

Artículo original

Disfunción sexual en mujeres con lupus eritematoso sistémico

Sexual dysfunction in women with systemic lupus erythematosus

Gabriela Vanesa Espasa¹, Luciana González Lucero¹, Yessika Jackeline Soria Curi¹, Susana Marcela Mazza¹, María Lilia Leguizamón¹, Mariana Pera¹, Ana Lucía Barbaglia¹, Héctor Raúl Sueldo¹, María Constanza Bertolaccini¹, Mirta Santana², Liliana María Galindo², Verónica Inés Bellomio¹

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico; disfunción sexual; depresión; ansiedad; estrés.

Revista Argentina de Reumatología
2021; Vol. 32 (9-14)

Key words: systemic lupus erythematosus; sexual dysfunction; depression; anxiety; stress.

¹ Servicio de Reumatología, Hospital Ángel C. Padilla, Tucumán, Argentina.

² Cátedra de Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, Argentina.

Contacto de la autora: Gabriela Vanesa Espasa

E-mail: vane_espasa@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 26/08/21

Fecha de trabajo aceptado: 15/10/21

Conflictos de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

RESUMEN

Introducción: la disfunción sexual (DS) es la alteración en una o varias de las fases de la actividad sexual. Puede culminar en frustración, dolor y disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.

Objetivos: determinar la frecuencia de DS y analizar los factores asociados en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Materiales y métodos: se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes femeninas con LES, entre 18 y 50 años, se excluyeron aquellas con síndrome de Sjögren, menopausia, depresión severa y analfabetas. Se evaluaron variables demográficas y de la enfermedad. Se aplicó la escala Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) y el Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index, FSFI). Se comparó con un grupo control sano.

Resultados: se evaluaron 60 mujeres con LES y 63 controles. La prevalencia de DS en LES fue de 71,7% y hubo diferencias significativas en todos los dominios de la función sexual. El score total del FSFI en pacientes con LES fue menor al comparar con los controles. Según la escala DASS-21, estrés, ansiedad y depresión se observaron en al menos la mitad de mujeres lúpicas, sin embargo, no se encontró asociación entre estas variables y DS.

Conclusiones: la prevalencia de DS en pacientes con LES fue elevada. Depresión, ansiedad y estrés no fueron determinantes en la presencia de DS.

ABSTRACT

Introduction: sexual dysfunction is the alteration in one or several phases of sexual activity. It can culminate in frustration, pain and a decrease in the frequency of sexual intercourse.

Objectives: determine the frequency of sexual dysfunction and analyze associated factors in patients with SLE.

Materials and methods: a descriptive cross-sectional study was conducted. We included patients with SLE, between 18 and 50 years of age, Secondary Sjogren's syndrome, menopause, severe depression and illiterate patients were excluded. Demographic and disease-related variables were studied. The Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), and the Female Sexual Function Index (FSFI) were applied.

Results: sixty women with SLE and 63 controls were evaluated. The prevalence of SD in SLE was 71.7% and there were significant differences in all domains of sexual function. The total FSFI score in patients with SLE was lower when compared to controls. According to the DASS-21 scale, stress, anxiety and depression were observed in at least half of lupus women, however no association was found between these variables and SD.

Conclusions: the prevalence of SD in patients with SLE was high. Depression, Anxiety, and Stress were not determinants in the presence of SD.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es el paradigma de enfermedad autoinmune, crónica y sistémica. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil y puede producir alteraciones psicológicas y cognitivas¹⁻².

Se han descripto alteraciones sexuales específicas en diferentes enfermedades reumatólogicas relacionadas con características de la enfermedad como: pérdida de movilidad y dolor articular, alteración de la imagen corporal, sequedad vaginal, entre otras, siendo su prevalencia en diferentes series entre 36 y 70%³.

Dichas alteraciones resultan en disfunción sexual y física, depresión y disminución de la autoconfianza, lo cual aumenta el estrés en un 5-80% en pacientes femeninas⁴.

La salud sexual (el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad) ha sido reconocido como un factor importante que puede tener efectos positivos o negativos en la calidad de vida de un individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que los problemas sexuales requieren acción para su identificación, prevención y tratamiento⁵.

La actividad sexual adecuada incluye pasar por las fases de: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. La alteración de una o varias de estas fases se denomina disfunción sexual (DS) que puede culminar en fracaso, dolor y disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales⁶⁻⁷. El impacto de la disfunción sexual en el LES ha sido uno de los aspectos menos estudiados.

OBJETIVOS

En la práctica clínica los pacientes, ya sea por vergüenza o frustración, son reacios a discutir sus preocupaciones sexuales y la mayoría de los médicos interroga poco al respecto, tanto por limitación de tiempo o por la incomodidad del tema⁸⁻⁹. Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo determinar la frecuencia de la disfunción sexual y los factores asociados en pacientes con LES.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo descriptivo de corte transversal, de abril a junio de 2019, en el hospital Ángel Cruz Padilla, provincia de Tucumán, Argentina.

Se incluyeron consecutivamente mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de LES según los criterios del *American College of Rheumatology*

(ACR 1982/97)¹⁰⁻¹¹ y/o *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* (SLICC 2012)¹², y grupo control sano pareado por edad. Se excluyeron mujeres mayores de 50 años, con síndrome de Sjögren secundario, menopausia y analfabetas.

Se recolectaron datos demográficos y de la enfermedad. Se evaluaron: índice de actividad de la enfermedad (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000*, SLEDAI-2K)¹³ y daño acumulado por el SLICC/ACR¹⁴ al momento de la evaluación. Se utilizaron dos cuestionarios: Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (*Depression Anxiety Stress Scale*, DASS-21)¹⁵ y la versión española estandarizada del Índice de Función Sexual Femenina (*Female Sexual Function Index*, FSFI)¹⁶ que consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene cinco o seis opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios con un valor 2 a 36 (un puntaje ≤ 26 define disfunción sexual).

Se les solicitó que completaran los cuestionarios en un ambiente tranquilo en presencia de un investigador o asistente de investigación. Además, las mujeres elegidas completaron el DASS-21 para la evaluación de depresión antes del ingreso al estudio, y los casos con depresión mayor fueron remitidos al psiquiatra. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital.

Se obtuvo consentimiento informado de todas las participantes antes del estudio y se les notificó que su información sería anónima, confidencial y que podrían retirarse en cualquier momento.

Se utilizó la versión 16 de SPSS para el análisis de datos. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de los mismos.

Se emplearon estadísticas descriptivas para la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y tablas. Se aplicó Anova de dos vías y se calculó razón de prevalencias.

RESULTADOS

Se incluyeron 60 mujeres con LES y 63 controles sanos pareados por edad. La edad media de las pacientes fue de 34 años, con una edad al diagnóstico de 26 años. La mayoría tenía baja actividad de la enfermedad medida por SLEDAI (media 2,3±4 puntos) y bajo daño acumulado

(SLICC/SDI medio 0,6±1,2). En relación al tratamiento, el 75% de las pacientes se encontraba con hidroxicloroquina (Tabla 1).

Tabla 1: Características de la población LES (n=60)

Variable	
Edad	34,2±8,3
Edad al diagnóstico	25,9±7,8
SLEDAI 2K	2,4±4,0
SLICC/SD	0,6±1,2
Tratamiento:	
Meprednisona >10 mg	13,3%
Hidroxicloroquina	75%
Azatioprina	23%
Micofenolato mofetil	20%

SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; SLICC: Systemic Lupus International Collaborating Clinics.

Al analizar el FSFI, hubo una prevalencia de 72% de DS en las pacientes con LES y 24% en los controles, con una media del score significativamente menor que en el grupo control.

Los dominios de función sexual con mayor compromiso y puntajes más bajos fueron deseo y excitación, sin embargo se encontraron diferencias significativas en todos los dominios al comparar con el grupo control (Tabla 2).

Tabla 2: Índice de función sexual femenina en grupos LES y grupo control

FSI	LES (n=60)	Control (n=63)	p
Deseo (1,2-6)	2,8±1,3	4,4±1,2	0,0001
Excitación (0-6)	2,7±2,0	4,4±1,2	0,0001
Lubricación (0-6)	3±2,3	4,8±1,3	0,0001
Orgasmo (0-6)	3±2,2	4,7±1,4	0,0001
Satisfacción (0,8-6)	3,5±2,9	4,9±1,0	0,0001
Dolor (0-6)	3,1±2,2	5±1,3	0,0001

No se encontró asociación entre edad, edad al diagnóstico, uso y dosis de corticosteroides, SLEDAI, ni daño acumulado con DS (Tabla 3).

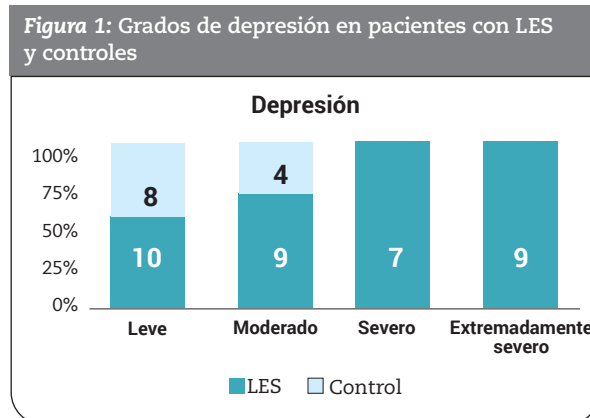
Tabla 3: Disfunción sexual y asociación con variables del LES (n=60)

LES	Disfunción sexual sí	Disfunción sexual no	p
Edad diagnóstico (años)	26,4±8,5	25,7±7,6	0,7
Tiempo LES (años)	7,5±7,9	8,7±7,3	0,6
Corticosteroides	20/43	8/17	0,9
Meprednisona >10 mg/d	2/17	6/43	0,8
SLEDAI >4	3/17	11/43	0,5
SLICC/DI	0	0	0,2

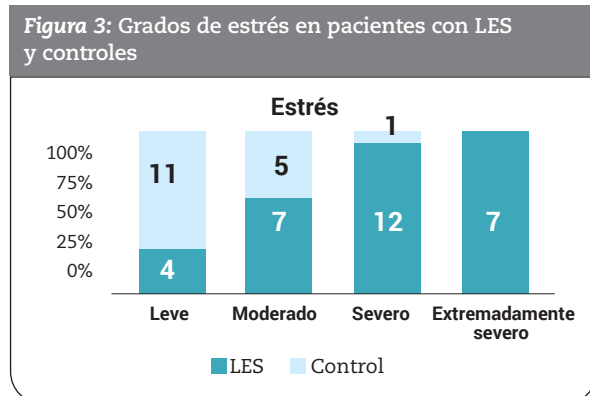
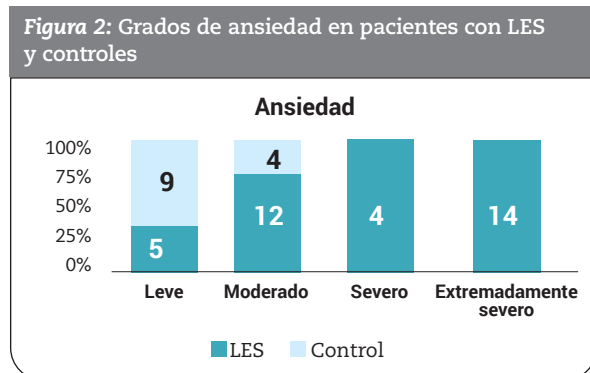
SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; SLICC: Systemic Lupus International Collaborating Clinics.

Al examinar las subescalas comprendidas en el DASS-21, depresión, ansiedad y estrés estuvieron presentes en el 58, 58 y 50% de las pacientes lúpicas, mientras que en el grupo control se presentaron en 9, 7 y 29% respectivamente.

Al evaluar los diferentes grados de depresión, solo las pacientes lúpicas tuvieron un grado severo y extremadamente severo (Figura 1).



Lo mismo se observó con los grados de ansiedad y estrés, presentando las pacientes con LES los grados severos y extremadamente severos (Figuras 2 y 3).



Cuando se evaluó la probabilidad de tener DS según los grados de depresión, ansiedad y estrés, se observó que en las pacientes lúpicas, DS se presentaba en grados severos de estas condiciones, mientras en el grupo control, DS se presentaba en diferentes grados de depresión, ansiedad y estrés, y además con razones de prevalencia significativamente mayores que en las pacientes LES.

Al evaluar el efecto de las variables psicológicas sobre la función sexual, las pacientes ya presentaban DS, aunque no tuvieran depresión y a medida que manifestaban signos de depresión, se profundizaba o disminuía el índice de función sexual. En contraposición, en el grupo control, las mujeres sin depresión tampoco tenían DS, y a medida que la depresión se manifestaba lo hacía la DS, pero con cambios más significativos que el grupo LES (Figura 4).

Lo mismo ocurrió al evaluar ansiedad y estrés (Figuras 5 y 6).

Figura 4: FSFI según depresión

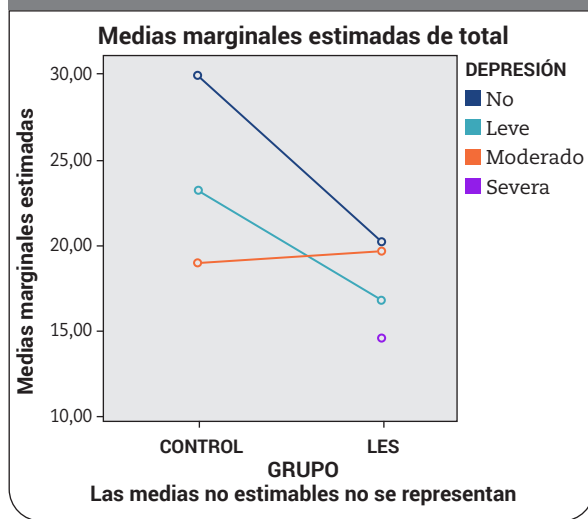


Figura 5: FSFI según ansiedad

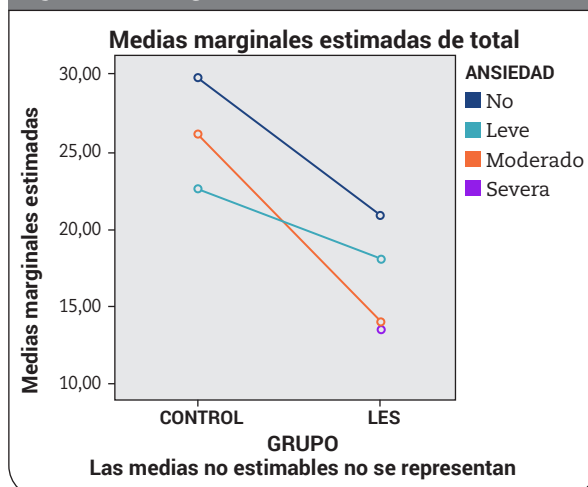
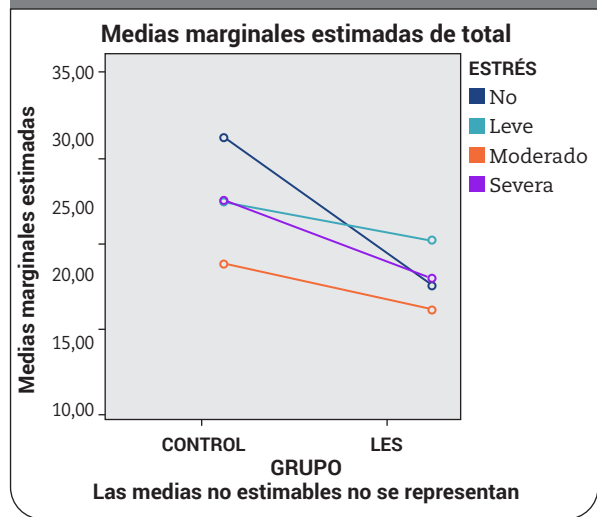


Figura 6: FSFI según estrés



DISCUSIÓN

La sexualidad es una parte esencial del ser humano, por ello es imprescindible profundizar sobre los trastornos sexuales en nuestras pacientes con LES¹⁷⁻¹⁸. Aunque es razonable creer que las mujeres con LES puedan tener alteraciones en la función sexual, los estudios publicados son muy escasos¹⁹⁻²⁰.

En el presente trabajo observamos una prevalencia de disfunción sexual del 71,6%. Esto fue más alto que lo informado por Morales et al., donde el 45,9% de las pacientes con lupus tenía disfunción sexual²¹. En un estudio más reciente, publicado por Pintos et al., se reportó un 60% de DS²²; esta diferencia podría deberse a la inclusión solo de mujeres sexualmente activas (por parte de Pintos et al.) que podrían valorar alteraciones en el funcionamiento sexual. En ambos trabajos usaron la misma escala y puntaje de corte. Si bien no fueron estudiados es posible que, en nuestra población, el bajo nivel socioeconómico, el hacinamiento, el trabajo inestable, la desocupación y ausencia de pareja estable puedan explicar la mayor frecuencia de DS.

Al analizar los dominios de la escala utilizada, encontramos que los más afectados fueron deseo seguido de excitación y el menos comprometido fue satisfacción, en concordancia a lo encontrado en el estudio de Pintos et al.

La actividad de la enfermedad medida por SLEDAI y la dosis de esteroides no fueron predictores de disfunción sexual en nuestro estudio. Sin embargo, la asociación de la función sexual con la actividad de la enfermedad es dis-

cutida en los estudios publicados¹⁻²². Morales et al. y Tseng et al.²¹ no encontraron asociación de DS con actividad de la enfermedad y la dosis de esteroides, a diferencia de lo publicado por Pintos et al., donde se demostró una asociación de dichas variables.

En nuestro trabajo, al evaluar las variables psicológicas, la mitad de las pacientes presentaba algún grado de depresión, ansiedad y estrés (58, 50 y 50% respectivamente), a diferencia de lo publicado por Moghadam et al. que reportaron un 86% para la variable depresión. Morales et al. encontraron una asociación negativa entre depresión, ansiedad y la función sexual; esto va en consonancia con los resultados reportados por Pintos et al. y Moghadam et al.

Si bien la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés fue elevada, esto no explica la prevalencia de DS en pacientes lúpicas. Otros factores, probablemente inherentes a la enfermedad, deberían contemplarse como desencadenantes de DS.

Los profesionales de la salud tienden a descuidar la salud sexual de sus pacientes y a menudo les resulta difícil abordar problemas sexuales²³, sin embargo deberían ser parte de la atención integral de los mismos. Morales et al. publicaron un cuestionario donde el 86% de los médicos no se encontraba formado para abordar problemas sexuales y la mayoría (94%) no indagaba al respecto²⁴. En una encuesta sobre las opiniones de los profesionales de la salud de diferentes especialidades sobre discutir temas sexuales con sus pacientes, la mayoría (90%) estaba de acuerdo en que las cuestiones sexuales deben ser parte de la atención integral de los pacientes²⁵. Estos resultados sugieren que el aprendizaje de temas sexuales debe implementarse como parte de la capacitación de los profesionales de la salud²⁶.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, la muestra fue relativamente pequeña, no se recopiló información sobre los aspectos sociales, económicos y religiosos, y acerca del uso de fármacos que puedan producir DS. A pesar de las mismas, este estudio es el primero en evaluar la función sexual en pacientes con LES en la población de Tucumán, Argentina, y puede contribuir para una mejor comprensión del impacto de la sexualidad en pacientes con LES.

CONCLUSIONES

Encontramos una prevalencia de disfunción sexual elevada en pacientes con LES en comparación con controles sanos. Las variables psicológicas (depresión, ansiedad, estrés) no fueron determinantes en la presencia de disfunción sexual en nuestra población.

Se necesita un enfoque interdisciplinario para mejorar la calidad de atención. Sugerimos que el funcionamiento sexual se evalúe en pacientes sexualmente activas con LES. La carencia de estudios para evaluar las terapias específicas de las comorbilidades sexuales y psicológicas podría tenerse en cuenta para posteriores trabajos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moghadam ZB, Rezaei E, Faezi ST, et al. Prevalence of sexual dysfunction in women with systemic lupus erythematosus and its related factors. *Rheumatology* 2019; 57,1: 19-26.
2. Anyfanti P, Pырpasopoulou A, Triantafyllou A, et al. Association between mental health disorders and sexual dysfunction in patients suffering from rheumatic diseases. *J Sex Med* 2014; 11(11):2653-2660.
3. Romera-Baures M. Sexualidad y enfermedades reumáticas. *Reumatología* 2018; Vol. 14 (3):125-126.
4. Xibillé-Friedmann D, Álvarez-Fuentes M, Flores-Flores G, et al. Percepción de la sexualidad en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles. *Reumatología* 2005; 1(1)20-4.
5. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatology Int* 2009; 29:853-860.
6. Jui-Cheng T, Ling-Ying L, Jui-Chieh H. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J Sex Med* 2011; 8:3389-3397.
7. de Castro Ferreira C, Henrique da Mota LM, Vanderley-Oliveira AC, et al. Frequência de disfunção sexual em mulheres com doenças reumáticas. *Rev Bras Reumatol* 2013; 53(1):35-46.
8. Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42(2):280-286.
9. Britto MT, Rosenthal SL, Taylor J, Passo MH. Improving rheumatologists' screening for alcohol use and sexual activity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(5):478-483.
10. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 1271-1277.
11. Hochberg MC. Updating the American college of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40:1725.
12. Petri M, Orbai A-M, Alarcón GS, et al. Derivation and validation of the systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012; 64(8):2677-2686.
13. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med* 2005; 353(24):2550-2558.

14. Gladman D, Ginzler E, Goldsmith C, et al. The development and initial validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology damage index for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1996; 39(3):363-369.
15. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment* 1998; (10):176-181. DOI: 10.1037/1040-3590.10.2.176
16. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2):191-208.
17. Bachen EA, Chesney MA, Criswell LA. Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res* 2009; 61: 822-829.
18. Wells D. *Caring for sexuality in health and illness*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
19. Dyer K, Das Nair R. ¿Por qué los profesionales de la salud no hablan de sexo? Una revisión sistemática de estudios cualitativos recientes realizados en el Reino Unido. *J Sex Medicina* 2013; (10):2658-2670.
20. Verrastro V, Saladino V, Petruccelli F. Medical and health care professionals' sexuality education: State of the Art and Recommendations. *Int J Environ Res Public Health* 2020 Apr; 17(7): 2186
21. Morales MG, Rubio JC, Peralta-Ramírez M, et al. Impaired sexual function in women with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Lupus* 2013; 22(10):987-995.
22. Pinto B, Grover S, Dhooria A, et al. Sexual functioning and its correlates in premenopausal married Indian women with systemic lupus erythematosus. *Int J Rheum Dis* 2019; 00:1-6.
23. Haboubi NH, Lincoln N. Puntos de vista de los profesionales de la salud sobre la discusión de temas sexuales con los pacientes. *Disabil Rehabil* 2003; 25:291-296.
24. Ho TM, Fernández M. Patient's sexual health: Do we care enough? *J Ren Care* 2006; 32:183-186.
25. Sahin NH, Ozcan S, Yilmaz SD, Bilgic D. Actitudes y barreras de los profesionales de la salud en diabetes sobre la salud sexual. *Sexo. Disabil* 2011; 29:3-9.
26. Junqueira LCU, Vieira EM, Giami A, Santos MA Análise da comunicação acerca de la sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no context assistencial do câncer de mama. *Interfaz Comunicação Saúde Educação* 2013; 17: 89-101.