



PSICOLOGÍA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre la función sexual

Elisa Carrera Alonso^{a,*}, Antonio López San Román^b y Daniel Boixeda de Miquel^b

^a Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^b Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Disfunciones sexuales;
Enfermedad
inflamatoria intestinal;
Calidad de vida;
Psicología

Resumen

La enfermedad inflamatoria intestinal, como otras enfermedades crónicas, altera la calidad de vida de los individuos que la padecen, produciéndose un impacto en el funcionamiento sexual que afecta a todas las fases del mismo. El ánimo depresivo, la actividad inflamatoria y las enfermedades concomitantes son los factores más importantes implicados en dicha disfunción. Aunque el objetivo principal de los médicos está dirigido, fundamentalmente, a la mejora de los síntomas sistémicos y digestivos de la enfermedad, éstos no son los únicos factores implicados en el restablecimiento de la calidad de vida. Los problemas de la sexualidad se encuentran dentro de las preocupaciones de estos pacientes; sin embargo, dicho aspecto no ha sido suficientemente estudiado y, generalmente, no se tiene en cuenta por parte de los médicos responsables de dicha patología. Si se quiere prestar una atención integral a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, se debe abordar la sexualidad de una forma directa y remitir a los especialistas oportunos en caso de detectar una disfunción.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Sexual dysfunction;
Inflammatory bowel
disease;
Quality of life;
Psychology

Impact of inflammatory bowel disease on sexual function

Abstract

Like other chronic diseases, inflammatory bowel disease impairs the quality of life of affected individuals, with an impact on all phases of sexual functioning. The most important factors in this dysfunction are depressed mood, inflammatory activity and concomitant diseases. While the main objective of physicians is to improve the systemic and gastrointestinal symptoms of this disease, other factors are also involved in restoring quality of life. Although sexual problems are a concern to patients, this topic has been insufficiently studied and is not generally taken into account by physicians treating

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elisacar@terra.es (E. Carrera Alonso).

inflammatory bowel disease. If comprehensive care is to be provided to patients with inflammatory bowel disease, sexuality should be approached directly and patients should be referred to appropriate specialists if dysfunction is detected.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades crónicas producen una afectación de la salud que no se limita a cambios exclusivamente biológicos, sino que también producen modificaciones en los ámbitos psicológicos y sociales, provocando un cambio en la percepción de la salud de los individuos que las presentan¹. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica de origen desconocido, que generalmente se inicia a edades tempranas de la vida y que se caracteriza por la alternancia de períodos de remisión y brotes. Además, esta enfermedad tiene una serie de características clínicas, como la presencia de síntomas como dolor abdominal, diarrea, sangrado digestivo o incontinencia, la necesidad de visitas frecuentes al médico y, en algunos casos, hospitalizaciones y tratamientos prolongados e intervenciones quirúrgicas. Todo esto puede limitar el desarrollo laboral, escolar o social de estos pacientes, pudiendo verse afectadas las relaciones sexuales^{2,3}.

Fisiología de la sexualidad

Al estudiar la sexualidad es importante tener en cuenta que la conducta sexual combina una serie de fenómenos fisiológicos, emotivos y cognitivos a cuyo conjunto se le denomina respuesta sexual. La respuesta sexual humana se describe como una secuencia cíclica de etapas, cuyos mecanismos interactúan, reforzándose o inhibiéndose recíprocamente. Dichas fases son: deseo, excitación, orgasmo y fase de resolución. Esta distinción tiene relevancia clínica, ya que muchos trastornos de la respuesta sexual y/o sus tratamientos afectan primariamente y de modo selectivo a alguno de sus componentes⁴. Se denomina *deseo sexual* o *libido*, al estado mental de atención a estímulos eróticos y la motivación para responder a éstos, que preceden o acompañan al acto sexual. La *fase de excitación* se caracteriza por la vasodilatación de la pelvis y la región genital, lo que produce la erección del pene en el varón y la erección del clítoris, la dilatación de la vulva y la lubricación genital en la mujer. La *fase orgásmica* se caracteriza por la presencia de contracciones intermitentes de la musculatura lisa y estriada de los órganos genitales, produciendo en el varón la contracción del conducto deferente y la eyaculación, y en la mujer la contracción de las paredes vaginales, uterinas y los músculos perineales. La *fase de resolución* está definida por el retorno al estado basal, reduciéndose la vasocongestión y produciéndose la relajación muscular. Se acompaña de un período refractario en el cual es difícil que se produzca una nueva respuesta sexual. La función sexual, por lo tanto, implica una respuesta integrada que afecta la totalidad del organismo^{4,5}.

Enfermedades crónicas y sexualidad

Con frecuencia, las enfermedades crónicas están asociadas a alteraciones de la función sexual, generalmente de causa multifactorial, contribuyendo factores tanto físicos como psicológicos. Los factores físicos incluyen los derivados de la propia enfermedad y de las terapias utilizadas, tanto médicas como quirúrgicas. Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad o de depresión⁶. En los últimos años la literatura científica sobre la EII ha ido en aumento, abarcando fundamentalmente temas relacionados con la fisiopatología y el tratamiento de la enfermedad, pero hay pocos trabajos que traten los aspectos psicosociales de ésta.

Aunque la presencia de las disfunciones sexuales en pacientes con enfermedades digestivas se ha estudiado poco, cabe destacar: el síndrome de intestino irritable, en el que se describen disfunciones sexuales en el 43-83% de los pacientes según los autores^{7,8}; la enfermedad por reflujo, en la que se ha descrito un aumento en las disfunciones sexuales en los pacientes sin tratamiento con respecto al grupo control⁹, y la enfermedad celíaca, con un mayor número de disfunciones en los pacientes con mejoría de éstas tras la instauración de la dieta sin gluten¹⁰.

Abordaje del estudio de la sexualidad en la consulta de enfermedad inflamatoria intestinal

Aunque son frecuentes las alteraciones sexuales asociadas a las enfermedades crónicas, es habitual que los pacientes no lo planteen abiertamente como problema⁶. Hay una serie de factores que dificultan el abordaje de la problemática sexual por parte de los médicos que no se dedican de forma específica al tratamiento de dichas disfunciones. En primer lugar, el sexo continúa siendo un tema tabú, cargado de prejuicios y desinformación, por lo que tanto los pacientes como los médicos no lo tratan con naturalidad. Además, hay una falta de formación en sexología, con escasos cursos que formen al personal médico no especialista en el abordaje inicial de estos pacientes^{11,12}.

La fisiopatología del comportamiento sexual es muy compleja y en ella interfieren múltiples factores, que hacen que los criterios de salud sexual no sean unánimes, por lo que el diagnóstico de dichas patologías no siempre resulta sencillo.

El estudio de las disfunciones sexuales se realiza generalmente a través de una historia clínica completa que reúne aspectos médicos, psicológicos y sexuales, así como una exploración física. Cuando el diagnóstico se realiza por médicos no especialistas, la utilización de escalas o cuestiona-

rios específicamente diseñados para el estudio de la sexualidad puede ser de utilidad para facilitar una aproximación inicial. Además, éstos permiten al paciente reconocer su problema e iniciar de forma más natural un diálogo con su médico¹³.

Aunque hay múltiples cuestionarios, no existe un consenso de cuál es el más adecuado, y los más utilizados son:

- Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). Se diseñó para medir los cambios producidos en la sexualidad secundarios a enfermedades o tratamientos farmacológicos. Se encuentra validado en español tanto para varones como mujeres y explora todas las fases del ciclo sexual¹⁴⁻¹⁶.
- Massachusetts General Hospital (MGH). Consta únicamente de 5 ítems, por lo que se trata de un instrumento fácil y rápido de administrar como estudio inicial de las alteraciones de la función sexual¹⁷.
- Internacional Index of Erectile Function (IIEF). Diseñado para evaluar fundamentalmente las disfunciones en la fase de excitación en el varón y utilizado en gran parte de los estudios¹⁸.

Disfunciones sexuales en enfermedad inflamatoria intestinal

El primer estudio encontrado en la literatura acerca de la función sexual de los pacientes con EI se publicó en 1987, en él las mujeres con enfermedad de Crohn (EC) servían como controles para el estudio de la sexualidad en pacientes con síndrome de intestino irritable. Los autores concluyeron que el 30% de las mujeres con EC tenía disfunciones sexuales, comparado con el 83% de las mujeres con intestino irritable y con el 16% de las mujeres con úlcera duodenal⁹. Posteriormente, en un trabajo dirigido específicamente al estudio de la sexualidad en mujeres con EC, se publicaron cifras similares¹⁹. Un estudio posterior realizado por Moody et al²⁰ concluye que aproximadamente el 24% de las mujeres con EC no mantenía relaciones sexuales, comparado con el 4% de los controles. Como posibles causas que justifiquen dicha diferencia hay un 60% de pacientes que refiere dispareunia, un 24% dolor abdominal, un 20% miedo a presentar diarrea y un 14% miedo a incontinencia durante las relaciones.

Como se ha dicho con anterioridad, hay escasos trabajos que estudien el funcionamiento sexual de los pacientes con EI, la mayor parte de los trabajos estudian el grupo de mujeres con EC, y aún hay menos datos acerca de la sexualidad de los pacientes con colitis ulcerosa (CU) y varones con EC. Uno de los estudios que evalúa este grupo de pacientes (varones con EI y mujeres con CU), no encontró diferencias significativas entre el grupo de pacientes y el grupo control. Sin embargo, describe numerosas razones por las que los pacientes ven alteradas sus relaciones sexuales, incluyendo el miedo a la incontinencia (20%), el dolor abdominal (15,3%) o la preocupación por la proximidad del baño (12,9%)²¹.

El estudio más amplio publicado sobre la sexualidad en varones con EI ha sido publicado por el grupo de Timmer, que revela que tan sólo en el 24% de los pacientes con en-

fermedad en remisión o actividad leve la enfermedad no influye en sus actividades sexuales, disminuyendo dicha cifra al 11% en los pacientes con actividad inflamatoria. Hasta el 44% de los pacientes con enfermedad activa reduce completamente o de forma importante su vida sexual durante las 2 semanas previas al estudio, disminuyendo dicha cifra al 21% en los pacientes en remisión o enfermedad leve²².

El mismo grupo realizó un estudio que incluyó 153 varones y 181 mujeres con EI, tanto EC como CU. No se observó en el grupo de los varones mayores índices de disfunción sexual con respecto a los controles, mientras que en las mujeres se observó una mayor tasa de disfunción sexual con respecto al grupo control, afectándose fundamentalmente la esfera del placer y el orgasmo. Hasta el 25% de las mujeres refiere problemas en la lubricación y dispareunia, aunque éstos también aparecen con relativa frecuencia en el grupo control. La tasa de infecciones vaginales es mayor en las mujeres con EI.

Aproximadamente el 50% de las pacientes refería que sus problemas médicos afectaban de forma negativa en su sexualidad, cifra que asciende al 69% cuando la enfermedad inflamatoria está activa²³.

Pecientemente, nuestro grupo ha realizado un trabajo en el que se ha estudiado la sexualidad en 59 pacientes con enfermedad inflamatoria (CU y EC), con 20 mujeres y 39 varones. Se observaron alteraciones en el funcionamiento sexual global en aproximadamente el 32% de los pacientes al explorarlo mediante el cuestionario MGH, afectándose todas las esferas del ciclo sexual (el 40% en el deseo, el 32% en la excitación y el 20% en el orgasmo)²⁴.

Factores implicados en las disfunciones sexuales en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Los factores que se han visto implicados en las alteraciones del funcionamiento sexual en los pacientes con EI son:

- Tipo de enfermedad. No se han encontrado diferencias significativas en el funcionamiento sexual entre los pacientes con EC y CU²⁵.
- Actividad inflamatoria. Los estudios revelan que la actividad inflamatoria es uno de los factores con mayor impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con EI, por lo que parece lógico pensar que ésta pudiera afectar también negativamente al funcionamiento sexual. Diversos estudios confirman dicha hipótesis²², demostrando que la actividad inflamatoria afecta todos los aspectos de la sexualidad, pero especialmente el orgasmo y el deseo. Además, se describe una influencia de la actividad inflamatoria sobre la autoestima, los pacientes con enfermedad inactiva se encuentran más satisfechos con su imagen corporal que los pacientes con enfermedad activa^{22,25}.
- En nuestro estudio, el 34% de los pacientes, al preguntarle, reconoce de forma directa que la actividad inflamatoria tiene influencia sobre su vida sexual.
- Ánimo depresivo. Las alteraciones del ánimo son uno de los factores más importantes relacionados con los trastornos de la sexualidad, hecho que también se ha descri-

to en la población general, siendo la prevalencia de disfunción sexual entre los pacientes con enfermedades psiquiátricas muy elevada²⁶. En los estudios sobre EI, se observa que el ánimo depresivo es uno de los factores asociados a disfunción sexual más importantes, independientemente del sexo^{22,23,25}. Además, se sugiere que el ánimo depresivo tiene un mayor impacto en la satisfacción general de las relaciones, mientras que la ansiedad afecta fundamentalmente el deseo²². En nuestro estudio se observa, asimismo, relación entre las disfunciones sexuales y los trastornos del ánimo, tanto en su forma global como en las variantes de ansiedad y depresión, afectándose todas las esferas de la sexualidad²⁴.

- Enfermedades asociadas. Como se ha explicado con anterioridad, las enfermedades crónicas pueden afectar al funcionamiento sexual por un mecanismo multifactorial, y en estudios previos se ha demostrado una relación clara entre las alteraciones sexuales y algunas patologías. Los estudios realizados demuestran que la asociación con otras enfermedades importantes tiene un impacto negativo sobre la satisfacción global de los varones con EI y la toma de medicación, como fármacos antihipertensivos, influye fundamentalmente en la fase del deseo²².
- Tiempo de enfermedad. Algunos estudios demuestran que la duración de la enfermedad tiene un efecto protector sobre todas las fases de la sexualidad, pero especialmente marcada en el orgasmo²³.
- Enfermedad perianal. Hasta el 70% de los pacientes con EC presenta alguna anomalía perianal que puede cursar de forma asintomática o con síntomas como dolor anal, dificultad en la higiene con irritaciones locales, incontinencia fecal, estenosis, fístulas rectovaginales o rectovesicales con infecciones genitourinarias de repetición²⁷. Por ello, parece razonable pensar que la enfermedad perianal pueda asociarse a una mayor tasa de disfunciones sexuales, como lo demuestran algunos estudios en los que se observa mayor frecuencia de dispareunia en las pacientes con enfermedad fistulizante perianal^{20,28}.
- Cirugía en EI. La cirugía de la EI puede complicarse con alteraciones en el funcionamiento sexual, que es necesario explicar al paciente antes de la realización de ésta. La escisión del recto en los pacientes sometidos a una proctocolectomía conlleva un riesgo de daño neurológico que, en manos de cirujanos con experiencia, puede producir disfunciones eréctiles hasta en el 2% de los pacientes²⁹.

Además, los pacientes que se someten a una proctocolectomía con reservorio ileoanal pueden presentar otras alteraciones en el funcionamiento sexual, como alteraciones en la lubricación vaginal (23% de las mujeres) o dispareunia (11-26%), aunque estas alteraciones también se describen con frecuencia antes de la cirugía^{30,31}. Entre el 3 y el 16% de los pacientes que se someten a esta cirugía refiere miedo a presentar incontinencia durante las relaciones sexuales. Sin embargo, y a pesar de los problemas descritos, la satisfacción global sexual, según algunos estudios, fue similar o mejor que antes de la cirugía entre el 74 y el 90% de los pacientes^{31,32}.

Los pacientes con ostomías presentan una serie de alteraciones físicas y psicológicas, entre las que se incluyen alteraciones en el área de la sexualidad. La mayor parte de

los trabajos realizados acerca de la sexualidad en estos pacientes están encaminados a la valoración de la función eréctil tras la cirugía, quedando menos estudiados el resto de los aspectos del ciclo sexual. Aproximadamente el 46% de los pacientes refiere miedo a los accidentes con la ostomía durante las relaciones sexuales, así como vergüenza de ser portadores de ésta³³.

Conclusiones

La EI, como otras enfermedades crónicas, influye de forma significativa en el funcionamiento sexual de los individuos que la presentan, y se pueden afectar todas las fases del ciclo sexual.

El ánimo depresivo, la actividad de la enfermedad y las enfermedades concomitantes son los factores que influyen de una forma más directa en la sexualidad de estos pacientes.

Los pacientes generalmente no plantean la sexualidad con naturalidad en la consulta de su médico, por lo que si se quiere prestar una atención integral a nuestros pacientes, se debe abordar este aspecto de una forma directa y, en caso de sospechar una disfunción, remitir a los especialistas oportunos.

Conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Casellas F, López-Vivancos J. Evaluación de la calidad de vida en las enfermedades digestivas. *Gastroenterol Hepatol*. 2004; 27:58-68.
2. Trachter A, Rogers A, Leiblum S. Inflammatory bowel disease in women: impact on relationship and sexual health. *Inflamm Bowel Dis*. 2002;8:413-21.
3. Dubinsky M. Sexual dysfunction in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:S65-7.
4. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Androl*. 2007;5:11-21.
5. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual. En: Tresguerres J, editor. *Fisiología humana*. Madrid: Mc GrawHill Interamericana; 1992. p. 1181-90.
6. Alonso A. Sexualidad y enfermedades crónicas. *Rev Int Androl*. 2007;5:22-8.
7. Fass R, Fullerton S, Naliboff B, Hirsh t, Mayer FA. Sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia. *Digestion*. 1998;59:79-85.
8. Guthrie E, Creed FH. Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. *Br Med J*. 1987;295:577-8.
9. Iovino P, Pascariello A, Limongelli P, Tremolaterra F, Consalvo D, Sabbatini F, et al. The prevalence of sexual behavior disorders in patients with treated and untreated gastroesophageal reflux disease. *Surg Endosc*. 2007;21:1104-10.
10. Ciacci C, De Rosa A, De Michele G, Savino G, Squillante A, Iovino P, et al. Sexual behaviour in untreated and treated coeliac patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1998;10:649-51.

11. Mir J. Problemática de la asistencia primaria ante las disfunciones sexuales. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30 Suppl 1:24-5.
12. Farré JM, Lasheras MG. Disfunciones sexuales en atención primaria. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2007. p. 485-509.
13. Lue T, Guiliano F, Montorsi F, Posen R, Andersson KE, Althof S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunction in men. *J Sex Med*. 2004;1:6-23.
14. Clayton AH, McCarvey EL, Owens JE. Assessment of paroxetine induced sexual dysfunction using the Changes in sexual Functioning Questionnaire. *Psychopharmacol Bull*. 1995;31:397-413.
15. Clayton AH, McCarvey EL, Clavet GJ. The changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ): development, reliability and validity. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33:731-45.
16. Bobes J, González MP, Rico-Villandemoros F, Bascaran MT, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish version of the changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Ther*. 2000;26:119-31.
17. Labbate LA, Lare SB. Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychother Psychosom*. 2001;70:221-5.
18. Rosen RC, Riley A, Wagener G. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49:822-30.
19. Lichtarowicz AM, Mayberry JF. Sexual dysfunction in women with Crohn's disease. *Br Med J*. 1987;295:1065-6.
20. Moody G, Probert CSJ, Rhodes J, Mayberry JF. Sexual dysfunction amongst women with Crohn's disease: a hidden problem. *Digestion*. 1992;52:179-83.
21. Moody G, Mayberry JF. Perceived sexual dysfunction amongst patients with inflammatory bowel disease. *Digestion*. 1993;54:256-60.
22. Timmer A, Bauer A, Kemptner D, Furst A, Fogler G. Determinants of male sexual function in Inflammatory bowel disease: a survey-based cross-sectional analysis in 280 men. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13:1236-43.
23. Timmer A, Bauer A, Dignass A, Fogler G. Sexual function in persons with Inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:87-94.
24. Carrera E, López San Román A, Boixeda D, Bermejo F, Rodríguez S. The impact of the inflammatory bowel disease on sexual health. *GUT*. 2006;55:S5:A134.
25. Timmer A, Kemptner D, Bauer A, Taskes a, Ott C, Furst A. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. *BMC Gastroenterol*. 2008;3:45.
26. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord*. 1999;56:201-8.
27. Hinojosa J, Alós R. Enfermedad perianal: tratamiento médico quirúrgico. En: Gassull MA, Gomollón F, Obrador A, Hinojosa J, editores. *Enfermedad inflamatoria intestinal*. 2.ª ed. Madrid: Ediciones Ergon; 2002 p. 247-59.
28. Borentain P, Seyfried V, Bonierbale M, Grimaud J. Sexual function among women with Crohn's disease: a need for sympathetic investigation. *GUT*. 2006;55:S5:A137.
29. Keating JP. Sexual function after rectal excision. *ANZ J Surg*. 2004;74:248-59.
30. Bambrick M, Fazio VW, Hull TL, Pucel G. Sexual function following restorative proctocolectomy in women. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:610-4.
31. Farouk R, Pemberton JH, Wolff BG, Dozois RR, Browning S, Larson D. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Ann Surg*. 2000;231:919-26.
32. Tiainen J, Matikainen M, Hiltunen KM. Ileal J-pouch-anal anastomosis, sexual dysfunction, and fertility. *Scand J Gastroenterol*. 1999;34:185-8.
33. Druss RG, O'Connor JF, Stern LO. Psychologic response to colectomy. Adjustment to a permanent colostomy. *Arch Gen Psychiatr*. 1989;20:419-27.