

Percepción de la sexualidad en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles

D. Xibillé-Friedmann^a, M. Álvarez-Fuentes^b, G. Flores-Flores^b, J. Gudiño-Quiroz^c y A. Cruz-Valdez^d

^aMédico adscrito. Departamento de Reumatología. Hospital General de Cuernavaca José G. Parres. SSA. Cuernavaca. Morelos. México. ^bMédico pasante de Servicio Social. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca. Morelos. México. ^cReumatólogo. Profesor titular del Curso de Reumatología. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca. Morelos. México. ^dMédico epidemiólogo. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca. Morelos. México.

Introducción: Las enfermedades reumáticas se caracterizan por ser problemas inflamatorios crónicos con afección sistémica que frecuentemente se acompañan de limitación funcional y depresión. Su repercusión sobre la respuesta sexual ha sido pobremente estudiada. El objetivo del presente estudio fue evaluar la percepción sexual en mujeres con enfermedad reumática.

Pacientes y métodos: Se aplicó un cuestionario que, además de incluir datos generales, aspectos socioeconómicos, características de la enfermedad y marcadores serológicos de inflamación, midió la percepción de la sexualidad por parte de los sujetos, rasgos de depresión y el nivel de autoestima de éstos.

Resultados: Se entrevistó a 16 pacientes, 9 de las cuales tenían artritis reumatoide (AR), 6 lupus eritematoso sistémico (LES), 1 artritis psoriásica. Se seleccionó a 25 mujeres sanas como grupo control. Todas las pacientes recibían tratamiento y presentaban una clase funcional que les permitía valerse por sí mismas. Las pacientes presentaron una peor percepción de la sexualidad ($p = 0,001$), tendiendo a presentar más rasgos de depresión y una menor autoestima que el grupo control.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas se benefician del tratamiento, al ser éste un adyuvante en su calidad de vida y en su funcionalidad. La percepción de la sexualidad se afecta como parte de la enfermedad inflamatoria crónica, pero es independiente de la clase funcional del paciente.

Palabras clave: Enfermedades reumáticas. Sexualidad. Depresión. Autoestima.

Perception of sexuality in women with rheumatic disease: case-control pilot study

Introduction: Rheumatic diseases are characterized by chronic inflammation with systemic involvement and are often accompanied by functional limitation and depression. Their effect on sexual response has been little studied. The objective of the present study was to evaluate perception of sexuality in women with rheumatic disease.

Patients and methods: We administered a questionnaire that included general data, socioeconomic aspects, disease characteristics, serum markers of inflammation and measured perception of sexuality, depression traits and self-esteem.

Results: Sixteen patients were interviewed, of which nine had rheumatoid arthritis, six had systemic lupus erythematosus and one had psoriatic arthritis. Twenty-five women were selected as controls. All patients were receiving treatment and had a functional class that allowed them to be self-dependent. Patients presented a worse perception of sexuality than controls ($p = 0.001$) with a trend to more depressive traits and lower self-esteem.

Conclusions: Patients with rheumatic disease gain benefits from treatment in terms of quality of life and functionality. Perception of sexuality is affected by chronic inflammatory disease but is independent of the patient's functional class.

Key words: Rheumatic disease. Sexuality. Depression. Self-esteem.

Correspondencia: Dr. D. Xibillé-Friedmann.
Hospital General de Cuernavaca José G. Parres. SSA.
Avda. Domingo Díez esq. Gómez Azcárate.
Cuernavaca, Morelos 62270. México.
Correo electrónico: danielxibille@hotmail.com

Manuscrito recibido el 9-3-2005 y aceptado el 20-3-2005.

Introducción

Las enfermedades reumáticas son crónicas, inflamatorias, conllevan dolor y potencialmente discapacidad física. La mayoría de las enfermedades autoinmunes predominan en mujeres, sugiriendo que las hormonas sexuales juegan un papel importante en la fisiopatoge-

nia de éstas. La sexualidad se describe como una parte esencial de las personas, una parte integral del ser humano. En 1936, Freud describe la diferencia entre sexo y sexualidad de la siguiente manera: "El sexo es lo que hacemos y sexualidad es lo que somos"¹.

La enfermedad reumática puede afectar el funcionamiento sexual de varias maneras. Los problemas físicos, emocionales y de pareja, relacionados con la enfermedad, contribuyen a una vida sexual menos activa y menos disfrutable. El dolor crónico, la fatiga y una baja autoestima reducen el interés sexual y por ende la frecuencia del coito². Desde el punto de vista orgánico se ha encontrado una correlación entre valores séricos bajos de dehidroepiandrosterona (DHEA) con un menor bienestar emocional y apetito sexual en mujeres con síndrome de Sjögren. La DHEA juega un papel importante en el ciclo hormonal-sexual aumentando el apetito sexual³.

El desarrollo de tratamientos farmacológicos y hormonales de la disfunción sexual ha estimulado el desarrollo de medidas de disfunción sexual, siendo éstas también necesarias para determinar los cambios en la función sexual, que tal vez dependan de la edad, cambios hormonales, estilo de vida, factores físicos y psicosociales^{4,5}.

En fechas recientes se han hecho intentos por medir la sexualidad femenina de acuerdo con la percepción que de ella tiene la mujer. Se han encontrado algunos estudios que usan escalas para medir la percepción sexual femenina⁷, pero pocos han explorado la relación de la sexualidad con enfermedades reumáticas.

La pérdida de funcionalidad, la fatiga y el dolor interfieren con el placer sexual. Un estudio reporta que las pacientes con artritis reumatoide (AR) prefieren acortar el tiempo de excitación y llegar más rápido al orgasmo debido a que la actividad física durante el coito les incrementaba el dolor⁷.

El elevado nivel de dolor, la incapacidad física y la depresión que conllevan las enfermedades reumáticas, causan un gran impacto en la sexualidad independientemente del sexo⁸.

Algunos medicamentos que se utilizan para tratamiento de las enfermedades reumáticas afectan la función sexual, principalmente los esteroides a dosis elevadas que se han asociado a disfunción sexual, disminución de la libido, depresión, manía y algunas veces psicosis.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la percepción sexual en mujeres con enfermedades reumáticas, así como detectar rasgos de depresión y medir su autoestima, y compararlo con un grupo de control.

Pacientes y métodos

Pacientes y controles

Se incluyó a pacientes sexualmente activas con enfermedades reumáticas clasificadas según los criterios del

Colegio Americano de Reumatología (ACR), diagnosticadas en la consulta externa de Reumatología del Hospital General de Cuernavaca Dr. José G. Parres. Las pacientes con AR debían presentar al menos 4 de los 7 criterios propuestos por el ACR. Para lupus eritematoso sistémico (LES), las pacientes tenían que cubrir por lo menos 4 de los 11 criterios propuestos por el ACR. Ninguna de las pacientes con AR debía tener actividad extraarticular. Se incluyó a pacientes que recibían tratamiento con fundamento en los analgésicos, los antiinflamatorios no esteroideos, los esteroides o los inmunosupresores. Se excluyó a las pacientes que recibían tratamiento con terapia hormonal de reemplazo. Asimismo, se excluyó a aquellas que presentaran enfermedades concomitantes. La actividad bioquímica de la enfermedad fue medida utilizando la velocidad de sedimentación globular, determinada por método de Westergren (valor normal, 2-15 mm en la primera hora) y proteína C reactiva (valor normal, \leq a 10 mg/l). Como controles se incluyó a pacientes sanas, sexualmente activas, que no recibieran tratamiento con terapia hormonal de reemplazo.

Cuestionarios

A las pacientes se les aplicaron 4 cuestionarios: la escala de sexualidad de McCoy⁷, la cual cubre la experiencia sexual y la respuesta durante los últimos 30 días. Este instrumento contiene 10 rubros sobre diferentes aspectos de la vida sexual tales como: la frecuencia de las relaciones, la frecuencia de orgasmos, el placer y la satisfacción, la lubricación, la dispareunia, la excitación, las fantasías sexuales y la satisfacción con la pareja. También se aplicó la escala de autoestima Mental Health Inventory⁹ y la escala de depresión Mental Health Inventory⁵, y el cuestionario de evaluación del estado de salud en pacientes con AR (HAQ)⁸. Los cuestionarios fueron aplicados por 2 investigadoras, tanto en la consulta externa de reumatología como en visitas hospitalarias.

Ética

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los lineamientos de la Declaración de Helsinki y fue aprobada por el comité de ética del Hospital General Cuernavaca Dr. José G. Parres.

Análisis estadístico

Los datos fueron vaciados en una base computarizada (SPSS versión 10.0) para su posterior análisis. Se describieron como medias y rangos, y se usó el análisis de varianza (ANOVA) para obtener la significación esta-

TABLA 1. Características de los pacientes

		Edad (años)	Ingreso mensual (pesos)	Número de parejas sexuales	Número de embarazos	Habitaciones por vivienda
Pacientes	Media	38,4	3.425,00	1,3	2,5	2,3
	N	16	16	16	16	16
	DE	8,8	2.082,47	0,60	1,5	0,87
Control	Media	33,1	5.220,83	1,8	2,9	2,4
	N	25	24	25	25	25
	DE	10,5	3.539,96	1,0	3,1	1,0

TABLA 2. Características según enfermedad

		Tiempo desde inicio de los síntomas (años)	Tiempo desde el diagnóstico (años)	Clase funcional	VSG (mm/h)	PCR %	FR %
AR	Media	9,6667	7,622	1,56	30,0	95	66
	N	9	9	9	5	8	6
	DE	7,0178	6,628	0,73	19,7	–	–
LES	Media	3,5500	4,000	1,33	40,3	3	0
	N	6	6	6	3	1	0
	DE	2,9474	2,683	0,82	24,3	–	–

AR: artritis reumatoide; DE: desviación estándar; LES: lupus eritematoso sistémico.

dística. Se tomó una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

Resultados

En total se encuestó a 16 (39%) pacientes femeninas; edad promedio, 38,4 años (rango, 23-54 años); 9 con AR y 6 con LES y una con artritis psoriásica. Veinticinco (61%) mujeres sanas que no recibían tratamiento alguno, sirvieron como controles para las comparaciones, su edad promedio fue de 33 años (rango, 21-62 años). La tabla 1 presenta las características demográficas de pacientes y controles. La edad media de las pacientes era 38,4 años (desviación estándar [DE], $8,8 \pm 1$), mientras que la de las controles era 33,1 (DE, $10,5 \pm 1$). La media de ingresos de las pacientes fue de 3.425,00 pesos mexicanos mensuales (DE, 2.082,47), en las controles la media de ingreso mensual fue de 5.220,83 (DE, 3.539,96). La repartición del gasto en ambos grupos se destinaba principalmente a alimentación. En cuanto a la escolaridad, la mayoría de los sujetos tenía estudios de secundaria o nivel técnico, y sólo se encontraron 3 sin estudios formales. Once pacientes tenían estudios profesionales, predominando en este caso las controles sobre las pacientes. En cuanto a la

ocupación, la mayor parte de los sujetos estudiados se dedicaban a labores domésticas, existiendo una marcada tendencia en el grupo de las controles a tener empleo. Una de las pacientes con AR tenía síndrome de Sjögren secundario y reportó dispareunia asociada. Todas las pacientes recibían tratamiento para su enfermedad, en el caso de la AR las pacientes recibían además de antiinflamatorios no esteroideos, tratamiento inmunosupresor combinado. En el caso de las pacientes con LES, el tratamiento se basaba en el uso de esteroides a dosis de 7,5 mg/día. Dos pacientes con LES presentaban glomerulonefritis, recibiendo pulsos mensuales de metilprednisolona, 3 g, y ciclofosfamida, 750 mg/m² s.c. La tabla 2 muestra los tiempos de evolución desde el inicio de los síntomas y el diagnóstico, la clase funcional de las pacientes, así como las medias de los valores de los marcadores biológicos de actividad de la enfermedad. Al aplicar el HAQ no se observó que los pacientes tuvieran una dificultad significativa para realizar actividades de la vida diaria (tabla 3). Las edades de inicio de la vida sexual en el grupo de pacientes con AR y controles fueron similares, tendiendo a ser mayor en pacientes con LES. Los controles tendían a tener un mayor número de parejas sexuales que las pacientes con AR y LES. Las pacientes con AR y las controles mostraron un mayor número de embarazos en comparación con

TABLA 3. Calificaciones de los índices de sexualidad, depresión y autoestima según enfermedad

		Sexualidad	Depresión	Autoestima	HAQ
AR	Media	27,3	38,6	18,3	1,6
	N	9	9	9	9
	DE	9,0	13,2	3,8	0,5
LES	Media	27,6	37,1	18,1	1,3
	N	6	6	6	6
	DE	9,5	9,0	4,0	0,6
p	0,013	0,590	0,731	0,65	

AR: artritis reumatoide; DE: desviación estándar; HAQ: cuestionario de evaluación del estado de salud en pacientes con AR; LES: lupus eritematoso sistémico.

las lúpicas. Las controles tuvieron un mayor número de abortos en comparación a las pacientes.

La comparación entre las calificaciones de los índices de sexualidad, depresión y autoestima se muestra en la tabla 4. La tabla 3 muestra la comparación de las calificaciones según en diagnóstico en el grupo de las pacientes.

Al aplicar el cuestionario referente a sexualidad se observó que, en cuanto al aspecto físico, las controles tenían una mejor percepción de éste y disfrutaban más de la actividad sexual que las pacientes. Asimismo, referían sentir un mayor "amor pasional" por su pareja que las pacientes. No hubo diferencias significativas en cuanto al disfrute de la actividad sexual, la excitación, el experimentar orgasmos o la calidad de la pareja como amante entre ambos grupos. Ambos grupos referían dispareunia ocasional, sin embargo el grupo de las pacientes lo atribuía, en la mayoría de los casos, a limitación debida a resequeidad vaginal. Asimismo, las pacientes referían que el dolor era más frecuente, y en cuanto a la actividad sexual ambos grupos mostraron resultados similares con una tendencia a una mayor actividad sexual en el grupo de las controles. En ambos grupos, los sujetos alcanzaban el orgasmo muy ocasionalmente. Ambos grupos reportaron ser sexualmente activos. El 99% de los sujetos entrevistados reportaron ser heterosexuales. El grupo control recurría más a las fantasías sexuales que el grupo de pacientes; sin embargo, los sujetos de ambos grupos rara vez optaban por masturbarse.

En cuanto a los rasgos de depresión, las pacientes sentían una mayor tristeza que las controles pero una menor tendencia al llanto y una mejor capacidad de concentración. La disminución en el interés sexual debido a la depresión era mayor en el grupo de las pacientes. Asimismo, el rendimiento en el trabajo de las pacientes era menor y se fatigaban más. Las pacientes tendían a ser más irritables y a sentirse menos útiles que las controles; también mostraban un mayor temor.

En cuanto al aspecto de autoestima, las pacientes mostraban un mayor deseo de cambiar aspectos de sí mis-

TABLA 4. Calificaciones de los índices de sexualidad, depresión y autoestima en pacientes y controles

		Sexualidad	Depresión	Autoestima
Pacientes	Media	27,3	38,3	18,5
	N	16	16	16
	DE	8,6	11,0	3,8
Control	Media	35,9	33,1	18,5
	N	25	25	25
	DE	6,8	12,7	4,0
p		0,001	0,184	0,974

mas y les gustaba menos su manera de ser. En cuanto a su felicidad, ambos grupos reportaron respuestas similares. Las pacientes expresaron una menor dependencia a factores externos para mejorar sus condiciones de vida.

Discusión

En este estudio se analizó la influencia de algunas enfermedades reumáticas en la percepción de la sexualidad, además de buscar la presencia de rasgos de depresión y examinar la autoestima de estos pacientes. Nuestros hallazgos muestran que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la percepción de la sexualidad de las pacientes en relación con los controles, siendo peor en las primeras. Se muestra una mayor depresión así como una peor autoestima en el grupo de las pacientes, aunque esto no alcanzó significación estadística. Esto posiblemente sea debido a que la mayor parte de las pacientes recibían tratamiento y habían mostrado una respuesta satisfactoria a éste. Las pacientes presentaban menos interés respecto a la actividad sexual, aunque no hubo diferencias en cuanto a lo placentero de la actividad, presentando con menos frecuencia fantasías sexuales, así como una mayor disminución de la libido. Desde el punto de vista de la autoestima de la paciente, originada en el caso de la AR en parte por la deformidad articular que acompaña a esta enfermedad, no se observó una diferencia estadísticamente significativa con los sujetos del grupo control. Otro rubro estudiado fue el aspecto socioeconómico, tanto de pacientes como de controles. Aunque las características de la vivienda fueron similares en ambos casos, el ingreso mensual familiar era sustancialmente menor en el grupo de las pacientes.

En el grupo de pacientes que estudiamos, los resultados del HAQ evidenciaron la autosuficiencia de los enfermos, asociado principalmente a que la cuenta de articulaciones inflamadas no era muy grande y al tiempo de

evolución en tratamiento. Aunque el HAQ toma en cuenta el aspecto de la sexualidad, sólo lo hace desde el punto de vista físico. En el HAQ, la mayor parte de las pacientes mostró poca limitación para llevar a cabo el acto sexual. Sin embargo, al aplicar el cuestionario de McCoy encontramos que aunque el aspecto físico de la sexualidad no está muy afectado, los aspectos psicosexuales sí mostraron diferencias cuando se compararon entre las pacientes y el grupo control, siendo deficientes en las primeras, afectando su percepción de la sexualidad como algo placentero, influyendo consecuentemente sobre su calidad de vida.

Los rasgos de depresión que comúnmente acompañan a las enfermedades crónicas y que pueden estar condicionados por algunas enfermedades reumáticas como el LES¹³; se evidenciaron en el grupo de las pacientes sin embargo, no mostraron una diferencia estadísticamente significativa con el grupo control, debido posiblemente a que por el tiempo de evolución de la enfermedad las pacientes ya habían llegado a la etapa de aceptación de la enfermedad. Probablemente el tratamiento juegue un papel benéfico protegiendo a los pacientes de los efectos de la depresión asociada a la enfermedad crónica.

Varios grupos han estudiado el funcionamiento sexual en pacientes con enfermedades reumáticas comparados con controles. Blake et al⁹ investigaron la influencia de la artritis sobre la satisfacción sexual, la actividad y la respuesta del paciente a técnicas de rehabilitación sexual en 169 pacientes y 130 controles. Los pacientes mostraban una mayor pérdida de la satisfacción sexual con el paso del tiempo. Los síntomas articulares y la fatiga afectaron a la sexualidad de los pacientes más que de los controles. En otro estudio¹⁵ la mitad de los pacientes con AR perdieron el interés sexual durante la evolución de su enfermedad y el 60% se encontró insatisfecho con la calidad de su vida sexual. La disfunción sexual se experimentó por igual tanto en varones como en mujeres con AR. La fatiga y el dolor son las principales limitaciones para el coito como tal¹⁶. La presencia de AR se asoció a una mayor discapacidad, dolor y depresión en 102 pacientes masculinos y 118 femeninos con AR que vivían con su pareja^{17,18}. En contraste, pacientes más jóvenes o con menos actividad inflamatoria de la enfermedad no mostraron diferencias con el grupo control en cuanto a la frecuencia del coito, cuando se estudió a pacientes con artritis crónica juvenil¹⁹.

La principal limitación de este trabajo fue que el tamaño de la muestra era pequeño, por lo cual la aplicación de los hallazgos debe tomarse con ciertas consideracio-

nes. Otro detractor fue que no se pudo comparar al grupo de los pacientes que recibían tratamiento con enfermos que no recibían tratamiento; sin embargo, hacer esto representa un problema ético que consideramos es difícil de superar a menos que se incluya a pacientes con enfermedad temprana de menos de 6 meses de evolución.

La falta de escalas para medir la sexualidad, así como la preponderancia de estudios con pequeños grupos o grupos no representativos, generalmente limita los resultados, así como aspectos que puedan afectar a la sexualidad como la existencia o no de un compañero sexual y la capacidad del compañero en la función sexual.

Los pacientes con enfermedades reumáticas se benefician del tratamiento, y éste es un adyuvante en su calidad de vida y en su funcionalidad. La percepción de la sexualidad se afecta como parte de la enfermedad inflamatoria crónica, pero es independiente de la clase funcional del paciente.

Bibliografía

- Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology*. 2003;42:280-6.
- Ostensen M. New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheum*. 2004;18:219-32.
- Valtysdóttir S, Wide L, Hallegren R. Mental wellbeing and quality of sexual life in women with primary Sjögren's syndrome are related to circulating dehydroepiandrosterone sulphate. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:875-9.
- McDowell I. *Measuring Health*. New York: Oxford University Press; 1987.
- Denneerstein L, Leher P, Dudley E. Shorth scale to measure female sexuality: adapted from McCoy female sexuality questionnaire. *J Sex Marit Ther*. 2001;27:339-51.
- Evers A, Kraaijaat W, Geenen R, et al. Stress-vulnerability factors as long-term predictors of disease activity in early rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 2003;55:293-302.
- Elst P, Sybesma T, Van der Stadt RJ, Prins APA, Hissink Muller W, Den Butter A. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 1984;27:217-20.
- Haupt M. Psychiatric disorders in Rheumatic Diseases as exemplified by Systemic Lupus Erythematosus. *Z Rheumatol*. 2004;63:122-30.
- Blake D, Maisiak R, Graciela S, et al. Sexual quality of life of patients with arthritis compared to arthritis free controls. *J Rheumatol*. 1987;14:570-6.
- Elst P, Sybesma T, Van der Stadt R, et al. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 1984;27:217-20.
- Ramos F. *Enfermedades reumáticas: clasificación y diagnóstico*: México: Mc Graw Hill, 1999.
- Yoshino S, Uchida S. Sexual problems of women with rheumatoid arthritis. *Arch Phys Med Rehab*. 1981;62:122-3.
- Kraaijaat F, Bakker A, Janssen E, Bijlsma J. Intrusiveness of rheumatoid arthritis on sexuality in male and female patients living with a spouse. *Arthritis Care Res*. 1996;9:120-5.
- Geleka R, St. Clair E. Treatment of early Rheumatoid Arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003;17:791-809.
- Ostensen M, Almborg K, Koksvik H. Sex, reproduction and gynecological disease in young adults with a history of juvenile chronic arthritis. *J Rheumatol*. 2000;27:1783-7.