



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“INTIMIDAD SEXUAL Y DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN EL DISTRITO DE TRUJILLO.”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autoras:

Bach. Andrea Margarita Guzman Saldaña

Bach. Gianella Alessandra Hilario Gil

Asesor:

Dra. Janeth Molina Alvarado

Trujillo - Perú

2021

DEDICATORIA

A mis padres Ivans y Lucy, por su apoyo incondicional, su esfuerzo y su comprensión durante toda mi etapa académica. Por su amor infinito, y por toda la confianza que depositaron en mí. Los amo.

Y mis tías Helen y Lorena, quienes me motivan para continuar realizándome profesionalmente y mi familia que siempre está pendiente de cada paso importante que doy.

Gianella Alessandra Hilario Gil

A Roció, Iván y Margot, tres personas que me enseñaron que siempre debes dar lo mejor para que todo salga bien, ustedes me empujaron y creyeron en esto, su amor fue el que dio frutos.

Jhan y Gerardo, mis amigos y hermanos, quienes luchan por ellos y los demás con amor, enseñándote a dar y recibir.

Andrea Margarita Guzman Saldaña

AGRADECIMIENTO

A los pacientes por apoyarnos y por responder de manera sincera a los cuestionarios.

A la Lic. Leslie Gutiérrez, por apoyarnos y brindarnos las facilidades para el acceso a los diferentes centros en la fase de evaluación.

“Al fin y al cabo, algo tuvo que surgir en algún momento de donde no había nada de nada”

(Gaarder 1971)

A José Miguel, por enseñar, esclarecer y guiar este largo proceso, mediante las infinitas pláticas y el entusiasmo al creer que sería posible.

A nuestras asesoras, Gina Chávez, Karla Azabache y Janeth Molina por exigirnos, cuestionarnos y apoyarnos durante el proceso de la investigación para poder llevarlo a la realidad.

Tabla de contenidos

| | |
|--|-----------|
| DEDICATORIA..... | 2 |
| AGRADECIMIENTO..... | 3 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 5 |
| RESUMEN..... | 7 |
| CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN | 8 |
| CAPÍTULO II. METODOLOGÍA | 41 |
| CAPÍTULO III. RESULTADOS | 47 |
| CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 56 |
| REFERENCIAS..... | 68 |
| ANEXOS..... | 77 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: <i>Correlación entre intimidad sexual y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 47 |
| Tabla 2: <i>Correlación entre contacto físico y confianza y las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 48 |
| Tabla 3: <i>Correlación entre Autodivulgación y satisfacción sexual y las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 49 |
| Tabla 4: <i>Correlación entre Gusto y bienestar mutuo y las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 50 |
| Tabla 5: <i>Correlación entre Ternura y las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 51 |
| Tabla 6: <i>Correlación entre Expresión de amor y las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 52 |
| Tabla 7: <i>Correlación entre Contacto emocional y las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 53 |
| Tabla 8: <i>Correlación entre Caricias y las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 54 |
| Tabla 9: <i>Correlación entre Deseos y las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo</i> | 55 |
| Tabla 10: <i>Correlación ítem-factor de las dimensiones de la escala de intimidad sexual en pacientes con insuficiencia renal crónica</i> | 84 |
| Tabla 11: <i>Estadísticos de fiabilidad de la escala intimidad sexual en pacientes con insuficiencia renal crónica</i> | 88 |

Tabla 12: *Correlación ítem-factor de las dimensiones del inventario de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica.....89*

Tabla 13: *Estadísticos de fiabilidad del inventario de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica.....90*

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la intimidad sexual y la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo. Dicho estudio es no experimental, de tipo transversal correlacional. La muestra estuvo conformada por 133 pacientes mayores de 18 años que se encontraban sometidos al tratamiento de hemodiálisis, mantenían una relación conyugal y a su vez asistían con regularidad a las clínicas pertenecientes a una corporación privada en el distrito de Trujillo. Los instrumentos que se emplearon fueron: Escala de Intimidad en Parejas y el Inventario de Depresión de Beck (IDB – II). Se halló correlación indirecta entre la intimidad sexual y la depresión, así mismo entre las dimensiones de intimidad sexual (contacto físico y confianza, auto divulgación y satisfacción sexual, ternura, deseo, expresión del amor, caricias, contacto emocional) y las dimensiones de depresión (área cognitiva, área afectiva, área motivacional, área física, área conductual).

Palabras clave: Intimidad sexual; Depresión; Insuficiencia renal crónica.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El campo de la salud ha mostrado un mayor interés en pacientes que presentan anomalías en los riñones, al ser estos órganos de vital importancia para el adecuado funcionamiento de nuestro cuerpo y si sus funciones se ven comprometidas podrían generar la muerte. A nivel mundial se ha elevado el porcentaje de personas que presentan Insuficiencia Renal Crónica, se estima que el riesgo aproximado de llegar a ser diagnosticado con dicha enfermedad es de 1 de cada 10 adultos, la cual se presenta en su mayoría de manera irreversible y tiende a ser progresiva (Li et al., 2020).

La Organización Mundial de Salud coloca a las enfermedades nefrológicas como la décima causa de muerte en el mundo, con un aumento de 813.000 personas en el año 2000 a 1,3 millones en el año 2019 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020); con pronósticos que elevan a la Enfermedad Renal Crónica al puesto cinco en las causantes de mayor número de muertes a nivel mundial para el año 2040 (Foreman et al., 2018). Solo en el Perú entre los años del 2010 al 2017 se encuentran registrados en el Ministerio de Salud (MINSA) unas 188 686 mil personas diagnosticadas con esta enfermedad (Herrera, Atamari y Flores, 2019), datos que se incrementan con la estimación del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú (CDC-Perú) el cual muestra una prevalencia de 583 pacientes con insuficiencia renal crónica por millón de habitantes en nuestro país en el año 2017 (Loza, 2018).

Las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal tienden a generar repercusiones en la vida del paciente, al tener que adaptarse a la pérdida de su independencia, aceptar los cuidados que les brindan sus familiares, por la propia condición física inestable que desencadena el tratamiento de hemodiálisis y vivir dependiendo de una maquina hasta su fallecimiento; ante esto Verschuren et al. (2010), menciona que la autoestima del paciente se ve alterada, al verse en la obligación de abandonar ciertos roles sociales (como su papel de padre, madre, esposo, esposa o pareja) y tras el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad crónica suele provocar sentimientos de pérdida de control o dependencia (total o parcial), teniendo un efecto en la atenuación de la depresión o ansiedad. En estudios realizados a dos centros de hemodiálisis se encontró que en el primero el 65% de una población de 100 pacientes presentó una depresión severa con poca percepción de apoyo social (Concha, 2014), y en el segundo centro presentó que un 44% de 50 asistentes habían atravesado por episodios depresivos durante el tiempo que llevaban en tratamiento (Moreno et al., 2004).

Guerrero (2014), sostiene que la depresión y la ansiedad son alteraciones emocionales, que suelen tener una estrecha relación con la sintomatología (fatiga, mal aliento, pérdida de peso, náuseas, debilidad, calambres, dolor, dificultad para respirar y problemas para dormir) desencadenada por la insuficiencia renal crónica, la cual tiene una carga negativa en la calidad de vida de los pacientes. Es así que la capacidad funcional del paciente presenta un debilitamiento general en la función física, reducción en actividades sociales y la pérdida de energía para poder sostenerse y realizar actividades diarias y laborales, por lo cual el trastorno depresivo se posiciona con gran peso (Moreno et al., 2004). Ante lo cual Ledón (2010), plantea que atravesar

por los tratamientos de hemodiálisis o diabetes tiene un impacto en la alta prevalencia de síntomas depresivos serios, pobre interacción social, vida sexual menos satisfactoria, bienestar emocional disminuido, mayor limitación de roles a causa de problemas emocionales y menor función social.

La manera en la cual las personas con enfermedades crónicas afrontan psicológicamente su enfermedad para Verschuren et al. (2010), está relacionada a la aceptación personal y su capacidad de recuperación, es así que la incapacidad o falta de voluntad puede afectar al funcionamiento general de la persona englobando su bienestar sexual, por lo cual la aceptación personal como medio de afrontamiento tiene un efecto directo en el no desarrollo de episodios depresivos o ansiosos. Murillo, La Torre e Higareda (2016), realizaron un estudio a 81 pacientes en tratamiento de hemodiálisis donde evidencio que existía una prevalencia elevada para desencadenar episodios depresivos es los pacientes, pero dichos episodios no tenían relación con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico e inicio del tratamiento. Ante lo cual Álvarez et al. (2001), señala que, así como suelen existir diferentes reacciones de afrontamiento, el nivel del impacto que tenga dependerá de la valoración cognitiva que realice el paciente, además de involucrar la calidad de vida, las relaciones interpersonales con sus familiares y en especial con los conyugues.

Verschuren et al. (2010), menciona que existe una relación entre los factores psicológicos y las respuestas fisiológicas, incluyendo los procesos inmunológicos, de tal manera que la repercusión psicológica puede afectar negativamente a la fisiología; a su vez enfatiza que la relación de pareja influye en el bienestar psicológico del

paciente; así como la enfermedad crónica influye en la relación conyugal y la intimidad sexual se vuelve vulnerable al existir un distanciamiento emocional, disminución de la confianza, problemas sexuales, insatisfacción sexual, disminución del atractivo físico, falta de afecto, menor contacto físico, menor sentimiento de placer y pérdida de interés. En un estudio realizado por Montenegro y Ponce (2014), a 104 mujeres en tratamiento de hemodiálisis con una vida sexual activa logro demostrar que el 40.4% de ellas presentaba disfunción sexual; y a su vez se llegó a la conclusión que existen factores protectores como el apoyo de la pareja para una buena función sexual y por otro lado el factor de riesgo sería el tiempo de inicio mayor a tres años lo que podría reducir la función sexual. Así mismo Lew-Starowicz y Gellert (2009), en su estudio descubrieron que la disfunción sexual en la vida de las parejas mantiene una relación cercana con la depresión y la ansiedad, generando así un impacto negativo en la vida íntima del paciente.

La intimidad en la pareja es un valor relevante para el paciente en hemodiálisis y su bienestar, el cual según Ledón (2010), se ve expresado en la preocupación sobre su salud sexual, desempeño sexual, la dificultad para disfrutar de sensaciones eróticas, su necesidad de vínculos eróticos diferentes (contacto físico en caricias y ternura) y la dificultad para expresarse en la relación; al mismo tiempo deben enfrentarse a un gran estereotipo, el cual hace mención de que un cuerpo enfermo deja de ser un objeto de deseo. Muñoz et al. (2010), reflejaron en una investigación realizada en Melilla que el 56.25% de varones y el 31.8% de mujeres mostro una notable disminución en su deseo sexual. Del mismo modo, Coelho-Marques et al. (2006), demostraron que, al comparar a 86 mujeres saludables y a 38 mujeres en tratamiento de diálisis, las pacientes en

tratamiento tuvieron un deterioro en su calidad de vida y además mostraron una declinación en el funcionamiento de su vida sexual.

Ante lo expuesto en el párrafo anterior Ledón (2010), menciona que las mujeres se sienten menos deseables física y sexualmente, al atribuir su pérdida de valor como objeto del deseo a sus cambios físicos y sexuales, lo cual ven reflejado en la disminución de su deseo sexual, a su vez manifiestan preocupación respecto a la satisfacción de su pareja, así como de la estabilidad y sostenibilidad de la relación en base a lo emocional. Rodal (2009), refiere que estos factores según la fisiología del paciente no permiten en muchos casos que realicen una actividad sexual satisfactoria, del mismo modo su deseo e interés sexual se ve afectado, al evidenciarse en la baja frecuencia con la que realizan sus encuentros íntimos con sus cónyuges. Verschuren et al. (2010), agrega que el cambio drástico de la rutina en los pacientes a causa de la fatiga hace que no tengan energía para realizar actividades en pareja.

En cuanto a los pacientes masculinos con insuficiencia renal crónica Sathvik et al. (2008), señalan en su estudio realizado a 75 pacientes varones que no se encontraban satisfechos en su vida sexual y admitieron tener una reducción o un completo desinterés por los encuentros íntimos. De acuerdo con Ledón (2010), los hombres presentan un impacto directo en su intimidad sexual, el cual se ve reflejado en un menor compromiso emocional y del mismo modo menor impacto en las dinámicas sexuales.

Según Torres y Gutiérrez (2010), los cambios que atraviesan los pacientes con enfermedad crónica se alejan de las normativas estéticas, lo cual genera un impacto en

su imagen corporal y la pérdida de su poder de seducción, haciéndolos sentir que pierden su atractivo físico y sexual, competencia sexual y en el caso de las mujeres en específico se perciben con menor feminidad. De Queiroz et al. (2014), investigaron a 24 pacientes de sexo femenino donde evidenciaron que el 54.2% tenían disfunción sexual y un 33.3% baja autoestima, es así que la percepción física y el yo que tenían de sí mismas se encontraba distorsionado. Como expresa Verschuren et al. (2010), la imagen corporal atraviesa cambios desfigurantes en la apariencia (color y textura de la piel, mal aliento, cirugías, posiciones de la fistula o catete) o en el funcionamiento (perdidas de movimientos o funciones básicas), de tal manera que los pacientes empiezan a cuestionarse su atractivo y en ocasiones los llevan a evitar encuentros íntimos.

Las personas que atraviesan por la insuficiencia renal crónica no solo deben aceptar y sobrellevar su vida en torno a su tratamiento y todas las repercusiones con su autoestima, autoconcepto y autosuficiencia que este conlleva, si no también muchos de ellos que tienen parejas deben atravesar por un cambio en su vida íntima y sexual.

Antecedentes

Internacionales

De los Ríos et al. (2005), investigaron la red social de los pacientes sometidos a diálisis en Chile, con el fin de conocer las características generales de esta red y la percepción que tienen los pacientes en hemodiálisis acerca del apoyo social que le otorgan sus redes sociales, el estudio fue de tipo descriptivo - transversal, para lo cual se estudió a 84 pacientes mediante un instrumento elaborado para el estudio y una entrevista

dirigida por uno de los investigadores; como resultado se evidencio que un 91% menciona sentirse apoyado por su familia con aspectos de la enfermedad y como los miembros que mayor atención le prestan, el paciente percibe como importantes figura el cónyuge en primer lugar, seguido de los hijos; a lo que se menciona que la relación de pareja influye de manera significativa en los ajustes que con lleva pasar por el tratamiento de diálisis; por otro lado el 35% refirió que su actitud frente al tratamiento variaba entre pesimismo y optimismo.

Aguirre (2013), llevo a cabo una investigación para determinar los roles de vida de pareja y las afecciones sentimentales en uno de sus cónyuges portador de insuficiencia renal crónica terminal, para lo cual su investigación fue de tipo exploratoria contando con 60 pacientes y sus respectivas familias en la ciudad de Latucunga, Ecuador; a los cuales se les aplico una serie de preguntas de índole social, económica, familiar, de salud; dando como resultado que los pacientes con insuficiencia renal crónica a pesar de recibir apoyo de sus familiares y mantener una comunicación adecuada con su pareja están propensos a desarrollar una depresión y ansiedad, debido a que su pareja adquiere labores de mayor fuerza en el hogar como en hecho de las mujeres adquirir la responsabilidad total del hogar, sumado a esto el no acudir a los acontecimientos familiares por tener que acudir a las sesiones de diálisis inter diarias; por otro lado también expone que la relación entre los cónyuges se ve afectada al tener una disminución de su libido y no poder mantener satisfecha a su pareja en la intimidad, esto a pesar de mantener comunicación entre ellos.

Montenegro y Ponce (2014), realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, utilizando datos sociodemográficos, índice de función sexual femenina, láminas de Coop-Wonca, cuestionario de resiliencia y un programa de SPSS 22.0, teniendo como objetivo relacionar la función sexual femenina, calidad de vida y resiliencia en 104 pacientes mujeres con insuficiencia renal crónica terminal en la ciudad de Quito; como resultado se obtuvo que su impedimento físico es de alto impacto lo que limita su movilidad generándoles dependencia familiar; a su vez el deseo y excitación para iniciar una relación sexual es bajo o nulo y su alta satisfacción con los sentimientos, calidad, tiempo e intervalo de sus relaciones sexuales está ligado a la retención de sus parejas; demostrándose que el cónyuge es un factor protector tanto de la función sexual como de la calidad de vida.

Guerrero (2014), investigó las incidencias de la insuficiencia renal crónica terminal en las relaciones conyugales de 68 pacientes en Ecuador; su investigación fue de tipo cualitativo y cuantitativo, para la cual se creó una encuesta verificada por la investigadora y el equipo a cargo, ante esto se encontró que la incidencia de la insuficiencia renal genera el alejamiento entre el paciente con su parejas y los factores encontrados para esos resultados fue la frecuencia con la que se presentan las relaciones sexuales y el tiempo compartido con la pareja, dado que estos factores se ven afectados por la vivencia del tratamiento.

Nacionales

Villanueva y Casas (2014), investigaron la relación entre la depresión y calidad de vida. Fue descriptivo correlacional, se contó con 39 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Lima para lo cual utilizaron el Cuestionario SF- 36 sobre el estado de salud (Short-Form, SF-36) y el Inventario de Depresión de Beck II; concluyendo que existe una relación significativa inversa entre la depresión y la calidad de vida, dándose así que ante mayor depresión se muestra un menor nivel de calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, tomando en cuenta que la intimidad de pareja está incluido en calidad de vida.

Guillen y Ordoñez (2017), llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo-comparativo y correlacional en el Hospital Nacional de la Policía Nacional con una población de 101 pacientes; para lo cual emplearon el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad con el fin de establecer el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. Como resultado se evidencio que el área física presento mayor puntaje por su alimentación limitada y la pérdida de peso a la que están expuestos, del mismo modo al ser su aspecto físico cambiante manifiestan sentirse poco atractivos para el sexo opuesto, generándoles ansiedad en sus interacciones sociales por el miedo a ser rechazados en las situaciones sexuales intimas, con una disminución en su libido y con sentimientos de temor e inseguridad de sí mismos lo cual limita su vida diaria.

Cjuro y Flores (2018), realizaron un estudio de tipo no experimental de corte transversal – descriptivo correlacional en la ciudad de Juliaca con una muestra de 100

pacientes que acudían a sesiones de hemodiálisis con el objetivo de determinar la relación entre depresión y calidad de vida, para lo cual utilizaron el Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (Short-Form, SF-36) y el Inventario de Depresión de Beck II; ante lo cual concluyeron que el 62% de pacientes presento una depresión moderada, un 29% depresión leve y un 9% depresión severa, con una afección en la función física, y rol emocional, presentando limitaciones en sus actividades diarias y como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, el dolor como síntoma.

Diaz y Solis (2019), investigaron los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio V en un Hospital Estatal de nivel III-I de la ciudad de Chiclayo. Fue de tipo no experimental – descriptivo con 70 paciente a los cuales se les administro una ficha sociodemográfica, el Inventario de Depresión de Beck y El Inventario de Ansiedad de Beck; concluyendo que el 36% presento depresión moderada y el 51% ansiedad leve, lo cual se encuentra en relación al no poder realizar actividades cotidianas surgiendo sentimientos de inutilidad y frustración, al percibirse como carga para sus familiares.

Finalmente, a pesar de las investigaciones expuestas aún no se ha logrado investigar las dos variables en conjunto, por lo que se cree conveniente la realización de una investigación sobre la intimidad sexual y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo, a razón de que dicha relación interviene en el bienestar del paciente.

Con el fin de profundizar el conocimiento de ambas variables se plantean las diversas conceptualizaciones:

La intimidad sexual según Pantaleón y Sánchez (2000), es la unión que enriquece el proceso de compartir los pensamientos, sentimientos y experiencias personales de relevancia en los individuos, hacia alguien de importancia; llevando a generar una motivación mutua que se desencadenan en potenciales de gratificación de índole sexual, donde están inmersos las sensaciones físicas, que dan pase a la aceptación del otro, la reciprocidad, la comunicación, empatía y calidez; del mismo modo mediante el tiempo y la debida privacidad se intercambian cercanía emocional, admiración, deseo, apreciación, sensibilidad, devoción, respeto, entrega, pertenencia y confianza.

Además, para Mancillas (2006), la intimidad sexual implica también el encuentro con uno mismo y el encuentro con el conyugue, lo cual ayuda a generar una comprensión empática que se tiene de uno mismo y de la pareja para lograr encuentros sexuales de mayor carga y profundidad emocional; en dichos encuentros, los cuerpos pueden generar placer en la intimidad y un reforzamiento en la motivación, sexualidad, la auto conservación y la valoración de la autoestima.

Así mismo, García (2013), menciona que la intimidad sexual implica generar un vínculo de confianza y sentimientos de pertenencia con la pareja, esto es de tipo emocional, espiritual y de personalidad; incluyendo elementos como el amor y el acto de compartir creencias, pensamientos, sueños y una sexualidad. Dado esto la intimidad sexual que experimentan los cónyuges es más amplia que solo disfrutar del acto sexual y sentir placer.

Características de Intimida Sexual: La pareja es un espacio en donde, los que están inmersos experimentan intimidad, comprensión, soporte, cooperación, pasión, dando espacio al desarrollo personal de cada individuo, o por otro lado puede suceder todo lo contrario y llevar desde las desilusiones hasta las violaciones (Monguzzi, 2001)

Según Young (2000), refiere que dentro de la intimidad sexual se debe tener en cuenta el tiempo, el cual no puede ser definido con exactitud, todo dependerá de los miembros de la pareja, hasta que logren expresarse el uno con el otro con mayor carga emocional; para lo cual las caricias serán el medio de exploración de sus cuerpos en pro de conocerse mejor antes de los encuentros sexuales. Así mismo menciona la importancia de la sincronización del sentir de cada individuo, logrando así cortar la brecha entre las diferencias físicas y emocionales al ser hombre o mujer, mediante la comunicación oportuna, comprensión y la atención que manifieste cada cónyuge. Así los dos podrán explorar de la mano la vida sexual a su manera y por la evolución más natural que opten (Nogales y Bellotti, 1998). Es así como la intimidad sexual se dará, solo cuando, las dos personas cuenten con apertura a conocerse y ser capaces de ir abriendo sus mundos internos progresivamente para que exista un entendimiento mutuo entre ellas y generen así una dinámica del agrado y bienestar mutuo (Katherine, 2002). Por otro lado, se podría llegar a tener intimidad dentro de un encuentro sexual, como también se pueden dar uniones sexuales sin que exista intimidad de por medio; pero dentro de una relación donde existe una intimidad y esta es larga con sentimientos de compromiso, la actividad sexual que se dé, ha de ser más satisfactoria y reconfortante

que al darse con una persona de la que poco se sabe o se ha tenido intimidad (Nussbaum et al., 2011).

Según López (2010), una relación amorosa se inicia a partir de un enamoramiento en pareja y un deseo de intimidad sexual esto genera que se desarrolle una fuerte intimidad especial en la pareja, con la previa realización de auto confesiones, entendiéndose como una comunicación íntima, en la cual se expresan aspectos importantes y reservados. De tal manera que todo el intercambio de información que se manifiesta con el conyugue lleva a la pareja a un conocimiento mutuo donde el explorarse, consentirse y transmitirse afectividad mediante el acto sexual resulta ser satisfactorio; o puede ocurrir todo lo contrario, es así que la evaluación que realice cada conyugue de su satisfacción en las relaciones sexuales pueden oscilar entre lo positivo o negativo (Pantaleón y Sánchez, 2000).

Por otro lado, Monguzzi (2001), hace referencia a la pareja como un espacio en donde, los que están inmersos experimentan intimidad, comprensión, soporte, cooperación y pasión, dando espacio al desarrollo personal de cada individuo, o por otro lado puede suceder todo lo contrario y llevar desde las desilusiones hasta las violaciones. Ante lo cual Luhmann (1985), menciona que, en las relaciones íntimas, el amor y la valoración de las parejas al estar juntos con un contacto físico directo genera un tipo de comunicación especial y amorosa debido a que expresan emociones que no puede hacerlo de manera verbal. Sin embargo, para la mayoría de las personas le es suficiente que se satisfaga su necesidad sexual, siendo que en sus mentes no se encuentra la definición de intimidad (Bleichmar, 1999).

Por lo cual Wieman (2011), indica que la comunicación interpersonal es lo que permite a las parejas que expresen lo que significan el uno para el otro, la forma en la que irán o no evolucionando como sistema o se mantendrán en el mismo nivel de intensidad; siendo importante para esto, los componentes de comunicación apropiada y eficaz, dándose estos dos, se podrá pasar al goce en la relación; del mismo modo la comunicación también puede emitir información del tipo de relación que tengan con las personas o lo que se va generando de la relación todo dependerá de los sentimientos que emergen de las dos personas que se encuentra comunicando.

Así mismo se presentarán etapas del aumento de la intimidad, hasta llegar a la unión de la pareja. Según Wiemann (2011), en la primera parte se da la iniciación, la cual se detiene en el primer contacto y la comunicación es de forma no verbal; seguido se da la experimentación, es decir pensar en la probabilidad de generar una amistad, donde haya una comunicación verbal de manera mínima y basarse en recabar información, sin lastimar ni ser irrespetuoso al indagar en la vida del otro, la mayoría de relaciones se estanca en esta parte, al requerir en las siguientes fases un nivel más amplio de compromiso. Pero si se llega al compromiso requerido se pasa a la segunda parte, a la cual Wieman (2011) denomino como la intensificación, donde la pareja se empiezan a descubrir con mayor intensidad, empezando a hablarse de una comunicación íntima, con sueños, miedos y vergüenzas es así que el grado de confianza generara una relación con mayor estabilidad; seguido de la integración donde las decisiones se toman en conjunto, al mantener una sincronizada comunicación verbal y no verbal, siendo interdependientes; y como última parte tenemos el enlace, el cual es manifestado a

través de un ritual público, por el cual la pareja asume el futuro de la pareja como algo real.

Dimensiones de Intimidad Sexual: Según Pantaleón y Sánchez (2000), el contacto físico y la confianza, incluye sentidos de calidez, confianza y juego, que lleva el vínculo físico, que se establece entre los conyugues durante el contacto sexual para poder brindarse delicadeza y coincidir en el encuentro íntimo, generándose un encuentro con uno mismo, al sustentarse en el conocimiento del yo para poder definir, aceptar y expresar lo que es de agrado propio y lo que no, dentro de un acto en conjunto con la pareja. A su vez según Cutrer y Glahn (1999), es necesario comprender los periodos fisiológicos y anatómicos de las respuestas que brinda el organismo y a su vez ser consciente del empleo de los sentidos y comunicar lo que el cuerpo siente o percibe hacia una persona en la cual depositamos una confianza.

El segundo factor es la autodivulgación y satisfacción sexual; la cual integra la gratificación, espacio y reforzamiento que se dan en el proceso de la comunicación (Pantaleón y Sánchez, 2000), dado que es una de las áreas que requiere más interés por ser vital para el funcionamiento del sistema de los cónyuges (Martínez y Ballesteros, 1998).

El tercer factor es gusto y bienestar mutuo, donde se conjuga la empatía, calidez y reciprocidad que dan felicidad personal y de pareja durante el encuentro sexual, en un tiempo y espacio correspondiente (Pantaleón y Sánchez, 2000), por lo cual la manera

de expresarse sexualmente es un reflejo de cómo se valora la persona, de cómo valora la persona a su pareja y de cómo la pareja valora a la persona (García, 2013).

El cuarto factor es la ternura, que surge desde el compartir con el otro, la devoción hasta la propia ternura en lo físico y lo sentimental (Pantaleón y Sánchez, 2000). Por lo contrario, la ausencia prolongada de ternura en una relación sexual disminuye el placer sensual y con éste, la satisfacción sexual (García, 2013).

El quinto factor es la expresión de amor, donde se mezcla la admiración, sensibilidad y lazo afectivo que llevan a la pareja a una mejor percepción en la relación con su conyugue (Pantaleón y Sánchez, 2000).

El sexto factor es el contacto emocional, integra la experiencia, comunicación, entrega y cercanía afectiva que las parejas experimentan en el encuentro (Pantaleón y Sánchez, 2000).

El séptimo factor son las caricias dado por la sensibilidad, activación de los sentidos, calidez y privacidad en donde la pareja intercambia mimos mediante el sentido del tacto mostrando su aceptación mutua y atracción (Pantaleón y Sánchez, 2000).

El octavo factor es el deseo, referido al apetito sexual y pasional que se evidencia en la pareja (Pantaleón y Sánchez, 2000); por tal motivo, el sexo será más enriquecedor cuando esté lleno de erotismo, es así que en la vida de los conyugues el sexo se puede

convertir en algo monótono, y para esto el erotismo desarrollado ha de provocar que la pareja esté satisfecha (García, 2013).

Teoría Triangular del Amor: La teoría triangular del amor intenta explicar de manera general los aspectos estructurales como la dinámica de estos y las expresiones o tipos de amor; para lo cual se señalan tres componentes fundamentales como: Intimidad, Pasión y Compromiso, los cuales sumados en vértices supondrían un triángulo, dando así la idea de que el área de dicho triángulo definirá la intensidad y el equilibrio de los elementos mencionados, para lo cual este triángulo variaría de forma según los aspectos que sienten los miembros de la relación (Kusnetzoff, 2000); para lo cual los conceptos de intimidad, compromiso y pasión, según la teoría triangular son:

- Según Sternberg (2000), la intimidad se destaca por ser la capacidad de compartir sentimientos, confianza, sentirse en compañía y tener conocimiento de que el otro tiene los mismos intereses en la relación que mantienen; este primer componente se relaciona con otros sentimientos que fomentan el acercamiento, el vínculo y la conexión con el otro, y como desenlace la persona manifiesta el deseo de promover el bienestar de quien ama, lo que genera sentimientos de felicidad, respeto, entendimiento, apoyo y comunicación. Del mismo modo, Nussbaum et al. (2011), mencionan que la intimidad es entendida como un sentimiento que va por encima de la confianza, soporte y bienestar; que es posible llegar por medio de las interacciones que dan gratificación a las relaciones de mayor relevancia que mantenga la persona; dicho esto la intimidad no se puede obtener de manera individual si no que se requiere de las interacciones que se tenga con los demás.

- Según Sternberg (2000), la pasión está ligado con la sexualidad, es decir que existe un estado de intenso deseo de unión a la otra persona, donde se ponen en manifiesto expresiones de deseo y necesidades, como son la autoestima, entrega, sumisión y satisfacción sexual, lo cual implica el erotismo y placer. Por lo cual debemos entender que la actividad sexual, es una respuesta fisiológica humana a los estímulos sexuales, que consta de una magnitud y durabilidad dependiendo al individuo (Gorguet 2008). Los mecanismos que guían la sexualidad están inscritos en el sistema genético, situados en el sistema nervioso ya que se nace con una predeterminación al descubrimiento y realización de estos, por lo que a su vez también colaboran con la mejoría del funcionamiento del organismo humano (Acevedo, et al. 2007).
- Según Kusnetzoff (2000), el compromiso implica dos aspectos, el primero a corto plazo referido por ser la decisión de amar a otra persona siendo conscientes de todo lo que implica el paso a dar; y la segunda a largo plazo el cual es el compromiso por mantener el amor que en un principio llevo a tomar la decisión.

La depresión según Beck et al. (2012), está basada en tres conceptos: los esquemas cognitivos, los errores en el procesamiento de la información y la triada cognitiva (formada por conceptos negativos de uno mismo, el futuro y el mundo que le rodea).

Para la Organización Mundial de la Salud (2020), la depresión es un trastorno mental que presenta una serie de sintomatología como; la presencia de la tristeza, la pérdida del placer o la pérdida del apetito, los sentimientos de culpa, la falta de autoestima, los

trastornos del sueño, sensación de cansancio y la falta de concentración. Además, cuando es crónica o recurrente dificulta el desempeño del trabajo, la escuela y el afrontamiento de la vida cotidiana; así mismo al presentarse de forma grave la depresión puede conducir al suicidio, pero si es leve se puede manejar sin medicamentos y solo con psicoterapia profesional.

De la misma manera Rojas (1979), define a la depresión como un trastorno del estado afectivo que se caracteriza por una baja apreciación del yo, que se manifiesta con la baja autoestima abarcando los sentimientos de soledad que suelen ser: la decepción y la preocupación por el aspecto físico; además abarca el sentimiento de culpa con deseo de morir, presentando una pérdida de expresión del humor, del interés, de la energía, de la fuerza y del gusto por vivir.

Según el modelo de Blatt, se agrega que la depresión está ligada con la distorsión fundamental del self, debido a que afecta a las tres dimensiones básicas que son la afectiva, intencional y auto reflexiva, siendo estas dimensiones importantes para la realización de actividades (Baltt y Bers, 1993, como se citó en Sánchez 2016).

Sintomatología de la Depresión: El paciente con depresión, a menudo reporta una diversidad de síntomas siendo esto el resultado de la compleja interacción entre sistemas (Rodes y Costa, 1997), síntomas Cognitivos, alteración en la atención selectiva y concentración, estado de alerta y orientación, memoria, flexibilidad mental, flujo del pensamiento, planeación y toma de decisiones. Síntomas Afectivos, alteración en los estados de ánimo, su estabilidad emocional, influye el tono de voz,

su vitalidad, disminución de las relaciones sociales y expresiones afectivas o cariño, con pensamientos sobre la muerte, baja autoestima, baja motivación e interés y menor capacidad de disfrutar. Síntomas Somáticos, malestar generalizado o dolores físicos, cansancio inadecuado a la actividad realizada, tensión muscular, falta de energía y sistema inmune debilitado.

Para Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 (2000), el diagnóstico de depresión es básicamente clínico, para lo cual se tiene que tomar en cuenta el cumplimiento de los síntomas de cada uno de los criterios (A, B, C) los cuales dependerá del nivel en el que se presente la depresión siendo estos leve, moderado o grave:

- A. Criterios generales de la Depresión: Un tiempo mínimo de 2 semanas, no existen síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de esos episodios. Y criterio de exclusión, no deberse al consumo de alguna sustancia psicoactiva o de trastorno mental orgánico.
- B. Síntomas principales: humor depresivo, perdida de interés, disminución o ausencia de placer y disminución o ausencia de energía.
- C. Síntomas accesorios o secundarios: pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o conducta suicida, menor capacidad de pensar o concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz, agitación o enlentecimiento, alteración del sueño y cambio del apetito, con un aumento o disminución del peso.

Del mismo modo Beck et al.(2012), hace mención a los síntomas que se desencadena en un nivel importante en la depresión los cuales son: la falta de interés por generar nuevos vínculos sociales y el desentendimiento de los ya existentes; así como también la falta de plantearse metas a futuro, generar nuevos proyectos tanto en la vida personal como en la profesional; físicamente se produce en mayor o menor intensidad, una caída brusca de la tensión neuromuscular que implica por consecuencia una reducción de la actividad física y el movimiento en general tanto en lo físico como en lo psíquico, en cuanto al aspecto físico se denota el desaliño en la presentación, falta de cuidado personal y las postergaciones; en lo emocional tenemos un nivel de ansiedad elevado, desanimo, fácil irritabilidad, susceptible a su entorno y sentimientos de impotencia, falta de autoconfianza y baja autoestima; e intelectualmente se produce una disminución del nivel atencional, dificultad para concentrarse y poco interés por el aprendizaje.

Clasificación de la Depresión: Según DSM-V (2017), la clasificación de los trastornos del estado de ánimo, están sub-dividido en:

- Episodio depresivo mayor, para ser considerado como tal, debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de un deterioro social, laboral y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades; además se tendrá que identificar cuatro síntomas adicionales, como la pérdida en el apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para considerarse un episodio depresivo mayor, los síntomas deben

de haber empeorado y mantenerse la mayor parte del día, durante al menos dos semanas consecutivas.

- Trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.
- Trastorno distímico, que se caracteriza porque habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, dentro de los dos años junto con otros síntomas depresivos que no incluyan los criterios del trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo no especificado; incluye los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Teoría Cognitiva de la Depresión: Beck et al. (2012), plantea que el área cognitiva es una parte racional que precede y provoca los síntomas afectivos, dando a entender que los pensamientos positivos o negativos son parte importante y destacable de la depresión. Esta teoría involucra tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión.

Triada cognitiva: Consiste en patrones cognitivos que inducen al paciente a reconsiderarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático (Beck et al., 2012):

- Visión negativa o degenerativa del paciente acerca de sí mismo, en donde se observa de una manera desafortunada, torpe, enferma y relaciona la enfermedad y sus experiencias desagradables como un defecto de tipo psíquico, moral y físico.
- El segundo componente generaliza la mayoría de sucesos en su vida de manera degenerativa y las observa como obstáculos insuperables, incapaz de alcanzar metas u objetivos. Su interacción social la realiza e interpreta en forma de frustración, desaminada y derrota.
- El tercer componente de esta triada se centra en la visión negativa del futuro, siendo que la mayoría de las personas depresivas se forja metas o proyectos a largo plazo sus expectativas suelen anticiparse a la pena, sufrimiento o fracasos.

Organización estructural del pensamiento depresivo: Según Beck et al. (2012), son los esquemas referidos a la manera que se estructura el pensamiento depresivo; así mismo los patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad y las formas de interpretar cada situación de acuerdo con una experiencia que se haya tenido, se ven influenciados. El esquema se define como una base en el cual le permite a una persona enfrentarse a una circunstancia, ya que permite transformar los datos en condiciones, permitiendo localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. En el caso de la depresión las personas lo conceptualizan como determinados sucesos que se distorsionan de tal modo que se ajustan esquemas inadecuados e irracionales. Estos esquemas hacen que la persona pierda gran parte de control voluntario sobre su proceso de pensamiento y por tanto se muestre incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. Existen tres instancias dentro de los sistemas:

- Creencias centrales; estas se refieren a los esquemas y a las formas de pensamientos que se encuentran muy arraigados de tal manera que se asuman como ciertos, estos determinan el modo en que la persona se define o se muestra frente al mundo, lo interpreta y reacciona ante él.
- Creencias intermedias; lo cual implica las reglas, actitudes y presunciones que se derivan de las creencias centrales.
- Los pensamientos automáticos; son la manifestación inconsciente de las creencias centrales e intermedias, las cuales aparecen siempre ante un estímulo específico, pero ya conocido desde antes, que predisponen al sujeto a reaccionar de esa manera.

Así mismo, una clasificación propuesta por Clark y Beck (1999), exponen cinco tipos de esquemas.

- Esquema cognitivo-conductuales; para la teoría cognitiva de la depresión, este tipo de esquemas juegan un rol de particular importancia, lo definen como el procesamiento e interpretación de la información, de las creencias intermedias y las creencias nucleares que involucran también las representaciones del self, las metas futuras y los valores.
- Esquemas afectivos; se encargan de la percepción e interpretación de las experiencias afectivas, que permite la activación de los diversos estados afectivos.
- Esquemas fisiológicos; estos se encargan de interpretar los estímulos físicos que provienen de la musculatura y de las vísceras
- Esquemas conductuales; lo cual interpreta las diversas respuestas motoras y su relación con las respuestas actitudinales.

- Esquema motivacional; interpreta los impulsos automáticos e involuntarios, haciendo énfasis en las metas personales.

El paciente con depresión a menudo reporta quejas tanto de componentes afectivos y somáticos como cognitivos, esta diversidad de síntomas es el resultado de la compleja interacción entre sistemas (Rodes y Costa, 1997).

Errores en el procesamiento de información: según Beck et al. (2012), este aspecto se manifiesta en errores sistemáticos debido a que se mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos:

- Indiferencia Arbitraria; las ideas que se adelanta a emitir son conclusiones sin tener evidencias que apoyen dicha conclusión.
- Abstracción selectiva; involucra la concentración en un estímulo extraído fuera del contexto, ignorando otras acciones más relevantes y se basa conceptualizar solo ese fragmento.
- Generalización excesiva; conclusión que se toma a partir de hechos aislados y aplica ese concepto a diversas situaciones que no tienen conexión.
- La Maximización o Minimización; de los errores cometidos al evaluar un evento, el cual distorsiona.
- Personalización; atribuye fenómenos externos como suyos, donde no existe una base para la conexión.
- Pensamiento Absolutista; clasifica las experiencias en categorías opuestas y suele optar por el extremo negativo.

La insuficiencia renal crónica según Cukor et al. (2007), ha tenido mayor incidencia y prevalencia en los últimos años afectando la pérdida progresiva del funcionamiento de los riñones, las causas pueden ser muchas pero la que sobresale es la diabetes, a esto también se le relaciona las infecciones renales, enfermedades tubulares, la hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

Hidalgo y Montalvo (2016), explican que al fallar los riñones los residuos del organismo se acumulan en la sangre y generan malestares con mucha intensidad como náuseas, fatiga, vómitos, pérdida de apetito, picores y alteraciones en el sueño. Ante lo cual Bricker, Morrin y Wesley (1960) mencionan que, en un estadio terminal, la insuficiencia renal crónica, resulta siendo incompatible con la vida, a razón del conjunto de síntomas y signos denominado uremia que es progresivo e irreversible.

Como señala López (2007), lo más común es que el paciente tenga miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo, a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte. Debido a esto Cukor et al. (2007), explican que los pacientes con insuficiencia renal o que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva, enfrentan o han pasado por muchas pérdidas y la depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía.

El paciente con insuficiencia renal crónica usualmente recibe un tratamiento denominado hemodiálisis el cual generalmente es invasivo, pero indispensable para mantener estable físicamente al paciente; al ser utilizado como método de sustitución

de la función renal, este tratamiento consiste en hacer circular la sangre, desde una de las arterias del paciente, a través de una máquina por medio un acceso vascular; este acceso puede ser una fístula arteriovenosa, o también llamada catéter vascular, de esta forma permitirá la circulación de un gran flujo de sangre hacia al dializador o filtro. Su objetivo es canalizar la sangre para que sea liberada de toxinas y retorne al organismo de manera limpia (Pereira et al, 2017).

Debido a que el tratamiento se realiza tres veces por semana o en algunos casos de manera diaria, el paciente presentará un deterioro físico, implicando la desnutrición debido a la elimina nutrientes que se produce, así también se genera insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de los pies y tobillos y mal sabor en la boca. Todo esto afecta significativamente su estilo de vida y genera limitación en sus relaciones sociales, familiares y laborales (Pérez, Llamas y Leid, 2005). Los pacientes que antes disponían de una calidad de vida adecuada o satisfactoria en los momentos de recibir el tratamiento dejan de lado el trabajo a tiempo completo, lo cual representa un problema de índole económico, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, además estresores que irán apareciendo por los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento (Alcántara, 2008).

Para Hidalgo y Montano (2016), la apariencia física en pacientes con un tratamiento de hemodiálisis se ve comprometido por los efectos secundarios y los cambio que se producen debido a la fistula o el catéter que altera la forma de vestir al tener a veces que ponerse encima la ropa para ocultar estas zonas; esta apariencia afecta también en

la sexualidad de los pacientes al generar una imagen negativa de su cuerpo, lo que conlleva problemas con sus relaciones de pareja y en las relaciones sexuales y de intimidad.

Del mismo modo Hidalgo y Montano (2016) mencionan que el periodo de aceptación es largo, por lo cual en el primero año siempre se presentará el desánimo, decepción, la tristeza, pero conforme pase el tiempo el paciente con insuficiencia renal va adaptándose de manera progresiva; el apoyo para el paciente es de gran importancia debido a los cambios frecuentes que se presentan y los fuertes cambios de ánimo. La familia debe ser la más implicada para ayudar a manejar las emociones que son muchas veces estresores, dado que su apoyo generará seguridad y estabilidad al paciente; por lo que el objetivo del afrontamiento es adaptar las condiciones ambientales, tolerar lo negativo, mantener la autoimagen de manera positiva, mantener la estabilidad emocional y asimismo mantener las relaciones interpersonales como facilitadores de expresiones y de sentimientos.

De tal manera que, ante la información brindada, se evidencia la necesidad de una investigación entre las dos variables de intimidad sexual y depresión a nivel de la ciudad de Trujillo, al presentar que según la teoría explorada, no existen estudios que puedan evidenciar una relación entre la intimidad sexual y el trastorno depresivo, y de menor ubicación en pacientes con enfermedades renales crónicas, dicho esto, esta investigación pretende minorar un vacío teórico desde el punto psicológico.

Por otro lado, es preocupante el aumento de casos concernientes a pacientes con insuficiencia renal crónica y como esta enfermedad ha desencadenado en el desgaste de sus ganas de vivir, socializar, estado anímico, problemas conyugales, desgaste físico y baja autoestima; por tal motivo en los últimos años ha pasado a considerarse una enfermedad catastrófica (Montenegro y Ponce 2014). Por lo expuesto se cree conveniente el estudio de dos variables que, si bien no engloban todos los aspectos implicados en la enfermedad, parten de uno importante como es la intimidad sexual, desde un concepto del ser sexuado y sociable, necesitado del otro para un bienestar íntegro, y cómo este influye en el progreso o estancamiento del trastorno depresivo, el cual desde ya se hace notar en dichos pacientes por su cambio radical de vida y dependencia total o parcial de un tratamiento invasivo de por vida.

Del mismo modo, en el ámbito metodológico, se hallará las evidencias de validez del instrumento a utilizar denominado Escala de Intimidad Sexual en la pareja, de la autora Pantaleón y Sánchez (2000) creado en México; dando así un aporte académico para que se pueda contar con un mayor manejo de instrumentos de medición de la conducta, en nuestra localidad.

Finalmente, con los resultados obtenidos del presente estudio se aportarán conocimientos, experiencias y antecedentes a la institución en la cual se realizará la investigación, para que de esta manera se pueda brindar un apoyo en la toma de decisiones terapéuticas en relación al estado de salud y cómo abordar los temas que se tratarán y contribuir con una mejor atención integral con calidad.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la Intimidad sexual y la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la intimidad sexual y la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la dimensión contacto físico y confianza de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- Establecer la relación entre la dimensión autodivulgación y satisfacción de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo
- Establecer la relación entre la dimensión gusto y bienestar mutuo de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- Establecer la relación entre la dimensión ternura de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.

- Establecer la relación entre la dimensión expresión de amor de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- Establecer la relación entre la dimensión contacto emocional de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- Establecer la relación entre la dimensión caricias de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- Establecer la relación entre la dimensión deseo de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Existe relación inversa entre la intimidad sexual y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.

1.4.2. Hipótesis específicas

- H1: Existe relación entre la dimensión contacto físico y confianza de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- H2: Existe relación entre la dimensión autodivulgación y satisfacción de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo
- H3: Existe relación entre la dimensión gusto y bienestar mutuo de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- H4: Existe relación entre la dimensión ternura de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- H5: Existe relación entre la dimensión expresión de amor de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- H6: Existe relación entre la dimensión contacto emocional de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.

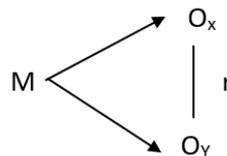
- H7: Existe relación entre la dimensión caricias de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.
- H8: Existe relación entre la dimensión deseo de la intimidad sexual con las dimensiones de la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio no experimental, de tipo transversal correlacional; al no manipularse las variables y solo recaudar información de los fenómenos en su ambiente natural. Además, se evalúa el grado de asociación entre dos variables, para lo cual se miden cada una de ellas y después se cuantifica y analiza la vinculación, así se puede establecer una relación o grado de asociación entre las dos variables que pueda existir de una misma población; dado esto dicha correlación se puede obtener de manera positiva o negativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Siendo el diagrama el siguiente.



Dónde:

M: Población

Ox: Intimidad sexual en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Oy: Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica.

r: Relación entre la insuficiencia renal crónica y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica.

2.2. Población y muestra (Materiales, instrumentos y métodos)

La población tuvo como participantes a 202 pacientes con insuficiencia renal crónica que mantenían una relación de conyugal, recibían tratamiento de hemodiálisis y a su vez asistían con regularidad a las clínicas pertenecientes a una corporación privada en el distrito de Trujillo en el 2017.

Así mismo, mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, donde se utilizó la fórmula estadística de Cochran, cuyo nivel de confianza es de 95% con una probabilidad de error de 5%; se determinó que la muestra a utilizar estaría conformada por 133 pacientes con insuficiencia renal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), que mantengan una relación conyugal, sean mayores de 18 años, reciban tratamiento de hemodiálisis y a su vez asistan con regularidad a las clínicas pertenecientes a una corporación privada en el distrito de Trujillo.

Criterio de Inclusión

- Pacientes que tengan la enfermedad de insuficiencia renal crónica.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que reciban tratamiento de hemodiálisis en las clínicas de una corporación en el distrito de Trujillo.
- Pacientes que se encuentren en una relación de pareja.
- Personas que acepten participar de manera voluntaria mediante un consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que reciban un tratamiento diferente al de la hemodiálisis para la enfermedad de insuficiencia renal crónica.

- Pacientes que reciban tratamiento de hemodiálisis en hospitales en el distrito de Trujillo.
- Pacientes que recién inicien el tratamiento de hemodiálisis.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

Técnica

En la presente investigación se utilizó la técnica de la entrevista, que permite mediante una interacción individualizada y siguiendo un lineamiento de preguntas estandarizadas por los cuestionarios, obtener información específica de las variables que forman parte de nuestra problemática (López- Roldán y Fachelli, 2015).

V1: Escala de Intimidad Sexual en Pareja

Ficha Técnica:

Este instrumento tiene como autores a Pantaleón y Sánchez y fue creado en 2000, el primer estudio se llevó a cabo con 152 parejas voluntarias, que tenían un tiempo de relación de 1 a 34 años y con un rango de 15 a 64 años; este instrumento tiene como objetivo evaluar la presencia de la intimidad sexual y está basada en la teoría Triangular del amor y la conceptualización de las autoras con respecto a la intimidad sexual.

Esta escala puede ser aplicada en parejas con más de un año de relación y de edades entre los 15 a 64 años; se aplica de manera oral o escrita, de forma individual o colectiva y consta de 91 ítems; los cuales se califican según la escala de tipo Lickert con cinco posibilidades de respuesta (que van de un total acuerdo a un total desacuerdo), lo que permite evaluar las ocho dimensiones (contacto físico, auto

divulgación y satisfacción sexual, gusto y bienestar mutuo, ternura, expresión de amor, contacto emocional, caricias, deseos).

Para el instrumento, en su versión original, se realizó un análisis de frecuencia de la serie de reactivos significados de 25 dimensiones y se encontró que, de los 154 reactivos diseñados originalmente, 91 discriminaron y solo dos dimensiones (juego y espacio) fueron omitidas por no constituirse en dimensiones claras. Se realizó un análisis factorial obteniendo 13 factores con valor propio mayor de 1, que explicaron 76.3% de la varianza. De estos factores, se tomaron en consideración los primeros 8 que explicaron 70.55% de la varianza: Se incluyeron los reactivos que tenían la carga factorial mínima de 0.390. Por otro lado, para fines de la investigación se realizó una correlación ítem-factor de las dimensiones de la Escala de Intimidad Sexual y a su vez la correlación de ítem- test dando como resultado que en su totalidad la validez supera el 0.20; en México en el año 2000. Asimismo, para la confiabilidad se observó que según el Alfa de Cronbach la consistencia interna varia de 0.942 a 0.987 en las ocho dimensiones y en cuanto a la escala total presenta un coeficiente de 0.996.

V2: Inventario de Depresión de Beck (BDI – II)

Ficha Técnica:

Este instrumento tiene como autores a Beck, A; Steer R y Brown, G y fue creado en 1996, comenzando a emplearse en un estudio experimental con 44 pacientes externos que acudieron a consulta por iniciativa propia, quienes cumplían con los criterios establecidos para el diagnóstico de neurosis depresivas y presentaron como resultado una depresión moderada intensa; es así que el inventario tiene como objetivo

identificar y medir la gravedad sintomatología de la depresión, con base en la Teoría Cognitiva de la Depresión.

El inventario puede ser utilizado en adultos y adolescentes que superen los 13 años de edad; se aplica de manera oral u escrita en el ámbito clínico de forma individual y colectiva; cada ítem se valora de 0 a 3 puntos según como se ha sentido el evaluado en los últimos 21 días, dicha puntuación se deberá sumar directamente y se obtiene una general que puede variar de 0 a 63. Cuenta con un total de 21 ítems que pretenden evaluar las cinco áreas: afectividad, motivacional, cognitiva, conductual y física.

La versión original de la prueba tiene una confiabilidad evaluada con la fórmula de Cronbach de 0.93 en una muestra de estudiantes universitarios de los Estados Unidos y 0.92 en pacientes psiquiátricos de dicho país. Además, tiene cociente de estabilidad por medio del método test-retest de 0.93 en EE.UU. (Beck, 2006).

En Perú Guillen y Ordoñez (2017), llevaron a cabo un estudio de confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck (IDB- II) en el Hospital Militar Central, para lo cual se contó con 15 pacientes con depresión, luego se realizó un retest, siendo 0,80 el coeficiente; posteriormente con los datos de la primera aplicación se calculó la consistencia interna con el Alfa de Cronbach, obteniendo 0,81 de coeficiente.

Asimismo, Diaz y Solis (2019), realizaron el proceso de validez del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II) con 30 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, mediante el proceso de correlación ítems-test, aplicando Pearson, ante lo cual obtuvieron que el índice de discriminación de cada reactivo era mayor a 0.2; así mismo utilizaron el método de consistencia interna aplicando el Coeficiente de Alfa de Cronbach, donde

obtuvieron un 0.871 de confiabilidad. Además, para fines de la investigación se realizó una correlación ítem-factor e ítem- test en relación al Inventario de Depresión de Beck (IDB-II) dando como resultado que en su totalidad la validez supera el 0.20. Por otro lado, para la confiabilidad se observó que según el Alfa de Cronbach la consistencia interna varia de 0.400 a 0.854 en las dimensiones y para la escala total presenta un coeficiente de 0.906.

2.4. Procedimiento

El desarrollo de la investigación se inició con la búsqueda de instrumentos psicométricos que midan los niveles de intimidad sexual en parejas y los niveles de los síntomas de depresión. Luego de haber encontrado los instrumentos se los aplicó en una muestra de pacientes con insuficiencia renal crónica, previa coordinación con el personal psicológico de las clínicas pertenecientes a la corporación, en dicha muestra se comprobó la validez, confiabilidad de cada reactivo y de manera general, para poder estandarizarlo en la sociedad local. Por otro lado, para el procedimiento estadístico, al ser de tipo ordinal, se trabajó con el coeficiente de correlación de Spearman; así mismo con toda la información que se recolecto con los instrumentos, se pasó a realizar el procesamiento mediante el programa de IBM.SPSS Statistics. Versión 23.0 y los resultados se mostraron en tablas de doble entrada, con numeraciones y porcentajes. De tal manera se examinó si existe correlación entre las variables con Spearman, que midió el grado de asociación entre las variables del estudio, teniendo en cuenta el tamaño del efecto para comprobar si dicho tamaño es significativo.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Tabla 1

Correlación entre intimidad sexual y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | | Muestra total (N=133) | | |
|------------------|-----------|-----------------------|-------|-------|
| | | r_s | IC | |
| | | | LI | LS |
| Intimidad Sexual | Depresión | -.488 | -.608 | -.347 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 1, se observa la existencia de una correlación negativa de tamaño del efecto mediano entre intimidad sexual y depresión en la muestra total.

Tabla 2

Correlación entre contacto físico y confianza con las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | Muestra total (N=133) | | |
|-------------------|-----------------------|-------|-------|
| | r_s | IC | |
| | | LI | LS |
| Área Afectiva | -.392 | -.527 | -.238 |
| Área Motivacional | -.311 | -.457 | -.149 |
| Área Cognitiva | -.455 | -.580 | -.309 |
| Área Conductual | -.419 | -.550 | -.268 |
| Área Física | -.397 | -.531 | -.243 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 2, se observa una relación inversa de un tamaño del efecto mediano entre la dimensión contacto físico y confianza con todas dimensiones de la depresión.

Tabla 3

Correlación entre Autodivulgación y satisfacción sexual con las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | Muestra total (N=133) | | |
|-------------------|-----------------------|--------|--------|
| | r _s | IC | |
| | | LI | LS |
| Área Afectiva | -0.370 | -0.508 | -0.213 |
| Área Motivacional | -0.292 | -0.440 | -0.128 |
| Área Cognitiva | -0.433 | -0.562 | -0.284 |
| Área Conductual | -0.384 | -0.520 | -0.229 |
| Área Física | -0.397 | -0.531 | -0.243 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 3, se observa relación inversa de tamaño del efecto mediano, entre la dimensión autodivulgación y satisfacción sexual con las dimensiones de área afectiva, área cognitiva, área conductual y área física, por otro lado, el un tamaño del efecto pequeño con el área motivacional.

Tabla 4

Correlación entre gusto y bienestar mutuo con las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | | Muestra total (N=133) | | |
|-------------------------|-------------------|-----------------------|-------|-------|
| | | r_s | IC | |
| | | | LI | LS |
| | Área Afectiva | -.413 | -.545 | -.261 |
| | Área Motivacional | -.338 | -.481 | -.178 |
| Gusto y bienestar mutuo | Área Cognitiva | -.461 | -.585 | -.316 |
| | Área Conductual | -.431 | -.560 | -.281 |
| | Área Física | -.382 | -.519 | -.227 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 4, se observa una relación inversa de tamaño del efecto mediano entre la dimensión gusto y bienestar mutuo con todas dimensiones de la depresión.

Tabla 5

Correlación entre Ternura con las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | | Muestra total (N=133) | | |
|-----------|-------------------|-----------------------|-------|-------|
| | | r_s | IC | |
| | | | LI | LS |
| Ternura | Área Afectiva | -.397 | -.479 | -.308 |
| | Área Motivacional | -.300 | -.390 | -.205 |
| | Área Cognitiva | -.467 | -.543 | -.384 |
| | Área Conductual | -.411 | -.492 | -.323 |
| | Área Física | -.341 | -.428 | -.248 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 5, se observa relación inversa de tamaño del efecto mediano entre la dimensión ternura con el área afectiva, área cognitiva, área conductual y área física, por otro lado, existe un tamaño del efecto pequeño en relación al área motivacional de las dimensiones de la depresión.

Tabla 6

Correlación entre Expresión de amor con las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | | Muestra total (N=133) | | |
|-------------------|-------------------|-----------------------|-------|-------|
| | | r_s | IC | |
| | | | LI | LS |
| Expresión de Amor | Área Afectiva | -.410 | -.491 | -.322 |
| | Área Motivacional | -.355 | -.441 | -.263 |
| | Área Cognitiva | -.482 | -.556 | -.400 |
| | Área Conductual | -.437 | -.516 | -.351 |
| | Área Física | -.403 | -.485 | -.314 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 6, se observa relación inversa de tamaño del efecto mediano entre la dimensión expresión de amor con todas dimensiones de la depresión.

Tabla 7

Correlación entre contacto emocional con las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | | Muestra total (N=133) | | |
|--------------------|-------------------|-----------------------|-------|-------|
| | | r_s | IC | |
| | | | LI | LS |
| Contacto emocional | Área Afectiva | -.305 | -.394 | -.210 |
| | Área Motivacional | -.292 | -.382 | -.196 |
| | Área Cognitiva | -.404 | -.486 | -.315 |
| | Área Conductual | -.356 | -.442 | -.264 |
| | Área Física | -.431 | -.510 | -.344 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 7, se observa relación inversa de tamaño del efecto mediano entre la dimensión contacto emocional con las dimensiones de área cognitiva, área conductual y área física de la depresión; por otro lado, con el área motivacional y área afectiva se evidencio un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 8

Correlación entre caricias con las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | | Muestra total (N=133) | | |
|-----------|-------------------|-----------------------|-------|-------|
| | | r_s | IC | |
| | | | LI | LS |
| Caricias | Área Afectiva | -.375 | -.459 | -.284 |
| | Área Motivacional | -.313 | -.402 | -.218 |
| | Área Cognitiva | -.449 | -.527 | -.364 |
| | Área Conductual | -.406 | -.488 | -.317 |
| | Área Física | -.374 | -.458 | -.283 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 8, se observa relación inversa de tamaño del efecto mediano entre la dimensión caricias con todas dimensiones de la depresión.

Tabla 9

Correlación entre Deseos con las dimensiones de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Variables | | Muestra total (N=133) | | |
|-----------|-------------------|-----------------------|-------|-------|
| | | r _s | IC | |
| | | | LI | LS |
| Deseos | Área Afectiva | -.340 | -.427 | -.247 |
| | Área Motivacional | -.269 | -.361 | -.172 |
| | Área Cognitiva | -.374 | -.458 | -.283 |
| | Área Conductual | -.304 | -.394 | -.209 |
| | Área Física | -.410 | -.491 | -.322 |

Nota: N=Muestra; r_s =Coeficiente de correlación de Spearman.

En la tabla 9, se observa relación inversa de tamaño del efecto mediano entre la dimensión contacto emocional con las dimensiones de área afectiva, área cognitiva, área conductual y área física de la depresión; por otro lado, en el área motivacional y el área conductual se evidencio un tamaño del efecto pequeño con respecto a la dimensión de contacto emocional de la variable de intimidad sexual.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos entre la intimidad sexual y la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo; se dará a conocer en los siguientes párrafos, el análisis de los resultados constatados con la información recaudada.

Se acepta la hipótesis general, al encontrarse correlaciones inversas con un tamaño del efecto mediano entre la intimidad sexual y la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica; lo cual evidencia que mientras menor sea la unión entre los pacientes con insuficiencia renal crónica y sus parejas, donde se comparten sentimientos, pensamientos y experiencias de sus sensaciones físicas que produce el acercamiento y dan gratificación, cercanía emocional, sensibilidad, entrega, pertenencia, confianza, comunicación y deseo, mayor será la percepción negativa de los síntomas que se reflejan en la área física, área motivacional, área afectiva, área cognitiva y área conductual de la depresión. Esto se ve corroborado por Verschuren et al. (2010), al mencionar que, el funcionamiento general de los pacientes afecta en su intimidad sexual por el distanciamiento emocional, menor confianza, problemas sexuales, insatisfacción sexual, disminución de atractivo físico, falta de afecto, menor contacto físico, pérdida de interés y placer, los pacientes llegarían a desarrollar episodios depresivos. Lo expuesto anteriormente refuerza, que el paciente con insuficiencia renal crónica, al no encontrar su valoración y percepción en buen estado consigo mismo, por los esquemas mentales con errores en el procesamiento de la

información como maximización, pensamiento absolutista y generalización excesiva que se han forjado en base a sus vivencias y experiencias (Beck et al. 2012), perciba que los síntomas de las distintas áreas de la depresión toman mayor posicionamiento en su vida al no poder vivenciar una adecuada intimidad sexual y sienta que en este ámbito él está perdiendo protagonismo o incluso haya perdido interés.

Por otro lado, se acepta la hipótesis específica 1; donde se encontró una relación inversa con tamaño del efecto mediano en la dimensión de contacto físico y confianza con las dimensiones de la depresión. Lo cual hace referencia que ante mayor sea la percepción negativa que tenga el paciente con insuficiencia renal crónica de sí mismo, en su aspecto físico, autoconcepto y valoración, menor será la entrega basada en su confianza y predisposición de la apertura al encuentro físico que le pueda brindar a su pareja. Los resultados guardan relación con la investigación presentada por De Queiroz et al. (2014), en la cual reportaron que las pacientes que presentaban disfunción sexual padecían de baja autoestima y su yo se encontraba distorsionado. Del mismo modo, Guillen y Ordoñez (2017), encontraron que el constante cambio físico de los pacientes (pérdida de peso y mal aliento), les hacía sentirse poco atractivos para el sexo opuesto, lo cual le generaba miedo al rechazo en situaciones íntimas, disminución del libido e inseguridad. Esto se corrobora con el concepto que plantean Pantaleón y Sánchez (2000), sobre contacto físico y confianza, la cual está basada en el vínculo físico y la confianza para poder mostrarse a uno mismo con un encuentro de calidez y delicadeza, pero si dichas condiciones no son aptas, el encuentro y la aceptación se ve perjudicada por los conflictos personales que uno de los cónyuges atraviesa; ante lo cual Rojas (1979) refuerza que la depresión genera

una baja apreciación del yo, la cual se ve manifestada en una baja autoestima, con sentimientos de soledad y preocupación por su aspecto físico. Del mismo modo, Beck et al. (2012), menciona que el paciente en depresión tiene una visión negativa que de sí mismo en donde observa que todas las experiencias están relacionadas con la enfermedad y generaliza los eventos independientes desagradable de su vida para todas las áreas en las cuales se desenvuelve.

Se encontró correlaciones inversas en la hipótesis específica 2; donde la dimensión de autodivulgación y satisfacción sexual tiene un tamaño del efecto mediano con las áreas física, afectiva, cognitiva y conductual de las dimensiones de depresión, exceptuando al área motivacional donde el tamaño del efecto encontrado fue pequeño; esto se confirma con lo que Ledón (2010), plantea al hacer referencia que los pacientes que atraviesan procesos de hemodiálisis tienen una alta prevalencia a desarrollar síntomas depresivos serios, pobre interacción social, vida sexual menos satisfactoria mostrando preocupación por su salud sexual, desempeño sexual, la dificultad para disfrutar de sensaciones eróticas, su necesidad de vínculos eróticos diferentes (contacto físico en caricias y ternura) y la dificultad para expresarse en la relación. Esto se ve comprobado con el estudio de Sathvik et al. (2008), donde señalan que los pacientes varones que no se encontraban satisfechos en su vida sexual, admitiendo tener una reducción o un completo desinterés por los encuentros íntimos.

Esto se corrobora con el concepto de Young (2000), cuando menciona que una comunicación, comprensión y atención oportuna disipara las diferencias físicas y

emocionales en el vínculo de pareja; en la comunicación íntima, uno puede realizar auto confesiones, dentro de los cuales se expresan aspectos importantes y reservados de la vida del conyugue (López, 2010). De la misma manera Pantaleón y Sánchez (2000), refieren que la insatisfacción en el acto sexual ocurre por un mal intercambio de información, donde no se genera un conocimiento mutuo sin exploración, consentimiento y transmisión de afectividad en la pareja, por lo cual la evaluación de satisfacción pueden oscilar entre lo positivo o negativo; ante esto Beck et al. (2012), señala que los esquemas afectivos, motivacionales, conductuales, físicos, cognitivos y conductuales en la depresión están relacionados con la valoración que se le atribuye a los eventos que el paciente vivencia, los cuales suelen tener efecto en la generalización de la percepción del futuro. Esto concuerda con la investigación de Aguirre (2013), donde encontró que los pacientes con insuficiencia renal perciben en sí mismos una disminución de su libido, que los lleva a la reducción de su satisfacción sexual del mismo modo al no mantener una comunicación adecuada con su pareja los deja propensos a desarrollar depresión o ansiedad.

Se hallaron correlaciones inversas en la hipótesis específica 3; donde la dimensión de gusto y bienestar mutuo presento un tamaño del efecto mediano en relación con las dimensiones de depresión, debido a esto si durante los encuentros sexuales los pacientes con insuficiencia renal crónica y sus parejas no percibieran ni se sintieran correspondidos, aceptados, involucrados, comprendidos y apreciados durante el acto sexual, esto aumentaría la predisposición a que el paciente desarrolle síntomas depresivos.

Esto se ve reforzado con los resultados del estudio de Guillen y Ordoñez (2017), donde los pacientes en hemodiálisis que presentan depresión, manifiestan sentirse poco atractivos por los cambios físicos a los que están expuestos y con sentimientos de ansiedad e inseguridad en durante las relaciones sexuales por miedo a no sentirse aceptados ni comprendidos. Esto concuerda con la teoría postulada por Beck et al. (2012), donde explica que mediante los esquemas cognitivos, la persona que experimenta sucesos que para ella son desagradables, tendrá la predisposición a convertirlo en una creencia central en base al cual todos sus pensamientos relacionados a eventos similares serán catalogados de la misma manera perdiendo así el control voluntario del procesamiento de sus pensamientos que la puedan llevar a otros esquemas más adecuados, evitando así que el paciente se involucre de manera adecuada; en lo que Stenberg (2000), menciona que una pareja debe compartir durante el acercamiento sexual como lo son los sentimientos, confianza, compañía, entendimiento, apoyo, comunicación, bienestar propio y promover el bienestar de a quien ama con el conocimiento de que el otro tiene los mismos interese en la relación.

Se acepta la hipótesis específica 4; donde se encontró una correlación inversa de la dimensión de ternura con un tamaño del efecto mediano con cuatro de las dimensiones de depresión con excepción de la dimensión del área motivacional con la cual tiene un tamaño del efecto pequeño; por lo que se evidencia que los pacientes con insuficiencia renal crónica que poco comparten con sus parejas y no expresan de manera física o sentimental su devoción y ternura se encontraran propensos a desarrollar mayores síntomas depresivos de índole cognitivo, conductual, afectivo y físico que motivacional.

Los resultados concuerdan con los hallazgos encontrados en el estudio de Guerrero (2014), donde obtuvo que el poco tiempo compartido con la pareja y la baja frecuencia con la que tienen relaciones sexuales son factores para un alejamiento entre los conyugues con insuficiencia renal, lo cual guarda relación con García (2013), cuando hace énfasis en que, si existiera una ausencia prolongada de la ternura, disminuiría con esta el placer sexual. Del mismo modo Ledón (2010) evidencia que, si se da mayor relevancia a los contactos físicos como las caricias y la ternura, reducirá la dificultad de expresarse en las dinámicas sexuales y está a su vez no generará un impacto negativo en la intimidad sexual, es así que tendrán mayor compromiso emocional. Haciendo así que los esquemas afectivos, físicos, cognitivos que perciba el paciente en relación con la interacción durante sus encuentros sexuales su conyugue sean gratificantes; por lo cual los síntomas de depresión que propone Rodes y Costa (1997), como disminución de las relaciones sociales, reducción de expresiones afectivas o de cariño y menor interés o capacidad de disfrutar se reduzcan o no se lleguen a evidenciar.

Se acepta la hipótesis específica 5; donde se encontró correlaciones inversas de la dimensión de expresión del amor con las dimensiones de depresión tiene un tamaño del efecto mediano; lo cual evidencia que los pacientes con insuficiencia renal crónica y sus parejas que se expresen con poca frecuencia o nula admiración, sensibilidad y lazos afectivos que integran la atención, afectuosidad y estabilidad se encuentran más dispuestos a desencadenar síntomas depresivos de índole cognitivo, conductual, afectiva, física y motivacional; ante esto, el paciente deberá dedicar tiempo de calidad a sus parejas para poder suplir sus preocupaciones, lo cual

concuerta con Ledón (2010), cuando manifiesta que los pacientes con insuficiencia renal se muestran preocupados por la satisfacción, estabilidad y sostenibilidad en su relación de pareja basado en lo emocional. Pero Verschuren et al. (2010), contradice lo mencionado al resaltar que el cambio drástico de la rutina en los pacientes, a causa de la fatiga, hace que no tengan energía para realizar actividades en pareja; es así que los lazos afectivos se ven alterados debido a que el paciente no puede brindar a su pareja las mismas atenciones, al visualizarse como una carga y al mismo tiempo su estabilidad se ve afectado al tener un futuro incierto; por que enfrentan o han pasado por muchas pérdidas y la depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía (Cukor et al. 2007). De la misma manera Beck et al. (2012), explica que la persona con depresión empezara a ver su vida de manera degenerativa, lo cual en base al pensamiento absolutista hará que tenga una visión negativa del futuro, visualizando las metas como fracasos, de tal manera que sus interacciones sociales las interpretará con frustración, desanimo o derrota.

Se halló correlaciones inversas en la hipótesis específica 6; donde la dimensión de contacto emocional tiene un tamaño del efecto mediano con tres de las dimensiones de depresión exceptuando el área afectiva y el área motivacional; lo cual demuestra que los pacientes con insuficiencia renal crónica que mantienen menor contacto emocional con sus parejas están más propensos a desarrollar síntomas depresivos de índole cognitivo, conductual y físico. En la definición que aporta López (2010), corrobora que, una relación amorosa se da inicio a partir del primer contacto emocional, dando paso al enamoramiento en pareja y un deseo de intimidad sexual,

lo que conlleva a desarrollar una fuerte intimidad; esto se da a partir de las auto confesiones y una comunicación íntima (expresión de aspectos importantes y reservados); del mismo modo Pantaleón y Sánchez (2000), en su aporte teórico refuerza que el contacto emocional es la integración de la experiencia, la entrega y la cercanía afectiva que las parejas experimentan en el encuentro sexual; esta dimensión está relacionada a las tres dimensiones básicas de la afectividad, la intencionalidad y la auto reflexividad, que según el modelo de Balt, si se ven afectadas desencadenaría la depresión (Baltt y Bers, 1993, como se citó en Sánchez 2016) y si dentro de la intimidad en la pareja existe una visión negativa, degenerativa y desafortunada del paciente acerca de sí mismo, se pierde el contacto emocional y se evidencia una distorsión fundamental del self.

Se encontró correlaciones inversas en la hipótesis específica 7; donde la dimensión de caricias tiene un tamaño del efecto mediano con las dimensiones de depresión; lo cual evidencia que los pacientes con insuficiencia renal crónica al estar el mayor tiempo de su día sumergidos en las implicaciones propias del tratamiento, omiten la atención hacia su pareja, generando una distorsión en sus esquemas conductuales, donde no tengan conexión las respuestas motoras con las respuestas actitudinales (Clark y Beck,1999). Por lo mismo, el acercamiento, la sensibilidad, calidez y atracción que se expresaba la pareja antes de la enfermedad disminuye al tener menor intercambio de mimos. Esto se ve reforzado por lo que Aguirre (2013), plantea en cuanto a que el conyugue que no se encuentra en tratamiento adquiere mayores responsabilidades dentro del hogar, lo cual genera un distanciamiento en el contacto y tiempo de privacidad para la pareja; dando paso a la disminución de la libido y la

vitalidad en ellos (Villanueva y Casas, 2014); y al no encontrar la función de vitalidad se evidencia una mayor depresión. Siendo corroborado por Verschuren (2010), al mencionar que la intimidad sexual se vuelve vulnerable, por el aumento del distanciamiento emocional, problemas sexuales, insatisfacción sexual, falta de afecto, menor contacto físico, menor sentimiento de placer y pérdida de interés, generando una repercusión psicológica que puede afectar negativamente a la fisiología de un paciente; de la misma manera Beck (1967), ratifica que en la depresión se pierde el interés por la creación o reforzamiento de los vínculos sociales, los cuales se encargan de la percepción e interpretación de las experiencias afectivas, que permite la activación de los diversos estados de ánimo; llevando a que las metas como pareja se reduzcan; por lo que conectarse con el otro y reforzar la relación a través de caricias se volvería innecesaria desde el punto de vista del paciente.

Se evidenció correlaciones inversas en la hipótesis específica 8; donde la dimensión de deseo tiene un tamaño del efecto mediano con las dimensiones de depresión del área física, área cognitiva y área afectiva, con excepción del área conductual y área motivacional en las cuales se obtuvo un tamaño del efecto pequeño; lo cual evidencia que los pacientes con insuficiencia renal crónica que muestren o sientan menor apetito sexual o pasional hacia sus parejas o viceversa, están más propensos a desarrollar síntomas depresivos de índole físico, cognitivo y afectiva.

Lo cual se ve reflejado con el estudio que realizaron Lew-Starowicz y Gellert (2009), donde la disfunción sexual de los pacientes con insuficiencia renal mantenía relación con la depresión, al generar un impacto negativo en la vida del paciente. Ante esto

Ledón (2010), explica que los pacientes en base a los cambios físicos que atraviesan, su deseo sexual disminuye y a su vez dejan de verse como objetos del deseo. Esto es reforzado por Torres y Gutiérrez (2010), al mencionar que el impacto de su imagen corporal y el sentimiento de la pérdida de su poder para seducir se ve afectado cuando se auto evalúan y no se encuentran dentro de las normas estéticas, por los cambios físicos que atraviesan; así mismo la percepción del self se ve afectada, esto es reforzado con lo que Beck et al. (2012), en su teoría propone sobre los procesamientos cognitivos, que al ser reforzados por más experiencias negativas, se pierde el interés por las excepciones positivas, y toma mayor relevancia las conceptualizaciones negativas haciendo que se de paso a la generalización excesiva empezando a vivenciar de manera más imponente los síntomas. Es así que en el área física estará ligado a los cambios corporales que se atraviesan durante la enfermedad, al área cognitiva por los pensamientos errados y los estereotipos en cuanto al deseo y la seducción, y al área afectiva por sentir rechazo al no ser correspondido o no poder corresponder debido a las condiciones en las que se encuentran los pacientes.

4.2 Conclusiones

- Existe correlación inversa con un tamaño del efecto mediano entre las variables intimidad sexual y depresión.
- Se halló correlación inversa con tamaño del efecto mediano entre la dimensión de contacto físico y confianza de la variable intimidad sexual con las dimensiones de la variable depresión, en los pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Se encontró correlación inversa del tamaño del efecto mediano entre la dimensión de autodivulgación y satisfacción sexual de la variable intimidad sexual con las dimensiones del área cognitiva, área física, área conductual y área afectiva de la variable depresión, y con el área motivacional un tamaño del efecto pequeño, en los pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Existe una correlación inversa del tamaño del efecto mediano entre la dimensión de gusto y bienestar de la variable intimidad sexual con las dimensiones de la variable depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Existe una correlación inversa del tamaño del efecto mediano, entre la dimensión de ternura de la variable intimidad sexual con cuatro dimensiones de la variable depresión, con excepción de la dimensión de área motivacional con un tamaño del efecto pequeño, en los pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Se encontró correlación inversa del tamaño del efecto mediano, entre la dimensión de expresión del amor de la variable intimidad sexual con las

dimensiones de la variable depresión, en pacientes con insuficiencia renal crónica.

- Se encontró correlación inversa del tamaño del efecto mediano, entre la dimensión de contacto emocional de la variable intimidad sexual con tres de las dimensiones de la variable depresión, con excepción de las dimensiones de área afectiva y área motivacional con un tamaño del efecto pequeño, en los pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Existe correlación inversa del tamaño del efecto mediano, entre la dimensión de caricias de la variable intimidad sexual con las dimensiones de la variable depresión, en pacientes con insuficiencia renal crónica.
- Existe correlación inversa del tamaño del efecto mediano, entre la dimensión deseos de la variable intimidad sexual y tres de las dimensiones de la variable depresión, con excepción de las dimensiones área conductual y área motivacional con un tamaño del efecto pequeño, en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

REFERENCIAS

- Alcántara, N. (2008). *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú
- Acevedo, V., Restrepo, L. & Tovar, J. (2007). *Parejas Satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali*. *Pensamiento Psicológico* 3(8), 85:107.
- Aguirre, A. (2013). *Los roles de Vida de pareja y la afectación sentimental en uno de sus cónyuges portador de insuficiencia renal crónica terminal del “Centro de diálisis Contigo Cendial con CIA. LTDA. de la ciudad de Latacunga” en el periodo académico noviembre 2011-junio 2012*. (Tesis de licenciatura), Universidad Técnica De Ambato, Ambato, Ecuador.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). *Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas*. *Nefrología*, 21(2), 191-199.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20° ed.). Editorial Desclée de Brouwer.
<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Buenos Aires: Paidós
- Bleichmar, H. (1999). *Del apego al deseo de Intimidad: Las Angustias del Desencuentro*. *Revista de Psicoanálisis*. 2, 1-5. doi:
http://www.robertexto.com/archivo18/apego_intimidad.htm

- Bricker, N., Morrin, P. & Wesly, S. (1960). *The pathologic physiology of chronic bright's disease*. He American journal of Medicine. 28(1), 77-98. doi: [http://www.amjmed.com/article/0002-9343\(60\)90225-4/abstract](http://www.amjmed.com/article/0002-9343(60)90225-4/abstract)
- Cjuro, A. & Flores, M. (2018). *Depresión y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a hemodiálisis, en ALKSA Inversiones Biomédicas S.A.C. – Cendial Juliaca, 2018*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Peruana Unión, Juliaca, Perú.
- Clark, D. & Beck, A. (1999). *Scientific foundations of cognitive therapy and therapy of deprssion*. New York: John Wiley & Sons, Inc
- Coelho-Marques, F., Wagner, M., Poli de Figueiredo, C. & D'Avila, D. (2006). *Quality of life and sexuality in chronic dialysis female patients*. International Journal of Impotence Research. 18(6), 539-543. doi: 10.1038/sj.ijir.3901470. Epub 2006 Mar 23. PMID: 16554852.
- Concha, A. (2014). *Depresión Y Apoyo Social En Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica Estadio V En Programa De Hemodiálisis, Hospitalizados En El Hospital Arzobispo Loayza, Lima 2014*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Medicina. Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Cukor, D., Cohen, S., Peterson, R. & Kimmel, P. (2007). *Psychosocial Aspects of Chronic Disease: ESRS as Paradigmatic Illness*. American Society of Nephrology. 1-2. doi: <http://jasn.asnjournals.org/content/18/12/3042.short>
- Cutrer, W. & Glahn, S. (1999). *Intimidad sexual en el matrimonio*. Michigan: Editorial Portavoz.
- De los Ríos, J., Sánchez, J., Barrios, P. & Ávila, L. (2005). *Quality of life in patients with diabetic nephropathy*. Invest educenferm, 23(1): 34-41.

- De Queiroz, C., Bandeira C., Das Gracias, M. & Brandão, A. (2014). *Changes in the self-concept mode of women undergoing hemodialysis: a descriptive study*. Online Brazilian Journal of Nursing, 13(2), 219-226.
<https://www.redalyc.org/pdf/3614/361441691011.pdf>
- Diaz, B. & Solis, C. (2019). *Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un Hospital Estatal nivel III-I de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Medicina. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). (2017). (5° 5d.). España. American Psychiatric Association.
- Foreman, K., Marquez, N., Dolgert, A., Fukitaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M., Smith, A., Tang, K., Yuan, C., Brown, J., Friedman, J., He, J., Heuton, K., Holmberg, M., Patel, D., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., ... & Murray, C. (2018). *Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories*. The Lancet, 392(10159), 2052–2090.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618316945>
- García, H. (2013). *Intimidad Sexual, Satisfacción Marital y temas de Conversación en el Subsistema Conyugal del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2, En La Unidad De Medicina Familiar No. 64; 2012*. (Tesis de Especialización), Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
<http://ri.uaemex.mx/oca/view/20.500.11799/13978/2/396220.pdf>

Gorguet, L. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Santiago de Cuba, Cuba: Editorial Oriente.

Guerrero, V. (2014). *Insuficiencia renal crónica terminal en las relaciones conyugales de los pacientes de la unidad renal contigo da vida tena*. (Tesis de licenciatura), Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Universidad Técnica De Ambato, Ambato, Ecuador.

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. (2000). España. Editorial Medica Panamericana. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf;jsessionid=BB62BA7CDE89828184F5CEB8C25BB9A4?sequence=1

Guillen, J. & Ordoñez, R. (2017). *Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill

Herrera, P., Atamari, N. & Flores, V. (2019). *Número de nefrólogos, servicios de hemodiálisis y tendencia de la prevalencia de enfermedad renal crónica en el Ministerio de Salud de Perú*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* Salud Publica, 36(1), 62. doi:10.17843/rpmesp.2019.361.4253.

Hidalgo, A. & Montalvo, L., (2016). *Vivir con insuficiencia renal*. Ed Ilustrated

Katherine, A. (2002). *Donde terminas tú empiezo yo*. Madrid, España: Fuenlebrada.

Kusnetzoff, J. (2000). *Teoría triangular del amor de Sternberg*. Disponible en:

<http://www.e-sexologia.com/conferencias/confe7.htm>

Ledón, L. (2010). *Sexualidad de Personas con Enfermedades Crónicas: ¿Tan sólo disfuncional?*. Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). 16 (43), 4-13.

Lew-Starowicz, M. & Gellert, R. (2009). *The sexuality and quality of life of hemodialyzed patients--ASED multicenter study*. The journal of sexual medicine. 6(4), 1062-1071. [http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)32459-0/fulltext](http://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)32459-0/fulltext)

Li, P., García-García, G., Lui, S., Andreoli, S., Fung, W., Hradsky, A., Kumaraswami, L., Liakopoulos, V., Rakhimova, Z., Saadi, G., Strani, L., Ulasi, I. & Kalantar-Zadeh, K. (2020). *Kidney health for everyone everywhere - from prevention to detection and equitable access to care*. Kidney International, 97(2), 226-232. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.12.002>

López, P. (2010). *La Construcción de Intimidad en Relaciones de convivencia de Pareja: La Perspectiva de Mujeres Jóvenes trabajadoras sin hijos*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile.

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/507/tesis%20TPSICO%20393.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López- Roldán & Fachelli S., (2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.

Loza, C., (2018). *La Enfermedad Renal Crónica en el Perú*. Boletín Epidemiológico del Perú, 27 (16), 291-293.

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/16.pdf>

Luhmann, N. (1985). *El amor como pasión: Hacia una codificación de la intimidad.*

Barcelona, España: Ediciones Península.

<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122089>

Mancillas, C. (2006). *La reconstrucción de la intimidad en las relaciones de pareja:*

El Caso del Valle de Chalco. Psicología Iberoamericana 14(2), 5-15. doi:

<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321002.pdf>

Martínez, P. & Ballesteros, P (1998). *Dos en uno: cómo lograr armonía en nuestra*

relación de pareja. Bogotá: Editorial Grijalbo S.A.

Monguzzi, F. (2001). *Il processo di supervisione nelle comunità per minori:*

osservazioni cliniche. Psychomedia Comunità e strutture Intermedie - Centri

Diurni e Day Hospital. (www.Psychomedia.it)

Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Canto, M., Castell, G., Serrano, F.,

Samper, J., Millan, D. & Cases, J. (2004) *Estudio de la prevalencia de*

trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. Revista de la

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 7(4), 17-25.

<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf>

Montenegro, S. & Ponce, F. (2014). *Disfunción sexual, estado de salud y resiliencia*

en pacientes femeninas con insuficiencia renal crónica sometidas a

hemodiálisis en tres clínicas de la ciudad de Quito, de noviembre del 2013 a

febrero del 2014. (Tesis de Licenciatura), Facultad de medicina, Pontificia

Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Muñoz, V., Vaca, A., Romero, E., Garcia, J., Bagdad, A., & Mohamed, N., (2010)

Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. Revista

de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 13(2), 113-118.

<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v13n2/original3.pdf>

Murillo, E., Macias, A. & Higareda, M. (2016). *Prevalencia de depresión entre pacientes con enfermedad terminal en hemodiálisis de mantenimiento*. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social. 54 (4), 429-433.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im164d.pdf>

Nogales, A. & Bellotti, L. (1998). Dra. Ana Nogales amor, intimidad y sexo: una guía para la pareja latina. New York: Broadway Books.

Nussbaum, J., Miller-Day, M. & Fisher, C. (2011). *Comunicación e intimidad: las relaciones a lo largo de la vida*. España: Editorial Aresta- Editorial UOC.

Organización Mundial de la Salud (9 de diciembre de 2020). *Las 10 principales causas de defunción*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#:~:text=La%20mayor%20causa%20de%20defunci%C3%B3n,8%2C9%20millones%20en%202019>.

Organización Mundial de la Salud. (30 de enero 2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pantaleón, L. & Sánchez, R. (2000). *Comunicando intimidad sexual con la pareja*. La Psicología Social en México, 8, 67-73.

Pereira J, Boada L, Torrado Y. Diálisis y Hemodialisis. Una Revisión Actual Según la Evidencia. Revista Argentina de Nefrología. 2017; 15(2): p. 19
http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15_2/articulo2.pdf

- Pérez, J., Llamas, F. & Leid, A., (2005). *Insuficiencia Renal crónica: Revisión y Tratamiento Conservador*. Archivos de Medicina. 1(3), 1-10. doi: <http://www.redalyc.org/pdf/503/50310304.pdf>
- Rodes, R. & Costa, C. (1997). *Interconsulta Psiquiátrica*. Barcelona: Masson, S.A.
- Rojas, E. (1979). *Psicopatología de la depresión*. Madrid: Salvat
- Sánchez, R. (2016). *Representaciones del self y dimensiones depresivas anaclítica e introyectiva en estudiantes de una universidad privada*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sathvik, B., Parthasarathi, G., Narathari, M. & Gurudev, K. (2008). *An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire*. Indian Journal of Nephrology, 18(4), 141–149. <http://www.indianjephrol.org/article.asp?issn=0971-4065;year=2008;volume=18;issue=4;spage=141;epage=149;aulast=Sathvik>
- Sternberg, R. (2000). *La experiencia del amor*. Barcelona: Paidós.
- Torres, B. & Gutiérrez, C. (2010). *Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad*. Investigaciones Médicoquirúrgicas. 2(2), 23-29.
- Verschuren, J., Enzlin, P., Dijkstra, P., Geertzen, J. & Dekker, R. (2010). *Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework*. Journal of Sex Research. 47(2), 153-170. <file:///C:/Users/usuario/Desktop/TESIS/Intimidad%20Sexual/J.verschuren%20sexualidad%20enfermedad%20cronica.pdf>
- Villanueva, C. & Casas, J. (2014). *Depresión y calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital de EsSalud en Lima – Perú, 2014*.

(Tesis de licenciatura). Facultad de Ciencias de la salud. Universidad Peruana de la Unión, Lima, Perú.

Wiemann, M. (2011). *La comunicación en las relaciones interpersonales*. España: Editorial UOC

Young, E. (2000). *Sexo Puro*. Estados Unidos de América: Casa Bautista de Publicaciones.

ANEXOS

ANEXO n°1. Escala de Intimidad Sexual en la Pareja

INSTRUCCIONES.

A continuación, hay una serie de oraciones que tratan sobre la forma como las personas se relacionan con su pareja; algunas oraciones se refieren a aspectos más íntimos de la relación. Sus respuestas nos ayudarán a entender lo que pasa en la vida de las parejas mexicanas. Por favor, lea cada oración y marque con una X lo que mejor describa la manera como usted siente y piensa.

Totalmente de acuerdo.....marque (5)
 De acuerdo.....marque (4)
 Ni en de acuerdo ni en desacuerdo.....marque (3)
 En desacuerdo.....marque (2)
 Totalmente en desacuerdo.....marque (1)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.- Frecuentemente le recuerdo a mi pareja que es una persona única. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.- Me agrada sentirme cerca de mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.- Mi pareja me trata con delicadeza cuando tenemos relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.- Respecto a mi pareja cuando no desea que tengamos relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.- Me gusta hacer sentir a mi pareja el amor que siento por él (ella). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.- Me gusta acariciar el cuerpo de mi pareja antes de hacer el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.- Me agrada que mi pareja me comente como se siente físicamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.- Cuando estoy con mi pareja, tengo una sensación agradable en mi cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.- Siento una sensación maravillosa cuando mi pareja me toma la mano tiernamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.- Me agrada que mi pareja me pregunte cuánto deseo estar en nuestro espacio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.- Es agradable que coincida con mi pareja cuando deseamos tener relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.- Mi pareja y yo nos acariciamos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 13.- Investigo lo que le ocurre a mi pareja cuando me rechaza. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.- Mi pareja y yo tenemos muchas formas de expresarnos nuestro amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.- Mi pareja tiene la capacidad de hacerme sentir satisfecha (o) sexualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16.- Suelo expresar a mi pareja cuánto la (lo) amo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.- Me gusta que mi pareja me abrace durante nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.-Mucho de lo que siento sólo puedo compartirlo con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19.- Me gusta lo que hace mi pareja cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20.- Pienso frecuentemente en lo tierna que es mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21.-Me gusta la piel de mi pareja porque es suave. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22.- Busco formas de decir a mi pareja cuanto lo (la) quiero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23.- Me gusta complacer a mi pareja después de un acuerdo mutuo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24.- Mi pareja y yo nos besamos cuando nos deseamos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25.- Mi pareja y yo nos expresamos lo que sentimos mutuamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.- Comparto con mi pareja la sensación de bienestar que me provoca. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27.- Disfruto intensamente el acercamiento físico el acercamiento físico con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28.- Busco la comodidad de mi pareja cuando hacemos el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29.- Me gusta sentirme parte de mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30.- Considero la opinión de mi pareja al emprender un juego durante la relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31.- Mi pareja y yo nos abrazamos tiernamente cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32.- Me gusta besar a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33.- Solo con mi pareja quiero compartir mi intimidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34.- Le expreso a mi pareja cuando deseo acariciar una parte de su cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35.- Me agrada que mi pareja me abrace cuando conversamos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36.- Deseo sexualmente a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37.- Me gusta que mi pareja me de masaje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38.- Experimento un sentimiento particular cuando me complace mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 39.- Mi pareja hace todo lo posible por satisfacerme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40.- Mi pareja es maravillosa cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41.- Me gusta reírme con mi pareja por los juegos que hacemos cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42.- Me agrada contemplar a mi pareja cuando estamos solos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43.- Mi pareja y yo compartimos sentimientos que nos acercan más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44.- Me gusta tratar a mi pareja cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45.- Se me antoja mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46.- Me gusta cuando mi pareja me abraza con suavidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47.- Mi pareja y yo nos expresamos ternura recíprocamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48.- Me gusta decirle a mi pareja frases que le hacen sentir bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49.- Creo que mi pareja es la mejor que puedo tener. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50.- Me siento feliz después de una relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51.- Mi pareja satisface perfectamente mis necesidades sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52.- Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53.- Busco el bienestar de mi pareja cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54.- Durante nuestro acto sexual me agrada decirle a mi pareja cuánto lo (la) amo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55.- Creo que mi pareja le agrada que tratemos temas para enriquecer nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56.- Los olores de mi pareja me encantan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57.- Es importante para mi satisfacer sexualmente a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58.- Hago a mi pareja lo que me gustaría que el (ella) me hiciera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59.- Me agrada el contacto corporal con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60.- Entiendo cuando mi pareja me desea. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61.- Mi pareja y yo tenemos suficiente confianza cuando deseamos tener relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62.- Me gusta ver el cuerpo de mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63.- Me agrada que mi pareja comente cómo se siente durante nuestras relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64.- Expongo a mi pareja cómo deseo que pasemos el tiempo que nos dedicamos mutuamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65.- Mi pareja es cálida conmigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66.- Disfruto la compañía de mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 67.- Me complace escuchar a mi pareja cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68.- Me gusta lo que mi pareja exprese lo que le guste de mi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69.- Mi pareja me satisface sexualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70.- Mi pareja y yo buscamos privacidad para platicar de lo que sentimos durante nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71.- Mi pareja y yo buscamos privacidad para platicar de lo que sentimos durante nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72.- Me agrada comentar con mi pareja los momentos que hemos pasado juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73.- Me complace hacer feliz a mi pareja cuando estamos juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74.- Me complace saber que mi pareja corresponde a los juegos durante nuestra relación sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75.- Mi pareja sabe cómo hacerme el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76.- Me hace sentir bien mi pareja cuando me toma en cuenta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77.- Frecuentemente le recuerdo a mi pareja que es una persona única. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78.- Brindo a mi pareja seguridad cada vez que tenemos relaciones sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79.- Me encanta tener relaciones sexuales con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80.- Para mí, besar a mi pareja cuando algo no me satisface. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81.- Me gusta acariciar la espalda de mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82.- Me gusta decirle a mi pareja frases cariñosas mientras hacemos el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 83.- Suelo ser tierno (a) con mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 84.- Me siento satisfecho (a) sexualmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 85.- Hago saber a mi pareja cuando algo no me satisface. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 86.- Me agrada expresar frases que hacen sentir bien a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 87.- Mi pareja es única para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 88.- Me gusta lo que me da mi pareja al hacerle el amor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 89.- Amo a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 90.- Me complace ver feliz a mi pareja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 91.- Confío en lo que me hace mi pareja durante nuestro contacto sexual. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO n°2. Inventario de Depresión de Beck (IDB-II)

Instrucción

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, marcando con una (X) el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. No hay respuestas buenas o malas. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad y verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1. a. No me siento triste.
b. Me siento triste.
c. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
d. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2. a. No estoy particularmente desanimado(a) con respecto al futuro.
b. Me siento desanimado(a) con respecto al futuro.
c. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
d. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3. a. No me siento fracasado(a).
b. Siento que he fracasado más que la persona normal.
c. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
d. Siento que como persona soy un fracaso completo.

4. a. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
b. No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
c. Ya nada me satisface realmente.
d. Todo me aburre o me desagrada.

5. a. No siento ninguna culpa particular.
b. Me siento culpable buena parte del tiempo.
c. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
d. Me siento culpable todo el tiempo.

6. a. No siento que esté siendo castigado.
b. Siento que puedo estar siendo castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Siento que estoy siendo castigado.

7. a. No me siento decepcionado de mí mismo.
b. Estoy decepcionado conmigo.
c. Estoy harto de mí mismo.
d. Me odio a mí mismo.

8. a. No me siento peor que otros.
b. Me critico por mis debilidades o errores.

- c. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 - d. Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
- 9.
- a. No tengo ninguna idea de matarme.
 - b. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
- a. No lloro más de lo habitual.
 - b. Lloro más que antes.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera.
- 11.
- a. No me irrito más ahora que antes.
 - b. Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
 - c. Me siento irritado todo el tiempo.
 - d. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
- 12.
- a. No he perdido interés en otras personas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 - c. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 - d. He perdido todo interés en los demás.
- 13.
- a. Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones
 - b. Ahora me esfuerzo para tomar decisiones.
 - c. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 - d. Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- 14.
- a. No creo que me vea peor que antes.
 - b. Me preocupa que esté pareciendo aviejado (a) o inatractivo (a).
 - c. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
 - d. Creo que me veo horrible.
- 15.
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
- 16.
- a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No duermo tan bien como antes.
 - c. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
- 17.
- a. No me canso más de lo habitual.
 - b. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
 - c. Me canso al hacer cualquier cosa.

- d. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
- 18.** a. Mi apetito no ha variado.
b. Mi apetito no es tan bueno como antes.
c. Mi apetito es mucho peor que antes.
d. Ya no tengo nada de apetito.
- 19.** a. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
b. He perdido más de 2 kilos.
c. He perdido más de 4 kilos.
d. He perdido más de 6 kilos
- 20.** a. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
b. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
c. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- 21.** a. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
c. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
d. He perdido por completo mi interés por el sexo.

ANEXO n°3. Evidencias de validez y confiabilidad de la Escala de Intimidad Sexual

Tabla 10

Correlación ítem-factor de las dimensiones de la Escala de Intimidad Sexual en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Escala | Ítem | Ítem - Escala | Ítem - Test |
|-----------------------------|------|---------------|-------------|
| | | r_{itc} | r_{itc} |
| Contacto físico y confianza | It1 | .700 | .745 |
| | It3 | .839 | .823 |
| | It11 | .867 | .844 |
| | It13 | .775 | .760 |
| | It28 | .903 | .878 |
| | It39 | .875 | .845 |
| | It49 | .840 | .879 |
| | It51 | .895 | .868 |
| | It52 | .886 | .921 |
| | It56 | .856 | .893 |
| | It58 | .839 | .873 |
| | It60 | .886 | .862 |
| | It61 | .908 | .878 |
| | It62 | .894 | .891 |
| | It65 | .841 | .874 |
| | It73 | .838 | .872 |
| | It74 | .861 | .838 |
| | It78 | .908 | .885 |
| | It80 | .851 | .874 |
| | It83 | .854 | .882 |
| It84 | .899 | .871 | |
| It90 | .823 | .866 | |
| It91 | .890 | .865 | |

| | | | |
|--|------|------|------|
| Auto divulgación y satisfacción sexual | It10 | .745 | .778 |
| | It12 | .813 | .827 |
| | It15 | .847 | .822 |
| | It18 | .817 | .868 |
| | It19 | .867 | .892 |
| | It23 | .856 | .868 |
| | It24 | .853 | .886 |
| | It26 | .838 | .880 |
| | It27 | .866 | .896 |
| | It34 | .854 | .832 |
| | It38 | .874 | .864 |
| | It48 | .872 | .921 |
| | It50 | .885 | .851 |
| | It55 | .870 | .826 |
| | It57 | .902 | .866 |
| | It64 | .868 | .876 |
| | It69 | .923 | .879 |
| | It70 | .901 | .860 |
| | It75 | .893 | .860 |
| | It79 | .928 | .888 |
| It82 | .861 | .857 | |
| It85 | .847 | .827 | |
| It86 | .837 | .888 | |
| It88 | .924 | .885 | |
| Gusto y bienestar mutuo | It2 | .787 | .784 |
| | It6 | .747 | .807 |
| | It8 | .824 | .815 |
| | It9 | .832 | .811 |
| | It25 | .876 | .857 |
| | It29 | .893 | .870 |
| It33 | .855 | .864 | |

| | | | |
|--------------------|------|------|------|
| | It37 | .894 | .851 |
| | It40 | .901 | .885 |
| | It41 | .847 | .866 |
| | It42 | .929 | .893 |
| | It44 | .934 | .880 |
| | It53 | .933 | .892 |
| | It66 | .931 | .887 |
| | It67 | .921 | .900 |
| | It68 | .923 | .879 |
| | It71 | .758 | .868 |
| | It76 | .933 | .886 |
| | It77 | .910 | .883 |
| | It87 | .915 | .874 |
| Ternura | It20 | .867 | .847 |
| | It31 | .894 | .894 |
| | It35 | .909 | .906 |
| | It43 | .896 | .856 |
| | It47 | .928 | .891 |
| | It72 | .882 | .863 |
| Expresión de Amor | It5 | .853 | .832 |
| | It14 | .854 | .851 |
| | It16 | .875 | .866 |
| | It22 | .846 | .839 |
| | It30 | .711 | .818 |
| | It54 | .748 | .865 |
| | It89 | .805 | .807 |
| Contacto Emocional | It4 | .785 | .792 |
| | It17 | .905 | .856 |
| | It63 | .924 | .874 |
| | It81 | .728 | .899 |
| Caricias | It7 | .844 | .858 |

| | | | |
|--------|------|------|------|
| | It21 | .880 | .891 |
| | It32 | .867 | .886 |
| | It46 | .887 | .904 |
| | It59 | .909 | .920 |
| Deseos | It36 | .890 | .882 |
| | It45 | .890 | .874 |

En la tabla 12, se observa que los índices de validez según correlación ítem-factor e ítem-test en su totalidad supera el .20.

Tabla 11

Estadísticos de fiabilidad del cuestionario intimidad sexual en pacientes con insuficiencia renal en el distrito de Trujillo

| Dimensiones/Cuestionario | Media | DE | α | Nº Ítems |
|---------------------------------------|--------|---------|----------|----------|
| Contacto físico y confianza | 65.92 | 26.887 | .985 | 23 |
| Autodivulgación y satisfacción sexual | 67.98 | 28.825 | .987 | 24 |
| Gusto y bienestar mutuo | 62.32 | 23.703 | .986 | 20 |
| Ternura | 19.05 | 7.409 | .968 | 6 |
| Expresión de Amor | 21.41 | 8.375 | .944 | 7 |
| Contacto Emocional | 11.11 | 5.105 | .928 | 4 |
| Caricias | 15.24 | 6.147 | .956 | 5 |
| Deseos | 5.50 | 2.707 | .942 | 2 |
| Intimidad Sexual | 269.77 | 106.918 | .996 | 91 |

Nota: DE=Desviación estándar; α =Coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach

En la tabla 13, se observa los valores de consistencia interna según alfa de Cronbach, los cuales varían de .942 a .987 para las dimensiones, y un coeficiente de .996 para el cuestionario total.

ANEXO n°4. Evidencias de validez y confiabilidad del Inventario de depresión de Beck

(IDB-II)

Tabla 12

Correlación ítem-factor de las dimensiones del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II) en pacientes con insuficiencia renal crónica en el distrito de Trujillo

| Escala | Ítem | Ítem - Escala | Ítem - Test |
|-------------------|------|------------------|------------------|
| | | r _{ite} | r _{ite} |
| Área Afectiva | It1 | .588 | .746 |
| | It5 | .541 | .577 |
| | It10 | .505 | .569 |
| | It11 | .397 | .522 |
| Área Motivacional | It4 | .256 | .640 |
| | It9 | .256 | .497 |
| Área Cognitiva | It2 | .701 | .690 |
| | It3 | .771 | .689 |
| | It6 | .565 | .540 |
| | It7 | .705 | .647 |
| | It8 | .584 | .584 |
| | It13 | .602 | .666 |
| | It14 | .408 | .555 |
| Área Conductual | It20 | .485 | .550 |
| | It12 | .273 | .595 |
| | It15 | .432 | .574 |
| Área Física | It17 | .436 | .511 |
| | It16 | .339 | .424 |
| | It18 | .495 | .536 |
| | It19 | .289 | .423 |
| | It21 | .237 | .370 |

En la tabla 14, se observa que los índices de validez según correlación ítem-factor e ítem-test supera el .20.

Tabla 13

Estadísticos de fiabilidad del inventario de depresión en pacientes con insuficiencia renal en el distrito de Trujillo

| Dimensiones/Cuestionario | Media | DE | α | N° Ítems |
|--------------------------|-------|-------|----------|----------|
| Área Afectiva | 2.59 | 2.030 | .719 | 4 |
| Área Motivacional | 1.23 | 0.974 | .400 | 2 |
| Área Cognitiva | 4.95 | 3.527 | .854 | 8 |
| Área Conductual | 2.78 | 1.588 | .565 | 3 |
| Área Física | 4.55 | 2.751 | .531 | 4 |
| Depresión | 16.11 | 9.332 | .906 | 21 |

Nota: DE=Desviación estándar; α =Coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach

En la tabla 15, se observa los valores de consistencia interna según alfa de Cronbach, los cuales varían de .400 a .854 para las dimensiones, y un coeficiente de .906 para el cuestionario total.

ANEXO n°5. Consentimiento Informado:

Este documento es considerado como la autorización del paciente para ser participante de la investigación dejando constancia de que su colaboración es voluntaria y que se está brindando toda la información bajo su autorización, este documento se completó previo el desarrollo de la evaluación siendo de carácter anónimo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ índico que se me ha explicado que formaré parte de un trabajo de investigación que busca conocer la forma de pensar, sentir acerca de la Intimidad sexual y la depresión. Para ello, me aplicarán 2 cuestionarios. Mis resultados se agruparán con los obtenidos por los demás pacientes y en ningún momento se revelará mi identidad. Se respetará mi decisión de aceptar o no colaborar con la investigación, pudiendo retirarme de ella en cualquier momento, sin que ello implique alguna consecuencia desfavorable para mí. Tomando en cuenta que la aplicación de las pruebas se realizará en más de una ocasión, se solicitará mi nombre, con la finalidad de poder completar toda la evaluación. Por lo expuesto, declaro que:

- He recibido información suficiente sobre el estudio
- He tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

Se me ha informado que:

- Mi participación es voluntaria
- Puedo retirarme del estudio, en cualquier momento, sin que ello me perjudique.
- Mis resultados personales no serán informados a nadie. Por lo expuesto, acepto formar parte de la investigación.

Trujillo, ___ de _____ del 2017.