

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO QUALISEX
Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DISCAPACIDAD Y ACTIVIDAD
DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”**

Estudio prospectivo longitudinal correlacional realizado en las unidades
de Reumatología de la Unidad de la Consulta Externa de Enfermedades
y Gerona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS–

junio-julio 2015

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Mario Estuardo De León Maldonado
Christine Paola del Rocío López Padilla**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2015

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Mario Estuardo De León Maldonado 199810060
Christine Paola del Rocio López Padilla 200614265

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO QUALISEX Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DISCAPACIDAD Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE"

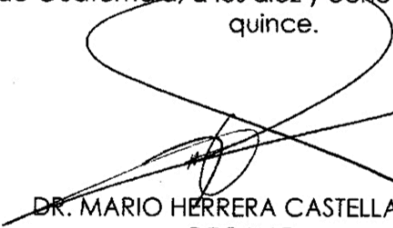
Estudio prospectivo longitudinal correlacional realizado en las unidades de Reumatología de la Unidad de la Consulta Externa de Enfermedades y Gerona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

junio-julio 2015

Trabajo asesorado por el Dr. Erwin Stuardo Cajas Melgar, co-asesorado por el Dr. Nilmo Noel Chávez Pérez y revisado por el Dr. César Oswaldo García García, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los diez y ocho días de agosto del dos mil quince.


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Mario Estuardo De León Maldonado 199810060

Christine Paola del Rocío López Padilla 200614265

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

"TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO QUALISEX Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DISCAPACIDAD Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE"

Estudio prospectivo longitudinal correlacional realizado en las unidades de Reumatología de la Unidad de la Consulta Externa de Enfermedades y Gerson del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

junio-julio 2015

El cual ha sido revisado por el Dr. César Oswaldo García García y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el diez y ocho de agosto del dos mil quince.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. César Oswaldo García García
Coordinador



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 18 de agosto del 2015

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes:

Mario Estuardo De León Maldonado

Christine Paola del Rocio López Padilla

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO QUALISEX
Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DISCAPACIDAD Y ACTIVIDAD
DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE"

Estudio prospectivo longitudinal correlacional realizado en las unidades
de Reumatología de la Unidad de la Consulta Externa de Enfermedades
y Gerona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social-IGSS

junio-julio 2015

Del cual como asesor, co-asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

DR. ERWIN S. CAJAS M.
REUMATOLOGO
CCL No. 10887

Dr. Erwin Stuardo Cajas Melgar
Firma y sello

Co-asesor

Dr. Nilmo Noel Chávez Pérez
Firma y sello

Nilmo N. Chávez
REUMATOLOGIA, MEDICINA INTERNA
COLEGIADO 9,985

Revisor

Dr. César Oswaldo García García
Firma y sello

Reg. de personal

Dr. César O. García G.
Médico y Cirujano
Colegiado 5950

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

Dedicatorias:

A Dios por ser mi guía en todo momento.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por abrirme las puertas durante estos años para formarme como una profesional de éxito.

A mis padres: Mario René De León e Irma Yolanda Maldonado por su apoyo a lo largo de mi vida y ayudarme a alcanzar mis metas.

A mis hijos: Alejandro y Gabriel, por inspirarme a avanzar.

A mi abuela Paula Josefina Jolón por haber estado presente en los momentos difíciles.

Mario Estuardo De León Maldonado.

Dedicatorias:

A Dios por permitirme llegar a este momento y darme la sabiduría para avanzar y prosperar en mi vida.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por abrirme las puertas durante estos años para formarme como una profesional de éxito.

A mis padres: Edgar René López Padilla y Crisolda Padilla por su apoyo incondicional en mis noches de desvelo.

A mis hermanos: Ricardo, Will, Karin, Mayte y Stefany por su apoyo durante mi formación.

A mi familia y amigos en general por estar siempre allí cuando los necesitaba.

Christine Paola del Rocio López Padilla.

Agradecimientos:

A Doctora Hanny Alfaro por sus aportes para la realización de la validación del instrumento utilizado en este trabajo de graduación.

A las Doctoras Silvia Rivera y Dina Solís por su apoyo al momento de realizar el trabajo de campo con sus pacientes.

A los profesores Rossana Maribel Cáceres Cortez y Marco Antonio González por su colaboración en la traducción del cuestionario Qualisex.

A todos los pacientes que colaboraron de forma anónima durante la realización del estudio.

RESUMEN

Objetivo: Valorar el impacto de la artritis reumatoide (AR) en la sexualidad del paciente afectado y su correlación con el grado de discapacidad y el grado de actividad de la enfermedad, a través del cuestionario Qualisex, en los pacientes que asisten a las unidades de Reumatología de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades y Gerona, durante los meses de junio y julio del año 2015. **Población y Métodos:** Estudio prospectivo correlacional realizado en 130 pacientes, que constó de varias etapas: 1. traducción del cuestionario Qualisex por traductores bilingües certificados 2. Validación a través del juicio de expertos usando el método Delphi 3. Correlación del cuestionario con el grado de discapacidad y de actividad de la enfermedad. **Resultados:** El cuestionario fue traducido por dos profesionales bilingües certificados y se realizó la validación de contenido con el juicio de expertos; al 99% de los pacientes el cuestionario les pareció claro y sin dificultad de responder. La media del cuestionario Qualisex fue de 3.48 ± 2.55 DS. Los dominios más afectados en la sexualidad de los pacientes evaluados a través del Qualisex fueron la relación en pareja y las dificultades físicas relacionadas con la enfermedad. La correlación entre el grado de afectación de la sexualidad con el grado de discapacidad fue fuerte (rho de Spearman 0.554, $p < 0.000$) y nula con el grado de actividad de la enfermedad (rho de Spearman 0.024, $p = 0.790$). **Conclusiones:** Se tradujo el cuestionario Qualisex por medio de traductores bilingües certificados y se validó a través del método Delphi con expertos en reumatología. La AR es una enfermedad que impacta en la sexualidad de los pacientes, principalmente en aquellos con algún grado de discapacidad.

Palabras claves: sexualidad, correlación, traducción, validación, artritis reumatoide.

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	1
2. Objetivos	
2.1 Objetivo general	3
2.2 Objetivos específicos	3
3. Marco Teórico	
3.1 Artritis Reumatoide	5
3.1.1 Prevalencia	5
3.1.2 Síntomas y Signos	6
3.1.3 Métodos diagnósticos y diagnósticos diferenciales	6
3.1.4 Grado de actividad de la enfermedad en pacientes con AR	7
3.1.4.1 DAS 28	8
3.1.5 Grado de discapacidad física en pacientes con AR	10
3.1.6 Tratamiento	11
3.1.6.1 Tratamiento farmacológico	11
3.2 Sexualidad	14
3.2.1 Evolución del estudio de la sexualidad	15
3.2.2 Fisiología de la respuesta sexual	16
3.2.2.1 Fase de excitación	16
3.2.2.2 Fase de meseta	16
3.2.2.3 Orgasmo	17
3.2.2.4 Fase de resolución	17
3.2.3 ¿Qué es normal y anormal en la sexualidad?	18
3.2.3.1 Trastornos de la función sexual	18
3.3 Sexualidad en Guatemala	20
3.4 Sexualidad y enfermedades crónicas	21
3.5 La sexualidad en pacientes con AR	22

3.5.1 Evaluación del impacto de la AR en la sexualidad del paciente	24
3.6 Validación de instrumentos	25
3.6.1 Diseño de cuestionarios	26
3.6.2 Preguntas de un cuestionario	26
3.6.3 Tipos de respuestas de un cuestionario o encuesta	26
3.6.3.1 Respuestas categóricas	26
3.6.3.2 Respuestas continuas	26
3.6.4 Desarrollo de un cuestionario	28
3.6.5 Validación de un cuestionario	28
3.6.5.1 Viabilidad	29
3.6.5.2 Fiabilidad	29
3.6.5.3 Validez	29
3.7 Adaptación transcultural de un instrumento	30
3.8 Método Delphi	32
3.8.1 Técnica del método Delphi	32
3.8.2 Clasificación Delphi	33
4. Población y métodos	
4.1 Tipo y diseño de investigación	35
4.2 Unidad de análisis	35
4.2.1 Unidad primaria de muestreo	35
4.2.2 Unidad de análisis	35
4.2.3 Unidad de información	35
4.3 Población y muestra	35
4.3.1 Población o universo	35
4.3.2 Marco muestral	36
4.3.3 Muestra	36
4.4 Selección de los sujetos de estudio	36
4.4.1 Criterios de inclusión	36
4.4.2 Criterios de exclusión	36
4.5 Variables de investigación	37

4.6 Técnicas, procesos e instrumento de recolección de datos	38
4.6.1 Técnica de recolección de datos	38
4.6.2 Procesos	38
4.6.3 Instrumento de medición	39
4.7 Procesamiento y análisis de datos	39
4.7.1 Procesamiento	39
4.7.2 Análisis	39
4.8 Límites de la investigación	40
4.8.1 Obstáculos de la investigación	40
4.8.2 Alcances de la investigación	40
4.8.3 Aspectos éticos	41
5. Resultados	43
6. Discusión	51
7. Conclusiones	55
8. Recomendaciones	57
9. Aportes	59
10. Referencias bibliográficas	61
11. Anexos	67

1. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es la artropatía inflamatoria crónica más frecuente en el ser humano. Tiene una prevalencia mundial alrededor del 1% y en Guatemala del 0.7%. La enfermedad se caracteriza por afectación poliarticular periférica simétrica, dolor, discapacidad progresiva, con una gran carga social y económica para los pacientes afectados, así como su núcleo familiar, además de aspectos laborales y en la calidad de vida de los pacientes afectados. (1)

La definición de sexualidad humana es muy amplia que abarca múltiples conceptos y se puede estudiar desde diferentes puntos de vista, ya que incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales. Parafraseando a Sigmon Freud diremos que “sexo es lo que hacemos y sexualidad es lo que somos”; la sexualidad está implícita en muchas actividades del ser humano, abarca lo social, religioso, deseos y pensamientos. Se construye a lo largo de la vida y nos acompaña desde el nacimiento hasta la muerte. (2)

Siendo la sexualidad tan amplia, también se puede ver afectada por múltiples factores. Una sexualidad sana o salud sexual fue definida por la OMS como: “Un estado emocional, físico, mental y de bienestar social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad, debe incluir la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia”. (3) (4)

La AR puede afectar todos los aspectos de la vida, incluyendo el funcionamiento sexual, debido al dolor, fatiga, rigidez, ansiedad, depresión, imagen negativa corporal, reducción de la libido, alteración hormonal y aspectos secundarios al tratamiento. (5) (6) Las enfermedades crónicas y en especial las crónicas inflamatorias, afectan la salud sexual, debido a la limitación de movimiento corporal, dolor y afecciones psicológicas que provocan en los pacientes, según un estudio realizado en Caracas, Venezuela, el porcentaje de pacientes que han experimentado problemas sexuales varía desde el 31% hasta 76% en varios estudios realizados. El 50%g al 61% de los pacientes refieren a la fatiga como la causa de sus problemas sexuales. Otros estudios reportan que, los

pacientes han tenido problemas con su pareja secundarios a las afecciones en su sexualidad. Un dato importante encontrado en un estudio de reumatología es que solo el 12% de los pacientes reportaron haber sido indagados durante la consulta acerca de su vida sexual. (5) (4)

El objetivo de la presente estudio fue la traducción con el apoyo de traductores bilingües certificados y validación por especialistas en el área de la reumatología a través de la metodología Delphi de un novedoso cuestionario que valora el impacto de la artritis reumatoide sobre la sexualidad: “Qualisex” con la posterior aplicación del mismo, a una muestra de pacientes con artritis reumatoide que asisten a las unidades de reumatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con el propósito de indagar sobre la repercusión que tiene la artritis reumatoide en la sexualidad de los pacientes y su correlación con el grado de discapacidad y actividad de la enfermedad.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Valorar el impacto de la artritis reumatoide (AR) en la sexualidad del paciente afectado y su correlación con el grado de discapacidad y el grado de actividad de la enfermedad, a través del cuestionario Qualisex, en los pacientes que asisten a las unidades de Reumatología de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades y la Unidad de Consulta Externa de Gerona, durante los meses de junio y julio del año 2015.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Traducir al español el cuestionario Qualisex.

2.2.2 Validar el cuestionario Qualisex.

2.2.3 Determinar el grado de afección en la sexualidad del paciente con AR.

2.2.4 Relacionar el grado de afectación de la sexualidad con el grado de actividad de la enfermedad de los pacientes afectados.

2.2.5 Relacionar el grado de afectación de la sexualidad de los pacientes con el grado de discapacidad.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Artritis reumatoide

Es una enfermedad de etiología desconocida, factores autoinmunes participan como causa de la enfermedad, produce inflamación sinovial y erosión ósea articular la cual lleva a incapacidad. También es una afección sistémica, que produce fatiga y rigidez. (7)(8)

3.1.1 Prevalencia

Artritis reumatoide es la enfermedad más prevalente de las artritis inflamatorias, afecta de 0,5 al 1% de la población a nivel mundial. (1) Actualmente la OMS señala que en el mundo hay 335 millones de enfermos con artritis reumatoide, superando como causa de discapacidad patologías de columna, espalda y cardiopatías. (9)

Esta enfermedad es más prevalente en mujeres que en hombres, a razón de 2 o 3 veces más. Aunque en algunas poblaciones puede llegar a ser 6 veces más prevalente en mujeres que en hombres. La prevalencia también varía de acuerdo al lugar geográfico o a las diferentes poblaciones, por ejemplo se han reportado tasas altas, hasta del 7% en algunas tribus estadounidenses y tasas bajas, 0.2 a 0,4% en algunas regiones de África y Asia. En algunos países latinoamericanos, la prevalencia de artritis reumatoides en mujeres con relación a hombres llega a ser hasta de 6 a 1. (1)(7)

En México 1.5 millones de personas padecen algún tipo de artritis y la mayor prevalencia es de artritis reumatoide. (10) En Costa Rica más de 2 millones padecen algún tipo de artritis. (11) En Guatemala se reportó que en el 2007, de las diez enfermedades no transmisibles más prevalentes, la artritis reumatoide se ubicó en la posición 7. (9)(10) La prevalencia de AR en Guatemala ha sido reportada de 0.7%. (12)

En cuanto a la edad, puede aparecer a cualquier edad, antes de los 16 años es considerada juvenil idiopática. (1) La incidencia aumenta entre los 25 y los 55 años llegando al equilibrio a los 75 años de edad. (1)(13)(7)

3.1.2 Síntomas y signos

Suele iniciar con dolor, rigidez o tumefacción de inicio lento en múltiples articulaciones, normalmente la rigidez es de predominio matutino y las articulaciones más afectadas son las pequeñas articulaciones. (1,13)

La afección articular al inicio puede ser, monoarticular, oligoarticular (4 o menos articulaciones) o poliarticular. La distribución normalmente es simétrica. Una vez establecida la enfermedad, las articulaciones más afectadas suelen ser, las del carpo, las metacarpo-falángicas y las interfalángicas proximales. El signo característico de AR, es la tendosinovitis de tendones flexores, lo cual disminuye el arco de movimiento, aminorando la potencia de prensión haciendo que los dedos asuman posturas de contractura. Pueden haber subluxaciones, extensiones o contracturas articulares, las cuales provocan diferentes deformidades en los pacientes con este padecimiento. (7)

Puede haber además, algunas manifestaciones sistémicas, como astenia, febrícula y pérdida de peso. (1,13) Otras manifestaciones extra articulares incluyen vasculitis, atrofia de la piel y de la masa muscular, nódulos subcutáneos, hepatopatía y esplenomegalia. Entre los síntomas psicológicos que se puede provocar en el paciente están: depresión, ansiedad, autoimagen negativa y reducción de la libido.

3.1.3 Métodos diagnósticos y diagnósticos diferenciales

Para el diagnóstico de AR, es importante identificar los signos clínicos para lo cual se han establecido diferentes criterios o tablas que ayudan al diagnóstico. Una

forma de diagnóstico rápido es diagnosticar como AR a un paciente con rigidez matutina, 3 o más articulaciones inflamadas y dolor a la compresión suave de articulaciones metacarpo-falángicas y metatarso-falángicas. (1)

La Asociación Americana de Reumatología (ARA), precursora del Colegio Americano de Reumatología, fue la primera institución en proponer un criterio de clasificación para artritis reumatoide, en 1956, posteriormente se han realizado varias revisiones y en 1987 se creó un criterio que se convirtió en el gold estándar para AR. Este criterio utilizaba características como nódulos y cambios radiográficos los cuales aparecen en etapas avanzadas de la enfermedad. En varios estudios se demostró que el diagnóstico temprano y el inicio precoz de tratamiento, interfería de manera positiva en la evolución de la enfermedad, (9) por lo que en el año 2010 con la colaboración entre el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y La Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR), se revisó la guía de 1987, con el propósito de realizar un nuevo instrumento que permitiera un diagnóstico en etapas más tempranas de la enfermedad. Creando los criterios ACR EULAR 2010, estos criterios generan una calificación que si es ≥ 6 se define al paciente con AR. En esta nueva clasificación, se incluye una prueba positiva de anticuerpos anticitrulinados cíclicos como una entidad que es más específica para el diagnóstico en comparación con la prueba positiva de factor reumatoide (FR). No se toma en consideración nódulos reumatoides o daño articular en imágenes. (7,8)

3.1.4 Grado de actividad de la enfermedad en pacientes con AR

Poder evaluar de una forma cuantitativa, clara, regular y sistemática la inflamación en la AR es indispensable, para tomar decisiones terapéuticas acertadas, establecer un mejor pronóstico y alcanzar un tratamiento adecuado llegando incluso a la remisión de la enfermedad. Esta evaluación clásicamente se había realizado y basado en la observación clínica del paciente por parte del médico y la apreciación subjetiva del paciente sobre sus síntomas, pero ha sido necesario

estandarizar la evaluación, por lo que en las últimas décadas se han desarrollado y validado diversos instrumentos con este fin.

El ACR (Colegio Americano de Reumatología), la EULAR (Liga Europea Contra AR) e ILAR propusieron una serie de variables para la evaluación de la actividad de AR, estas incluyen, el conteo de articulaciones inflamadas, el de articulaciones dolorosas a la presión, valoración de la actividad de la enfermedad por parte del paciente y el médico, medición de reactantes de fase aguda y evaluación de aspectos funcionales de la enfermedad. Estas variables por si mismas no dan una visión clara sobre la evolución de la enfermedad, por lo que es necesario combinarlas en índices, lo que permite un mejor seguimiento de la actividad de la enfermedad. Entre los índices combinados más utilizados se encuentran, el Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) de Standfor, las puntuaciones ACR20-50-70 y el Disease Activity Score (DAS), este último, es el índice más utilizado, ya que no necesita establecer un punto de referencia previo y permite una medición continua del estado de actividad clínico tanto en pacientes individuales como en ensayos clínicos, es la medida más utilizada en ensayos clínicos farmacológicos de AR e incluido en diversas guías de práctica clínica para la toma de decisiones sobre tratamiento, sobre todo para tomar decisiones sobre el uso de fármacos biológicos y evaluar la eficacia de los mismos. La determinación de la puntuación del DAS en rangos medios o bajos tiene una importancia crítica ya que determina si el paciente continua con el tratamiento establecido o necesita alguna modificación y clasifica al paciente en remisión o actividad clínica. (7)

3.1.4.1 DAS28

El DAS28 es un índice combinado que se desarrolló en 1990, para su elaboración se realizó un estudio prospectivo con un cohorte de pacientes con AR. Se clasificaron pacientes en dos grupos. Uno de alta actividad en el cual se incluían pacientes que iniciaban una droga DMAR o se suspendía la misma por falta de eficacia, el otro grupo, el de baja actividad, era integrado

por pacientes a los que no se les iniciaba DMAR o continuaban con la misma terapia o se les suspendía por estar en remisión. Las variables clínicas y de laboratorio que mejor explicaban las decisiones terapéuticas eran: Velocidad de sedimentación, hemoglobina, trombocitosis, proteína c reactiva, factor reumatoide, rigidez matutina, dolor, valoración global de la salud por el paciente, numero de articulaciones dolorosas, numero de articulaciones inflamadas y fuerza de prensión. Basados en este estudio, se desarrolló el DAS utilizando un conteo de articulaciones dolorosas (índice Ritchie), el conteo de articulaciones inflamadas de 44 posibles, la VES, y la valoración del estado de salud por el paciente en una escala analógica (0-100mm). El valor de estas variables se introduce en una fórmula matemática, que transforma el valor absoluto en valores relativos de diferente peso estadístico, permitiendo una evaluación confiable de la evolución de la enfermedad.

En el año de 1993 se modificó el DAS y nació el DAS28, en el cual las variables son: conteo de articulaciones dolorosa y articulaciones inflamadas de 28 posibles, la VES, y es opcional la valoración de la enfermedad por parte del paciente. El DAS28 se validó en la misma población en la que se realizó el DAS y se concluyó que al disminuir la cantidad de articulaciones medidas, no se altera la capacidad del instrumento en discriminar entre pacientes de alta y baja actividad. La correlación entre el DAS y el DAS28 fue de 0.97. El DAS 28 tiene una escala continua que va de 0 a 9.4. El nivel de actividad se interpreta como bajo ($DAS28 \leq 2.6$), moderado ($3.2 < DAS28 \leq 5.1$) alto ($DAS28 > 5.1$) y en remisión < 2.6 . El cambio de 1.2 (dos veces el error de medición) en un paciente se considera como un cambio significativo.

El DAS28 es un índice compuesto formado por 4 componentes los cuales se incluyen en la siguiente formula:

$$\text{DAS28} = 0.56 \times \sqrt{\text{NAD}} + 0.28 \times \sqrt{\text{AT}} + 0.7 \times \ln(\text{VSG}) + 0.014 \times \text{GH}$$

Donde NAD es el recuento de articulaciones dolorosas, NAT de tumefactas, $\ln(\text{VSG})$ es el logaritmo neperiano de la sedimentación globular y GH el estado de salud estimado por el paciente. Si los resultados dan valores más altos indican una mayor actividad de la enfermedad reumatoide. (14,15,16,17)

3.1.5 Grado de discapacidad física en pacientes con AR

La AR es una enfermedad multifacética porque afecta múltiples áreas corporales y sistémicas en el paciente, causando diferentes síntomas y discapacidad. Al hablar de discapacidad nos referimos a cualquier restricción o deficiencia en la habilidad para desarrollar alguna actividad específica dentro de un rango considerado normal, de esto podemos deducir la importancia de contar con instrumentos que midan la discapacidad del paciente con AR, entre estos instrumentos encontramos el HAQ (Stanford Health Assessment Questionnaire) que es un instrumento que sirve para evaluar la capacidad física del paciente con AR a través de la evaluación de la habilidad de algunas tareas.

El HAQ es un instrumento que en su forma completa valora normalidad, discapacidad, síntomas, efectos secundarios de los medicamentos, e impacto económico, pero en la clínica, normalmente se emplea de forma exclusiva la escala discapacidad que consta de 20 ítems agrupados en 8 categorías. Estas 8 secciones recogen actividades de la vida diaria, evaluando la incapacidad de vestirse, levantarse de una silla, comer, caminar, actividades de higiene. Cada una se evalúa mediante 3 componentes que miden la dificultad para realizar una determinada tarea preestablecida, necesidad de ayuda especial, el uso de algún aditamento o necesidad de ayuda de alguna persona. El punteo de las secciones es de la siguiente manera: 0 para ninguna dificultad, 1 en alguna dificultad, 2 mucha dificultad y 3 si hay imposibilidad de realizar la actividad. El puntaje mayor

de cada categoría se escoge como valor para cada área, si el paciente necesita ayuda se le asigna valor 2. Sumando los puntajes y dividiendo el resultado entre el número de áreas se obtiene el índice de incapacidad. Incapacidad ligera si el valor esta entre 0 a 1, moderada entre 1 a 2 y mayor de dos se considera discapacidad funcional. (18)

3.1.6 Tratamiento

La AR es una enfermedad que no se puede curar, pero la meta actual del tratamiento es la remisión, la cual se logra con un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo. (8) Si la artritis se trata pronto, la remisión se obtiene en el 20 a 40% de los pacientes.

El grado de inflamación articular es el parámetro que sirve de guía para tomar decisiones terapéuticas. (13) (5)

3.1.6.1 Tratamiento farmacológico

Existen 3 diferentes tipos de tratamientos médicos para AR: Antiinflamatorios no esteroideos (AINES), Glucocorticoides y Fármacos Antirreumáticos Reguladores de la Enfermedad (FARME) (tradicionales y biológicos). (13)

- Antiinflamatorios no esteroideos: Son una familia de analgésicos y antiinflamatorios, que inhiben la ciclooxigenasa COX 1 y COX 2, en el tratamiento de AR se utilizan básicamente para inhibir el dolor, pero solo modifican levemente el curso de la enfermedad, por lo tanto, deben usarse de forma conjunta con un FARME. Entre los efectos adversos más comunes tenemos, gastritis y en casos extremos hemorragias gastrointestinales. (13,7)

- **Glucocorticoides:** Los glucocorticoides tienen múltiples usos en el tratamiento de AR, mejoran los síntomas inflamatorios y reducen la progresión radiográfica de la enfermedad. (13) Existen varias estrategias para la utilización de los glucocorticoides, por ejemplo: administrar en dosis pequeñas para controlar la enfermedad en lo que los FARME hacen efecto. Se pueden utilizar pequeñas dosis de prednisona a largo plazo en pacientes con respuesta inadecuada a FARME. (7) Entre los efectos secundarios más notables tenemos que pueden causar osteoporosis, por lo que se deben tomar medidas profilácticas contra este efecto indeseado, los bifosfatos han demostrado buena eficacia. (13)
- **Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad:** Este es un grupo de fármacos que tienen la capacidad de hacer lento o modificar el curso de la enfermedad, (7) es importante que tanto el medico como el paciente sepan que estos medicamento tardan de 2 a 6 meses en ejercer su máximo efecto, y debido a sus efectos secundarios, todos deben de ser monitorizados. (13) Entre los FARME tradicionales tenemos el Metrotexato, hidrocloroquina, sulfasalazina y leflunomida. (13,7)
 - **Metrotexato:** es el fármaco de primera elección en el tratamiento de AR, debido a que tiene una respuesta más duradera y pocos efectos tóxicos es muy eficaz en reducir la progresión radiográfica. Se administra por vía oral, en dosis de 5 a 25mg por semana. (13)
 - **Hidrocloroquina:** Se incluye en el grupo de los FARME aunque no se ha demostrado que retrase la progresión radiográfica de la enfermedad, (7) Comúnmente se utiliza combinada con otros FARME a dosis de 200 a 400 mg día por vía oral. Entre los efectos secundarios importantes puede causar toxicidad retiniana, por lo que se recomienda control oftalmológico anual.

- Sulfasalazina: se administra a dosis de 1 a 3 gramos al día y se ha demostrado que sí disminuye la progresión radiográfica de la enfermedad. Entre los efectos secundarios puede causar neutropenia, por lo que se recomiendan controles de hematología frecuentes. (13,7)
- Leflunomida: se puede utilizar como terapia única o en combinación con otros FARME, se suele iniciar a dosis de 10 a 20 mg día por vía oral, el efecto secundario más común es diarrea, tiene una semivida muy larga y efectos teratógenos, por lo que está contraindicado en embarazo y si una paciente lo ha usado, aunque hayan pasado años, debe determinarse concentraciones en sangre si desea quedar embarazada. (13,7)
- Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad biológicos: En los últimos años han salido al mercado un grupo de fármacos biológicos (FARME biológicos) para el tratamiento de AR. Estos fármacos están dirigidos en contra del Factor de Necrosis Tumoral α (FNT α) y las interleucinas (IL). El uso de estos fármacos requiere supervisión continua por un reumatólogo, debido a la inmunosupresión que ocasionan lo que expone al paciente a infecciones. (13)
 - Fármacos contra el FNT α : El FNT α es un mediador importante de la inflamación articular, por lo que se han aprobado diferentes fármacos para su inhibición. Existen 3 anticuerpos monoclonales contra el FNT α , el infliximab, el adalimumab y el golimumab. El serolizumab pega el fragmento fc libre de un anticuerpo monoclonal humanizado que muestra especificidad de unión por el FNT, El etanercept es una proteína soluble que se une al receptor 2 del FNT α . (7)

- Anakinra: Antagonista recombinante del receptor de la IL 1. Deben administrarse diariamente 100mg por vía subcutánea. Es eficaz contra los signos y síntomas de AR y evita su progresión radiográfica.
- Rituximab: Su mecanismo de acción consiste en agotar los linfocitos B atacando la molécula CD20 de estos linfocitos, haciendo que disminuya la respuesta inflamatoria. Se debe administrar por vía intravenosa en dosis de 500 a 1000 mg cada dos semanas. El efecto secundario más común es reacciones en el punto de venoclisis y aumento de infecciones.
- Abatacept: Es una proteína producto de la fusión del dominio externo del CTLA4 humano a la cadena pesada de la IgG1 y se une a CD80 y CD86 de las células presentadoras de antígenos, inhibiendo la segunda señal en los linfocitos T a través de CD28. Su administración es por vía intravenosa en dosis de 10 mg/Kg los días 1, 15 y 30, y después cada mes.

3.2 Sexualidad

La sexualidad es un concepto que abarca múltiples definiciones y se puede estudiar desde diferentes puntos de vista, es una parte esencial de las personas, una parte integral del ser humano. (2) Es la forma en la que cada individuo expresa sus deseos, fantasías, pensamientos, actitudes, actividades prácticas y sus relaciones interpersonales. Es el resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales, éticos, religiosos, educativos, espirituales que se construye a lo largo de toda la vida, somos seres sexuados desde el nacimiento hasta la muerte. (3) La sexualidad es más que el acto sexual, Sigmon Freud diferenció la sexualidad del sexo con estas palabras: sexo es lo que hacemos, sexualidad es lo que somos. (2,11)

La sexualidad es muy extensa y abarca muchas facetas del ser humano, por lo que se compone de muchos tópicos, para este estudio vale la pena hablar sobre dos conceptos, erotismo, que se define como la capacidad de experimentar respuestas subjetivas que son resultado de fenómenos físicos, como deseo sexual, excitación y orgasmo, en general se identifican con el placer sexual. (3)

La salud sexual es un proceso permanente de consecución de bienestar, físico, psicológico, sociocultural, relacionado con la sexualidad. (3) La OMS la define como “un estado emocional, físico, mental y de bienestar social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad. Debe incluir la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción discriminación y violencia. (20)

3.2.1 Evolución del estudio de la sexualidad:

La sexualidad es inherente al ser humano, por lo que desde la antigüedad ya había interés por comprenderla, Hipócrates y Galeno, opinaban que algunos trastornos mentales dependían de las insatisfacciones sexuales. (3) Entre los pensadores más sobresalientes en este tema, esta Sigmon Freud quien en 1905, hablaba de una pulsión, la sexual, presente desde el nacimiento. La teoría freudiana de la pulsión, se desarrolló en tres fases, en la primera hablaba de la pulsión sexual y del yo, aquí supone Freud que la pulsión sexual se origina de necesidades corporales no sexuales y que están ligadas a zonas erógenas. La segunda etapa, El narcisismo y la agresión, describe la libido y cómo esta puede ser alterada en varios trastornos neuróticos. Aquí sostiene que todos los procesos psíquicos están regulados por el placer, hipótesis que en 1920 remodelaría, hablando de instintos de muerte y destrucción además de los eróticos. (21)

En 1953 en Estados Unidos, Kinsey y colaboradores, realizaron encuestas masivas y determinaron los patrones de comportamiento sexual de la comunidad estadounidense. También Master y Johnson realizaron estudios sobre los

componentes biológicos de la respuesta sexual, (3) describieron las fases del ciclo fisiológico de la respuesta sexual, en ambos sexos. (21)

3.2.2 Fisiología de la respuesta sexual:

Básicamente la respuesta de los seres humanos a la estimulación sexual o erótica tiene las mismas fases en ambos sexos. La respuesta sexual humana puede dividirse en fase de excitación, meseta, orgasmo y resolución, además de un periodo refractario exclusivo del hombre. (3,21)

3.2.2.1 Fase de excitación:

Durante esta fase, en la mujer, existe lubricación vaginal, expansión de los dos tercios internos de la cavidad vaginal, elevación de labios mayores, elevación del cérvix y el útero, aumento del tamaño del clítoris, erección de los pezones e incremento del tamaño de las mamas. En el hombre hay erección del pene y elevación parcial de los testículos.

3.2.2.2 Fase de meseta:

En esta fase en la mujer existe, vasodilatación en el tercio externo de la vagina, la abertura del introito vaginal se estrecha, hay expansión del interior de la vagina, aumenta la elevación del útero, el clítoris se retrae, aumenta el tamaño de las mamas, eritema cutáneo y miotonía generalizada, acompañada de taquicardia, hiperventilación y aumento de presión arterial. En el hombre hay aumento del tamaño de los testículos, elevación testicular completa y secreción de fluido uretral.

3.2.2.3 Orgasmo:

En esta fase en la mujer hay contracciones rítmicas en el útero, tercio externo de la vagina y esfínter rectal, taquicardia e hiperventilación. En el hombre, contracción del pene y eyaculación.

3.2.2.4 Fase de resolución:

El útero se desciende, la vagina se acorta y el clítoris vuelve a su posición normal, en el hombre hay pérdida de erección, relajación del escroto, disminución de tamaño y descenso de los testículos. (3,21,22)

El acto sexual femenino depende tanto de la estimulación psicológica, como de la estimulación sexual local, los pensamientos eróticos, pueden desarrollar el deseo sexual, también la secreción hormonal juega un papel importante, ya que el deseo aumenta en proporción al grado de secreción de hormonas sexuales. También varía de acuerdo al ciclo menstrual, alcanzando un máximo en los días de ovulación. La estimulación sexual local y de las zonas erógenas, crean sensaciones sexuales las cuales se transmiten a la medula espinal a través del nervio pudendo y del plexo sacro y de ahí al cerebro. Los reflejos medulares también participan en las reacciones sexuales femeninas.

En el acto sexual masculino la mayor cantidad de señales nerviosas se originan en el glándulo del pene y son transmitidas al sistema nervioso central; estas señales llegan a través del plexo sacro a la medula espinal y de ahí ascienden hacia el encéfalo. Los impulsos sexuales también pueden provenir de áreas cercanas como los testículos o de órganos internos, como la vejiga o la uretra.

El elemento psíquico es muy importante, ya que pensamiento o sueños eróticos, pueden desencadenar el acto sexual masculino. Es un elemento contribuyente,

más no necesario, ya que la estimulación genital por si misma puede causar la eyaculación. (22)

3.2.3 ¿Qué es normal y anormal en la sexualidad?

En un estudio sobre la afección de la sexualidad, es adecuado tener un parámetro de lo que es normal, para poder saber en qué medida se separan ciertas situaciones de una relación sexual normal o de una sexualidad sana. De la definición sobre sexualidad de la OMS, destaca que debe ser saludable en los aspectos físicos, emocionales, mentales y sociales. (20) Una actividad sexual normal consiste en fases de transición entre excitación y relajación, sin problemas y sintiendo placer y satisfacción. (8)

Cabe mencionar que la actividad física (el acto sexual) y la psique (lo psicológico, lo emocional) deben tener sinergia para una sexualidad plena, es decir que es importante la satisfacción subjetiva respecto a la conducta sexual desempeñada. (21)

3.2.3.1 Trastornos de la función sexual

La sexualidad puede ser afectada en cualquiera de sus múltiples facetas y las etiologías pueden ser múltiples. Entre las causas tenemos las orgánicas, producto de alteraciones estructurales de algún órgano o sistema, endocrinas o fisiológicas y secundarias a fármacos o drogas; y las psicosociales, las cuales son las alteraciones psicológicas, interpersonales, ambientales y culturales.

Los trastornos o disfunciones sexuales, se caracterizan por alteración del deseo sexual, cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la sensación de malestar durante el acto sexual; además de la

provocación de problemas interpersonales a causa de la patología sexual.
(11)

Existen varias clasificaciones para los trastornos sexuales, así podemos decir que estos pueden ser de toda la vida, cuando han existido desde el inicio de la vida sexual y adquiridos si aparecen después de un periodo de relaciones sexuales normales. Pueden ser generales o específicos, de acuerdo a si abarcan todas las fases de la respuesta sexual o alguna en especial y situacional, cuando se limita a ciertas situaciones, o compañeros.
(11)

- Trastornos sexuales femeninos:
 - Trastorno orgásmico femenino.
 - Trastorno de excitación sexual femenina.
 - Trastorno por dolor génito-pélvico/penetración.
 - Trastorno por aversión al sexo.
 - Trastorno de deseo sexual hipoactivo/ hiperactivo.
 - Disfunción sexual inducida por sustancias/ medicamentos.
 - Trastorno sexual debido a enfermedad.
 - Disforia de género.
- Trastornos sexuales masculinos:
 - Eyaculación retardada.
 - Trastorno eréctil.
 - Trastorno de deseo sexual hipoactivo
 - Eyaculación precoz.
 - Trastornos sexuales por dolor
 - Trastorno sexual inducido por sustancias
 - Trastorno sexual inducido por enfermedad.

- Disforia de género. (11,23)
- Trastornos sexuales inducidos por enfermedad: Es una alteración sexual, secundaria a un trastorno orgánico o patología física. Consecuencia directa de los efectos de una enfermedad. (3)
- Trastornos sexuales inducidos por sustancias o medicamentos: Son alteraciones sexuales provocadas como efecto secundario de alguna sustancia o medicamento, y existen pruebas en la historia clínica, en la exploración física o de laboratorio, de que estas alteraciones son producto del uso de dicha sustancia. (23)

3.3 Sexualidad en Guatemala:

Guatemala es un país lleno de contrastes, ya que es un país multilingüe y pluricultural, formado por una gran cantidad de población joven y existe un alto índice de pobreza en el país, además el acceso a los servicios básicos es limitado para gran parte de la población. (24) En salud, las principales causas de muerte aún son las enfermedades transmisibles, existe gran cantidad de embarazos a edades tempranas y existe poca información en la población sobre enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a la sexualidad, es un país en donde los jóvenes tienen poco acceso a la educación sexual y en las familias guatemaltecas existen tabúes y prejuicios acerca del tema por lo que a los padres de familia se les hace difícil hablar de sexualidad con los hijos. (25) Por parte del gobierno de la república, existe un adecuado marco legal sobre educación sexual, con leyes sobre el tema en la constitución política de la república y distintos acuerdos, algunos derivados de los acuerdos de paz. (24)

3.4 Sexualidad y enfermedades crónicas:

Las enfermedades crónicas constituyen un problema de salud actual, debido al aumento sostenido de la incidencia y prevalencia de estas a nivel mundial, principalmente en países con altos niveles de salud y desarrollo, su carácter complejo y multifactorial, su impacto sobre poblaciones vulnerables y el hecho de que producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de los pacientes, las han convertido en un reto desde lo económico, lo político, lo social y lo personal. La afección que estas enfermedades producen en los pacientes, rebasa lo clínico y trasciende a otros ámbitos que abarca la vida cotidiana de las personas y sus redes sociales. (18)

En cuanto a la sexualidad de los pacientes con enfermedades crónicas, estas se asocian a disfunciones sexuales, esta afectación de la sexualidad está dada por factores físicos y psicológicos, entre los primeros tenemos los derivados de la propia enfermedad y las terapias empleadas, ya sean quirúrgicas o médicas. Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, ansiedad y depresión.

Las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases de deseo y excitación sexual. Algunas producen pérdida de la libido. Aunque un alto porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas padecen algún tipo de disfunción sexual, la mayoría de personas dedicadas a la atención de estos pacientes, no plantean de forma abierta este problema, por lo que es recomendable que los médicos presten atención a esta faceta de la vida de los pacientes para poder brindarles atención integral. (27) Además los pacientes con enfermedades crónicas sufren deterioro de las relaciones de pareja, debido a la cantidad de tiempo que el paciente dedica al tratamiento, el desempleo que es común en estos pacientes, el deterioro en las respuestas sexuales y por el cambio de roles sociales. (26)

Citando algunas enfermedades crónicas como ejemplo, podemos mencionar que el cáncer, produce deterioro en la sexualidad del paciente, debido a los efectos secundarios de los tratamientos (astenia, vómitos, alopecia, dolor etc.) y de las técnicas

quirúrgicas (amputaciones, supresión hormonal, daño neurológico y vascular) esto repercute en la imagen corporal, el desempeño sexual e incluso en la fertilidad. Las afecciones sexuales más comunes son disminución de la libido, disfunción eréctil y dispareunia. De las enfermedades cardio-vasculares podemos mencionar que el infarto agudo al miocardio tiene una repercusión en la vida sexual del paciente, sobre todo en varones ya que se ha relacionado la disfunción eréctil con esta patología. Por otra parte el 40% de pacientes que han sufrido un infarto tienen miedo de tener otro durante la excitación sexual. (27)

La hipertensión arterial, se ha demostrado en numerosos estudios que los varones hipertensos tienen una prevalencia mayor de disfunción eréctil que la población normal. En las mujeres hipertensas se han reportado dificultades para lubricar y alcanzar el orgasmo y hasta un 18% de hipertensas reportan disfunciones sexuales. (28)

Diabetes mellitus, esta enfermedad guarda mucha relación con disfunciones sexuales, los mecanismos que las producen pueden ser endoteliales, vasculares, neuropáticos, hormonales o estructurales (del tejido conjuntivo). Aproximadamente el 50% de pacientes diabéticos padecen de disfunción eréctil, en la mujer diabética también existe mayor incidencia de disfunciones sexuales, siendo los problemas de mayor prevalencia la falta de lubricación vaginal, disminución de la libido, del orgasmo y dispareunia. (28)

Insuficiencia renal crónica, a esta patología se asocia disfunción eréctil en el 80% de los hombres y deseo sexual hipoactivo en el 73% de las mujeres. (28)

3.5 La sexualidad en el paciente con AR:

Como hemos descrito la sexualidad es un aspecto del ser humano que involucra lo físico, social, espiritual y psicológico; la AR es una enfermedad que puede afectar cada uno de estos aspectos de la vida de los pacientes. El elevado nivel de dolor, incapacidad física y depresión provocado por la enfermedad reumática, causa un gran impacto en la

sexualidad de los pacientes. (4) Del 31 al 76% de los pacientes con AR experimentan problemas sexuales. (11,6)

La afectación del paciente en su vida sexual es en el ámbito físico y en el psicológico, en los aspectos físicos, el paciente sufre limitaciones durante el acto sexual, las cuales se atribuyen al cansancio y fatiga que sufren estos pacientes y al dolor, especialmente de cadera el cual aumenta con los movimientos. (11) Se ha descrito en estudios que el paciente con AR prefiere acortar el tiempo de excitación y llegar más rápido al orgasmo, debido a que la actividad física durante el coito les produce dolor. (2)

Las relaciones sexuales se ven disminuidas en el paciente y algunos se sienten en deuda con sus parejas, debido a la falta de intensidad y de frecuencia de los encuentros sexuales. Son frecuentes las separaciones y divorcios por estas causas. (24)

En los aspectos psicológicos se hace énfasis en la percepción que el paciente tiene de sí mismo (auto imagen) debido a los cambios físicos y a los cambios en las actividades cotidianas que el paciente puede desempeñar, ya que le toca adaptarse a nuevos roles debido a la incapacidad provocados por la enfermedad, así mismo se ve afectado en su economía y sus relaciones interpersonales lo que provoca baja autoestima y depresión. (11,24)

Tanto los problemas físicos como los psicológicos, repercuten en disminución del deseo sexual y de la satisfacción. (5) Es interesante conocer el grado de afectación que estos problemas causan en las parejas de los pacientes pues al estar sanos tienen otra perspectiva de la sexualidad, La AR es una amenaza a la vida normal en pareja, ya que esta tiene que adaptarse a la nueva realidad. El paciente con AR vive con el miedo a la pérdida de su pareja. (24)

De los estudios que han abordado el tema de la sexualidad en el paciente con AR cabe destacar que en el estudio "Impacto de la artritis reumatoide sobre la función sexual" publicado en abril del 2014 indica que la afectación del paciente en su vida sexual es en

el ámbito físico y en el psicológico. En los aspectos físicos, el paciente sufre limitaciones durante el acto sexual, las cuales se atribuyen al cansancio y fatiga que sufren estos pacientes y al dolor, especialmente de cadera el cual aumenta con los movimientos. En los aspectos psicológicos se hace énfasis en la percepción que el paciente tienen de si mismo (auto imagen) debido a los cambios físicos provocados por la enfermedad, baja autoestima y depresión. Tanto los problemas físicos como psicológicos, repercuten en disminución del deseo sexual y de la satisfacción.

Otro estudio interesante, es el estudio sobre la validación del cuestionario “Qualisex” para evaluación del impacto de la artritis reumatoide en la sexualidad del paciente. Este estudio explica cómo se llegó a tener esta herramienta de diagnóstico (diagnostica el grado de afectación en la sexualidad del paciente) y porqué es una herramienta que cumple con los requerimientos para este tipo de estudio.

La importancia de este cuestionario radica en que permite abordar de forma rápida este aspecto tan importante de la vida del paciente, aspecto que comúnmente se omite en la consulta reumatológica.

El cuestionario consta de 10 preguntas que indagan sobre la vida sexual del paciente en los últimos 3 meses. Y la respuesta debe de darla el paciente como un valor en una escala. Cuestiona sobre efectos de la medicación, la autopercepción, la relación de pareja y el desempeño sexual.

3.5.1 Evaluación del impacto de la AR en la sexualidad del paciente

A pesar de lo importante que es la sexualidad en el ser humano y de la gran afectación que tiene el paciente con AR en este ámbito, este tema ha sido poco abordado. Muchos paciente con AR refieren que sus médicos tratantes nunca les han preguntado por este tema. (8) (4)

En Francia se desarrolló un cuestionario sobre el impacto en la vida sexual de los pacientes con AR a causa de su enfermedad. El cuestionario cuenta de diez preguntas, 2 son preguntas generales, una de aspectos negativos de la medicación, 2 de auto percepción, 2 de relación de pareja, 2 de dificultades y una de rendimiento sexual. (8) Este cuestionario ha tenido gran impacto y aceptación a nivel mundial, fue traducido y validado en Estados Unidos y en Argentina. En Guatemala no se ha validado ni se cuenta con algún instrumento parecido.(29)

3.6 Validación de instrumentos

3.6.1 Diseños de cuestionarios.

Un cuestionario es un documento que tiene una estructura que nos permite obtener información, de forma escrita o verbal. Está estructurado de modo que todos los participantes puedan responder las mismas preguntas para obtener información fiable. (30,29)

La forma de utilizar el cuestionario puede ser de dos tipos, uno es que el entrevistado lo responda por sí mismo (autocumplimentados) y la otra forma es a través de un encuestador. Los cuestionarios autocumplimentados tienen como principal ventaja, evitar el sesgo de la información, por el encuestador, además este tipo de cuestionarios es de una duración menor y se puede obtener información de un gran número de personas utilizando menos recursos. Entre los inconvenientes que estos cuestionarios presentan están, la necesidad de un grado mínimo de escolaridad para poder leer y comprender las preguntas. Los cuestionarios que utilizan encuestador, tienen como ventaja que pueden clarificar las preguntas al encuestado, no necesitan que el encuestado pueda leer y pueden preguntar sobre temas más complejos, pero son más costosos y necesitan mayor cantidad de personal y que los encuestadores estén entrenados para no influir en las respuestas. (30)

3.6.2 Preguntas de un cuestionario

Las preguntas de un cuestionario pueden ser de dos tipos, cerradas o abiertas. Las preguntas cerradas son las que especifican opciones para las respuestas y las abiertas son las que permiten al encuestado responder de forma libre.

No importando el tipo de pregunta, para que el cuestionario sea válido, deben realizarse preguntas que sean fáciles de entender, con términos claros, no ambiguos, en un lenguaje sencillo y culturalmente adecuado, si son preguntas cerradas es necesario tomar en cuenta todas las posibles respuestas. (30)

3.6.3 Tipos de respuestas de un cuestionario o encuesta

Las respuestas de las preguntas abiertas, no están predeterminadas y expresan sentimientos o el razonamiento del que contesta. En cambio, las respuestas de las preguntas cerradas, tienen la ventaja de que son susceptibles a ser convertidas en variables a través del uso de escalas y puntuaciones y se pueden tabular y analizar estadísticamente. (30) A continuación se mencionan algunos tipos de respuestas y escalas que son usadas comúnmente para la medición de fenómenos médicos y del comportamiento humano.

3.6.3.1 Respuestas categóricas:

Son las que utilizan categorías como respuestas, por ejemplo, sí o no, falso o verdadero, limitan las respuestas a pocas opciones.

3.6.3.2 Respuestas continuas:

Son aquellas que tienen más de dos opciones, entre ellas encontramos:

- Escala visual análoga: Es una de las más utilizadas, consiste en una línea que comúnmente mide cien milímetros y en los extremos se colocan situaciones extremadamente opuestas, como por ejemplo

No dolor-----extremadamente doloroso

El encuestado marca en donde considere correcto y normalmente se tabula, midiendo los milímetros.

- Escalas con adjetivos: Son escalas en las que se dan opciones con adjetivos y el encuestado responde la que más se adapta a lo que piensa.

Menos del promedio-----en el promedio-----arriba del promedio.

- Escala de Likert: En esta escala se escriben frases y el encuestado debe expresar su grado de desacuerdo con ellas.

Debería haber un aumento al salario mínimo

1	2	3	4
Total acuerdo	de acuerdo	no estoy seguro	desacuerdo

Las frases pueden ser positivas o negativas. Después se concede una puntuación a cada respuesta y la suma aritmética de todas las respuestas es el resultado, el cual sirve como parámetro para calificar a los participantes y compararlos.

- Escala de Guttman: Se escoge un número de frases que expresan su agrado o desagrado hacia algún tema y se redactan de tal modo que quien esté de acuerdo con una deba estar de acuerdo con las anteriores.

- Termómetro: Escala lineal dividida en milímetros y en los extremos se tiene conceptos opuestos. El entrevistado marca en la línea la respuesta de acuerdo a la intensidad o al grado en que se acerque a algún extremo.
(30)

3.6.4 Desarrollo de un cuestionario

Es común que durante la investigación de algún fenómeno, el investigador se vea en la necesidad de medir algunas variables complejas, como por ejemplo personalidad, estados de ánimo, dolor etc. Para este fin es necesario el uso de escalas y cuestionarios los cuales necesitan ciertos requisitos para ser desarrollados.

Para el desarrollo de un cuestionario, ha de decidirse el número de preguntas, el tipo de preguntas y el tipo de respuestas, el uso de algunas escalas, si ha de ser un cuestionario autocumplimentado o realizado a través del uso de encuestadores (por terceros), una vez hecho esto, debe realizarse un formato y redactar el cuestionario. Paso siguiente, debe hacerse una prueba piloto, la cual consiste en administrar el cuestionario elaborado a un grupo representativo de la población a la cual se desea estudiar, con el fin de evaluar las preguntas, frecuencia de las respuestas, aspectos de redacción tanto de las instrucciones como de las preguntas y evaluación de las escalas a utilizar.

3.6.5 Validación de un cuestionario

Antes que un cuestionario pueda ser aplicado a poblaciones en general, debe de ser validado, esto implica evaluar su fiabilidad y validez, además debe de ser viable su realización.

3.6.5.1 Viabilidad:

Es la facilidad con la cual se puede llevar a cabo el cuestionario, debe de tener un formato sencillo, de fácil comprensión para el encuestado y contar con los recursos para realizarlo.

3.6.5.2 Fiabilidad:

Conocida por otros autores como confiabilidad, esta característica se refiere a la capacidad de la encuesta, de producir resultados parecidos al ser utilizada en diferentes ocasiones.

3.6.5.3 Validez:

Es la capacidad del cuestionario, de medir, el fenómeno que se busca medir, para lo que fue diseñado. Existen varios tipos de validez, por ejemplo: de contenido, de criterio, de apariencia y de constructo.

- Validez de contenido: Diremos que un cuestionario tiene validez de contenido, si contempla o evalúa todos los aspectos relacionados al tema o concepto de estudio. Esto es evaluado a través de la opinión de expertos en la materia a estudiar.
- Validez de criterio: Esta es la validez más importante, ya que se da a través de tomar como referencia algún método que evalúa el mismo fenómeno y cuya validez ya ha sido demostrada. Puede evaluarse la validez de criterio concurrente que es correlacionar una escala que ya cuenta con validez y el nuevo instrumento o la validez de criterio predictiva que es cuando correlacionamos el instrumento con un resultado que ocurrirá en el futuro.

- Validez de apariencia: Es la validez que le dan un grupo de expertos al cuestionario, cuando evalúan si en su opinión, el instrumento evalúa el tema para el cual fue desarrollado.
- Validez de constructo o de concepto: Es la validez que se utiliza cuando no podemos utilizar validez de criterio dado que no existe un patrón de oro que nos sirva de guía para el estudio. Se pueden utilizar varias formas para evaluar la validez de constructo, entre ellas tenemos, la validez discriminante, que es la capacidad de distinguir entre individuos con diferentes niveles del atributo de interés. Se puede evaluar buscando grupos extremos, individuos con cierta característica y otros que carezcan de ella. Otra forma es comprobar que el cuestionario se relaciona con variables que se cree están relacionadas con el objeto de estudio (validez convergente) y no lo hace con las que no tiene ninguna relación (validez divergente).

3.7 Adaptación transcultural de un instrumento

Como hemos visto, el desarrollo de un cuestionario o escala de medición para el estudio de algún tema o concepto, es un proceso meticuloso y que necesita de la utilización de recursos económicos así como humanos, para que el cuestionario elaborado, tenga validez. Por lo tanto, muchas veces es más fácil para los investigadores, usar cuestionarios que su validez y confiabilidad ya ha sido probada, muchas veces estos cuestionarios han sido elaborados y utilizados en otras culturas y con otros idiomas, por lo que para poder utilizarlos, se deben adaptar a la población de estudio, esto implica la traducción si fuera necesario y obligatoriamente adaptación cultural, o sea, revisión de conceptos, significados y modismos (30,29)

3.8. Método Delphi

El método Delphi es una técnica de investigación creada en EE.UU por la organización de investigación y desarrollo “Rand Corporation de Santa Monica” (California), fue aplicado para obtener información sobre la estrategia a seguir por EE.UU en caso de una guerra nuclear. Después de su desclasificación militar, su uso se ha extendido tanto geográficamente como en la cantidad de temas en los que ha sido aplicado, orientado especialmente a la previsión tecnológica, toma de decisiones empresariales en situaciones de incertidumbre y evaluación de problemas sociales complejos. (31)(19) ha sido utilizado como instrumentos en la validación de numerosos cuestionarios. (32)

El método Delphi es un procedimiento eficaz y sistemático que tiene como objeto la recopilación de opiniones de expertos sobre un tema particular con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración de un cuestionario y conseguir un consenso a través de la convergencia de las opiniones de expertos diseminados geográficamente. (32)

Como se ha mencionado la metodología Delphi es aplicable a la investigación de gran diversidad de temas y los estudios que se adaptan a la utilización de este método deben de poseer las siguientes características:

- Temas de investigación en los que no existe información disponible o con la que se cuenta es insuficiente, por lo que con este método se puede extraer la información que posea cada participante.
- El problema no se puede estudiar con una técnica precisa, pero si se puede beneficiar de juicios subjetivos sobre bases colectivas.
- Se necesitan más participantes expertos de los que pueden interactuar en forma eficiente en un intercambio cara a cara.

- Se desea mantener una cierta heterogeneidad de los participantes a fin de asegurar la validez de los resultados, por lo que es preferible este método que encuentros cara a cara, evitando así los efectos de dominación por personalidades.
- Es útil cuando los expertos están físicamente dispersos y requieren el anonimato. (31)(32)

3.8.1 Técnica del método Delphi

La base en la cual se sustenta la técnica Delphi es que la opinión de un individuo en particular, tiende a poseer menor fiabilidad que la de un grupo homogéneo de personas en igualdad de condiciones. La técnica pretende obtener una visión de experto sobre un tema a partir de rondas repetidas de preguntas, siendo un método capaz de obtener y depurar los juicios de grupo. Se deben enviar encuestas sucesivas a un grupo de expertos previamente elegidos. El consenso se obtiene por un procedimiento matemático de agregación de juicios individuales. El método Delphi pretende obtener una visión colectiva de expertos sobre un tema a partir de rondas repetidas de preguntas, siendo un método capaz de obtener y depurar los juicios de grupo. Como señalaron Llinstone y Turoff (1975) (29,31) este método cuenta con muchas ventajas, entre las que mencionaremos que es una forma rápida y eficiente de adquirir opiniones de expertos, requiere menos esfuerzo de los encuestados que en una conferencia, los procedimientos sistemáticos ofrecen objetividad de los resultados, se puede obtener información de expertos de diversos lugares, es un medio relativamente económico para la recogida de opiniones de grupo. Es importante señalar que se adapta muy bien a la exploración de elementos que supongan una mezcla de evidencia científica y valores sociales.

Es importante al aplicar la técnica, garantizar el anonimato de los participantes y más concretamente de sus respuestas, llevar a cabo diferentes interacciones, establecer el control de feed-back por parte del grupo coordinador, y la utilización

de técnicas estadísticas en el análisis de la respuesta. (31) Es muy importante para este método la elección de expertos en la materia de estudio, por lo que es conveniente seguir ciertos criterios para tal elección, se debe contemplar el conocimiento y experiencia que tengan en la temática, experiencia profesional, voluntad de querer participar en el estudio, disponibilidad de tiempo, compromiso de participación en todas las rondas, años de experiencia en la temática y capacidad de comunicación. Recientemente se ha utilizado el índice de competencia experta, que es un cálculo matemático a través del cual se evalúa el conocimiento y la fundamentación del criterio del experto.

Para poder aplicar el método lo primero es identificar el problema y seleccionar el grupo de expertos, después se siguen cuatro etapas, las cuales son:

- Se plantea una pregunta amplia a los expertos, el grupo coordinador recibe e integra las respuestas y genera el cuestionario dos.
- Los expertos responden al cuestionario dos, el grupo coordinador recibe e integra las respuestas y genera el cuestionario tres.
- Los expertos responden el cuestionario tres y el grupo coordinador lo recibe.
- El grupo coordinador integra y analiza la información, generando resultados cuantitativos, y realiza el informe final. (19)

3.8.2 Clasificación Delphi

Desde su creación hasta el día de hoy el método Delphi ha sufrido ciertas modificaciones, el Delphi original, denominado clásico, tiene como objetivo alcanzar la estabilidad en las respuestas de los expertos sobre un tema específico. En la década de los ´70 surge el Delphi político, en el cual el objetivo es la clarificación de los distintos puntos de vista y la elucidación de argumentos.

Además existe el Delphi en tiempo real, que es cuando se utiliza durante el curso de una conferencia o reunión de expertos.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Cuantitativo, prospectivo, longitudinal y correlacional.

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad Primaria de Muestreo:

Pacientes femeninos y masculinos, con diagnóstico de AR que sean atendidos en el IGSS en las unidades de Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona, durante los meses de junio y julio del año 2015.

4.2.2 Unidad de Análisis

Cuestionarios QUALISEX y HAQ e índice compuesto DAS 28

4.2.3 Unidad de Información:

Resultados del cuestionario QUALISEX, del índice compuesto DAS 28 y el cuestionario HAQ, realizados a los pacientes que fueron atendidos en el IGSS en las unidades de Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona, durante los meses de junio y julio del año 2015.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o Universo:

Pacientes femeninos y masculinos que fueron atendidos en las unidades de reumatología de la Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona del IGSS.

4.3.2 Marco muestral:

Pacientes femeninos y masculinos que fueron atendidos en las unidades de reumatología de Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona del IGSS, con diagnóstico de AR durante los meses de junio y julio del año 2015.

4.3.3 Muestra

No probabilística a conveniencia.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de AR, según criterios de la Asociación Americana de Reumatología 1987, que sean atendidos en las unidades de Consulta Externa de Enfermedad y Consulta externa de Gerona del IGSS.
- Sexo femenino y masculino.
- Pacientes mayores de 18 años
- Clase funcional de I a IV

4.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no hablen castellano

4.5 VARIABLES DE INVESTIGACION

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación.
Grado de afectación de la sexualidad (Qualisex)	Escala que ayuda a determinar el grado de afectación que causa la AR en la sexualidad de los pacientes que padecen dicha enfermedad.	Puntaje obtenido al momento de contestar el cuestionario Qualisex.	Cuantitativa discreta	Razón.	Puntaje 0 - 10
Grado de discapacidad (HAQ)	Instrumento que se utiliza para evaluar el grado de discapacidad física ocasionada por la AR o bien efectos secundarios de los medicamentos	Punteo obtenido luego de la evaluación clínica según HAQ.	Cuantitativa continua	Razón	Puntaje 0 - 3
Grado de actividad de la enfermedad (DAS 28)	Es un índice combinado que ayuda a evaluar cuantitativa, clara, regular y sistemáticamente la inflamación de las articulaciones causada por la AR.	Punteo obtenido a la evaluación física según DAS 28.	Cuantitativa continua	Razón	Puntaje 0 – 9.4

4.6 Técnicas, procesos e instrumentos para la recolección de datos

4.6.1 Técnica de recolección de datos:

- Traducción de cuestionario Qualisex por expertos bilingües
- Validación de cuestionario Qualisex mediante el juicio de expertos utilizando la técnica Delphi en el cual se fue enviado el cuestionario vía correo electrónico a médicos especialistas en reumatología para realizar las correcciones que consideraran pertinentes y de esta manera llegar a un consenso final y poder realizar la prueba piloto para completar el proceso de validación.
- Aplicación de cuestionarios Qualisex y HAQ (Ver anexos) con pacientes que son atendidos en las unidades de reumatología en la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona del IGSS.
- Evaluación clínica del índice compuesto DAS 28 determinado por médico reumatólogo tratante de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades y Gerona del IGSS y revisión sistemática de expedientes en busca de valores de velocidad de sedimentación.

4.6.2 Procesos:

El proceso de investigación se realizó en tres fases:

- Fase I: traducción del cuestionario Qualisex por dos expertos bilingües.
- Fase II: Validación del cuestionario Qualisex utilizando la metodología Delphi (juicio de expertos reumatólogos) y se realizó una única prueba piloto con muestra no probabilística por conveniencia de tiempo en las unidades de reumatología de la Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona del IGSS.

- Fase III: aplicación del cuestionario Qualisex ya validado en pacientes de las unidades de reumatología de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona del IGSS y se relacionó con la actividad de la enfermedad y el grado de discapacidad en pacientes con AR, utilizando el cuestionario HAQ y el índice compuesto DAS 28 respectivamente

4.6.3 Instrumento de medición

Se empleó como instrumento de recolección de datos el cuestionario QUALISEX (ver anexos), previamente traducidos del inglés al español por dos expertos bilingües, el cual consta de 10 preguntas y se aplicó a los pacientes que fueron atendidos en las unidades de Consulta Externa de Enfermedades y Gerona del IGSS, al igual que el cuestionario HAQ. También se realizaron boletas donde los médicos especialistas en reumatología realizaron el índice compuesto DAS 28, los cuales fueron tabulados.

4.7 Procesamiento y análisis de datos:

4.7.1 Procesamiento:

Luego de haber sido recolectados los datos se tabularon en el programa de Microsoft Excel office 2013 y se interpretaron los datos obtenidos en el programa estadístico SPSS versión libre. Posteriormente se realizaron las conclusiones de la investigación y las recomendaciones necesarias para la aplicación del cuestionario en nuestra cultura.

4.7.2 Análisis:

Se utilizó estadística descriptiva para variables cuantitativas y medidas de tendencia central y de dispersión. Para las variables cualitativas se utilizó frecuencia y porcentajes.

Para la comprobación de la normalidad de los datos se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y para encontrar el coeficiente de correlación se utilizaron

medidas no paramétricas debido a que algunas de las variables no tuvieron alguna distribución gaussiana, por lo cual se utilizó el coeficiente de Rho de Spearman con un nivel de significancia del 0.05%, el cual se interpretó de la siguiente manera: la correlación entre las variables se considera positiva perfecta si el valor es 1 negativa perfecta si es -1 y 0 es ausencia de correlación.

En el caso de las variables HAQ, DAS 28 y Qualisex a pesar de ser variables cuantitativas se clasificaron de la siguiente manera para su interpretación:

- Grado de discapacidad (HA):
 - Ninguna: 0 puntos.
 - Alguna: >0 a 1 puntos.
 - Mucha: >1 a 2 puntos.
 - Incapaz: >2 puntos.
- Grado de actividad de la enfermedad (DAS 28):
 - Remisión: < 2.1
 - Bajo: > 2.1 a 3.2
 - Moderado: >3.2 a 5.1
 - Alto: > 5.1

4.8 Límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos de la investigación:

Entre los factores que dificultaron o retrasaron el proceso de investigación se encontraron:

- Logísticos: Retrasos en tiempo debido a la respuesta tardía de algunos de los expertos al momento de realizar la validación del cuestionario a través del método Delphi.
- Sociales: falta de espacio físico adecuado para aplicar los cuestionarios a los pacientes ya que es un tema bastante personal.

4.8.2 Alcances de la investigación:

En nuestro entorno el tema de la sexualidad es un tema de difícil abordaje y la AR es una de las enfermedades reumatológicas más frecuentes que causa cierto grado de discapacidad, los cuales pueden afectar la vida sexual de los pacientes que padecen dicha enfermedad. Se realizó un cuestionario para validar un sistema práctico y sencillo con el cual se pueda abordar el tema de la sexualidad en los pacientes del IGSS al momento de su control médico. En algunos países donde se ha validado dicho cuestionario se ha evidenciado que en un 88% de los pacientes atendidos por AR no se les ha preguntado en ningún momento acerca de su vida sexual.

La investigación se realizó con pacientes mayores de 18 que fueron atendidos en las unidades de Consulta Externa de Gerona y la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades en el área de Reumatología del IGSS, con el apoyo de los médicos reumatólogos de dichas unidades.

4.8.3 Aspectos éticos de la investigación:

- Respeto por las personas: Los participantes de la investigación formaron parte de la misma de manera voluntaria y fueron informados del proceso que se llevó a cabo teniendo el derecho de salirse de la investigación si así lo deseaban en cualquier momento de la misma. Se les entregó un consentimiento informando en donde estaba plasmada toda la información y si algún participante tenía alguna duda los investigadores aclararon la misma hasta que el paciente esclareció su duda. En el caso de los pacientes de la tercera edad o con alguna discapacidad se les dio un trato especial para que pudieran obtener toda la información necesaria y de haber estado presente algún familiar este fue testigo de la lectura del consentimiento informado y se resolvieron las dudas pertinentes.
- Beneficencia: La investigación consistió en validar un cuestionario que permita al médico general y especialista en Reumatología brindar una mejor atención

abordando de manera global la salud del paciente con AR y de esta manera abordar de una manera más sencilla el tema de la sexualidad, la cual se ve afectada en estos pacientes por las limitaciones que causa dicha enfermedad.

- Justicia: Durante la investigación no se realizó ningún procedimiento que involucrara la integridad física del paciente. Se realizó un cuestionario, el cual, fue completamente confidencial y en ningún momento se reveló el número de afiliación o datos personales del paciente y no se vio afectada su atención en la unidad del IGSS a la que asiste.
- Categoría de riesgo: El estudio se categorizó como riesgo grado II ya que se realizó un cuestionario que invadía la intimidad de los pacientes como lo es el tema de la sexualidad. La información obtenida por los cuestionarios fue confidencial.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados respecto a la traducción, validación del cuestionario Qualisex y sobre la evaluación del impacto que tiene la AR sobre la sexualidad de los pacientes que asistieron a las unidades de Consulta Externa de Gerona y Consulta Externa de enfermedades del IGSS. Se aplicó un cuestionario que constaba de 10 preguntas, tomando una muestra por conveniencia la cual fue de 191 pacientes mayores de 18 años. Debido a falta de datos generales o bien que se dieron más de dos respuesta no validas en dichos cuestionarios 61 pacientes fueron excluidos, según indicaciones del cuestionario Qualisex.

El estudio se desarrolló en tres etapas:

5.1 Etapa I: Traducción de Inglés a español del cuestionario Qualisex

La traducción del cuestionario Qualisex del idioma inglés al español se realizó con los siguientes pasos:

5.1.1 Se ha partido de una versión traducida del francés al inglés del cuestionario Qualisex, la cual ha sido traducida al español por dos traductores bilingües certificados con lengua española de origen, siendo ambos profesores de enseñanza media en inglés y catedráticos en el Centro de Aprendizaje de Lenguas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (CALUSAC).

5.1.2 Un profesional en medicina interna con especialidad en reumatología evaluó la equivalencia conceptual, la claridad y la naturalidad de cada una de las frases y las opciones de las respuestas de esta traducción.

5.1.3 Luego de la aprobación por el profesional en medicina interna con especialidad en reumatología ambos traductores extienden una carta en la cual hacen constar que participaron en la traducción de dicho cuestionario y dan a conocer sus credenciales profesionales como expertos en el idioma.

5.2 Etapa II: Validación del cuestionario Qualisex

Una vez traducido el cuestionario Qualisex se procedió a validar dicho cuestionario utilizando el método Delphi, el cual consta en la obtención de la opinión de varios expertos de un tema en específico. Se envió dicho cuestionario a un grupo de expertos por vía correo electrónico, en el caso de la presente investigación se contó con el apoyo de expertos en reumatología, siendo estos anónimos y sin conocerse entre ellos, el grupo investigador fue el encargado de realizar un consenso entre las diferentes respuestas con el apoyo de un asesor metodológico experto en investigación y validación de instrumentos. Este proceso se llevó a cabo de según los siguientes pasos:

5.2.1 Juicio de expertos: se envió la versión ya traducida del cuestionario Qualisex a un grupo de expertos en reumatología vía correo electrónico para su revisión y realización de las correcciones consideradas pertinentes, ya fuera en terminología o edición del mismo con el objetivo de que el paciente que fuese a ser entrevistado pudiese entender las preguntas y las respuesta pudieran tener validez. Luego de haber revisado el cuestionario los expertos reenviaron el documento con las correcciones y sugerencias pertinentes según su opinión al grupo investigador quienes fueron los encargados de realizar un consenso de las diferentes opiniones dadas por los expertos, unificándolas en un solo cuestionario el cual fue enviado nuevamente para una segunda revisión y realización de sugerencias, si lo consideraban necesario.

En la primera revisión por expertos el 50% sugirió que en la pregunta 2 se omitiera el artículo “la” que se antepone a la palabra artritis, quedando la pregunta de la siguiente manera. “Durante los últimos 3 meses ¿ha sido afectada su vida sexual a causa del tratamiento que ha recibido por artritis reumatoide?”. El 50% de los expertos corrigieron el hecho de que en las preguntas 3 y 6 la palabra “pérdida” se encontraba sin tilde, por lo que se realizó la corrección pertinente. El 50% sugirió que en la parte de las respuestas se cambiara el término “bajo ningún concepto” por uno que fuera más comprensible para las personas que participarían en el estudio por lo que se cambia el término por “En nada” indicando que en la escala los valores menores se acercaban a este término.

Una vez realizado estos cambios, se envió nuevamente al grupo de expertos, para la segunda revisión en la cual el 100% estuvo de acuerdo con los cambios realizados y sin ninguna sugerencia o comentario extra. El grupo investigador puede utilizar esta versión como válida y queda listo el cuestionario para poder aplicar la prueba piloto.

5.2.2 Prueba piloto: antes de aplicar el cuestionario en las unidades de consulta externa de reumatología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Unidad de Consulta Externa de Gerona y Unidad de Consulta Externa de Enfermedades, se realizó una prueba piloto, con el objetivo de evaluar si existía alguna dificultad por parte de los pacientes para responder el mismo, y tomar en cuenta cualquier comentario que permitiera hacer algún cambio para que el cuestionario fuera más comprensible y fácil de cumplimentar por los pacientes.

Durante la prueba piloto, los pacientes tuvieron buena aceptación hacia el cuestionario, varios comentaron que era muy interesante que se tocara el tema de la sexualidad ya que en las consultas normalmente no se les preguntaba acerca del tema. En un 99% de los pacientes el cuestionario les pareció claro y sin mayor dificultad para responder.

Luego de realizados estos pasos, ya con el cuestionario validado, se procedió a la aplicación de dicho instrumento en los pacientes que consultan en la Unidades de Consulta Externa de Gerona y en la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades del IGSS.

6.3 Etapa III: Relación del Qualisex con el grado de actividad de la AR y discapacidad en pacientes con la misma:

Para correlacionar el grado de actividad de la AR y el grado de discapacidad de los pacientes que la padecen, con el grado de afectación en la sexualidad de estos pacientes se aplicó un instrumento donde se incluyeron los cuestionarios: Qualisex y HAQ el cual fue autocumplimentado y se calculó el índice compuesto DAS 28 por los médicos tratantes de dichas unidades del IGSS. Obteniendo los siguientes resultados:

TABLA 1

Características generales de los pacientes con AR de la Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona del IGSS, junio - julio 2015

Características		No.	%
Edad (media + DS) años		43.8 + 11.595	
Sexo			
Femenino		102	78.5
Masculino		28	21.5
Total		130	100
Estado civil			
Soltero		32	24.6
Casado		86	66.1
Unido		8	6.2
Separado		3	2.3
Divorciado		1	0.8
Viudo		0	0
Total		130	100

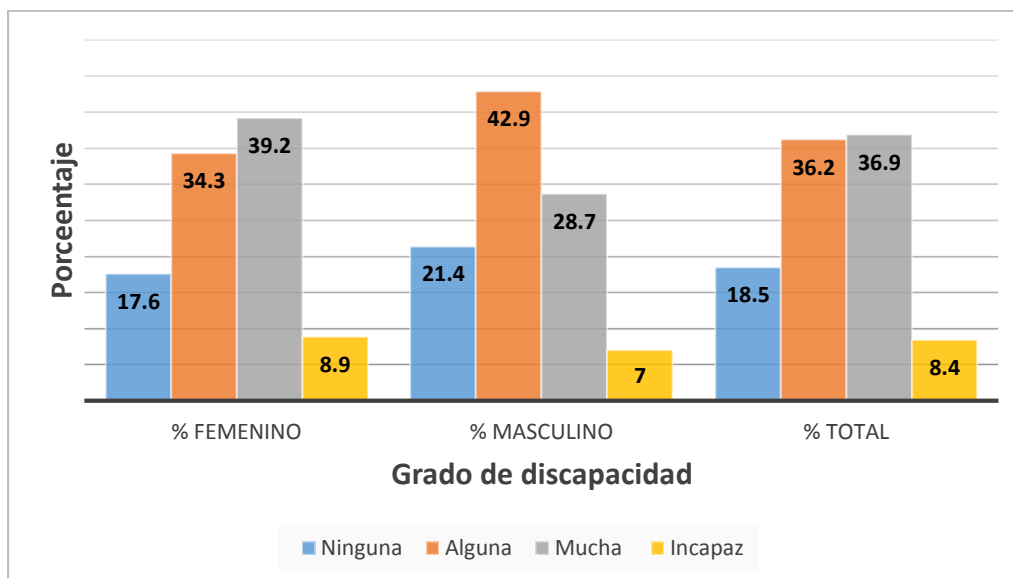
Tabla 2

Distribución de los pacientes con AR de la Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa de Gerona del IGSS según grado de discapacidad, actividad y afectación de la sexualidad, junio - julio 2015

Característica	No.	%
Grado de afectación en la sexualidad (Qualisex)(media + DS)	3.48 + 2.55	
Grado de discapacidad (HAQ) (media + DS)	1.02 + 0.739	
• Ninguna	24	18.5
• Alguna	47	36.2
• Mucha	48	36.9
• Incapaz	11	8.4
Grado de actividad (DAS 28) (media + DS)	3.1291 + 1.07746	
• Remisión	34	26.1
• Bajo	53	40.8
• Moderado	36	27.7
• Alto	7	5.4
Total	130	100

Gráfica 1

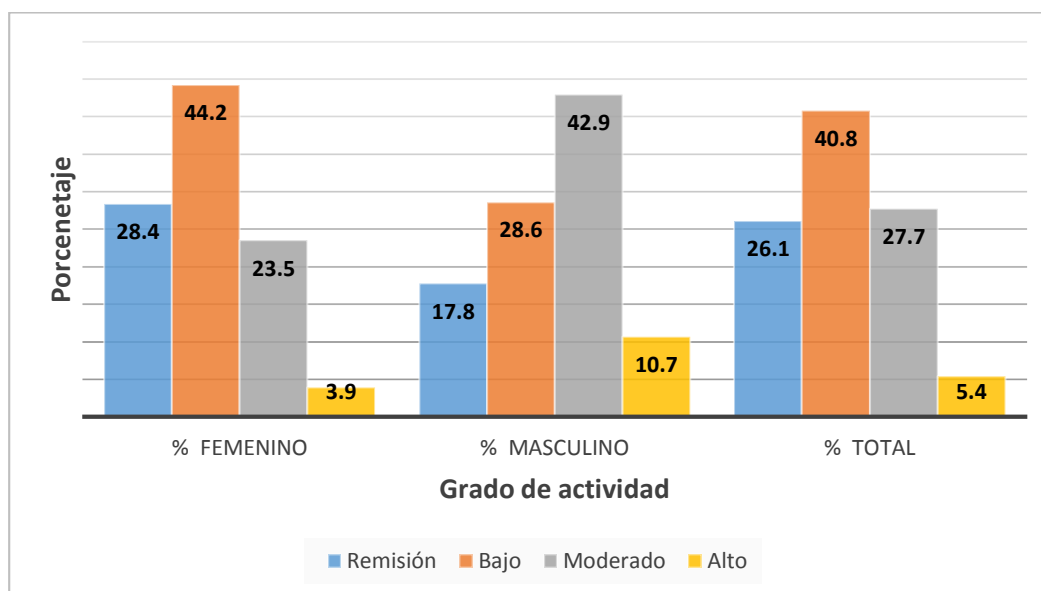
Grado de discapacidad física según sexo de los pacientes de la Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa Gerona del IGSS, junio – julio 2015.



Fuente: tabla 2 de anexos

Gráfica 2

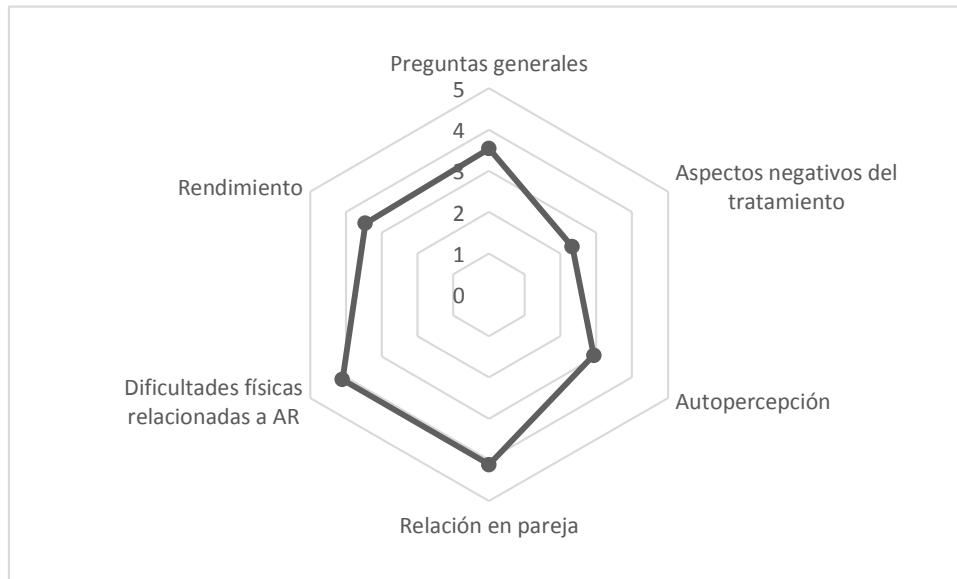
Grado de actividad de artritis reumatoide según sexo en los pacientes de la Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa Gerona del IGSS, junio – julio 2015.



Fuente: tabla 3 de anexos

Gráfica 3

Grado de afectación en la sexualidad según dominios del Qualisex de los pacientes con artritis reumatoide de la Consulta Externa de Enfermedades y Consulta Externa Gerona del IGSS, junio – julio 2015.



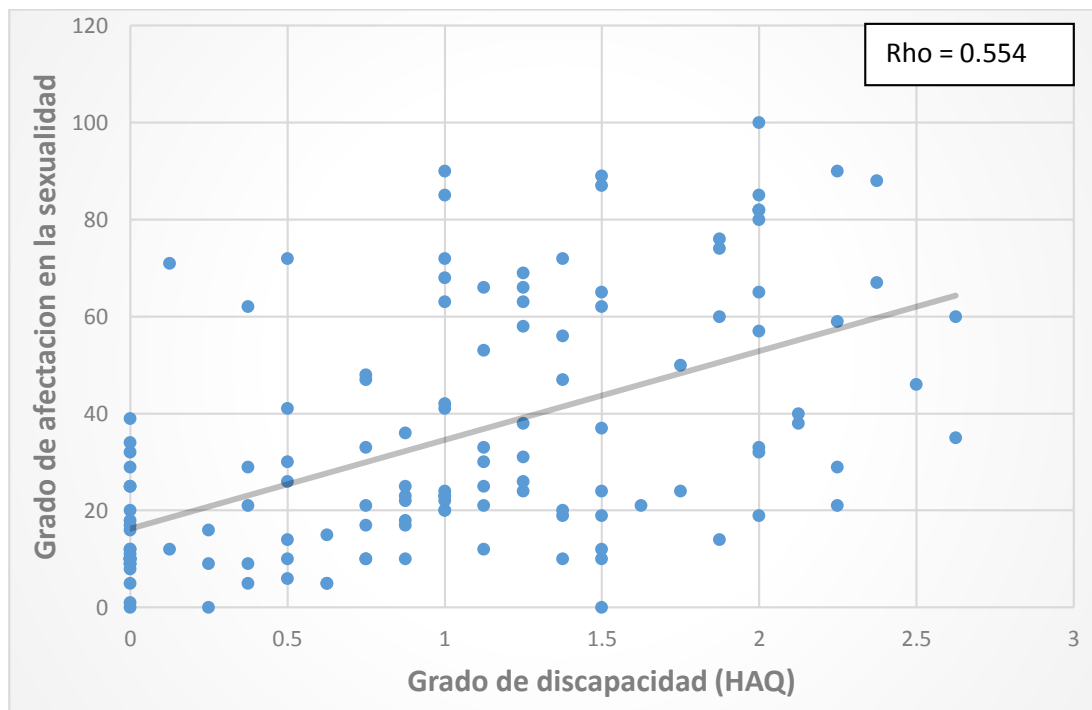
Fuente: tabla 4 de anexos

El cuestionario Qualisex consta de 10 preguntas agrupadas en 6 diferentes dominios siendo estos:

- Preguntas generales: preguntas 1 y 3
- Aspectos negativos del tratamiento: pregunta 2
- Auto percepción: preguntas 6 y 7
- Relación en pareja: preguntas 5 y 10
- Dificultades físicas relacionadas con AR: preguntas 8 y 9
- Rendimiento: pregunta 4

Gráfica 4

Correlación entre el grado de discapacidad y el grado de afectación en la sexualidad de los pacientes con Artritis Reumatoide de la Consulta Externa de Gerona y Consulta Externa de Enfermedades del IGSS, junio – julio 2015.



Fuente: base de datos de la presente investigación.

Interpretación: se evidencia una fuerte relación entre el grado de discapacidad (HAQ) y el grado de afectación en la sexualidad de los pacientes con AR ($Rho = 0.554$, $p < 0.000$).

Se realizó además el coeficiente correlación entre el grado de actividad de la enfermedad (DAS 28) y el grado de la afectación de la sexualidad (Qualisex) determinándose un rho de Spearman 0.024, $p = 0.790$, lo que determina que hay una ausencia de relación entre las dos variables mencionadas.

6. DISCUSIÓN

En nuestro país no se cuenta con estudios que describan la afectación en la sexualidad de los pacientes con enfermedades crónicas, ya que en muchas ocasiones por razones culturales no se evalúa la misma o la vida en pareja de estos pacientes, ya que es un tema difícil de abordar.

Al analizar los resultados de este estudio se encontró que de la muestra de 190 pacientes, el 35.79% son solteros, 52.63% casados, 4.21% unidos, 3.16% separados, 0.53% divorciados y un 3.68% personas viudas. De la muestra de 190 pacientes, el 31.57% (60 pacientes) se tomaron como cuestionarios inválidos ya que contestaron en más de una ocasión una respuesta no válida, esto se puede relacionar con el estado civil ya que las personas que contestaron no aplica a las preguntas del cuestionario Qualisex se encontraban sin pareja, el 60% se encontraban solteros, el 11.7% viudos y el 4.96% divorciados, separados o unidos. Por lo que se debe relevar el hecho de que estos pacientes contestaron de esta manera debido a que no tienen relaciones en parejas o una vida sexual activa. Es importante mencionar que algunas de estas personas al momento de ser entrevistados, principalmente quienes se encontraban divorciadas o separadas, refieren que la enfermedad influyo mucho en su separación ya que sus parejas “no los apoyaron o bien los traicionaron en los momentos más críticos de la enfermedad”.

En este sentido deben de realizarse más estudios que traten de abordar este tema íntimo en los pacientes afectados por la enfermedad, utilizando metodologías cualitativas que traten de indagar el significado subjetivo que tienen los pacientes respecto al tema.

Una de los aspectos importantes que hay que relevar en este estudio es que el 78.46% de la muestra es de sexo femenino concordando con reportes previos que indican que la artritis reumatoide se presenta más frecuentemente en mujeres que en hombres. (1,7)

Otro aspecto a considerar, es que este estudio se llevó a cabo en pacientes que asisten al seguro social donde sus condiciones socioculturales y económicas podrían ser

diferentes a los demás pacientes que consultan al sistema público de salud con la misma enfermedad. (12)

De la muestra de 130 pacientes más de un 70% presenta algún tipo de discapacidad. En los resultados generales de la muestra no se observa mayor diferencia en el grado de discapacidad; al momento de distribuirla por sexo se puede observar que los pacientes de sexo femenino presentan un mayor grado de discapacidad que los de sexo masculino. Lo que podría impactarles en su vida sexual.

A diferencia del grado de discapacidad ocasionada por la enfermedad, el grado de actividad de la misma se encuentra baja, ya que únicamente el 33% presenta algún tipo importante de actividad, esto se puede relacionar con el tipo de tratamiento que los pacientes estén recibiendo y el tiempo que llevan con el mismo, ya que muchos de los pacientes refieren que desde que reciben dicho tratamiento “ha mejorado mucho la enfermedad”, sin embargo no se relaciona con el grado de discapacidad ya que ha sido un daño ocasionado previo al inicio del tratamiento. Debido a que la relación con el tipo de tratamiento no era objetivo de este estudio no se determinó la relación entre estos, sin embargo ha de considerarse como un factor importante para la evolución de los pacientes con dichas enfermedad. Este factor se podría tomar como factor de estudio para investigaciones futuras.

Existen muy pocos estudios donde se evalúa el impacto de la AR sobre la sexualidad. Los resultados del presente estudio son muy similares a uno de ellos en realizado recientemente, donde se elaboró y validó el cuestionario Qualisex (media de puntaje 3.45 versus 3.3). No hubo diferencia estadísticamente significativa sobre el puntaje del Qualisex según sexo (media de 3.54 versus 3.26) (datos no mostrados). (8)

El cuestionario Qualisex mide seis diferentes dominios, los cuales van evaluando diferentes áreas de la vida de los pacientes, estos están conformados por una o dos preguntas las cuales indican el grado de afectación en cada dominio específico. Es importante observar que los dominios con mayor afectación en la muestra evaluada son los que evalúan la relación en pareja y las dificultades físicas ocasionadas por la AR teniendo estas puntuajes de 4.11 y 4.10, respectivamente. Estos resultados concuerdan con el hecho que muchos de los pacientes se encuentran separados o con problemas

con sus parejas y el grado de discapacidad que la enfermedad pueda estar ocasionando a dichos pacientes, por lo que se debe tomar en cuenta en el momento de la evaluación clínica de estos pacientes no únicamente su tratamiento y estado físico, también se debe tomar en cuenta su estado emocional, ya que en muchas ocasiones durante la consulta médica no se valora este factor importante de la vida y se enfoca propiamente en lo físico y biológico olvidando la esfera psicosocial de los pacientes.

Al momento de correlacionar el grado de afectación en la sexualidad de los pacientes con AR con el grado de discapacidad de estos, se puede evidenciar una fuerte correlación entre estos dos, determinando que a mayor grado de discapacidad física, presentada por dichos pacientes, se va poder encontrar una mayor afectación en su sexualidad, concordando estos resultados con el estudio original del cuestionario Qualisex en el que se evidencia una fuerte correlación entre el grado de discapacidad y la afectación sexual de un $r = 0.50$. Estos valores concuerdan también con los dominios más afectados ya que los pacientes refieren tener una mayor afectación en su relación en pareja secundario a las dificultades físicas ocasionadas por la AR. (8)

A diferencia de lo anterior, al momento de correlacionar los resultados del cuestionario Qualisex con el grado de actividad de la enfermedad (índice compuesto DAS 28) se puede observar que hay una relación nula entre ambos, a diferencia del estudio previo en el cual se realizó el cuestionario Qualisex original en el cual la relación entre estos dos es de un $r = 0.55$; esto se puede depender del hecho que el 58.5% de los pacientes se encuentran con tratamiento biológicos reduciendo estos el grado de actividad de la enfermedad en dichos pacientes, ya que el 48.8% de la población total presenta un grado bajo de actividad de la enfermedad. Esta correlación no fue objetivo de este estudio, pero se puede valorar en estudios futuros para evaluar la efectividad de dichos tratamientos en la actividad de la enfermedad.

Aunque no fue objetivo de este estudio también se evidencia que no existe ninguna relación en la edad de los pacientes con el grado de afectación de la sexualidad por AR, aunque se pudiese considerar lo contrario, teniendo una muestra con edad media de 43.8 años ± 11.595 se obtiene un Rho de Spearman poco significativo (0.090) (resultados no mostrados).

7. CONCLUSIONES

1. El cuestionario Qualisex fue traducido del idioma inglés al español, por dos traductores bilingües certificados, y revisado por un experto en reumatología, quedando el cuestionario adaptado al léxico utilizado en nuestra cultura, siendo comprensible para su uso en los pacientes con AR que asisten al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
2. El cuestionario Qualisex ha sido validado para uso en los pacientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, mediante el método Delphi y juicio de expertos.
3. El grado de afectación de la sexualidad de los pacientes con AR medido a través del Qualisex se correlacionó de manera fuerte con el grado de discapacidad que produce la enfermedad.
4. No se encontró correlación entre el grado de afectación de la sexualidad y el grado de actividad de la enfermedad de los pacientes con AR.
5. Mediante el uso del cuestionario Qualisex se determinó que de los seis dominios que evalúa, los más afectados son los de relación en pareja y las dificultades físicas relacionadas con la enfermedad; evidenciando que la AR es una enfermedad que impacta la sexualidad de los pacientes, principalmente en aquellos con algún grado de discapacidad.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda a:

1. A los médicos especialistas de las unidades de consulta externa de reumatología del IGSS, que presten atención a la afectación que pudiese causar la AR en los pacientes y utilicen el cuestionario Qualisex para evaluar y determinar el grado de afectación que tengan los pacientes en su sexualidad.
2. A la Facultad de Ciencias Médicas que se incentive la investigación y el estudio de la sexualidad, ya que es importante en la vida de los pacientes y aun se considera un tema tabú en muchos ámbitos, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas como la AR.

9. APORTES

Estudio novedoso para los médicos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que evalúan y tratan a pacientes con artritis reumatoide, que brinda un instrumento traducido y validado para el estudio del impacto de la enfermedad sobre la sexualidad de los pacientes con AR que asisten a esa institución.

Se elaboró un artículo científico para la divulgación de los resultados de un aspecto poco estudiado y valorado, pero de gran importancia en la calidad de vida de los pacientes con una condición crónica, inflamatoria e incapacitante, como lo es la sexualidad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jeffery RC. Clinical features of reumatoid arthritis 2014 [en línea] Massachusetts: Elsevier; 2014 [citado 6 Mar 2015] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.02.011>
2. Xibille D, Alvarez M, Flores G, Gudiño J, Cruz A. percepción de la sexualidad en el paciente con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles. Reumatol Clin. [en línea] (Cuernavaca) 2005. [accesado 3 Abr 2015]; 1(1): 20-4 Disponible en: www.reumatologiaclinica.org/.../percepcion-sexualidad-pacientes-con-enfermedades/.../S1699258X0572708X/
3. Gorgueti I. Comportamiento sexual humano. [en línea] Santiago de Cuba: Oriente; 2008. [accesado 23 Abr 2015] Disponible en: tesis.repo.sid.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_pdf
4. Tristano A. Impact of rheumatoid arthritis on sexual function, World J Orthop [en línea] 2014 [accesado 10 Abr 2015]; 5(2): 107-11 Disponible en: <http://www.wjgnet.com/esps/bpgoffice@wjgnet.com>
5. Garcia Vargas M, Quesada MS. Artritis reumatoide: fisiología y tratamiento. [en línea] Costa Rica: Universidad de Costa Rica, CIMED, IMFAR; 2004. [accesado 10 Mar 2015]. (Serie de actualización profesional). Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed4.pdf>
6. Advira Health. Vivir con artritis reumatoide estudio psicosocial. Madrid: Coordinadora Nacional de Artritis; 2009 [en línea] [accesado 2 Mayo 2015] Disponible en: www.roche.es/content/dam/.../es.../vivir_cpm_artrotos_rei,atpode-pdf
7. Kasper D, Alvarez M, Braunwald E, Hauster S, Jameson J. principios de medicina interna Harrison. 16 ed. México: Mc Graw-Hill interamericana; 2006.

8. Gossec L, Solano C, Paternotte S, Beauvais C, Gudin P, Von Krause G, et al. Elaboration and validation of a questionnaire (Qualisex) to assess the impact of rheumatoid arthritis on sexuality with patient involvement. Clin exp Rheumatol. [en línea] 2012. Jul-Aug [accesado 5 Mayo 2015]; 30 (4):505-513. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22510391>

9. Ortiz E, Shinada S. Evolution of clasification criteria for rheumathoid arthritis: how do the 2010 criteria perform?. Rheum Dis Clin North Am. 2012 Mayo;38(2): 345-53

10. Gómez Moscut SM, Valladares y Del Cid DW, Morales LF, Lopez JA. Caracterizacion epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con artritis reumatoide: estudio realizado en la consulta externa de reumatología de los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt, Policlínica y Centro de Atención de Especialidades La Autonomía del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [en línea] [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009 [accesado 9 Mar 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8679.pdf

11. Chacón Súchite A, Elias Sierra L, Chacón Súchite J, Aquino Garcia L. Hepatotoxicidad en pacientes con artritis reumatoide. [en línea] [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011 [accesado 7 Mar 2015]. Disponible en: biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8751.pdf

12. García García C.O. Costo social y económico de la artritis reumatoide Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 2013 [tesis Doctoral] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.

13. Goldman L, Ausiello D, Arend W, Armitage J, Clemmons D, Drazen J. et al. Cecil tratado de medicina interna. 23 ed, Barcelona: Elsevier; 2009.

14. Jacobs JWG. Optimal use of non-biologic therapy in the treatment of rheumatoid arthritis. Rheumatology [en línea] 2012. [accesado 15 Feb 2015]; 51:iv3-iv8 Disponible en: <http://reumatology.oxfordjournals.org>

15. Diaz Coto JF, Monge Zeledon P. Clinimetria, una herramienta indispensable. Acta med costarric. [en línea] 2011 [accesado 20 Feb 2015]; 5 suppl.1 7-9 Disponible en: www.scielo.sd.cr/pdf/amc/v53s1/art03.pdf

16. Belmonte Serrano MA. Es la puntuación del DAS28 el método más adecuado para estimar la actividad de la artritis reumatoide? Consideraciones clinimétricas y escenarios de simulación. Reumatol Clin (España) [en línea] 2008 [accesado 12 Abr 2015]; 4 (5): 183-90 Disponible en: www.reumatologiainclinica.org/es/es-puntuacion-das28-el-metodo/articulo/s1699258x08724628/

17. Jauregui CuartasE, Sanchez Villalobos O, Romero Prada M, Mantilla Hernandez R, Maldonado Lopez M, Gonzalez Romero A, et al. Descripción del estado de salud y calidad de vida en pacientes tratados con etanercept dentro de un programa de atención para artritis reumatoide en un centro especializado en Colombia. Reumatol. [en línea] 2013 [accesado 22 Abr 2015]; 20(3):122-7 (Colombia) Disponible en: <http://www.elsevier.es>

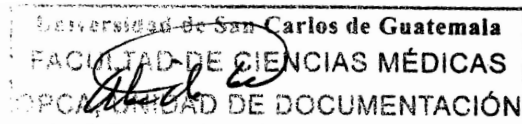
18. Relles Llerena G, Penado Coelo A, Gilbert Toledano M, Hernandez Martinez A, Gonzalez I, Fernandez Maderos I, et.al. Validación de la versión cubana de la dimensión física del cuestionario de evaluación de salud (HAQ) en cubanos con artritis reumatoide. Revista cubana Reumatol. [en línea] 2002 [citado 1 Mar 2015]; 4(1): 443-55 Disponible en: www.socrum.s/d.cu/bvrig_revista_electronica/v4_n1_2002/cu_haq.pdf

19. Varela M, Diaz L, García R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. Inv Ed Med [en línea] 2012 Ene 12 [citado 1 Abr 2015]; 1(2): 90-95 Disponible en: riem.facmed.unam.mx/sites/all/.../07_MI_DESCRIPCION_Y_USOS-pdf

20. Javiera V. Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual; reflexiones desde la terapia ocupacional. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2012; 12(2)

21. Lamas Rojas H. Modelos de la sexualidad humana. Liberavit (Peru). [en línea] 2001 [accesado 12 Mar 2015]; 7: 71-8 Disponible en: revistaliberavit.com/liberavit07hector_lamas_rojas.pdf
22. Hall JE. Guyton y Hall Tratado de fisiología médica. 12ed. España: Elsevier; 2011.
23. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5. [en línea] Arlington: American Psychiatric Association; 2014 [accesado 14 Abr 2015] Disponible en: www.integratek.es/wpcontent/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf
24. Escobar M. Educación integral de la sexualidad en el sistema educativo guatemalteco: un estado del arte. [en línea] Guatemala: Unidad de Divulgación DIGEDUCA; 2010 [accesado 3 Abr 2015] Disponible en: <http://www.mineduc.gob.gt/DIGEDUCA>
25. Delgado L. Intervención sobre educación sexual en adolescentes guatemaltecos. Panorama Cuba y Salud. [en línea] 2014 [citado 2 Abr 2015]; 3 (1): 10-7 Disponible en: www.panorama.sld.cu/publi_anteriores_v3_n1_html
26. Ledon L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Rev cubana de salud pública [en línea] 2011 Dic [citado 2 Abr 2015]; 37 (4): 488-99 Disponible en: scielo.sid.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000400013&script=sci_arttext
27. Alonso A. Sexualidad y enfermedades crónicas. Rev int androi. [en línea] 2007 [citado 2 Abr 2015]; 5(1): 22-8. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-sexualidad-enfermedades-cronicas-13100738
28. Alcoba S, García L, San Martín C. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. [en línea] Madrid: Ed internacional Marketing & Communications; 2004 [accesado 2 Abr 2015] Disponible en: www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20DISFUNCIONES%20SEXUALES.pdf

29. Ruiz Morales A, Morillo Zarate L. Epidemiología clínica, investigación clínica aplicada. 20 ed. Colombia: Editorial Panamericana; 2004.
30. Argimon Pallas J. Metodos de investigación clínica y metodológica. 3 ed. España: Editorial Elsevier; 2004.
31. Cabrero J, Infante A. Empleo del método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. [en línea] Sevilla: EDUTEC; 2014 [citado 5 Abr 2015] Disponible en: tecnologiaedu.us.es/tecnoedu/images/stories/edutec-e_n48-cabero-infante.pdf
32. Blasco J, López A, Mengual S. Validacion mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al windsurf. Esparc Europe [en línea] 2010 Abr [citado 1 Abr 2015]; 12 (1): 75-96 Disponible en: www5.uva.es/agora/revista/12_1/agora_12_1d_blasco_et_det.pdf



11. ANEXOS

11.1 Qualisex questionnaire:

The following questions are about how rheumatoid arthritis affects your sex life. Please circle the number which best reflects your experience over the last 3 months.

1. Over the last 3 months: has your sex life suffered as a result of your health condition?

Not at all

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Very
much so
Not applicable ☐

2. Over the last 3 months: has your sex life suffered as a result of the treatment that you have received for rheumatoid arthritis?

Not at All

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Very
much so
Not applicable ☐

3. Over the last 3 months: have you experienced a loss of libido (sex drive) as a result of your health condition?

Not at all

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Very
much so
Not applicable ☐

4. Over the last 3 months: has your sexual performance suffered as a result of your health condition?

Not at all

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Very
much so
Not applicable ☐

5. Over the last 3 months: has your relationship with your partner become more difficult as a result of your health condition?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Not at all Very
much so
Not applicable ☐

6. Over the last 3 months: have you felt a loss a loss of self-esteem within your relationship?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Not at all Very
much so
Not applicable ☐

7. Over the last 3 months: has your health condition made you feel less sexually attractive?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Not at all Very
much so
Not applicable ☐

8. Over the last 3 months: has your sex life suffered as a result of the pain caused by rheumatoid arthritis?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Not at all Very
much so
Not applicable ☐

9. Over the last 3 months: has your sex life suffered as a result of being tired (fatigue)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Not at all Very
much so
Not applicable ☐

10. Over the last 3 months: has your sex life been satisfactory overall?

Not at all	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Very much so
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

Not applicable ☐

Scoring and missing data.

The Qualisex score is the mean of the results for the 10 questions, on 0 – 10 scale where higher scores indicate more impact of RA on sexuality.

Missing data: if only 1 of the 10 questions is unanswered (or answered as not applicable), the Qualisex score is the mean of the other 9 questions.

If 2 or more questions are unanswered, no imputation.

11.2 Primera traducción cuestionario Qualisex:

Encuesta “Calidad Sexual” Las siguientes preguntas tratan sobre la manera como la artritis reumatoide afecta su vida sexual. Por favor circule el número que mejor refleje su experiencia durante los últimos tres meses.

1. Durante los últimos tres meses: ¿Ha afectado su vida sexual significativamente como consecuencia de su estado de salud?

Bajo ningún concepto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho así
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

No aplicable ☐

2. Durante los últimos tres meses: ¿Ha sido afectada su vida sexual como respuesta al tratamiento recibido para la artritis reumatoide?

Bajo ningún concepto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho así
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------

No aplicable ☐

3. Durante los últimos tres meses: ¿Ha experimentado pérdida de lívido (deseo sexual)

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 mucho así
No aplicable ☐

4. Durante los últimos tres meses: ¿Ha afectado su rendimiento sexual como consecuencia de su estado de salud?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
así No aplicable ☐

5. Durante los últimos tres meses: ¿Se han tornado más difíciles las relaciones con su pareja como consecuencia de su estado de salud?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho así
No aplicable ☐

6. Durante los últimos tres meses: ¿Ha percibido pérdida de autoestima dentro de su relación como consecuencia de su estado de salud?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
así No aplicable ☐

7. Durante los últimos tres meses: ¿Lo ha hecho sentir menos atractivo sexualmente como consecuencia de su estado de salud?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
así No aplicable ☐

8. Durante los últimos tres meses: ¿Ha afectado su vida sexual como resultado del dolor causado por la artritis reumatoide?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho así No aplicable ☐

9. Durante los últimos tres meses: ¿Ha afectado su vida sexual como resultado al sentirse cansado (fatigado)?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho así No aplicable ☐

10. Durante los últimos tres meses: ¿Ha sido su vida sexual satisfactoria en su totalidad?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho así No aplicable ☐

Calificación y datos faltantes. La calificación Calidad de Sexo es la media de los resultados de 10 preguntas, en la escala de 0 -10 donde las calificaciones más elevadas indican más impacto de RA sobre sexualidad. Datos faltantes: Solo si 1 de 10 preguntas esta sin respuesta (o contestada como no aplicable), la calificación de Calidad de sexo es la media de otras 9 preguntas.

Si 2 o más preguntas están sin respuesta, no atribuido. (No imputado)

Traducido por Miss Rosana Caseres

11.3 Segunda traducción cuestionario Qualisex:

Qualisex

Las siguientes preguntas son sobre cómo la artritis reumatoide afecta su vida sexual.
Por favor circule el número que mejor refleja su experiencia durante los últimos 3 meses.

1. Durante los últimos 3 meses ¿su vida sexual se ha visto afectada por su condición de salud?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

2. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido afectada su vida sexual a causa del tratamiento que ha recibido por artritis reumatoide?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

3. Durante los últimos 3 meses ¿ha experimentado pérdida de la libido (apetito sexual) como resultado de su condición de salud?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

4. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido afectada su vida sexual como resultado de su condición de salud?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

5. Durante los últimos 3 meses ¿Se ha tornado la relación con su pareja más difícil a raíz de su condición de salud?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mucho

No aplica ☐

6. Durante los últimos 3 meses ¿Ha tenido perdida de la autoestima dentro de su relación?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mucho

No aplica ☐

7. En los últimos 3 meses ¿Ha hecho su condición de salud que se sienta menos atractivo (a) sexualmente?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mucho

No aplica ☐

8. En los últimos 3 meses ¿ha sido afectada su vida sexual como resultado del dolor causado por la artritis reumatoide?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mucho

No aplica ☐

9. En los últimos 3 meses ¿Se ha visto afectada su vida sexual a causa de cansancio (fatiga)?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mucho

No aplica ☐

10. En los últimos 3 meses ¿Ha sido totalmente satisfactoria su vida sexual?

Bajo ningún concepto

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mucho

No aplica ☐

Traducido por Teacher Marco Gonzalez

11.4 HOJA DE INFORMACIÓN A PACIENTES

Nosotros somos estudiantes del séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre los aspectos sexuales que pueden afectar a pacientes con artritis reumatoide. Le vamos a dar información e invitarlo a participar en nuestro estudio. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérselas cuando crea más conveniente

Uno de los aspectos que se ven afectados pero que en muchas ocasiones no se toma en cuenta es la sexualidad de dichos pacientes ya que en nuestra cultura es considerado aún un tema tabú.

Estamos invitando para este estudio a personas mayores de 18 años de edad, que sean atendidos en las unidades de Policlínica y la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en la especialidad de Reumatología, para poder aprobar un cuestionario que facilite al médico tratante y al paciente poder abordar el tema de la sexualidad y su afectación debido a la Artritis Reumatoide y de esta forma mejorar la atención en la afección de dichos pacientes.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución (o clínica) y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente: 1. Se le estará pasando un cuestionario que consta de 10 preguntas las cuales deberá contestar con la mayor sinceridad posible, la información será confidencial y privada, no se revelará en ningún momento su nombre y/o número de afiliación en ningún momento. 2. Al finalizar la recolección de datos se estarán tabulando para poder valorar la eficiencia de dicho cuestionario. 3. Los resultados obtenidos se compartirán con los médicos tratantes de dichas unidades para que ellos puedan tomar las medidas adecuadas respecto a la afectación que tenga la Artritis Reumatoide sobre la sexualidad de los pacientes.

11.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado (a) a participar en la investigación “Validación del cuestionario Qualisex para valorar el impacto de la Artritis Reumatoide en la sexualidad de los pacientes con dicho diagnostico”. Entiendo que se me estará realizando un cuestionario de 10 preguntas las cuales me comprometo a contestar sinceramente. He sido informado (a) que la información será confidencial. Estoy consciente que dicha información será proporcionada a los médicos que atienden las unidades de Policlínica y Consulta Externa de Enfermedades del IGSS.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se he contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado (médico).

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha _____

Si es analfabeto

Debe firmar un testigo que sepa leer y escribir (si es posible, esta persona debiera ser seleccionada por el participante y no debiera tener relación con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir también su huella dactilar.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____
y huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador/subinvestigador).

11.6 Instrumento de recolección de datos:

Número de Afiliación: _____

Unidad: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas son sobre cómo la artritis reumatoide afecta su vida sexual. Por favor circule el número que mejor refleja su experiencia durante los últimos 3 meses.

1. Durante los últimos 3 meses ¿su vida sexual se ha visto afectada por su condición de salud?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

2. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido afectada su vida sexual a causa del tratamiento que ha recibido por artritis reumatoide?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

3. Durante los últimos 3 meses ¿ha experimentado pérdida de la libido (apetito sexual) como resultado de su condición de salud?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

4. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido afectada su vida sexual como resultado de su condición de salud?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

5. Durante los últimos 3 meses ¿Se ha tornado la relación con su pareja más difícil a raíz de su condición de salud?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

6. Durante los últimos 3 meses ¿Ha tenido pérdida de la autoestima dentro de su relación?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

7. En los últimos 3 meses ¿Ha hecho su condición de salud que se sienta menos atractivo (a) sexualmente?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

8. En los últimos 3 meses ¿ha sido afectada su vida sexual como resultado del dolor causado por la artritis reumatoide?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

9. En los últimos 3 meses ¿Se ha visto afectada su vida sexual a causa de cansancio (fatiga)?

En nada

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Mucho
No aplica ☐

10. En los últimos 3 meses ¿Ha sido totalmente satisfactoria su vida sexual?

En nada Mucho

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No aplica ☐

Las siguientes preguntas son acerca de cómo la artritis reumatoide afecta su actividad física, marque con una X la respuesta que refleje su experiencia.

Durante la <u>Última semana</u> ¿ha sido usted capaz de...		Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
11	Vestirse solo, incluyendo obrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?				
12	Enjabonarse la cabeza?				
13	Levantarse de una silla sin brazos?				
14	Acostarse y levantarse de la cama?				
15	Cortar un filete de carne?				
16	Abrir un cartón de leche nuevo?				
17	Servirse la bebida?				
18	Caminar fuera de casa por un terreno llano?				
19	Subir cinco escalones?				
20	Lavarse y secarse todo el cuerpo?				
21	Sentarse y levantarse del retrete?				
22	Ducharse?				
23	Coger un paquete azúcar de 1kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?				
24	Agacharse y recoger ropa del suelo?				
25	Abrir la puerta de un coche?				
26	Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?				
27	Abrir y cerrar los grifos?				
28	Hacer los recados y las compras?				
29	Entrar y salir de un coche?				
30	Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?				

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

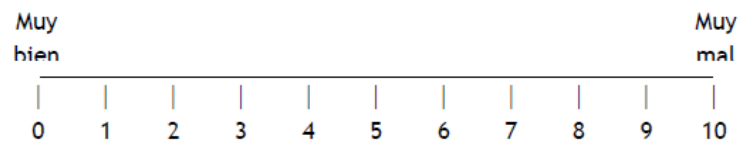
Vestirse, asearse ☐ Levantarse ☐ Comer ☐ Caminar, pasear ☐
 Higiene personal ☐ Alcanzar ☐ Abrir y cerrar cosas ☐ Recados y tareas de casa ☐

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

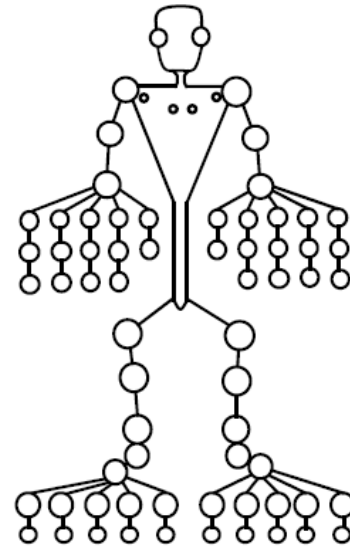
Bastón, muletas, andador o silla de ruedas ☐ Cubiertos de mango ancho ☐
 Asiento o barra especial para el baño ☐ Asiento alto para el retrete ☐
 Abridor para tarros previamente abiertos ☐

Gracias por su colaboración.

Evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico.



- NAT:
- NAD:
- IR:
- VSG: / PCR:



$$\text{DAS} = 0,54 (\sqrt{\text{IR}}) + 0,065 (\text{NAT}) + 0,33 (\ln \text{VSG}) + 0,0072 (\text{EGP})$$

$$\text{DAS28} = 0,56(\sqrt{\text{NAD28}}) + 0,28(\sqrt{\text{NAT28}}) + 0,70(\ln \text{VSG}) + 0,014(\text{EGP})$$

11.7 Tablas

Tabla 1

Características generales de los pacientes que asisten a la consulta externa de la Unidad de Consulta Externa de Gerona y Consulta Externa de Enfermedades del IGSS

Julio – junio 2015

CARACTERISTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO		
Femenino	160	84.2
Masculino	30	15.8
Total	190	100
Grado de discapacidad (HAQ)		
Ligera	93	49
Moderada	76	40
Severa	21	11
Total	190	100
Grado de actividad (DAS 28)		
Bajo	117	61.6
Moderado	64	33.7
Alto	9	4.7
Total	190	100

Tabla 2

Grado de discapacidad de los pacientes que asisten a consulta externa de la Unidad de Consulta Externa de Gerona y Consulta Externa de enfermedades del IGSS

Junio - julio 2015

HAQ	FEMENINO	%	MASCULINO	%	N	%
Ninguna	18	17.6	6	21.4	24	18.5
Alguna	35	34.3	12	42.9	47	36.2
Mucha	40	39.2	8	28.7	48	36.9
Incapaz	9	8.9	2	7	11	8.4
Total	102	100	28	100	130	100

Tabla 3

Grado de actividad de la enfermedad en los pacientes que asisten a consulta externa de la Unidad de Consulta Externa de Gerona y Consulta Externa de enfermedades del IGSS

Junio - julio 2015

DAS 28	FEMENINO	%	MASCULINO	%	N	%
Remisión	29	28.4	5	17.8	34	26.1
Bajo	45	44.2	8	28.6	53	40.8
Moderado	24	23.5	12	42.9	36	27.7
Alto	4	3.9	3	10.7	7	5.4
Total	102	100	28	100	130	100

Tabla 4

Grado de afectación en la sexualidad por dominios en los pacientes que asisten a consulta externa de la Unidad de Consulta Externa de Gerona y Consulta Externa de enfermedades del IGSS junio - julio 2015

Dominios	Promedio
Preguntas generales	3.54
Aspectos negativos del tratamiento	2.33
Autopersepción	2.93
Relación en pareja	4.11
Dificultades físicas relacionada a AR	4.1
Performance	3.46

11.8 Cartas de profesionales bilingües certificados:

Guatemala, 4 de mayo de 2015

Dr. Edgar de León
Coordinador- Encargado Coordinación Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Doctor de León:

Reciba un saludo cordial y respetuoso, deseando que las actividades que realiza sean todo un éxito en lo que va del año dos mil quince, al lado de quienes le rodean.

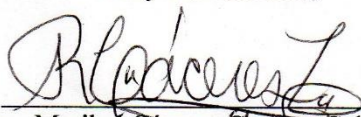
La presente lleva como propósito hacer de su conocimiento que a solicitud de los estudiantes: CHRISTINE PAOLA DEL ROCIO LOPEZ PADILLA y MARIO ESTUARDO DE LEON MALDONADO realice la traducción del idioma inglés al idioma español el cuestionario *“Qualisex”*; la cual será utilizada en el trabajo de tesis de grado denominado *Traducción al español y validación del cuestionario Qualisex y su relación con el grado de discapacidad y actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide*.

Además, hago de su conocimiento que poseo el título de Secretaria Bilingüe, Profesorado en Enseñanza Media de Inglés, y culminando la licenciatura que me acreditará como Licenciada en Metodología en la Enseñanza y Aprendizaje de Idiomas en CALUSAC. Finalmente, le informo que llevo diez años laborando para CALUSAC, en donde he impartido los niveles desde el uno hasta el dieciséis en el mismo idioma hasta el día de hoy.

Por lo antes descrito y para los usos legales que a los interesados convengan, extendiendo la presente certificación a los cuatro días del mes de mayo de dos mil quince.

Muy Atentamente,

Firma



Rossanna Maribel Cáceres Cortez Cel. #3123-9172

Profesora de Idioma Inglés CALUSAC Carné #20017034

Universidad de San Carlos de Guatemala USAC #Personal 20050900

Guatemala, 4 de mayo de 2015

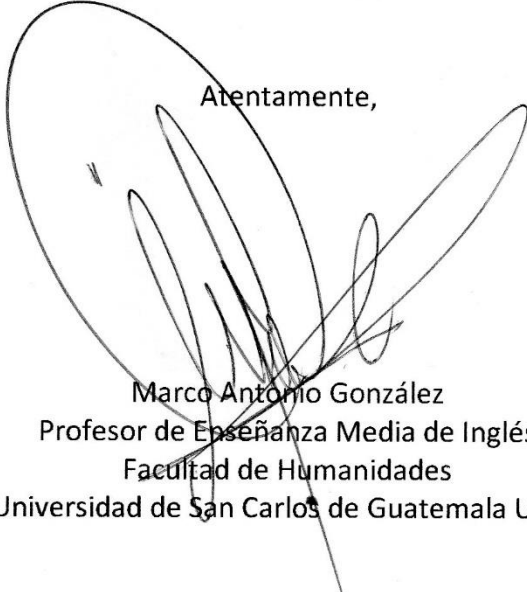
Dr. Edgar de León
Coordinador de la Unidad de Tesis
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Doctor de León:

De manera muy atenta me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que a solicitud de los estudiantes CRISTIN PAOLA DEL ROCIO LOPEZ PADILLA y MARIO ESTUARDO DE LEON MALDONADO hice la traducción al idioma español del cuestionario "Qualisex", misma que será utilizada en el trabajo de tesis de grado denominado Traducción al español y validación del cuestionario Qualisex y su relación con el grado de discapacidad y actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.

Y para los usos legales que al interesado convenga, extendiendo la presente certificación a los cuatro días del mes de mayo de dos mil quince.

Atentamente,



Marco Antonio González
Profesor de Enseñanza Media de Inglés
Facultad de Humanidades
Universidad de San Carlos de Guatemala USAC

11.9 Cartas de autorización de la investigación en la institución:



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Departamento de Capacitación y Desarrollo

FORMULARIO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 26 de Marzo de 2015

Yo Christine Pado del Rocio López Padilla estudiante de la
Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de
Ciencias Médicas, por este medio solicito sea

autorizado realizar mi trabajo de tesis en la Unidad de Consulta externa de Enfermedad

del Instituto Guatemalteco de Seguridad social cuyo tema aprobado es:

Traducción y Validación al español del Cuestionario Qualisex, Grado de Afectación
de la vida Sexual de los pacientes con Artritis Reumatoide Siendo mi asesor

Institucional _____

Comprometiéndome a cumplir con la reglamentación vigente para estudios de investigación,
así como a entregar 07 ejemplares de la tesis en el Departamento de Capacitación y
Desarrollo.

(f) Christine Pado del Rocio López Padilla
Nombre y firma del estudiante

(f) Wilmo N. Chávez
REUMATOLOGÍA, MEDICINA INTERNA
Colegiado 9,985
Nombre y firma del Asesor (Sello)

(f) Dr. César O. García G.
Nombre y firma del Revisor (Sello)

(f) _____
Nombre y firma de Jefe de Depto. (Sello)

Dr. César O. García G.
Médico y Cirujano
Colegiado 5950

(f) Dr. Otto A. Estrada J.
Subdirector Médico
Unidad de Consulta Externa de Enfermedades
I.G.S.S.
Nombre y firma del Director de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades



USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACION Y DESARROLLO

El Departamento de Capacitación y Desarrollo hace constar que la información requerida en
este formulario (firmado y sellado por el revisor, asesor) ha cumplido a cabalidad, y para los
usos que al interesado convenga se firma y sella

Vo.Bo. _____
Jefe Departamento de Capacitación y Desarrollo



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Departamento de Capacitación y Desarrollo

FORMULARIO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 25 de Marzo de 2015

Yo Christine Pada Del Rocio López Padilla estudiante de la
Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de
Ciencias Médicas, por este medio solicito sea
autorizado realizar mi trabajo de tesis en la Unidad Policlínica

del Instituto Guatemalteco de Seguridad social cuyo tema aprobado es:
Traducción y Validación al español del Cuestionario Qualisex
Grado de Afectación de la Vida Sexual de los p- Siendo mi asesor
Cientes con Artritis Reumatoide
Institucional Dr. Erwin Stuardo Rojas Melgar

Comprometiéndome a cumplir con la reglamentación vigente para estudios de investigación,
así como a entregar 07 ejemplares de la tesis en el Departamento de Capacitación y
Desarrollo.

(f) Christine Pada del Rocio López Padilla
Nombre y firma del estudiante

(f) Erwin Stuardo Rojas Melgar
Nombre y firma del Asesor (Sello)

(f) Dr. César O. García G.
Nombre y firma del Revisor (Sello)

(f) _____
Nombre y firma de Jefe de Depto. (Sello)

Dr. César O. García G.
Médico y Cirujano
Colegiado 5950

(f) _____
Nombre y firma del Director de la Unidad (Sello)

USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACION Y DESARROLLO

El Departamento de Capacitación y Desarrollo hace constar que la información requerida en
este formulario (firmado y sellado por el revisor, asesor, y para los
usos que al interesado convenga se firma y sella.

Vo.Bo. _____
Jefe Departamento de Capacitación y Desarrollo



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Departamento de Capacitación y Desarrollo

FORMULARIO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 26 de MARZO de 2015

Yo MARIO ESTUARDO DE LEON MALDONADO estudiante de la
Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de
Ciencias Exactas, por este medio solicito sea

autorizado realizar mi trabajo de tesis en la Unidad CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGIA

del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuyo tema aprobado es:
TRABAJOS Y VALORACION DE CUESTIONARIO QUALISIBX

GRADO DE AFECTACION DE LA VIDA SEXUAL Siendo mi asesor
DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Institucional _____

Comprometiéndome a cumplir con la reglamentación vigente para estudios de investigación,
así como a entregar 07 ejemplares de la tesis en el Departamento de Capacitación y
Desarrollo.

MARIO DE LEON
(f) _____
Nombre y firma del estudiante

Filmo N. Chávez
(f) _____
Nombre y firma del Asesor (Sello)
REUMATOLOGIA, MEDICINA INTERNA
Colegiado 5,985

Dr. César O. García
(f) _____
Nombre y firma del Revisor (Sello)

(f) _____
Nombre y firma de Jefe de Depto. (Sello)

Dr. César O. García
Médico y Cirujano
Colegiado 5950

(f) _____
Nombre y firma del Director de la Unidad (Sello)

Dr. Otto A. Estrada J.
Subdirector Médico
Unidad de Consulta Externa de Enfermedades
I.G.S.S.



USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACION Y DESARROLLO

El Departamento de Capacitación y Desarrollo hace constar que la información requerida en
este formulario (firmado y sellado por el revisor, asesor) ha cumplido a cabalidad, y para los
usos que al interesado convenga se firma y sella.

Vo.Bo. _____
Jefe Departamento de Capacitación y Desarrollo





Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Departamento de Capacitación y Desarrollo

FORMULARIO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 25 de MARZO de 2015

Yo MARIO ESTUARDO DE LEON MALDONADO estudiante de la
Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de
Ciencias Médicas, por este medio solicito sea
autorizado realizar mi trabajo de tesis en la Unidad POLICLINICA

del Instituto Guatemalteco de Seguridad social cuyo tema aprobado es:
TRADUCCION Y VALIDACION AL ESPAÑOL DEL QUESTIONARIO QUALISE
GRADO DE APLICACION DE LA VIDA SEXUAL DE LOS SIENDO MI ASESOR
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Institucional DR. CARLOS JUAN CARLOS MORALES

Comprometiéndome a cumplir con la reglamentación vigente para estudios de investigación,
así como a entregar 07 ejemplares de la tesis en el Departamento de Capacitación y
Desarrollo.

(f) [Firma]
Nombre y firma del estudiante

(f) [Firma] DR. E. 3.7.13M.
Nombre y firma del Asesor (Sello)

(f) [Firma]
Nombre y firma del Revisor (Sello)

(f) [Firma]
Nombre y firma de Jefe de Depto. (Sello)

Dr. César O. García G.
Médico y Cirujano
Colegiado 5950

(f) [Firma]
Nombre y firma del Director de la Unidad (Sello)



USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACION Y DESARROLLO

El Departamento de Capacitación y Desarrollo hace constar que la información requerida en
este formulario (firmado y sellado por el revisor, asesor) ha cumplido a cabalidad, y para los
usos que al interesado convenga se firma y sella.

Vo.Bo. [Firma]
Jefe Departamento de Capacitación y Desarrollo