., (1983). *Mujer, Locura y Sociedad*. Scribd. [file:///Users/ximenaabarca/Downloads/19.%20a.%20Basaglia,%20F.%20Mujer%20locura%20y%20sociedad.%202%20ed%20\(1\).pdf](file:///Users/ximenaabarca/Downloads/19.%20a.%20Basaglia,%20F.%20Mujer%20locura%20y%20sociedad.%202%20ed%20(1).pdf) pp 15, 16 y 40
- Basok, E. K., Atsu, N., Rifaioglu, M. M., Kantarci, G., Yildirim, A., & Tokuc, R. (2009). Assessment of female sexual function and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis, and renal transplant patients. *International urology and nephrology*, 41(3), 473-481.
- Bauer, M., Haesler, E., & Fetherstonhaugh, D. (2016). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(6), 1237–1250. <https://doi.org/10.1111/hex.12418>

- Beauvoir, Simone de (2011). *The Second Sex*. Translated by Constance Borde and Sheila Malvany-Chevallier. New York: Vintage Books.
- Bello, A. K., et al (2019). Status of care for end stage kidney disease in countries and regions worldwide: international cross sectional survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 367, 15873. <https://doi.org/10.1136/bmj.15873>
- Bello, AK, Okpechi, IG, Jha, V., Harris, DCH, Levin, A. y Johnson, DW (2021). Variación global en el cuidado renal: diferencias nacionales y regionales en el cuidado y manejo de pacientes con insuficiencia renal. *Suplementos de Kidney International* , 11 (2), e1–e3. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2020.11.003>
- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Bikbov, B., Purcell, CA, Levey, AS, Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., Adebayo, OM, Afarideh, M., Agarwal, SK, Agudelo-Botero, M., Ahmadian, E., Al-Aly, Z., Alipour, V., Almasi-Hashiani, A., Al-Raddadi, RM, Alvis-Guzman, N., Amini, S., Andrei, T., Andrei, CL, ... Vos, T. (2020). Carga mundial, regional y nacional de la enfermedad renal crónica, 1990–2017: un análisis sistemático para el Estudio de la carga mundial de la enfermedad 2017. *The Lancet* , 395 (10225), 709-733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
- Blazquez Graf, N., Flores Palacios, F., Ríos Everardo, M., 2012. Serie. Investigación feminista : epistemología, metodología y representaciones sociales México : UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades : Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias : Facultad de Psicología, p. 17. – (Colección Debate y Reflexión). https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf
- Bolívar, R. Medina, I & González, C. (2015). ¿Cómo influye la insuficiencia renal crónica en el estado anímico de los pacientes? Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Vol. (III), pp. 623

- Branco, F., Cavadas, V., Rocha, A., Vidinha, J., Osório, L., Martins, L., ... & Louro, N. (2013). Living versus cadaveric-donor renal transplant recipients: A comparison on sexual function. *Transplantation proceedings*. 45(3):1066-1069.
- Branco, F.; Cavadas, V.; Rocha, A.; et al. (2013). Living versus cadaveric-donor renal transplant recipients: a comparison on sexual function. *Transplant Proc*. 45, 1066-1069.
- Braun Virginia y Clarke Victoria. (2006) Uso del análisis temático en psicología, *Investigación cualitativa en psicología*, 3:2, 77-101, DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Braun, Virginia. (2008). “She’ll be right”?. National identity explanations for poor sexual health statistics in Aotearoa/New Zealand, *Social Science & Medicine*, Volume 67, Issue 11, Pages 1817-1825, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.022>.
- Braun, V. y Clarke, V. (2022). *Análisis temático: una guía práctica*. Entendiendo el AT. University of Auckland, New Zealand. Sabio. <https://www.thematicanalysis.net/resources-for-ta/>
- Braun, V., y Clarke, V., (2006) Uso del análisis temático en psicología, *Investigación cualitativa en psicología*, 3:2, 77-101, DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Bristowe, K., Selman, L., & Murtagh, F. E. (2015). Qualitative research methods in renal medicine: an introduction. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(9), 1424-1431.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Trabajo original publicado en 1979)
- Bronfenbrenner, U. y Morris, PA (1998). La ecología de los procesos de desarrollo. En W. Damon & RM Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol 1: Theoretical Models of Human Development* (5ª ed., pp. 993-1028). Nueva York, EE.UU.: Wiley.
- Bronfenbrenner, U., Ceci, S.J. 1993. Heredity, environment, and the question “how”: A new theoretical perspective for the 1990s. In Plomin, R., McClearn, G:E: (eds) 1993 *Nature Nurture and psychology*. APA Books, Washington, DC.
- Brotto, L.; Atallah, S.; Johnson-Agbakwu; C., et al. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J. Sex. Med*. 13, 538-571.
- Brown, JC, Carson, TL, Thompson, HJ y Agurs-Collins, T. (2021). La triple amenaza para la salud de la diabetes, la obesidad y el cáncer: epidemiología, disparidades, mecanismos e intervenciones. *Obesidad*, 29 (6), 954-959.

- Butler, J., & Lourties, M. (1998, octubre 1). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, 18. Pp: 297. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1998.18.526>.
- Butler, J., Preciado, B., 2016. Una comparación de dos modelos teóricos de la construcción de la identidad de género en la teoría queer- scielo. Pp. 254-255, Available at: <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v16n30/v16n30a18.pdf> (Accessed: March 7, 2023).
- Cabrales, J. Sánchez, M. Ojeda, I. Monterubio, E & Hernández, C. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, Vol.9, n. (1). Pp. 46-53
- Cabré i Pairet, M. Muñoz, F. S. (2013). Sexo y género en medicina: una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud (Vol. 1). Ed. Universidad de Cantabria.
- Calvo Rivera, Érika. 2023. “Fenomenología para la subversión de la razón moderna patriarcal, colonial y antropocéntrica”, *Debate Feminista*, año 33, vol. 65, e2372. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2023.65.2372>
- Carrero, J.-J., Hecking, M., Ulasi, I., Sola, L., & Thomas, B. (2017). Chronic kidney disease, gender, and access to care: A global perspective. *Seminars in Nephrology*, 37(3), 296–308. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2017.02.009>
- Carrillo Algarra, A. J., Moreno Rubio, F., & Massiel Sierra, S. (2017). Actitud positiva, pilar básico del paciente trasplantado para gozar una nueva oportunidad de vida. *Index de Enfermería*, 26(4), 295–298. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962017000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Castro, E. (2019). Consejería personalizada de enfermería y nutrición para conservar la función renal en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 27, n. (1), pp. 33-45.
- Castro, J. Martínez, E. González, D & Fernández, E. (2018). La sexualidad de las personas con diversidad funcional: una revisión bibliográfica. *Opción*. 34(87), 747-769.

- Cavalcanti Lucas, G. N., Leitão, A. C. C., Alencar, R. L., Xavier, R. M. F., Daher, E. F., & Silva Junior, G. B. D. (2019). Pathophysiological aspects of nephropathy caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Jornal brasileiro de nefrologia*, 41(1), 124–130. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0107>
- Chacón-Mora, N., Pachón Díaz, J., & Cordero Matía, E. (2017). Urinary tract infection in kidney transplant recipients. *Enfermedades infecciosas y microbiología clinica*, 35(4), 255–259. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.03.003>
- Chandra, A., Midtvedt, K., Åsberg, A., & Eide, I. A. (2019). Immunosuppression and Reproductive Health After Kidney Transplantation. *Transplantation*, 103(11), e325-e333.
- Chilcot, J., Spencer, B. W. J., Maple, H., & Mamode, N. (2014). Depression and kidney transplantation. *Transplantation*, 97(7), 717-721.
- Chou, J.; Kiebalo, T.; Jagiello, P.; Pawlaczyk, K. (2021). Multifaceted sexual dysfunction in dialyzing men and women: Pathophysiology, diagnostics, and therapeutics. *Life (Basel)*, 11, 311.
- CIE 10. (2018). Cap.14 ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (N00-N99) https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/statics/es/accessible/cie10mc/tabular_list/tl_enf_14.html
- CIMEQ. 2018. Sexualidad en mujeres con enfermedad renal: zona de silencio. Retrieved January 21, 2023, from Sld.cu website: <https://instituciones.sld.cu/cimeq/2018/04/25/sexualidad-en-mujeres-con-enfermedad-renal-zona-de-silencio/>
- Coelho Gonçalves, P. R., Loureiro, L. M., & Domingues Fernandes, M. I. (2019). Sexual function of kidney transplant recipients. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21). Pp. 47–56
- Cohen-Bucay, A., Gordon, C. E., & Francis, J. M. (2019). Non-immunological complications following kidney transplantation. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-194. <https://doi.org/10.12688/f1000research.16627.1>

- Constitución de la Republica del Ecuador (2008). Art. 363 n° 6 y n° 7
https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Córdova Ordoñez DP. 2013. Factores sociodemográficos y culturales que influyen en la donación de órganos y tejidos en personas mayores de 18 años que acuden a la consulta externa del Hospital Eugenio Espejo. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7308/11.27.001098.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Cortés, RJ (2021). Diseño y desafíos metodológicos de la investigación feminista en ciencias sociales. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. Marzo, 2021, ISSN: 1139-5737, DOI/ , No 50 (LA ENSEÑANZA DE LA METODOLOGÍA)*, pp. 177-200. <https://doi.org/empiria.50.2021.30376>.
file:///Users/ximenaabarca/Downloads/Diseno_y_desafios_metodologicos_de_la_investigacion.pdf
- Coscia, L., Daly, T., Nathan, H., Armenti, D., Kliniewski, D., Constantinescu, S., & Moritz, M. (2017). Transplant pregnancy registry international. *Transplantation*, 101, S64.
- Costa Requena, G. Cantarell, C. Moreso Mateos, F. Parramon Puig, G. Serón, D. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en el trasplante renal seguimiento longitudinal a 2 años. *Medicina clínica 149, núm. 3*, 114–118. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6052106>
- Costa-Requena, G., Aixendri, M. C. C., Urrutia, A. R., & Micas, D. S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal: comparación con los valores poblacionales a los 6 meses postrasplante. *Medicina Clínica*, 142(9), 393-396.
- Costa, M. (2006). La propuesta de Merleau-Ponty y el dualismo mente/cuerpo en la tradición filosófica. *A Parte Rei: revista de filosofía*, (47), 6. PDF pp. 6-7.
- Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A. M., Lincetto, O., Stahlhofer, M., & Gruskin, S. (2010). Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 551-555.
- Couto, Marcia Thereza et al. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud*

- Colectiva [online]. v. 15 [Accedido 9 Enero 2023] , e1994. Disponible en: <<https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>>. ISSN 1851-8265. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage.
- Crews, D. C., Bello, B. K., & Saadi, G. (2019). Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 39(1), 1-11.
- Dantas Guedes, D., & Moreira, V. (2009). The critical phenomenological research methodology based on Merleau-Ponty's philosophy. *Terapia psicológica*, 27(2), 247-257. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200010>.
- Davidson, B., Du Toit, T., Jones, E. S. W., Barday, Z., Manning, K., Mc Curdie, F., Thomson, D., Rayner, B. L., Muller, E., & Wearne, N. (2019). Outcomes and challenges of a kidney transplant programme at Groote Schuur Hospital, Cape Town: A South African perspective. *PloS one*, 14(1), e0211189. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211189>
- Dávolos, I. G., Masson, W., Lavalle-Cobo, A. M., Ángel, A. A., Giorgini, J. C., & González-Naya, E. (2022). ¿Cómo evalúan los cardiólogos la actividad sexual de sus pacientes? [How do cardiologists assess their patients' sexual activity?]. *Archivos de cardiología de Mexico*, 92(4), 484–491. <https://doi.org/10.24875/ACM.210003981>
- de Brito, D. C. S., de Paula, A. M., Grincenkov, F. R. dos S., Lucchetti, G., & Sanders-Pinheiro, H. (2015). Analysis of the changes and difficulties arising from kidney transplantation: a qualitative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 419–426. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0106.2571>
- De Jesus, I. S., Oliveira, M. A. F. D., Santos, V. T. C. D., Carvalho, P. A. L. D., Andrade, L. M., Pereira, L. C., ... & Sena, E. L. D. S. (2018). Perception of basic education students about drugs: a look at the light of Merleau-Ponty. *Revista gaúcha de enfermagem*, 38.
- De los Reyes Navarro, Heyner Rafael, Rojano Alvarado, Águeda Yonelis, & Araújo Castellar, Linda Sofia. (2019). La fenomenología: un método multidisciplinario en el estudio de las ciencias sociales. *Pensamiento & Gestión*, (47), 203-223. <https://doi.org/10.14482/pege.47.7008>

- De Pasquale, C.; Pistorio, M.L.; Veroux, M.; et al. (2020). Psychological and psychopathological aspects of kidney transplantation: A systematic review. *Front. Psychiatry*, 11, 106.
- de Souza, LK (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro*, 71 (2): , 51–67. [file:///Users/ximenaabarca/Desktop/DOCTORADO/Ejemplo_Analisis_Tematico%20Braun%20y%20Clarke\(2019\).pdf](file:///Users/ximenaabarca/Desktop/DOCTORADO/Ejemplo_Analisis_Tematico%20Braun%20y%20Clarke(2019).pdf)
- De Zwaan, M.; Erim, Y. (2018). Psychosoziale Aspekte in der Transplantationsmedizin [Psychosocial Aspects of Organ Transplantation]. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 68, 169-170.
- Dheir, H., Sipahi, S., Yaylacı, S., Çetin, E. S., Genç, A. B., Fırat, N., Köroğlu, M., Muratdağı, G., Tomak, Y., Özmen, K., Ateş, Ö. F., & Karabay, O. (2021). Clinical course of COVID-19 disease in immunosuppressed renal transplant patients. *Turkish journal of medical sciences*, 51(2), 428–434. <https://doi.org/10.3906/sag-2007-260>
- Depine, S. Á., & Aroca Martínez, G. (2018). *Desafiando a la inequidad de Latinoamérica: Estrategias facilitadoras de “control” de la Enfermedad Renal Crónica*. Ediciones Universidad Simón Bolívar. <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2283>
- Depine, SA., Hinojosa, M., Calle, MC. & Mallqui, M (2022). *Enfermedad Renal Crónica en los países andinos 2022*. Lima: ORAS CONHU
- Deshpande, N. A., James, N. T., Kucirka, L. M., Boyarsky, B. J., Garonzik-Wang, J. M., Montgomery, R. A., & Segev, D. L. (2011). Pregnancy outcomes in kidney transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Transplantation*, 11(11), 2388-2404.
- Díaz Armas, María Teresa, Gómez Leyva, Berlis, Robalino Valdivieso, María Paulina, & Lucero Proaño, Silvia Aracely. (2018). Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador. *Correo Científico Médico*, 22(2), 312-324. Recuperado en 16 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000200011&lng=es&tlng=es.

- Díaz Bernal, Z., & Presno Labrador, M. C. (2013). Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(2), 228-233.
- Díaz-Narváez, Víctor, Dávila-Pontón, Yolanda, Martínez-Reyes, Fray, Calzadilla-Núñez, Aracelis, Vélez-Calvo, Ximena, Reyes-Reyes, Alejandro, Torres-Martínez, Pilar, & Díaz-Calzadilla, Patricia. (2021). Psicometria, escala de empatía médica de jefferson y atención médica en Ecuador. *Revista Salud Uninorte*, 37(1), 96-111. Epub 28 de febrero de 2022. <https://doi.org/10.14482/sun.37.1150.15>
- Díaz, C. Présiga, P & Zapata, C. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. *Rev. Edu. Desarrollo*. 41, 17-25.
- Domínguez-Gil, B., & Matesanz, R. (2017). NEWSLETTER TRANSPLANT International figures on donation and transplantation 2017. *Eur Dir Qual Med Healthc Counc Eur*. doi: ISSN, 2171-4118.
- Durán Muñoz, M. I., Lope Andrea, T., Jurado, P., Chicharro Chicharro, M. C., & Matilla Villar, E. (2014). Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enfermería Nefrológica*, 17(1), 45-50.
- Dyer, K., & das Nair, R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *The journal of sexual medicine*, 10(11), 2658–2670. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>
- Earle, V. (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nursing philosophy*, 11(4), 286-296. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00458.x>.
- Eckersten, D., Giwercman, A., & Christensson, A. (2015). Male patients with terminal renal failure exhibit low serum levels of antimüllerian hormone. *Asian journal of andrology*, 17(1), 149.
- Eckersten, D., Giwercman, A., Pihlgård, M., Bruun, L., & Christensson, A. (2018). Impact of Kidney Transplantation on Reproductive Hormone Levels in Males: A Longitudinal Study. *Nephron*, 138(3), 192–201. <https://doi.org/10.1159/000484992>

- Edey, M.M. (2017). Male sexual dysfunction and chronic kidney disease. *Front. Med.* 4, 1-10.
- Escobar Mejía, José Edwar, Quintero Torres, Fredy Alonso & Moncada Guzmán, Ciro Javier (2022). Fenomenología y representaciones sociales como método investigativo para la comprensión teológica de la espiritualidad. *Cuestiones Teológicas*, 49(111), 1-18. doi: <http://doi.org/10.18566/cueteo.v49n111.a03> Fecha de recepción: 08.04.2022 / Fecha de aceptación: 06.05.2022
- Espinel, E. Benavides, F. Feijóo, M. Fernández, E. Cossio, Y & Serón, D. (2016). Registro del diagnóstico de insuficiencia renal crónica en la historia clínica electrónica y su influencia en el manejo terapéutico. *Nefrología (Madrid)*. Vol. 36, n. (3), pp. 315-317.
- Executive summary of 2019 activity data. Observatorio Mundial de Donaciones y Trasplantes; 2021 (<http://www.transplant-observatory.org/reports/>), consultado el 8 de marzo de 2022.
- Fabio Botelho Josgrilberg (2006). A fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e a pesquisa em comunicação. *Revista Fronteiras*. VIII(3), 223-232.
- Fallis, E.E.; Rehman, U.S.; Woody, E.Z.; Purdon, C. (2016). The longitudinal association of relationship satisfaction and sexual satisfaction in long-term relationships. *J. Fam. Psychol.* 30, 822-831.
- Famure, O., Kim, E. D., Au, M., Zyla, R. E., Huang, J. W., Chen, P. X., Li, Y., & Kim, S. J. (2021). What Are the Burden, Causes, and Costs of Early Hospital Readmissions After Kidney Transplantation?. *Progress in transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 31(2), 160–167. <https://doi.org/10.1177/15269248211003563>
- Fennell, R.; Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *J. Clin. Nurs.* 28, 3065-3076.
- Fernández Castillo, Rafael, Fernández Gallegos, Ruth, & Zaragoza Fernández, Gloria María. (2015). Estudio longitudinal del síndrome metabólico tras el trasplante renal. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1142-1146. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.7983>
- Fernández-Sola, C. (2019). Análisis de datos cualitativos. En: Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M. Eds.; *Comprender para cuidar. Avances en Investigación cualitativa en Ciencias de la Salud*; Editorial Universidad de Almería. Almería; pp. 239-264

- Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M. Eds. (2019). *Comprender para cuidar. Avances en Investigación cualitativa en Ciencias de la Salud*; Editorial Universidad de Almería. Almería.
- Filocamo, M. T., Zanazzi, M., Li Marzi, V., Lombardi, G., Del Popolo, G., Mancini, G., & Nicita, G. (2009). ORIGINAL RESEARCH—WOMEN'S SEXUAL HEALTH: Sexual Dysfunction in Women During Dialysis and after Renal Transplantation. *The journal of sexual medicine*, 6(11), 3125-3131.
- Fiuk, J. V., & Tadros, N. N. (2019). Erectile dysfunction in renal failure and transplant patients. *Translational andrology and urology*, 8(2), 155–163. <https://doi.org/10.21037/tau.2018.09.04>
- Fleming, V.; Gaidys, U.; Robb, Y. (2003). Investigación hermenéutica en enfermería: desarrollo de un método de investigación basado en gadameriano. *enfermeras Consulta* 2003 , 10 , 113–120. [Google Académico] [CrossRef] [PubMed]
- Fleming, V.; Robb, Y. (2019). Un análisis crítico de artículos utilizando un método de investigación basado en Gadamer. *enfermeras Consulta* 2019 , 26 , e12283. [Google Académico] [PubMed]
- Flores, JA (2021). Manejo anestesiológico en el trasplante renal parte II. Cuidados postoperatorios del receptor. *Anestesia general* , 21 abril 2021 . <https://anestesiario.org/2021/manejo-anestesiologico-en-el-trasplante-renal-parte-ii-cuidados-postoperatorios-del-receptor/>
- Gadamer, H. G., (1998 y 2013). Verdad y Método II. *Hermeneia*. Ediciones Sígueme SA, Salamanca. Pp. 97, 112, 149, 364-372, 389. [Google Scholar] https://medicinayarte.com/img/gadamer-verdad_y_metodo_ii.pdf
- Gallego Lastra, R. D., Diz Gómez, J., & López Romero, M. (2015). Metodología enfermera: Lenguajes estandarizados.
- Gama, Luis Eduardo. (2021). El método hermenéutico de Hans-Georg Gadamer. *Escritos* , 29 (62), 17-32. Epub 28 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.18566/escr.v29n62.a02>

- García-Maset, R., et al. (2022). Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica, *Nefrología*, Volume 42, Issue 3, 2022, Pages 233-264, ISSN 0211-6995, <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.010>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699521001612>)
- García, E. L., & Rascón, J. J. (2013). Síndrome de déficit de testosterona en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Archivos Españoles de Urología*, 1(1), 703-710.
- García, O. B., & Rodríguez, I. O. (2017). A propósito de Butler: una fenomenología del cuerpo vivido, narrado y representado. *Isegoría*, (56), 241-261.
- Garrido, R. Arroyo, E. Arana, A López, M., Tierno, C & Crespo, R. (2018). Calidad de vida y enfermedad renal crónica avanzada. Influencia del aclaramiento renal. *Enfermería Nefrológica*. Vol. 21, n. (4), pp. 359-367
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020, February 13). *Enfermedad renal crónica: carga mundial, regional y nacional 1990–2017*. Retrieved April 5, 2023, from https://www.researchgate.net/publication/339269981_Global_regional_and_national_burden_of_chronic_kidney_disease_1990-2017_a_systematic_analysis_for_the_Global_Burden_of_Disease_Study_2017
- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2020; 395(10225):709–33. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
- Gianserra, R., Pomeranz, V., & Trimarchi, H. (2019) Embarazo y Trasplante Renal. *Revista Nefrología Argentina* | ISSN, 2591, 278X. pp 3.
- Gibu, R. (2005, enero). *Reseña de: «El cuerpo vivido, una mirada desde la fenomenología y la teoría de género» de Célida Godina*. Benemérita Universidad de Puebla. Puebla, México. La lámpara de Diógenes. Redalyc. Recuperado 3 de marzo de 2023, de <https://www.redalyc.org/pdf/844/84401121.pdf>
- Gillespie, B.J. (2017). Correlates of sex frequency and sexual satisfaction among partnered older adults. *J. Sex. Marital Ther.* 43, 403-423.
- Gioco, R., Sanfilippo, C., Veroux, P., Corona, D., Privitera, F., Brolese, A., Ciarleglio, F., Volpicelli, A., & Veroux, M. (2021). Abdominal wall complications after kidney

- transplantation: A clinical review. *Clinical transplantation*, 35(12), e14506.
<https://doi.org/10.1111/ctr.14506>
- Gioco, R., Sanfilippo, C., Veroux, P., Corona, D., Privitera, F., Brolese, A., Ciarleglio, F., Volpicelli, A., & Veroux, M. (2021). Abdominal wall complications after kidney transplantation: A clinical review. *Clinical transplantation*, 35(12), e14506.
<https://doi.org/10.1111/ctr.14506>
- Global burden of disease 2019. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria; 2020 (<http://www.healthdata.org/gbd/gbd-2019-resources>), consultado el 8 de marzo de 2022.
- Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT). (2021). Organ Donation and Transplantation. Sitio Web: <https://www.transplant-observatory.org/2021-global-report-5/>
- Gómez, AM (2020). *Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis y en receptores de trasplante renal en institución del nororiente colombiano Enero de 2020* [Universidad de Bucaramanga].
- Gomez, R. Mesa, L. Alhajj, N. (2018). Inmunosupresores en trasplante renal. *Nefrología básica* 2 , 45, 445–455. <https://asocolnef.com/wp-content/uploads/2018/03/Cap45.pdf>
- González L. Martín, L. Bayarre, H & Hernández, A. (2019). Estrategias de afrontamiento de pacientes en espera de trasplante renal. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 18(3), 539-549.
- Granero-Molina, J. (2019). Fenomenología. Estudios fenomenológicos. En: Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M. Eds.; *Comprender para cuidar. Avances en Investigación cualitativa en Ciencias de la Salud*; Editorial Universidad de Almería. Almería, pp. 59-72.
- Griffith, D. M., Shelton, R. C., & Kegler, M. (2017). Advancing the Science of Qualitative Research to Promote Health Equity. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 44(5), 673–676.
<https://doi.org/10.1177/1090198117728549>
- Gruttadauria, M., Dunn, C., Lin, J., Kaminetsky, J. R., Applebaum, K., Portal, D., Mohammed, O., Rocca, J., & Greenstein, S. (2019). Patients' Expectations for Longevity of Kidney

- Transplant. *Progress in transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 29(1), 48–53.
<https://doi.org/10.1177/1526924818817045>
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage.
- Guerrero-Castañeda, R.F., Prado, M. L., Kempfer, S., & Ojeda Vargas, M^a G., (2017). Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 67-71. Recuperado en 02 de marzo de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100015&lng=es&tlng=es.
- Guillén, GV (2018). El análisis reflexivo y el método fenomenológico. Contribución a la detranscendentalización de la fenomenología. *Investigaciones Fenomenológicas, e- Monográfico 7* (Proyecto Ética fenomenológica y formación. Bogotá, CIUP-Universidad Pedagógica Nacional), 237–255. ISSN: 1885-1088 , <file:///Users/ximenaabarca/Downloads/Dialnet-ElAnalisisReflexivoYElMetodoFenomenologicoContribu-7587388.pdf>
- Hajat, C., & Stein, E. (2018). The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive medicine reports*, 12, 284–293.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>
- Hall, I. E., & Chaturvedi, S. (2022). Identifying Drivers of Poor Kidney Transplant Outcomes in Indigenous Populations. *Kidney International Reports*, 7(12), 2560–2562.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ekir.2022.10.028>
- Harding, J. et al. (2021). Barreras no médicas en el acceso a los primeros pasos del trasplante renal en los Estados Unidos: una revisión de alcance. *Reseña de Trasplantes* , n 35, Número 4, 100654 . <https://doi.org/10.1016/j.trre.2021.100654>
- Haspelslagh, A., De Bondt, K., Kuypers, D., Naesens, M., Breunig, C., & Dobbels, F. (2013). Completeness and satisfaction with the education and information received by patients immediately after kidney transplant: a mixed-models study. *Progress in Transplantation*, 23(1), 12-22.
- Haugen, C. E., Chu, N. M., Ying, H., Warsame, F., Holscher, C. M., Desai, N. M., Jones, M. R., Norman, S. P., Brennan, D. C., Garonzik-Wang, J., Walston, J. D., Bingaman, A. W., Segev, D. L., & McAdams-DeMarco, M. (2019). Frailty and Access to Kidney

- Transplantation. *Clinical journal of the American Society of Nephrology* : *CJASN*, 14(4), 576–582. <https://doi.org/10.2215/CJN.12921118>
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Weber, M. B. (2019). What Influences Saturation? Estimating Sample Sizes in Focus Group Research. *Qualitative health research*, 29(10), 1483–1496. <https://doi.org/10.1177/1049732318821692>
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social science & medicine (1982)*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hernández, Luis Jorge, Ocampo, Jovana, Ríos, Diana Sofía, & Calderón, Claudia. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19 (3), 393-395. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>
- Hill P, Cross NB, Barnett AR, Palmer SC, Webster AC. (2017). Polyclonal and monoclonal antibodies for induction therapy in kidney transplant recipients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004759. DOI: 10.1002/14651858.CD004759.pub2
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- Iglesias, P., Carrero, J. J., & Díez, J. J. (2012). Gonadal dysfunction in men with chronic kidney disease: clinical features, prognostic implications and therapeutic options. *Journal of nephrology*, 25(1), 31.
- INDOT (2022) *Trasplantes Enero 2023 - donaciontrasplante.gob.ec, TRASPLANTES ENERO - DICIEMBRE 2022*. Available at: <http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/2023/02/TRASPLANTES-ENERO-2023.pdf> (Accessed: April 3, 2023).
- INDOT 2017. Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos Tejidos y Células. <http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/2017/04/BBDD-EN-FORMATO-MARZO-2017-1.pdf>

- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) (2010). ¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. INSGENAR, Rosario, Argentina. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Libro-Todo-Bien-Adolescencias-y-Servicios-de-Salus-Sexual-y-Reproductiva.pdf>.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (2015). *PROTOCOLO DE TRASPLANTE RENAL*. Pp 1-67
<https://www.incmnsz.mx/imagenes/ProtocoloTR.pdf>
- International report on organ donation and transplantation activities. Observatorio Mundial de Donaciones y Trasplantes; 2021 (http://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2021/06/GODT2019-data_web_updated-June-2021.pdf), consultado el 8 de marzo de 2022.
- Jalón Monzón, A., Álvarez Múgica, M., Gorostidi Pérez, M., & Escaf Barmadah, S. (2019). Problemas de la esfera sexual en el paciente renal. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(1), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.006>
- Jeffries, N., Zaslavsky, A. M., Diez Roux, A. V., Creswell, J. W., Palmer, R. C., Gregorich, S. E., Reschovsky, J. D., Graubard, B. I., Choi, K., Pfeiffer, R. M., Zhang, X., & Breen, N. (2019). Methodological Approaches to Understanding Causes of Health Disparities. *American journal of public health*, 109(S1), S28–S33. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304843>
- Jesudason, S., Williamson, A., Huuskas, B., & Hewawasam, E. (2022). Parenthood With Kidney Failure: Answering Questions Patients Ask About Pregnancy. *Kidney International Reports*. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2022.04.081>
- Jiménez Cortés, R., 2021. Diseño y desafíos metodológicos de la investigación feminista en ciencias sociales. *EMPIRIA. Revista de Metodolog.* DOI: <https://doi.org/10.5944/empiria.50.2021.30376>. Available at: <https://www.redalyc.org/journal/2971/297170953008/html/> (Accessed: March 7, 2023).
- Jodouin, J.F.; Bergeron, S.; Janssen, E. (2018). The mediating role of sexual behavior in event-level associations between sexual difficulties and sexual satisfaction in Newlywed Mixed-Sex Couples. *J. Sex. Med.* 15, 1384-1392.

- Johnsen, R. W., & Råheim, M. (2010). Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Physiotherapy*, 12(3), 166-174.
- Katz-Greenberg, G., & Shah, S. (2022). Sex and Gender Differences in Kidney Transplantation. *Seminars in nephrology*, 42(2), 219–229. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2022.04.011>
- Kegler, M. C., Raskind, I. G., Comeau, D. L., Griffith, D. M., Cooper, H. L. F., & Shelton, R. C. (2019). Study Design and Use of Inquiry Frameworks in Qualitative Research Published in Health Education & Behavior. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 46(1), 24–31. <https://doi.org/10.1177/1090198118795018>
- Kent R., Shapiro R. (2020) Pregnancy and Kidney Transplantation. In: Sachdeva M., Miller I. (eds) *Obstetric and Gynecologic Nephrology*. Springer, Cham
- Kessler, A., Sollie, S., Challacombe, B., Briggs, K., & Van Hemelrijck, M. (2019). The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU international*, 124(4), 587–599. <https://doi.org/10.1111/bju.14813>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. (2009). KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *American journal of transplantation*: 9, S1.
- Kleinclauss, F.; Timsit, M.O.; Thuret, R. (2016) Sexualité, fertilité et grossesse après transplantation rénale [Sexuality, fertility and pregnancy after kidney transplantation]. *Prog. Urol*, 26: 1122-1131.
- Körükçü Ö., Boran, Ö. F., Zeyneb, B., Bozan, M. B., & Güzel, F. B. (2020). An underestimated human need after renal transplantation: sexuality. *Sexuality and Disability*, 38(4), 699–714. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09647-y>
- Küçük, L., Türkmen, A., & Küçük, M. (2013). Sexual dysfunction in women after renal transplantation. *Sexuality and Disability*, 31(2), 155-166.
- Küpers, M. W. (2017) Rendimiento incorporado y performatividad en organizaciones y gestión”, Número especial: 'Putting Critical performativity to work'. *Gestión*, 20, 89–106. [Google académico]

- Küpers, M. W. (2020). *From the Anthropocene to an 'Ecocene' —Eco-Phenomenological Perspectives on Embodied, Anthrocentric Transformations towards Enlivening Practices of Organising Sustainably*. MDPI. <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/9/3633>
- Kurtulus, F.O.; Salman, M.Y.; Fazlioglu, A.; Fazlioglu, B. (2017). Effects of renal transplantation on female sexual dysfunction: Comparative study with hemodialysis and a control group. *Transplant Proc.* 49, 2099-2104.
- Lagarde, M. (2018). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Siglo XXI Editores México.
- Laguna-Castro, M., Rodríguez-Durán, A., Cobacho-Salmoral, O., & Crespo-Montero, R. (2021). Embarazo y trasplante renal. Una revisión sistemática. *Enfermería Nefrológica*, 24(4), 337-350.
- Lasaponara, F., Sedigh, O., Pasquale, G., Bosio, A., Rolle, L., Ceruti, C. & Segoloni, G. P. (2013). Phosphodiesterase Type 5 Inhibitor Treatment for Erectile Dysfunction in Patients with End-Stage Renal Disease Receiving Dialysis or After Renal Transplantation. *The journal of sexual medicine*, 10(11), 2798-2814.
- Lau, L., Adaikan, P., Vathsala, A., Srilatha, B., Wong, M., Kob, L., & Ma, V. (2015). Clinical prevalence and associated factors of erectile dysfunction in uremia patients in singapore. *Journal of Sexual Medicine*. 12:89-90.
- Ledón, L (2016). ¿Paradojas en la atención a la sexualidad de personas con enfermedades endocrinas? *Revista Cubana de Endocrinología*. Vol. 27, n. (1), pp. 0-0.
- Llover, M. N., & Jiménez, M. C. (2017). Disfunción sexual causada por medicamentos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24(5), 265-278.
- Lloyd, G. (2002). *The man of reason: "Male" and "female" in western philosophy*. Routledge.
- Lopez Oliva M, Loeches B. 2022. Infecciones en el Trasplante Renal. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/280>

- López V, Hernández Marrero D, González-Molina Alcaide M. (2021). Resultados globales del trasplante renal. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/58>
- López-Oliva, M. O., Pérez-Flores, I., Molina, M., José Aladrén, M., Trujillo, H., Redondo-Pachón, D., López, V., Facundo, C., Villanego, F., Rodríguez, M., Carmen Ruiz, M., Antón, P., Rivas-Oural, A., Cabello, S., Portolés, J., de la Vara, L., Taberero, G., Valero, R., Galeano, C., Moral, E., ... Jiménez, C. (2022). Manejo de la inmunosupresión en pacientes trasplantados de riñón con COVID19. Estudio multicéntrico nacional derivado del registro COVID de la S.E.N [Management of immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients with COVID19. A multicentre national study derived from the S.E.N. COVID registry.]. *Nefrología : publicación oficial de la Sociedad Española Nefrología*, 10.1016/j.nefro.2022.03.008. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2022.03.008>
- Love, B., Vetere, A., & Davis, P. (2020). Should interpretative phenomenological analysis (IPA) be used with focus groups? Navigating the bumpy road of “iterative loops,” idiographic journeys, and “phenomenological bridges”. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920921600.
- Lucas-Choez. M. M., et al. (2021). Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. *Polo de Conocimiento (Edición Núm. 54)*, 6, No 2, 607–617. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i2.2292>
- Lundy, S. D., & Vij, S. C. (2019). Male infertility in renal failure and transplantation. *Translational andrology and urology*, 8(2), 173–181. <https://doi.org/10.21037/tau.2018.07.16>
- Macías. G., et al. (2021). Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México., n 5, Número 5*. (ISN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea)). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.830 p.7053
- Magro, J. Mendes, K & Galvão, C. (2018). Aspectos sexuales de candidatos y receptores de trasplante de hígado: evidencias disponibles en la literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol. 26, n. e3033..

- Magro, J. T. J., Mendes, K. D. S., & Galvão, C. M. (2018). Sexual aspects of liver transplant candidates and recipients: evidence available in the literature1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3033. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2744.3033>.
- Markell, M., Brar, A., Stefanov, D.G. and Salifu, M.O. (2018), Gender disparity in fistula use at initiation of hemodialysis varies markedly across ESRD networks—Analysis of USRDS data. *Hemodialysis International*, 22: 168-175. <https://doi.org/10.1111/hdi.12579>
- Martell, J., Rice, E. I., Crooks, N. K., Ko, D., & Muehrer, R. J. (2015). What are patients saying about sex after a kidney or simultaneous kidney/pancreas transplant? *Progress in Transplantation*, 25(3), 251-256.
- Masters, W., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response* Boston. Little Brown & Company, Boston, Mass. 1995: Churchill, London 1996.
- Mayo Clinic. (2023, March 9). *Trasplante de Riñón*. Mayo Clinic. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/kidney-transplant/about/pac-20384777>
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sexual medicine reviews*, 4(3), 197–212. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.002>
- McGough S , Wynaden D , Wright M. (2018). Experiencia de brindar seguridad cultural en salud mental a pacientes aborígenes: un estudio de teoría fundamentada . *En t. J. Ment. Enfermería de la Salud* 27: 204 – 13
- McGuire, C., Kannathasan, S., Lowe, M., Dow, T., & Bezuhly, M. (2020). Patient survival following renal transplantation in Indigenous populations: A systematic review. *Clinical transplantation*, 34(1), e13760. <https://doi.org/10.1111/ctr.13760>
- McKeaveney, C., Noble, H., Courtney, A. E., Gill, P., Griffin, S., Johnston, W., Maxwell, A. P., Teasdale, F., & Reid, J. (2020). Understanding the holistic experiences of living with a kidney transplant: an interpretative phenomenological study (protocol). *BMC Nephrology*, 21(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01860-3>

- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4), 351–377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Méndez Chacón, Pedro, Bardales Viguria, Fernando, Ardiles Aniceto, Ángel, Cervera Álvarez, Carlos, Méndez Chacón Rodríguez, Carla, & Vidalón Fernández, Armando. (2017). Infección del tracto urinario en receptores de trasplante renal. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(1), 11-16. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i1.13015>
- Mendonça, A. E. O. D., Torres, G. D. V., Salvetti, M. D. G., Alchieri, J. C., & Costa, I. K. F. (2014). Changes in Quality of Life after kidney transplantation and related factors. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 287-292.
- Merleau-Ponty, M. (2013). *Phenomenology of perception*. 1st ed. Abingdon: Routledge.
- Merleau-Ponty, M., (1995) *Lo visible y lo invisible*; Northwestern University Press: Evanston, IL, EE. UU., [Google Scholar]
- Michon, L. (1953). *une tentativedo trasplantation renal chez l'homme-Aspects medicaux bilogques*. *Presse méd*, 61, 1419-1423.
- Ministerio de Salud de República Dominicana (2018). *Protocolo terapéutico de inmunosupresión del trasplante renal en el adulto*. Pp. 1-25 <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/924/ProtocoloTerapeuticoInmunosupresionTrasplanteRenalAdulto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT). (2017). *Datos estadísticos de la actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y células*.
- Monzón, A. J., Múgica, M. Á., Pérez, M. G., & Barmadah, S. E. (2019). Problemas de la esfera sexual en el paciente renal. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(1), 63-72.
- Mor, M. K., Sevic, M. A., Shields, A. M., Green, J. A., Palevsky, P. M., Arnold, R. M., & Weisbord, S. D. (2014). Sexual function, activity, and satisfaction among women receiving maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(1), 128-134.

- Mora Montes, José María, & Mora Encinas, María Paz. (2020). Una mejor comprensión de la sexualidad humana a través del estudio de la asexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 115-132. Epub 15 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020007>
- Moreno Rubio, F., Mora Villarroel, S. L., Castelblanco Toro, C., Molina López, C., & Ortiz Varerla, L. A. (2016). Trastorno emocional en el paciente renal trasplantado. *Enfermería Nefrológica*, 19(2), 147–153. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842016000200007>
- Morse J.M. (2015) Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9) 1212–1222.
- Morton, R. L., Schlackow, I., Mihaylova, B., Staplin, N. D., Gray, A., & Cass, A. (2016). The impact of social disadvantage in moderate-to-severe chronic kidney disease: an equity-focused systematic review. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 31(1), 46–56. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu394>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European journal of general practice*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Mota, R. L., Fonseca, R., Santos, J. C., Covita, A. M., Marques, N., Matias, P., ... & Cardoso, J. (2019). Sexual Dysfunction and Satisfaction in Kidney Transplant Patients. *The journal of sexual medicine*, 16(7), 1018-1028.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020, March). The role of empathy in health and social care professionals. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 1, p. 26). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Mousavi-Roknabadi, et al. (2019). Efecto del trasplante renal en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal terminal; Un estudio cuasi-experimental. *Nefro-Urología Mensual: , 11, número 2 ; e79497* (artículo de investigación). <https://doi.org/10.5812/numonthly.79497>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (MSP). (2018). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de práctica clínica. (2018). Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP. P. 57. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevenccion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf.
- MSP 1 (2022) *Pacientes atendidos por año IRC por instituciones especializadas.*, *Public.tableau.com*. Available at: https://public.tableau.com/app/profile/centros.especializados/viz/PACIENTESATENDIDOSPORAOIRC_Mayo/PACIENTESATENDIDOSPORIRC (Accessed: April 3, 2023).
- MSP 2 (2022) *Actualización, Caracterización Y Análisis De Supervivencia De Los Pacientes En Terapia Sustitutiva Renal En El Ecuador, Según El Registro Nacional De Diálisis Y Trasplante, Informe Técnico*. Available at: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/informe_de_caracterizaciOn_de_la_tsr_2022-1.pdf (Accessed: April 3, 2023).
- MSP 3 (2022) Situación actual de terapia de reemplazo renal en ... - gob, INFORME TÉCNICO: DNCE-0070-2022. Viceministerio de Atención Integral en Salud Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud Dirección Nacional de Centros Especializados. Available at: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/06/INFORME-DNCE-070-TRR-INFORMACION-PARA-EL-CDC-signed-signed-signed.pdf> (Accessed: April 3, 2023).
- Muehrer, R. J., Lanuza, D. M., Brown, R. L., & Djamali, A. (2014). Sexual concerns among kidney transplant recipients. *Clinical transplantation*, 28(11), 1294-1302.
- Muehrer, R.J. (2009). Sexuality, an important component of the quality of life of the kidney transplant recipient. *Transplant Rev.* 23, 214-223.
- Muñoz García, V. E., Ruíz, V., María, A., Romero Estudillo, E., García Criado, J., Bagdad Abselam, A., & Mohamed Maanan, N. (2010). Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(2), 113-118.

- Murray, J. E., Merrill, J. P., & Harrison, J. H. (1958). Kidney transplantation between seven pairs of identical twins. *Annals of surgery*, 148(3), 343.
- Navaneethan, S. D., Vecchio, M., Johnson, D. W., Saglimbene, V., Graziano, G., Pellegrini, F., & Manfreda, V. M. (2010). Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: a meta-analysis of observational studies. *American Journal of Kidney Diseases*, 56(4), 670-685.
- Ndemera, H., & Bhengu, B. (2018). Perceptions of healthcare professionals regarding self-management by kidney transplant recipients in South Africa: A qualitative study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.10.003>
- Ness, D., & Olsburgh, J. (2020). UTI in kidney transplant. *World journal of urology*, 38(1), 81–88. <https://doi.org/10.1007/s00345-019-02742-6>
- Neuzillet, Y., Thuret, R., Kleinclauss, F., & Timsit, M. O. (2016). Conséquences andrologiques de l'insuffisance rénale chronique : état de l'art pour le rapport annuel de l'Association française d'urologie [Andrologic consequences of chronic renal failure: State of the art for the yearly scientific report of the French National Association of Urology]. *Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie*, 26(15), 1088–1093. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2016.08.013>
- Nguyen, T., Sise, M. E., Delgado, C., Williams, W., Reese, P., & Goldberg, D. (2021). Race, Education, and Gender Disparities in Transplantation of Kidneys From Hepatitis C Viremic Donors. *Transplantation*, 105(8), 1850–1857. Pp. 2 -3 <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000003511>
- NICE guideline. 2018 Urinary tract infection (recurrent): antimicrobial prescribing Published: 31 October www.nice.org.uk/guidance/ng112
- Nicolás, M. M., Ruiz, I. J., Bravo, M. D. M. P., & Roche, F. P. (2014). Quality of life in patients with transplanted organs. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 405-412.
- Nielsen, C., Agerskov, H., Bistrup, C., & Clemensen, J. (2019). 'The hospital and everyday life are two worlds': Patients' and healthcare professionals' experiences and perspectives on collaboration in the kidney transplantation process. *Nursing open*, 6(4), 1491–1500. <https://doi.org/10.1002/nop2.349>

- Nielsen, C., Clemensen, J., Bistrup, C., & Agerskov, H. (2018). Balancing everyday life- Patients' experiences before, during and four months after kidney transplantation. *Nursing open*, 6(2), 443–452. <https://doi.org/10.1002/nop2.225>
- NIH: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2018, January). *Trasplante de Riñón - Niddk*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/trasplante>
- No citadas en el texto (~~tachadas~~): 43
- Noohi, S., Azar, M., Behzadi, A. H., Barbati, M. E., Haghshenas, A., Amoozgar, B., & Karami, M. (2010). Comparison of sexual function in females receiving haemodialysis and after renal transplantation. *Journal of renal care*, 36(4), 212-217.
- Obrador, G., Rubilar, X., Agazzi, E., Estefan, J., (2016). El desafío de proporcionar terapia de reemplazo renal en países en desarrollo: la perspectiva latinoamericana. *FORO MUNDIAL DEL RIÑÓN*, N 67, NÚMERO 3, (MARZO 2016), 499–506. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.08.033>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- O'Connor, S. R., Connaghan, J., Maguire, R., Kotronoulas, G., Flanagan, C., Jain, S., Brady, N., & McCaughan, E. (2019). Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis. *Patient education and counseling*, 102(5), 850–863. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.12.015>
- Ojeda-Cásares, H. (2023, February 21). *Día Mundial del Riñón 2023*. World Kidney Day. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.worldkidneyday.org/event/dia-mundial-del-rinon-2023/>

- Oltramari, Leandro Castro. (2007). Un Construção do sociales Desejo párrafo como Ciencias Sociales. *Revista Estudos Feministas*, 15 (2), 501-504. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2007000200021>
- Ooms, L., IJzermans, J., Voor In 't Holt, A., Betjes, M., Vos, M., & Terkivatan, T. (2017). Urinary Tract Infections After Kidney Transplantation: A Risk Factor Analysis of 417 Patients. *Annals of transplantation*, 22, 402–408. <https://doi.org/10.12659/aot.903249>
- OPAS/OMS (2018) Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49504>
- Oppenheimer Salinas F, Pascual Santos J, Pallardó Mateu L. (actualizado 2020). Inmunosupresión en el trasplante renal. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/241>
- OPS . (2023, March 6). *Enfermedades Renales Crónicas. Documento Orientador*. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.paho.org/es/documentos/enfermedades-renales-cronicas-documento-orientador>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Salud sexual. Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2022). Trasplante de órganos y tejidos humanos. Informe del Director General. En OMS (Ed.), *75.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD* (p. A75/41 Punto 27.2 del orden del día provisional).
- Organización Nacional de Trasplantes ONT, (2020). Historia de los Trasplantes Renales. Disponible en: <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplanterenal.aspx>.

- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2018). Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS, (2019) Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras Washington, D.C. : OPS, 2019. OPS/NMH/19-016 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. OPS, (2022) OPS. La carga de enfermedades renales en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de Datos ENLACE, Organización Panamericana de la Salud. 2021.
- Ortega, V. S. M., Peláez, C. A., & Peña, A. E. (2016). Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. *Revista Médica HJCA*, 8(1), 19-24.
- Ortiz Gómez, L., Rosado Alcocer, L., Ceballos Solís, G., Salcedo Parra, M., & Pool Cordero, M. (2021). Enfermedad renal crónica y factores de supervivencia en pacientes con trasplante renal: revisión de la literatura. *Revista Salud Y Bienestar Social [ISSN: 2448-7767]*, 5(1), 41-58. Recuperado a partir de <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/91>
- Palma, D. M. (2019, 15 agosto). *SciELO - Saúde Pública - Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales*. <https://www.scielosp.org/article/icse/2019.v23/e170329/>
- Pan American Health Organization. (2019). *Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030. CD57/11. 57.o CONSEJO DIRECTIVO 71.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51619>
- Park, C., Jones, M. M., Kaplan, S., Koller, F. L., Wilder, J. M., Boulware, L. E., & McElroy, L. M. (2022). A scoping review of inequities in access to organ transplant in the United

- States. *International journal for equity in health*, 21(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01616-x>
- Pasquale, D. C. (2020b, marzo 5). *Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review*. *Frontiers*. Recuperado 23 de febrero de 2023, de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00106/full>
- Paternotte, D., Kuhar, R., (2018) Disentangling and Locating the “Global Right”: Anti-Gender Campaigns in Europe. *Politics and Governance* (ISSN: 2183–2463) 2018, Volume 6, Issue 3, Pages 6–19 DOI: 10.17645/pag.v6i3.1557
- Pérez Blancas, C., Moyano Espadero, M., Estepa del Árbol, M., & Crespo Montero, R. (2015). Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enfermería Nefrológica*, 18(3), 204-226.
- Pérez, N. Martínez, C. García, J. Rodríguez, E. & Rodríguez, H. (2019). Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres. *Investigaciones Médico-quirúrgicas*. Vol.11, n. (S1), pp. 1-25.
- Pertuz, W., Castaneda, D. A., Rincon, O., & Lozano, E. (2014). Sexual dysfunction in patients with chronic renal disease: Does it improve with renal transplantation?. *Transplantation proceedings*. 2014; 46(9): 3021-3026.
- Phillips, E., Montague, J., & Archer, S. (2016). Worlds within worlds: a strategy for using interpretative phenomenological analysis with focus groups. *Qualitative Research in Psychology*, 13(4), 289-302.
- Piccoli, Giorgina, Alrukhaimi, Mona, Liu, Zhi Hong, Zakharova, Elena y Levin, Adeera. (2018). Preguntas sin responder y respuestas sin preguntar: qué sabemos y que no sabemos sobre las mujeres y las enfermedades renales. Reflexión sobre el día mundial del riñón y el día internacional de la mujer. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante* , 38 (1), 49-64. Recuperado en 20 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2346-85482018000100006&lng=es&tlng=.
- Pillajo Sánchez BL, Guacho Guacho JS, Moya Guerrero IR. (2021). La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador. *Rev. Colomb. Nefrol.* 2021, 8(3), e396. <https://doi.org/10.22265/acnef.8.3.396>

- Pimentel, J., 2020. Aprendizaje transformativo para fomentar la seguridad cultural. Facultad de Medicina. Universidad de La Sabana. <https://www.unisabana.edu.co/programas/carreras/facultad-de-medicina/medicina/noticias/detalle-de-noticias/noticia/aprendizaje-transformativo-para-fomentar-la-seguridad-cultural/>
- Pizzol, D.; Xiao, T.; Yang, L.; et al. (2021) Prevalence of erectile dysfunction in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Impot. Res.* 2021, 33, 508-515.
- Pomey, M. P., Gallego, F. B., Affdal, A., & Fortin, M. C. (2021). Peer Mentoring as an Avenue to Explore in Kidney Transplantation: Kidney Transplant Recipients' Perspectives on Peer Mentoring. *Transplantation direct*, 7(3), e672. <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000001130>
- Pourmand G, Emamzadeh A, Moosavi S et al. (2007). Does renal transplantation improve erectile dysfunction in hemodialysed patients? What is the role of associated factors? *Transplant Proc*; 39: 1029–1032.
- Prescott, L, Eidemak, I, Harrison, A, Molsted, Stig. (2014). La disfunción sexual es más de dos veces más frecuente en pacientes danesas en prediálisis en comparación con controles sanos emparejadas por edad y sexo. *Urología y Nefrología Internacional*. 46(5):979-984.
- Puigvert-Martínez, A.M. (2023) Estudio observacional, nacional y multicéntrico para describir la detección, diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil y la eyaculación precoz desde la perspectiva del paciente, *Revista Internacional de Andrología*. ASES. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.androl.2022.02.001> (Accessed: April 4, 2023).
- Pyrgidis, N.; Mykoniatis, I.; Nigdelis, M.P.; et al. (2021). Prevalence of erectile dysfunction in patients with end-stage renal disease: A systematic review and meta-analysis. *J. Sex Med.* 18, 113-120.
- Pyrgidis, N.; Mykoniatis, I.; Tishukov, M. et al. (2021). Sexual dysfunction in women with end-stage renal disease: A systematic review and meta-analysis. *J. Sex Med.* 18, 936-945.
- Raggi, M. C., Siebert, S. B., Friess, H., Schremmer-Danninger, E., Thorban, S., & Dinkel, A. (2012). Sexual and relationship functioning before and after renal transplantation: A

- descriptive study with patients and partners. *Scandinavian journal of urology and nephrology*, 46(6), 431-436.
- Ramírez-Perdomo C, Perdomo-Romero A, Rodríguez-Vélez M. (2020). El sistema de salud: barreras para los usuarios con insuficiencia renal crónica. *Av Enferm*, 2020;38(2): 191-201. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.83555>
- Ramírez-Pereira, M., et al. 2018. EXPLORING SEXUALITY IN WOMEN UNDERGOING DIALYSIS: A QUALITATIVE APPROACH *Rev Nefrol Dial Traspl*. 2018; 38 (1): 35-42
- Ramírez-Pérez, M., Cárdenas-Jiménez, M., & Rodríguez-Jiménez, S. (2015, July). El Dasein de los cuidados desde la Fenomenología Hermenéutica de Martín Heidegger. *Enfermería Universitaria*. Retrieved February 6, 2023, from <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>
- Ramírez, C & Solano, M. (2018). La construcción social de la experiencia de vivir con una enfermedad renal crónica1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol. 26, n.e3028.
- Ramos-Alcocer, J. Israel Salas-Nolasco, O. Villegas-Domínguez, J. Serrano-Vázquez, C. Dehesa-López, E. Márquez-Celedonio, F. (2021). Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica con terapia de sustitución. *Archivos de Medicina Familiar Vol.23 (2) , 75–83*.
- Ravitch, S. M., & Riggan, M. (2016). Reason & rigor: How conceptual frameworks guide research. Sage Publications 264 pág
- Resolución 23 Registro Oficial Suplemento 482 de 17-abr-2015. INDOT. Guía de evaluación del potencial receptor de trasplante renal. Estado: Vigente No. 023-INDOT-2015 Fecha: 13 de marzo del 2015. http://181.211.7.45:8011/legal_sis_v2/files/interna/Guia_de_evaluacion_receptor_trasplante_renal.pdf.
- Restrepo-Payán, Hernando, Zapata-Ceballos, Katherine, Tamayo-González, Nathalia Andrea, Salinas-Builes, Jairo, Escobar-Araque, Laura, & Rodríguez-Padilla, Libia María. (2021). Sexología clínica: una aproximación a los conocimientos, actitudes y prácticas asistenciales de los estudiantes de último año de las facultades de medicina de

- Medellín. *Iatreia*, 34 (2), 107-115. Epub 19 de mayo de 2021. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.74>
- Revuelta Vicente I, Cuadrado E, Arana C. (2022). Neoplasias y Trasplante Renal. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/496>
- Riátiga, D., Sánchez, L. E. S., & Quiroz, Y. (2015). Efecto del trasplante renal en la percepción de la función sexual de los pacientes con insuficiencia renal terminal. *Urología Colombiana*, 24(2), 78-81.
- Ribeiro, M. D. N. D. S., Santo, F. H. D. E., Simões, B. D. S., Diniz, C. X., Bezerra, H. C. A., & Santos, L. D. (2021). Feelings, experiences and expectations of kidney transplant individuals and challenges for the nurse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74.
- Rico Landazábal, A., Perea, D., Garizabalo, O., Sanabria, M., Vesga, J., Ronderos, I., Muñoz, F., Laganis, S., & López, P. (2017). Programa de prevención de la enfermedad renal crónica basado en redes integradas de servicios en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 171–176. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.45110>
- Rivera, E. Cruz, J. Meza, G. Bernáldez, G & Moreno, P. (2016). Manejo perioperatorio en el receptor de trasplante renal. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional «La Raza» IMSS. *Revista Mexicana de Trasplantes*. 5(1). Pp.27-33
- Robinson, B.M.; Akizawa, T.; Jager, K.J.; Kerr, P.G.; Saran, R.; Pisoni, R.L. (2016). Factors affecting outcomes in patients reaching end-stage kidney disease worldwide: differences in access to renal replacement therapy, modality use, and haemodialysis practices. *Lancet*. 388, 294-306.
- Rodríguez Rodríguez, Teresa, & Fonseca Fernández, Marianela. (2015). Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos. *MediSur*, 13(4), 560-568. Recuperado en 06 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400014&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez, L. Espín, P & Contreras, N. (2019). Problemática de la insuficiencia renal: Aspectos Psicológicos. *RECIMUNDO*. 3(2), 776-794.

- Rojas, Y. Ruíz, A. & González, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(1), 65-77.
- Rojo-Villaescusa, C. (2022) *Evaluación del abordaje de la sexualidad en las consultas de atención primaria en España: estudio comparativo multicéntrico (2004-2017)*, *Medicina de Familia*. . pp 323-333 SEMERGEN. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.04.004> (Accessed: April 4, 2023).
- Romero-Reyes, Mónica, Moreno-Egea, Ana, Gómez-López, Victoria Eugenia, Alcántara-Crespo, Mateo, & Crespo-Montero, Rodolfo. (2021). Análisis comparativo entre la calidad de vida del paciente trasplantado renal y el paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 24(2), 129-138. Epub 13 de septiembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842021015>
- Rota-Musoll, L., Sra, Brigidi, S., Sra, Molina-Robles, E., Sra, Oriol-Vila, E., Sra, Homs-Del Valle, M., Sra, & Subirana-Casacuberta, M., Sra. (2021). Sexo y género en la donación de riñón: visiones desde la consulta. *Enfermería nefrológica*, 24(4), 365–377. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842021032>
- Sabanciogullari, S., et al. 2015. Sexual Function in Patients with Chronic Renal Failure on Hemodialysis and Its Effects on Patients' Perception of Health and Life Satisfaction Published online: 10 March 2015 Springer Science+Business Media New York 2015. *Sex Disabil* (2015) 33:175–186 DOI 10.1007/s11195-015-9398-4
- Sadeghian, J.; Roudsari, D.M.; Seyedfatemi, N.; Rafiei, H. (2016). Body-image disturbance: A comparative study among haemodialysis and kidney transplant patients. *J. Clin. Diagn. Res.* 10, OC14-OC16.
- Sáenz, MCL (2014). Fenomenología y feminismo. *Revista Internacional de Filosofía*, , n ° 63, 2014 (Facultad de Filosofía de la Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España), pp. 45–63. <https://doi.org/10.6018/daimon/197001>. file:///Users/ximenaabarca/Downloads/197001-Texto%20del%20art%C3%ADculo-761501-1-10-20141216%20(2).pdf
- Salman, A., Nutt, C. T., Eneanya, N. D., Reese, P. P., Morse, M., Sequist, T., & Mendu, M. L. (2021). Examining the potential impact of race multiplier utilization in estimated glomerular filtration rate calculation on african-american care outcomes. *Journal of*

- General Internal Medicine*, 36(2), 464–471. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06280-5>
- Sánchez Roberto, P. (2019). Aproximaciones a la Sexualidad y Salud sexual en personas con enfermedad renal en Hemodiálisis. Udc.Es. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/24716/SanchezRoberto_Paloma_TFG_2019.pdf
- Sánchez-Medina, R., & Rosales-Piña, C. (2018). Modelo Ecológico aplicado al campo de la Salud sexual. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 3(2), 119-135. doi:<http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.3.2.2017.80.119-135>.
- Sánchez, S. H., Carrero, J. J., López, D. G., Alonso, J. A. H., Alegre, H. M., & Ruiz, J. R. (2016). Forma física y calidad de vida en pacientes trasplantados de riñón: estudio de casos y controles. *Medicina Clínica*, 146(8), 335-338.
- Santithanmakorn, C., Vanichanan, J., Townamchai, N., Jutivorakool, K., Wattanatorn, S., Sutherasan, M., Opanuruk, J., et al. (2022). La infección bacteriana del tracto urinario y la bacteriuria asintomática temprana en el trasplante renal aún afectan negativamente los resultados del trasplante renal en la era de la inmunosupresión moderna y la profilaxis con cotrimoxazol. *Biomedicines*, 10 (11), 2984. MDPI AG. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.3390/biomedicines10112984>
- Santos, P. R., Júnior, J. R. F. G. C., Cavalcanti, J. U., Vieira, C. B., Rocha, A. R. M., Apolônio, N. A. M., & de Oliveira, E. B. (2012). Quality of life among women with sexual dysfunction undergoing hemodialysis: a cross-sectional observational study. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1.
- Schipper, K.; Abma, T.A.; Koops, C.; Bakker, I.; Sanderman, R.; Schroevers, M.J. (20014). Sweet and sour after renal transplantation: a qualitative study about the positive and negative consequences of renal transplantation. *Br. J. Health Psychol.* 19, 580-591.
- Schulz, T., Niesing, J., Homan van der Heide, J. J., Westerhuis, R., Ploeg, R. J., & Ranchor, A. V. (2014). Great expectations? Pre-transplant quality of life expectations and distress after kidney transplantation: a prospective study. *British journal of health psychology*, 19(4), 823–838. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12081>

- Seethala, S., Hess, R., Bossola, M., Unruh, M. L., & Weisbord, S. D. (2010). Sexual function in women receiving maintenance dialysis. *Hemodialysis International*, 14(1), 55-60.
- Sellarés V, Luis Rodríguez D. (2022). Enfermedad Renal Crónica. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>
- Serpa Larrea, F. I. (2017). Proyecto para la creación del Centro de Trasplantes del Hospital Carlos Andrade Marín (IESS) en el año 2018 (Bachelor's thesis, Quito: USFQ, 2017).
- Shelton, R., Philbin, M. y Ramanadhan, S. (2022). Métodos de investigación cualitativa en enfermedades crónicas: introducción y oportunidades para promover la equidad en salud. *The Annual Review of Public Health*, 43 : 1 , 37–57. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth012420-105104>
- Shimizu, T., Sugihara, T., Kamei, J., Takeshima, S., Kinoshita, Y., Kubo, T., Shinzato, T., Fujimura, T., & Yagisawa, T. (2021). Predictive factors and management of urinary tract infections after kidney transplantation: a retrospective cohort study. *Clinical and experimental nephrology*, 25(2), 200–206. <https://doi.org/10.1007/s10157-020-01974-w>
- Sikora-Grabka, E., Adamczak, M., Kuczera, P., & Wiecek, A. (2018). Serum sex hormones concentrations in young women in the early period after successful kidney transplantation. *Endokrynologia Polska*, 69(2), 150–155. <https://doi.org/10.5603/EP.2018.0019>
- SINIDOT 2022. Sistema Nacional Informático de Donación y Trasplante. <https://www.sinidot.gob.ec/sinidot/#reportesPublic>:
- Sosa-Sánchez, I. A., & Erice, J. E. (2017). Narrativas sobre género y sexualidad en médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 27, 46–65. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.04.a>
- Soto Núñez, C.A., & Vargas Celis, I.E. (2017). La Fenomenología de Husserl y Heidegger. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(48). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.05>

- Spirito, L.; Manfredi, C.; Carrano, R.; et al. (2020). Impact of kidney transplantation on male sexual function: Results from a ten-year retrospective study. *J. Sex. Med.* 17, 2191-2197.
- Squires A, Dorsen C. (2018). Qualitative Research in nursing and health professions regulation. *Journal of nursing regulation.* 2018; 9(3):15-26.
- Starzl, T. E. (2000). History of clinical transplantation. *World journal of surgery*, 24(7), 759-782.
- Starzl, T. E., Marchioro, T. L., Porter, K. A., Iwasaki, Y., & Cerilli, G. J. (1967). The use of heterologous antilymphoid agents in canine renal and liver homotransplantation and in human renal homotransplantation. *Surgery, gynecology & obstetrics*, 124(2), 301.
- Strippoli, G. F., & Sexual Dysfunction (CDS) in Hemodialysis Working Group. (2012). Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 7(6), 974-981.
- Suzuki, E.; Nishimatsu, H.; Oba, S.; et al. (2014). Chronic kidney disease and erectile dysfunction. *World J. Nephrol.* 3, 220-229.
- Syu, S. H., Lin, Y. W., Lin, K. H., Lee, L. M., Hsiao, C. H., & Wen, Y. C. (2019). Risk factors for complications and graft failure in kidney transplant patients with sepsis. *Bosnian journal of basic medical sciences*, 19(3), 304-311. <https://doi.org/10.17305/bjbms.2018.3874>
- Szpotanska-Sikorska, M.; Mazanowska, N.; Staruch, M.; Wielgos, M.; Pietrzak, B. (2017). The observational study of selected sexual behaviour issues in female organ transplant recipients. *Sex. Reprod. Healthc.* 12, 47-50.
- Tajer, D., Reid, G., Gaba, M., Cuadra, M. E., Solis, M., & Romeral, J. F. (2018). Género y salud adolescente: imaginarios profesionales y prácticas que impactan en la calidad de atención en servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Etnografías Contemporáneas*, 12(22). Pp. 104-125
- Tang, J., Howell, M., Roger, S., Wong, G., & Tong, A. (2022). Perspectives of Kidney Transplant Recipients on eHealth: Semistructured Interviews. *Transplantation direct*, 8(12), e1404. <https://doi.org/10.1097/TXD.0000000000001404>
- Tantisattamo, E., Molnar, M. Z., Ho, B. T., Reddy, U. G., Dafoe, D. C., Ichii, H., Ferrey, A. J., Hanna, R. M., Kalantar-Zadeh, K., & Amin, A. (2020). Approach and Management of

- Hypertension After Kidney Transplantation. *Frontiers in medicine*, 7, 229. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00229>
- Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M., & Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.
- Tavallaii, S. A., Fathi-Ashtiani, A., Nasiri, M., Assari, S., Maleki, P., & Einollahi, B. (2007). ORIGINAL RESEARCH—PSYCHOLOGY: Correlation Between Sexual Function and Postrenal Transplant Quality of Life: Does Gender Matter?. *The journal of sexual medicine*, 4(6), 1610-1618.
- Terry, G., y Kayes, N., (2020) Atención centrada en la persona en neurorrehabilitación: un análisis secundario, *Discapacidad y rehabilitación*, 42:16, 2334-2343, DOI: [10.1080/09638288.2018.1561952](https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1561952)
- Thongprayoon, C., Hansrivijit, P., Leeaphorn, N., Acharya, P., Torres-Ortiz, A., Kaewput, W., Kovvuru, K., Kanduri, S. R., Bathini, T., & Cheungpasitporn, W. (2020). Recent Advances and Clinical Outcomes of Kidney Transplantation. *Journal of clinical medicine*, 9(4), 1193. <https://doi.org/10.3390/jcm9041193>
- Tkachenko, D.; Franke, L.; Peters, L.; Schiffer, M.; Zimmermann, T. (2019). Dyadic coping of kidney transplant recipients and their partners: sex and role differences. *Front. Psychol.* 10, 397. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00397>.
- Toledano, F. T. (2021). *Enfermedades crónicas: su relación con los factores sociodemográficos* [Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM)]. <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/1397>
- Tong, A., Hanson, C. S., Chapman, J. R., Halleck, F., Budde, K., Josephson, M. A., & Craig, J. C. (2015). ‘Suspended in a paradox’—patient attitudes to wait-listing for kidney transplantation: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Transplant International*, 28(7), 771-787.
- Tong, A., Sainsbury, P, C.J., (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* 19 (6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

- Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. (2007). Criterios consolidados para informar la investigación cualitativa (COREQ): una lista de verificación de 32 elementos para entrevistas y grupos focales. En t. J. Cal. Cuidado de la Salud 2007 , 19 , 349–357. [Google Scholar] [PubMed] [Versión verde]
- Torales, S., Berardo, J., Hasdeu, S., Esquivel, M. P., Rosales, A., Azofeifa, C., Salazar, J., Cerdas, M., Gianneo, O., Esteche, M., Leguizamo, E., Lemgruber, A., Beltrán, M., & Caccavo, F. (2021). Evaluación económica comparativa sobre terapias de reemplazo renal en Argentina, Costa Rica y Uruguay [Comparative economic evaluation of renal replacement therapies in Argentina, Costa Rica, and Uruguay]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 45, e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.119>
- Torres, J. Abrahante, O, Adams, E. Lara, H & Delgado, J. (2016). Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. ¿Problemas de salud relacionados? *Revista Sexología y Sociedad*. Vol. 21, n. (2).
- Torrez Rodríguez. B., Rodríguez, C. Gutiérrez, G. (2015). *Salud, malestares y problemas sexuales Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad*. Unfpa.Org. <https://cuba.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Salud>,
- Total: 181 (hoy 03-04-23 292)
- Torrico Linares, E. Carmen Santín Vilariño, Montserrat Andrés Villas, Susana Menéndez Álvarez-Dardet y M^a José López López. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología *anales de psicología* 2002, , 18, n^o 1(junio), 45–59. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16718103.pdf>
- Tucker, E. L., Smith, A. R., Daskin, M. S., Schapiro, H., Cottrell, S. M., Gendron, E. S., ... & Maass, K. L. (2019). Life and expectations post-kidney transplant: a qualitative analysis of patient responses. *BMC nephrology*, 20(1), 1-10.
- UNFPA-ECUADOR. (2023). *El potencial y los desafíos de Ecuador*. UNFPA-ECUADOR. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

- U.S. Department of Health and Human Services. (2018, June). *Los Riñones y su funcionamiento - niddk*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Retrieved April 11, 2023, from <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/rinones-funcionamiento>
- Ulin, Priscilla R. (2006). Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington, D.C: OPS, (Publicación Científica y Técnica No. 614). pp. 211-212. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?s>
- Valizadeh Zare, N., Mohammadi, E., Zarea, K., Elahi, N., & Manzari, Z. (2018). The meaning of coping for kidney transplant recipients: a phenomenological study. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 584-595.
- Vallejos, A. (2017). Primer Foro Global de Políticas sobre el Riñón. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 37(2), 79-80.
- Vallejos, J. F., Reyna, O., & Zoila, E. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas*. Vol. 12, n. (2), pp. 205-214.
- Valor económico biológico . (2022, 5 de agosto). Unacademia.
- Van Ek, G. F., Krouwel, E. M., Van Der Veen, E., Nicolai, M. P., Ringers, J., Den Oudsten, B. L., ... & Elzevier, H. W. (2017). The discussion of sexual dysfunction before and after kidney transplantation from the perspective of the renal transplant surgeon. *Progress in Transplantation*, 27(4), 354-359.
- Van Ek, G.F.; Krouwel, E.M.; Nicolai, M.P.; et al. (2015). Discussing sexual dysfunction with chronic kidney disease patients: practice patterns in the office of the nephrologist. *J. Sex. Med.* 12, 2350-2363.
- Vasterling, Veronica (2011). Hannah Arendt. In: Sebastian Luft & Søren Overgaard (eds) *The Routledge Companion to Phenomenology*. New York: Routledge, 82-91.
- Vauthier, J. (2016). La 'Teoría del Género' y la filosofía de Edith Stein. *Humanitas*, 7172168(21), 372-75.

- Veroux, M., Mattone, E., Cavallo, M., Gioco, R., Corona, D., Volpicelli, A., & Veroux, P. (2021). Obesity and bariatric surgery in kidney transplantation: A clinical review. *World journal of diabetes, 12*(9), 1563–1575. <https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i9.1563>
- Vieira, E. M., Júnior, Y., Hiroshi, G., Souza, H. C. C. D., Mancini, M. P. M., & Perdoná, G. D. S. C. (2013). História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev. bras. ginecol. obstet, 35*(2), 78-83.
- Voora, S.; Adey, D.B. (2019). Management of kidney transplant recipients by general nephrologists: Core Curriculum 2019. *Am. J. Kidney Dis. 73*, 866-879.
- Webb, C. and Kevern, J. (2001) "Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research." *Journal of advanced nursing 33.6*; 798-805.
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. *The Lancet. 389*(10075),1238-1252, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5).
- Weng, L. C., Yang, Y. C., Huang, H. L., Chiang, Y. J., & Tsai, Y. H. (2017). Factors that determine self-reported immunosuppressant adherence in kidney transplant recipients: a correlational study. *Journal of advanced nursing, 73*(1), 228–239. <https://doi.org/10.1111/jan.13106>
- WHO. (2015). *Salud sexual*. Who.int. <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
- Williams, A., Low, J. K., Manias, E., & Crawford, K. (2016). The transplant team's support of kidney transplant recipients to take their prescribed medications: a collective responsibility. *Journal of clinical nursing, 25*(15-16), 2251-2261.
- Willig, C., & Rogers, W. S. (Eds.). (2017). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Sage.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
- World Medical Association (WMA) (2013). *Declaracion de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Fortaleza-Brasil: Asociación Médica Mundial
- Xolocotzi, A., Gibu, R., (2014). *Fenomenología del cuerpo y hermenéutica de la corporeidad*. Madrid: Plaza y Valdés-BUAP.

- Yagil, Y.; Geller, S.; Sidi, Y.; Tirosh, Y.; Katz, P.; Nakache, R. (2015). The implications of body-image dissatisfaction among kidney-transplant recipients. *Psychol. Health Med.* 20, 955-962.
- Yaqoob, S., Yaseen, M., Abdullah, H., Jarullah, F. A., & Khawaja, U. A. (2020). Sexual Dysfunction and Associated Anxiety and Depression in Female Hemodialysis Patients: A Cross-Sectional Study at Karachi Institute of Kidney Diseases. *Cureus*, 12(8), e10148. <https://doi.org/10.7759/cureus.10148>
- Zhang, L., Wang, Z., Lv, J., Zheng, M., & Zhu, Y. (2022). Outcomes of acute ischemic stroke in kidney transplant recipients: An analysis of US Nationwide inpatient sample. *Translational neuroscience*, 13(1), 327–334. <https://doi.org/10.1515/tnsci-2022-0247>

ANEXOS

ANEXO I. Cuestionarios utilizados.

Guion de preguntas para entrevistas en profundidad			
Fase de la entrevista	Temas	Subtemas. Preguntas	
Presentación y acuerdo comunicativo	Presentación	Bienvenida y agradecimientos	
	Mis motivos	Mi creencia de que su experiencia ofrece una enseñanza que ha de ser conocida por todos.	
	Mis intenciones	Realizar una investigación para dar a conocer esa experiencia en un Trabajo de Fin de Máster.	
	Información y aspectos éticos		. Necesitamos grabar la conversación.
			. Sólo se utilizará para los fines de la investigación.
			. Aseguramos la confidencialidad.
			. Sólo tendrá acceso a ella el investigador.
		. La participación es voluntaria.	
		. En cualquier momento puede interrumpir o abandonar la entrevista.	
		. En la publicación no saldrán nombres, pudiendo emplearse seudónimos, iniciales o simplemente la palabra —Entrevistado hombre (EH) o Entrevistada mujer (EM) seguida de un número.	
		. Es posible que tras analizar las entrevistas se les pida su conformidad con lo transcrito o con el análisis.	
Inicio	Consentimiento	Se entenderá otorgado si la persona participante lo hace verbalmente y firma el correspondiente documento	
	Preguntas generales introductorias		Si le parece empezamos contándome un poco sobre ustedes (quiénes son, a qué se dedican, ...)
			EDADES:
			TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:
			TIEMPO DE TRASPLANTE:
			NIVEL DE ESTUDIOS:
			TRABAJO:
			CONVIVENCIA DE LA UNIDAD FAMILIAR:
LUGAR DE RESIDENCIA CIUDAD/MEDIO RURAL:			
Desarrollo	Preguntas sobre su estado actual	Cuénteme sobre, su niñez, juventud, su enfermedad, la sexualidad, sus estudios, su trabajo, su pareja, su familia y lo que crean más importante.	
	Preguntas sobre las representaciones sociales y percepciones de la sexualidad.		1.- LA SEXUALIDAD EN LA VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES
			- ¿Qué opina sobre la sexualidad?
			- ¿Para usted qué aspectos contemplan la sexualidad?
			- ¿Me podría comentar sobre la importancia de la sexualidad en su vida?
			- ¿Cuénteme sobre la educación e información que recibió sobre la sexualidad antes de la enfermedad renal y ahora luego del trasplante?
			- ¿Qué opina usted sobre la sexualidad femenina/ masculina?
			- ¿Considera que tiene confianza, apoyo o ayuda para conversar sobre su vida sexual?
			- ¿Con quién?
			- ¿Actualmente tiene pareja?
			- ¿Cuál es su opinión sobre su relación de pareja?
			- ¿Cómo ha reaccionado su pareja cuando recibía diálisis y luego del trasplante?
			- ¿Cómo es ahora?
			- ¿Cuál es su opinión sobre su vida sexual?
			- ¿Qué opina sobre su deseo de tener intimidad?
			- ¿Qué opina sobre los orgasmos?
			- ¿Practica la masturbación u otras formas de placer sexual?
			- ¿Considera que su organismo no responde, se siente cansado/a ha perdido atractivo para su pareja o ya no le interesa?
			- Si es mujer ¿tiene dolor vaginal cuando tiene relaciones sexuales?
			- Si es hombre ¿sus erecciones son satisfactorias para usted y para su pareja?
- ¿Tiene alguna molestia durante las relaciones sexuales u otro tipo de molestia y no sabe por qué?			
- ¿Toma usted medicamentos, remedios caseros o remedios naturales para mejorar su desempeño sexual?			
Cierre	Pregunta final	¿Usted cree que he dejado sin preguntar alguna cuestión importante? ¿Hay algo más que quiera añadir?	
	Agradecimiento	Agradecer el tiempo que nos ha dedicado	
	Ofrecimiento	Ponemos a su disposición por si necesitara algo de nosotros Informar que cuando se publique el trabajo se lo haremos llegar	

Guión de preguntas para grupos focales			
Fase de la entrevista	Temas	Subtemas. Preguntas	
Presentación y acuerdo comunicativo	Presentación	Bienvenida y agradecimientos	
	Mis motivos	Mi creencia de que su experiencia ofrece una enseñanza que ha de ser conocida por todos.	
	Mis intenciones	Realizar una investigación para dar a conocer esa experiencia en un Trabajo de Fin de Máster.	
	Información y aspectos éticos		. Necesitamos grabar la conversación.
			. Sólo se utilizará para los fines de la investigación.
			. Aseguramos la confidencialidad.
			. Sólo tendrá acceso a ella el investigador.
			. La participación es voluntaria.
		. En cualquier momento puede interrumpir o abandonar la entrevista.	
		.En la publicación no saldrán nombres, pudiendo emplearse seudónimos, iniciales o simplemente la palabra —Entrevistado hombre (EH) o Entrevistada mujer (EM) seguida de un número.	
		. Es posible que tras analizar las entrevistas se les pida su conformidad con lo transcrito o con el análisis.	
Inicio	Consentimiento	Se entenderá otorgado si la persona participante lo hace verbalmente y firma el correspondiente documento	
	Preguntas generales introductorias	Si les parece empezamos contándome un poco sobre ustedes (quiénes son, a qué se dedican, ...)	
		EDADES:	
		TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:	
		TIEMPO DE TRASPLANTE:	
		NIVEL DE ESTUDIOS:	
		TRABAJO:	
		CONVIVENCIA DE LA UNIDAD FAMILIAR:	
LUGAR DE RESIDENCIA CIUDAD/MEDIO RURAL:			
Desarrollo	Preguntas sobre su estado actual	Cuéntenme sobre, su niñez, juventud, su enfermedad, la sexualidad, sus estudios, su trabajo, su pareja, su familia y lo que crean más importante.	
	Preguntas sobre las representaciones sociales y percepciones de la sexualidad.		1.- LA SEXUALIDAD EN LA VIDA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES
			- ¿Qué opinan sobre la sexualidad?
			- ¿Para ustedes qué aspectos contemplan la sexualidad?
			- ¿Me podrían comentar sobre la importancia de la sexualidad en su vida?
			- ¿Cuéntenme sobre la educación e información que recibieron sobre la sexualidad antes de la enfermedad renal y ahora luego del trasplante?
			- ¿Qué opinan sobre la sexualidad femenina/ masculina?
			- ¿Considera que tienen confianza, apoyo o ayuda para conversar sobre su vida sexual?
			- ¿Con quién?
			- ¿Cuál es su opinión sobre su relación de pareja?
			- ¿Cómo ha reaccionado su pareja cuando recibía diálisis?
			- ¿Cómo es ahora?
			- ¿Han experimentado cambios sobre su vida sexual?
			- ¿Sobre su deseo?
			- ¿Sobre los orgasmos?
			- ¿Practican la masturbación u otras formas de placer sexual?
			- ¿Consideran que su organismo no responde, se siente cansado/a ha perdido atractivo para su pareja o ya no le interesa?
- ¿Tiene alguna molestia durante las relaciones sexuales u otro tipo de molestia y no sabe por qué?			
- ¿Toma usted medicamentos, remedios caseros o remedios naturales para mejorar su desempeño sexual?			
Cierre	Pregunta final	¿Usted cree que he dejado sin preguntar alguna cuestión importante? ¿Hay algo más que quiera añadir?	

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL PROYECTO: Representaciones sociales de la sexualidad en personas que han recibido un trasplante renal.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Dra. MD MSc PH: Ximena Abarca Durán

Antes de proceder a la firma del presente Documento de Consentimiento Informado, lea atentamente la información que contiene y formule las preguntas que considere oportunas para su mejor comprensión.

Va a participar en un estudio cuyo objetivo es conocer la opinión de los y las pacientes/familiares/profesionales sobre la sexualidad y la calidad de vida post-trasplante en personas que han recibido un trasplante renal. Se le ha invitado a esta investigación porque los investigadores creemos que su experiencia y opinión pueden contribuir a mejorar el proceso de atención sanitaria, por lo que pedimos su participación.

Información adicional: en cualquier momento del estudio usted podrá solicitar información adicional respecto a cualquier aspecto relacionado con su participación en el mismo. Si durante o después del estudio desea discutir su participación en el mismo, puede ponerse en contacto con la Doctora Ximena Abarca Durán, investigadora responsable del estudio, con número de teléfono: 0992437675 o 6006272.

La participación consistirá en la realización de una entrevista que podrá ser registrada en un dispositivo de grabación y posteriormente transcrita en un documento de texto para facilitar su análisis. No existen otras alternativas de participación en el estudio.

La participación es totalmente voluntaria pudiendo negarse a realizarla, abandonar la entrevista en el momento que lo desee o no contestar a las preguntas que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin repercusión alguna en su persona. Tendrá una duración de una hora aproximadamente.

Riesgos de la participación en el estudio: no se estiman riesgos, molestias o efectos secundarios potenciales derivados de su participación en el estudio.

Beneficios de la participación en el estudio: usted no va a obtener ningún tipo de beneficio directo por la participación en el estudio, no obstante, los conocimientos obtenidos gracias a su participación podrían ayudar a otras personas o a usted mismo en el futuro.

A los datos personales y los obtenidos durante la entrevista sólo tendrán acceso los investigadores y sólo serán utilizados para los fines de la investigación.

Destrucción de los datos: transcurrido un período no inferior a tres años desde la publicación de resultados, las grabaciones y transcripciones serán destruidas, borrando los archivos informáticos (o en papel, en su caso) de los dispositivos de almacenamiento donde estuvieran. Su identidad, registros e información obtenida durante el estudio tienen carácter confidencial, y no se revelarán a persona alguna, salvo los promotores del estudio y miembros del Comité de Bioética del hospital. La confidencialidad de las opiniones vertidas queda asegurada porque, desde el principio de la grabación, usted será identificado con un código que impedirá su posterior identificación (por ejemplo un número o participante 1, 2, etc.). Si se publicaran resultados de este estudio su identidad se mantendrá confidencial.

Es posible que tras transcribir las entrevistas y analizar su contenido se les pida su conformidad con lo transcrito o con el análisis.

Usted podrá revocar el consentimiento otorgado de participación en el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que ello suponga repERC usión alguna.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS Y LAS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL ESTUDIO: Representaciones sociales de la sexualidad en personas que han recibido un trasplante renal.

YO (Nombre y Apellidos)

He leído la hoja de información que contiene al presente Documento de Consentimiento Informado y he podido hacer preguntas sobre el estudio y mi participación en el mismo a la investigadora Doctora Ximena Abarca Durán.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información y la he comprendido.

He hablado con la investigadora Doctora Ximena Abarca Durán.

Comprendo que mi participación es voluntaria, siendo libre de abandonar el estudio cuando lo desee, sin dar explicaciones y sin repercusiones para mí.

Se me ha informado del procedimiento para asegurar la confidencialidad de los datos y su tratamiento.

Doy mi consentimiento libre e informado para participar en la investigación sobre la dignidad de la persona en el cuidado de la salud y para que los datos derivados de mi participación sean utilizados por los investigadores para los fines planteados en el estudio.

Recibo una copia de este documento

Para que así conste firmo la presente en Quito a ___ de ____ de 2015.

Firma (participante): _____

CC:

Firma (investigador): _____

CC:

ANEXO III. AUTORIZACIÓN CEI

