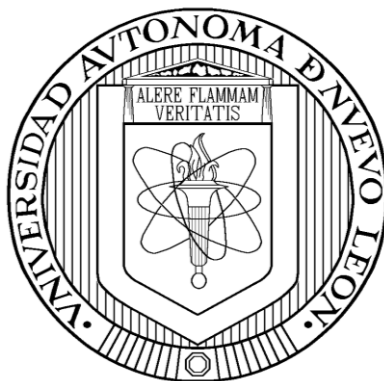


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL E IMPACTO  
DE LA BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE BAJA TASA  
(Low Dose Rate -LDR-) EN CALIDAD DE VIDA.  
ESTUDIO DE COHORTE EN PACIENTES CON CÁNCER  
GINECOLÓGICO DEL NORESTE DE MÉXICO**

**Por**

**DRA. CELIA BEATRIZ GONZÁLEZ ALCORTA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN RADIONCOLOGÍA**

**NOVIEMBRE 2023**



**INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL E IMPACTO  
DE LA BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE BAJA TASA  
(Low Dose Rate -LDR-) EN CALIDAD DE VIDA.  
ESTUDIO DE COHORTE EN PACIENTES CON  
CÁNCER GINECOLÓGICO DEL NORESTE  
DE MÉXICO**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dra. med. Adelina Alcorta Garza**  
Directora de Tesis



---

**Dra. Daneli Ruiz Sanchez**  
Co-directora de Tesis



---

**Dra. Daneli Ruiz Sanchez**  
Coordinadora de Enseñanza



---

**Dra. María Fernanda Noriega Irondo**  
Coordinadora de Investigación



---

**Dr. med. Oscar Vidal Gutiérrez**  
Jefe del Servicio de Oncología



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
Subdirector de Estudios de Posgrado



## **AGRADECIMIENTOS**

Esta tesis es en agradecimiento a la Dra. Adelina Alcorta Garza –mi madre, mi mentora e inspiración. A su infatigable esfuerzo de investigación dónde el paciente es el centro de todo. Gracias por tu humanismo y por tu gran desempeño en la práctica médica y de exploración científica. Gracias a ella, he aprendido a ver por la calidad de vida de mis pacientes, ver aspectos fuera de lo físico sino también en lo socio-cultural, en dónde recaen factores dependientes al desenlace oncológico. Gracias, mamá, por ser mi luz y guía durante mi crecimiento personal y profesional. Nada de lo que soy hoy sería sin ti y mi padre.

A mi padre, el Dr. Juan Francisco González Guerrero, quién desde que tengo memoria, ha sido mi mayor guardián y ejemplo. La razón por la que conocí y me enamoré de la oncología. Gracias, papá, por ser el más grande de los guerreros contra la enfermedad por cáncer, por tu respeto y entrega al paciente y familia. Si algún paciente me llega a agradecer mi manejo, será un agradecimiento a ti por consecuencia.

Gracias a mi Jefe del Departamento de Oncología, el Dr. med. Oscar Vidal Gutiérrez, quién nos ha apoyado incansablemente durante estos tres años de residencia. Reconozco su ardua labor de líder de departamento y de la institución, siempre en busca del bienestar de los pacientes, de sus médicos en formación y del personal de salud. Perdurable será su legado en nosotros y en esta universidad.

Gracias al Dr. Rafael Piñeiro, Jefe del Servicio de Radiooncología, quién de igual manera nos ha permitido durante nuestra estancia, lograr metas profesionales dentro y fuera del centro, especialmente en el extranjero dónde personalmente he podido aprender y conectar con instituciones pioneras en tratamientos, así como congresos de primer nivel.

Gracias a mis maestros de oncología y radioncología quienes durante tres años me han enseñado a hacer juicio clínico y metodológico del mundo científico actual que constantemente va evolucionando. Gracias por su paciencia y sus retribuciones. Todas han sido parte de mi formación y con ustedes estaré en infinito agradecimiento.

Por último, pero no menos valiosos, gracias a mis pacientes y sus familias. Gracias a todos y cada uno de aquellos que depositan diariamente su esperanza de bienestar, alivio o curación en nuestras manos en uno de los momentos más críticos y frágiles de sus vidas. Gracias por acudir a nuestras consultas y seguir nuestras instrucciones con esa fe y esperanza que nos ilumina como seres humanos apoyados en la ciencia y estudio constante. Mi aprecio para cada uno de ellos, que son grandes luchadores/ras, con ese instinto nos apoyan para resurgir fortalecidos dentro de esta adversidad. Estoy eternamente comprometida a dar lo mejor posible de mi a su servicio.

## TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	
RESUMEN	1
CAPÍTULO II	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
2.1. Introducción .....	4
2.2. Antecedentes .....	4
2.3. Justificación .....	8
2.4. Objetivo general .....	9
2.5. Objetivos específicos .....	9
CAPÍTULO III	
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	10
3.1. Diseño del estudio .....	10
3.2. Población de estudio .....	10
3.2.1. Criterios de selección .....	10
3.2.2. Técnica muestral .....	11
3.3. Variables de estudio .....	13
3.4. Plan de análisis .....	15
CAPÍTULO IV	
<b>RESULTADOS</b> .....	16
4.1. Perfil oncológico y del tratamiento de braquiterapia intracavitaria LDR .....	17
4.2. Disfunción sexual pre y post-braquiterapia intracavitaria LDR .....	18
4.3. Calidad de vida pre y post-braquiterapia intracavitaria LDR .....	20
4.4. Estado de salud somático y depresión mayor .....	22

4.5. Factores de riesgo de disfunción sexual post-braquiterapia .....	24
4.6. Factores de riesgo de cambio favorable de calidad de vida post-braquiterapia .....	25
CAPÍTULO V	
<b>DISCUSIÓN</b> .....	26
5.1. Limitaciones .....	31
CAPITULO VI	
<b>CONCLUSIONES</b> .....	33
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	35
BIBLIOGRAFÍA .....	40
APÉNDICES .....	44
Apéndice 1. Cuestionario de confianza en los doctores .....	45
Apéndice 2. Cuestionario de violencia intra familiar, versión 1.0 .....	46
Apéndice 3. Cuestionario de actitudes y experiencias sexuales para detección de VPH .....	47
Apéndice 4. FACT-G, versión 4 .....	49
Apéndice 5. Cuestionario de depresión (PHQ-9) .....	51
Apéndice 6. Síntomas físicos (PHQ-15) .....	52
Apéndice 7. Cuestionario para la evaluación de salud sexual y detección de las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria .....	53
Apéndice 8. Ficha de identificación .....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS

### Figuras

Figura 1. <i>Diagrama del diseño del estudio</i> .....	12
Figura 2. <i>Dominio salud sexual, escala de Salud Sexual y Disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria (SyDSF-AP), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico</i> .....	18
Figura 3. <i>Incidencia de disfunción sexual post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico</i> .....	19
Figura 4. <i>Cambio en estatus de sintomatología física (PHQ-15) post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico</i> .....	23
Figura 5. <i>Cambio en estatus de depresión (PHQ-9) post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico</i> .....	23

### Cuadros

Cuadro 1. <i>Variables del estudio</i> .....	13
Cuadro 2. <i>Perfil sociodemográfico</i> .....	16
Cuadro 3. <i>Perfil oncológico</i> .....	17
Cuadro 4. <i>Dominio salud sexual, escala de Salud Sexual y Disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria (SyDSF-AP), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico</i> .....	19
Cuadro 5. <i>Estadística descriptiva y confiabilidad de las dimensiones de calidad de vida (FACT-G), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico</i> .....	20
Cuadro 6. <i>Nivel de calidad de vida (FACT-G), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico</i> .....	21
Cuadro 7. <i>Cambio en estatus de calidad de vida (FACT-G), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico</i> .....	21

Cuadro 8. <i>Estadística descriptiva y confiabilidad del PHQ-15 (síntomatología física) y PHQ-9 (depresión), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico</i> .....	22
Cuadro 9. <i>Factores de riesgo de disfunción sexual post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico</i> .....	24
Cuadro 10. <i>Factores de riesgo de cambio favorable de calidad de vida post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico</i> .....	25



## GLOSARIO Y ABREVIATURAS

- **Braquiterapia de baja tasa (LDR):** radiación intracavitaria generalmente se basa en la braquiterapia de baja tasa de dosis (LDR), que administra radiación a una dosis de 0,4 a 2 Gray (Gy)/hora. Por lo general, los pacientes son hospitalizados (en nuestra institución) después de la colocación del aplicador durante 24 a 72 horas para permitir la administración de radiación de los tratamientos LDR. (ICRU, 1985).
- **BQT:** Braquiterapia
- **Calidad de vida:** La percepción que tiene una persona de su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Es un concepto amplio que se ve atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.
- **Cáncer ginecológico:** Cuando el cáncer se origina en los órganos reproductores de la mujer, se denomina cáncer ginecológico. Los cinco tipos principales de cáncer ginecológico son: cáncer de cuello uterino, ovario, endometrio, vagina y vulva.
- **Disfunción sexual:** Dónde no existe patología orgánica o abuso de sustancias, ni malestar acusado, ni dificultades en las relaciones interpersonales. Se encuentra

presente en la mayor parte de las relaciones sexuales (70-80%), al menos 6 meses persistente (DSMV).

- **EBRT:** Radioterapia de haz externo
- **EC:** etapa clínica
- **Estudio de cohorte:** Estudio de investigación que compara un resultado en particular (como el cáncer de pulmón) en grupos de individuos que son similares en muchos aspectos, pero que se diferencian por una cierta característica.
- **FIGO:** Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- **ICBT:** Braquiterapia intracavitaria
- **IG-IRT:** radioterapia intervencionista guiada por imágenes
- **Incidencia:** la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año.
- **IMRT:** Radioterapia de intensidad modulada
- **VPH:** virus del papiloma humano
- **VMAT:** Terapia de arco volumétrico modulado



## **CAPÍTULO I**

### **RESUMEN**

**Dra. Celia Beatriz González Alcorta**

**Universidad Autónoma de Nuevo León**

**Título: INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL E IMPACTO DE LA  
BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA DE BAJA TASA (Low Dose Rate -  
LDR-) EN CALIDAD DE VIDA. ESTUDIO DE COHORTE EN PACIENTES  
CON CÁNCER GINECOLÓGICO DEL NORESTE DE MÉXICO**

**Número de páginas: 55**

**Candidata al grado de Médico Especialista en Radioncología**

**Área de estudio: Radioncología**

#### **Introducción**

El cáncer ginecológico en México es un tema de salud pública importante. Los tratamientos para el cáncer de cérvix y endometrio tienen la similitud de tener la opción de tratamiento en base a braquiterapia intracavitaria (ICBT) en algún punto. Estas útiles técnicas de tratamiento han permitido el aumento en el número de pacientes que sobreviven a largo plazo, por lo que en la actualidad el enfoque sobre la calidad de vida de estos pacientes, con un énfasis particular en la salud sexual, toma relevancia en el tratamiento del cáncer ginecológico. Este estudio se propone evaluar la

disfunción sexual y la calidad de vida antes y después de braquiterapia intracavitaria de baja tasa (Low Dose Rate -LDR-) en pacientes con cáncer ginecológico.

## **Material y métodos**

Estudio de cohorte prospectiva de pacientes con braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico para evaluar disfunción sexual y calidad de vida entre pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer ginecológico (cervicouterino o endometrio) con tratamiento de braquiterapia intracavitaria de baja tasa (Low Dose Rate -LDR-) en consulta externa del Servicio de Oncología de Hospital Universitario “José E. González” de la UANL.

## **Resultados**

La media de edad fue  $46.2 \pm 12.7$ ; predominó el estado civil casada, escolaridad menor a preparatoria, ocupación hogar y, como procedencia, los estados de Nuevo León y Tamaulipas. El 68.3% de las pacientes tenía pareja estable y la media de hijos fue de  $3.1 \pm 1.7$ . No se registró diferencia en la media del puntaje de disfunción sexual antes y después de la braquiterapia intracavitaria LDR ( $p > 0.05$ ). La incidencia de disfunción sexual post-braquiterapia intracavitaria fue menor al 20%, menor a la planteada en la hipótesis de 70% ( $p < 0.001$ ).

## **Conclusiones**

La incidencia de disfunción sexual pre y post-braquiterapia LDR permanece sin diferencias estadísticamente significativas en nuestra población. La media de sintomatología física y depresión se redujo después de la braquiterapia intracavitaria



LDR. Los resultados son una contribución en miras de ofrecer opciones de tratamiento integral a las pacientes con cáncer ginecológico que consideren su calidad de vida dentro de las metas terapéuticas.

## **CAPÍTULO II**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **2.1. Introducción**

El cáncer ginecológico en México es un tema de salud pública importante. En el año 2020, la Organización Mundial de la Salud publicó una cifra estimada de 604,000 mujeres que recibieron el diagnóstico de cáncer de cuello uterino (CACU) a nivel global, reportando que alrededor de 342,000 fallecieron a causa de esta enfermedad (OMS, 2022). Esto posiciona al cáncer de cérvix en el quinto lugar de fallecimientos a nivel global, mientras que el cáncer de endometrio ocupa el decimoquinto en prevalencia global (Globocan, 2018).

La mortalidad femenina en México muestra que el CACU es el segundo como causa de muerte específica por cáncer después del cáncer de mama. El cáncer de endometrio se posiciona en quinto lugar en la prevalencia en la mujer en México (Globocan, 2018).

#### **2.2. Antecedentes**

Los tratamientos para el cáncer de cérvix y endometrio varían dependiendo de su etapa clínica y de los deseos de la paciente, sin embargo, tienen la similitud de tener la opción de tratamiento en base a braquiterapia intracavitaria (ICBT) en algún punto.



Las bases del tratamiento convencional para el cáncer cervicouterino en la etapa IB-IVA, según la clasificación de estadiaje tumoral de 2018 de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), comprende un enfoque combinado de quimiorradiación. En nuestra institución se ofrece quimioterapia basada en cisplatino 40 mg/m<sup>2</sup> por vía intravenosa durante 4 a 6 ciclos semanales, junto con radioterapia externa (EBRT) administrada en fracciones de 1.8 a 2 Gy (NCCN, 2023).

Investigaciones fase III, como el estudio EMBRACE, han marcado pautas de tratamiento que han confirmado la efectividad de la radioterapia intervencionista guiada por imágenes (IG-IRT) en el control local y pélvico de la enfermedad. Ellos reportaron una tasa de control pélvico a tres años del 96% para el estadio IB, 89% para el estadio IIB y 73% para el estadio IIIB (Jensen, 2003; Sturdza, 2016).

Por lo general, las etapas tempranas suelen ser candidatas a algún manejo quirúrgico radical (la extirpación del tumor por colposcopia, la histerosalpingooforectomía bilateral total, linfadenectomía pélvica/paraaórtica y lavado peritoneal, entre otros) (Toita et al., 2019). En etapas más avanzadas se pudiera omitir el manejo quirúrgico o complementar con quimiorradioterapia, braquiterapia y/o sólo manejo sistémico. En ambas enfermedades, la braquiterapia es una posibilidad terapéutica (Toita et al., 2019).

En el cáncer de endometrio, clasificado en etapas I-IV por la FIGO 2018, su tratamiento oncológico varía desde la consideración quirúrgica (Becker, 2010). Los estudios aleatorizados que investigaron la radioterapia después de la cirugía para el cáncer de endometrio mostraron que la radioterapia de haz externo en la región pélvica (EBRT) redujo de manera importante la tasa de recurrencia en el área local (Creutzberg, 2000). Se mostraron resultados en el estudio PORTEC en que, a pesar

de sus claros beneficios en un subgrupo de pacientes de alto riesgo (>60 años, EC IC grados 1 y 2, EC IB grado 3) en cuanto al control local en la pelvis, la radioterapia adyuvante después de la cirugía para el cáncer de endometrio se relaciona con una lesión significativa en el tejido sano circundante (Creutzberg, 2000).

Dado que las recurrencias en su mayoría se presentan de manera locorregional y buscando desescalar el riesgo de toxicidad gastrointestinal, se creó el estudio PORTEC-2 con el fin de investigar el papel de BQT no inferior a la radiación por haz externo (EBRT) como manejo adyuvante (Nout, 2010). La terapia de braquiterapia vaginal resultó efectiva en la prevención de la recurrencia en la vagina, y la supervivencia libre de recurrencia y la supervivencia general fueron comparables en ambos grupos (Nout, 2010). Desde entonces, en este subgrupo de pacientes con características de alto riesgo, la braquiterapia vaginal se convierte en el nuevo estándar de tratamiento.

La radiación intracavitaria (ICBT) generalmente se basa en la braquiterapia de baja tasa de dosis (LDR), que administra radiación a una dosis de 0.4 a 2 Gray (Gy)/hora. Las fuentes de radiación se cargan en un sistema de administración intrauterino en tándem y vaginal ovoide que se coloca mientras la paciente está bajo anestesia en el quirófano. Por lo general, los pacientes son hospitalizados después de la colocación del aplicador durante 24 a 72 horas para permitir la administración de radiación de los tratamientos LDR (ICRU, 1985).

La ICBT se realiza desde hace mucho tiempo basándose en la planificación bidimensional (2D) con el uso de películas de rayos X ortogonales. Las dosis se prescriben en el punto A según el sistema Manchester clásico o modificado (CIE-11, 2017).

Recientemente, se ha producido un cambio dramático de 2D a tridimensional (3D) en la planificación ICBT. La radioterapia en técnica 3D-ICBT mejora la cobertura de la dosis del tumor cervical al tiempo que limita la sobredosis de los órganos normales circundantes (CIE-11, 2017).

La mayor parte de los estudios sobre los efectos secundarios vaginales causados por la radiación no son recientes y utilizaron métodos de planificación y radiación 2D (Vincent, 1975). En contraste, con las nuevas técnicas basadas en IG-IRT y con la terapia de radiación de intensidad modulada (IMRT) se registran efectos secundarios menores, reduciendo efectos tóxicos graves a nivel de recto y vejiga, como las fístulas que son las complicaciones reportadas entre el 3 al 6 por ciento con estas técnicas (Jensen, 2003).

La calidad de vida se ve afectada por diversas complicaciones, tales como obstrucción del intestino delgado, sangrado, estenosis, fístulas y perforaciones en el intestino grueso, así como hematuria, estenosis ureteral y fístula vesicovaginal en el sistema urinario (Jereczek, 1998). Además, se pueden experimentar condiciones como atrofia, acortamiento o adherencia vaginal, lo que podría dificultar o impedir las relaciones sexuales (Eifel, 1995). Con esto en mente, se ha buscado conseguir mejores algoritmos para detección temprana y tratamiento oportuno para disminuir el riesgo de ellas.

Estas útiles técnicas de tratamiento han permitido el aumento en el número de pacientes que sobreviven a largo plazo, por lo que en la actualidad el enfoque sobre la calidad de vida de estos pacientes, con un énfasis particular en la salud sexual, toma relevancia en el tratamiento del cáncer ginecológico.



La habilidad para tener una buena salud sexual depende de varias variables, siendo relevantes la orientación y educación sobre la salud sexual, el acceso a los servicios de salud y el entorno que permita el desarrollo de la sexualidad en hombre y mujeres de manera segura e informada (OMS, 2019).

En poblaciones asiáticas se ha identificado que la morbilidad sexual llega a tener relación directa con síntomas de depresión y peor calidad de vida (Molassiotis et al., 2000). No hemos encontrado literatura mexicana que haya estudiado el impacto psicológico y sexual que viven las pacientes sobrevivientes del cáncer ginecológico, por lo que es de interés evaluar la incidencia de disfunción sexual y el impacto de la braquiterapia intracavitaria de baja tasa (Low Dose Rate -LDR-) en la calidad de vida de nuestra población.

### **2.3. Justificación**

Llevamos una búsqueda sistemática con palabras clave (cáncer de endometrio, cérvico uterino, disfunción sexual, México) en inglés y español, considerando varias bibliotecas científicas como PubMed, Cochrane, MedLine, y es nuestro entendimiento actual que no hay estudios cohortes prospectivos que hayan estudiado la disfunción sexual en cáncer ginecológico tras la intervención de braquiterapia de baja tasa en una población mexicana, por lo que nos propusimos estudiar a la población de pacientes que acuden a nuestra institución.

## **2.4. Objetivo general**

Evaluar la disfunción sexual y la calidad de vida antes y después de braquiterapia intracavitaria de baja tasa (Low Dose Rate -LDR-) en pacientes con cáncer ginecológico.

## **2.5. Objetivos específicos**

1. Estimar la incidencia de disfunción sexual post-braquiterapia LDR.
2. Estimar la frecuencia de participantes con cambio favorable de estatus de calidad de vida post-braquiterapia LDR.
3. Estimar la frecuencia de participantes con cambio favorable de estatus de sintomatología física y depresión post-braquiterapia LDR.
4. Identificar factores de riesgo de disfunción sexual y cambio favorable de calidad de vida post-braquiterapia.

## CAPÍTULO III

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. Diseño del estudio

El estudio se plantea como cohorte prospectiva de pacientes con braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico (*Figura 1*) para evaluar disfunción sexual y calidad de vida.

#### 3.2. Población de estudio

La población de estudio está constituida por pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer ginecológico (cervicouterino o endometrio) con tratamiento de braquiterapia intracavitaria de baja tasa (Low Dose Rate -LDR-) en consulta externa del Servicio de Oncología de Hospital Universitario “José E. González” de la UANL de tercer nivel entre febrero de 2020 y noviembre de 2022.

##### 3.2.1. Criterios de selección

Los criterios utilizados para conformar la muestra fueron:

- **Inclusión:**
  - Mayor de 18 años.
  - Con adecuado control de problema metabólico u hormonal (por ejemplo, hipo o hipertiroidismo).



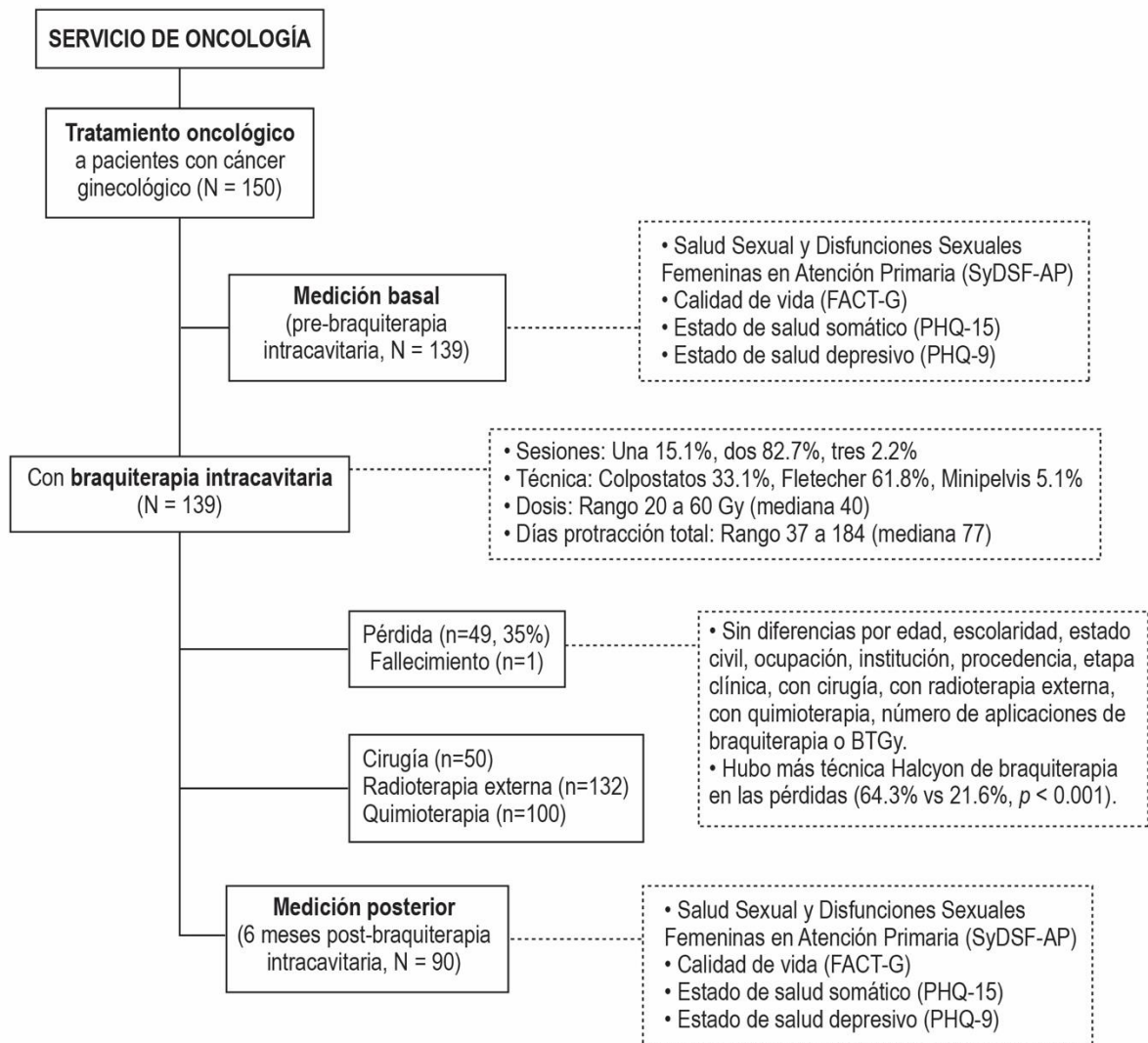
- **Exclusión:**
  - Daño neurológico, metabólico o cognitivo.
- **Eliminación:**
  - Suspensión de encuesta por dolor agudo o no deseo de continuar con la entrevista.

### **3.2.3. Técnica muestral**

El muestreo se realizó por selección consecutiva en pacientes que cumplían los criterios de selección.

El cálculo del tamaño mínimo de la muestra utilizó como base la hipótesis “La incidencia de disfunción sexual post-braquiterapia es del 70%”, con margen de error de 10% y nivel de confianza de 95%; por lo tanto, la muestra mínima sería de 81 pacientes.

Figura 1. Diagrama del diseño del estudio



### 3.3. Variables de estudio

En el *Cuadro 1* se describe el tipo de variable, la definición operacional y la escala de las variables principales del estudio.

Cuadro 1. *Variables del estudio*

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala</b>
Características del tratamiento de braquiterapia intracavitaria	Indep	Gy y días de protracción	Continua
Disfunción sexual	Dep	Dominio salud sexual de la escala Salud Sexual y Disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria (SyDSF-AP) que evalúa salud/disfunción sexual en los últimos 3 meses. Por ejemplo, ha sentido dolor durante la relación sexual (9 ítems). Rango posible 0 a 5; a mayor puntaje, mayor disfunción sexual (4 reactivos requirieron inversión de códigos de respuesta). Las respuestas algo, bastante, mucho y muchísimo fueron consideradas como disfuncional sexual = sí (punto de corte $\geq 2$ ); y las respuestas nada y un poco, como disfuncional sexual = no	Ordinal (0=Nada, 5= Muchísimo)
Calidad de vida	Dep	Escala FACT-G que evalúa calidad de vida en los últimos 7 días Consiste en 4 dimensiones: a) Salud física general, por ejemplo, Me falta energía (7 ítems), b) Ambiente familiar y social, por ejemplo, recibo apoyo emocional por parte de mi familia (7 ítems), c) Estado emocional, por ejemplo, me siento triste (6 ítems) y d) Capacidad de funcionamiento personal, por ejemplo, duermo bien (7 ítems). Rango posible total 0-4 (27 ítems); a mayor puntaje mejor calidad de vida (12	Ordinal (0= Nada, 4=Muchísimo)



		<p>reactivos requirieron inversión de códigos de respuesta).</p> <p>Las respuestas mucho y muchísimo fueron consideradas como buena calidad de vida (punto de corte <math>\geq 3</math>); y las respuestas nada, poco y algo, como mala calidad de vida</p>	
Sintomatología física	Indep	<p>Escala PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) que evalúa presencia de síntomas físicos en las últimas 4 semanas. Por ejemplo, qué tanta molestia ha tenido dolor de estómago (15 ítems). Rango posible 0-30; a mayor puntaje mayor sintomatología somática. Se categoriza en mínima (0 a 4), leve (5 a 9), moderada (10 a 14) y alta (15 a 30).</p>	<p>Ordinal (0=Sin molestia, 1 = Un poco de molestia, 2 = Mucha molestia)</p>
Depresión	Indep	<p>Escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) para evaluar presencia de síntomas depresivos durante las últimas 2 semanas (9 ítems). Por ejemplo, con qué frecuencia hubo poco interés o placer en hacer cosas. El puntaje total posible 0-27; a mayor puntaje mayor depresión. El PHQ-9 se desarrolló como una herramienta de tamizaje, puntaje 8 -11 señala probable caso de depresión mayor.</p>	<p>Ordinal (0=Ningún día, 3=casi todos los días)</p>
Quimioterapia	Control	Sí vs no	Nominal
Técnica radioterapia externa	Control	2D vs IMRT	Nominal
Cirugía	Control	Sí vs no	Nominal
Etapa clínica	Control	I, II, III o IV	Ordinal
Comorbilidad	--	Diabetes, hipertensión, otra	Nominal
Edad	Control	Años cumplidos	Continua
Escolaridad	Control	Escolaridad terminada	Ordinal
Estado civil	--	Soltera, Casada, Divorciada, Viuda, Unión Libre	Nominal
Ocupación	--	Hogar, Empleada, Profesional, Desempleada, Jubilada	Nominal
Procedencia	--	Nuevo León, Tamaulipas, Otro estado nacional, Otro país	Nominal

### **3.4. Plan de análisis**

Se utilizó estadística descriptiva, medias y desviaciones estándar para las variables continuas; y distribución de frecuencias para las variables categóricas. Se estimó la incidencia de disfunción sexual y cambio favorable de calidad de vida post-braquiterapia.

Para examinar los factores de riesgo se utilizó regresión logística múltiple binaria. Un modelo con disfunción sexual como variable dependiente y otro, con cambio favorable de calidad de vida. En ambos modelos, la depresión y sintomatología física post-braquiterapia, los Gy y días de protracción total, fueron las variables independientes; y edad, escolaridad, cirugía, quimioterapia, técnica radioterapia externa y etapa clínica, las variables de control.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

La media de edad fue  $46.2 \pm 12.7$ ; predominó el estado civil casada, escolaridad menor a preparatoria, ocupación hogar y, como procedencia, los estados de Nuevo León y Tamaulipas (*Cuadro 2*). El 43.2% presentaba alguna comorbilidad; 20.1% tenía el antecedente de diabetes, 22.3% hipertensión, 4.3% depresión y 2.9% ansiedad.

*Cuadro 2.* Perfil sociodemográfico

Característica	n	%	Característica	n	%
Estado civil			Ocupación		
Soltera	30	21.6	Hogar	83	59.7
Casada	60	43.2	Empleada	38	27.3
Divorciada	7	5.0	Profesional	3	2.2
Viuda	11	7.9	Desempleada	12	8.6
Unión Libre	29	20.9	Jubilada	3	2.2
Sin dato	2	1.4	Procedencia		
Escolaridad			Nuevo León	50	36.0
Hasta primaria	48	34.5	Tamaulipas	54	38.8
Secundaria	51	36.7	Otro estado nacional	33	23.7
Preparatoria	25	18.0	Otro país	2	1.4
Profesional/ Posgrado	15	10.8			

*N* = 139



#### 4.1. Perfil oncológico y del tratamiento de braquiterapia intracavitaria LDR

Predominó el cáncer de cérvix y la etapa clínica III. Más del 80% recibió dos sesiones de braquiterapia intracavitaria y la técnica de Fletcher fue la más utilizada (Cuadro 3).

Cuadro 3. Perfil oncológico

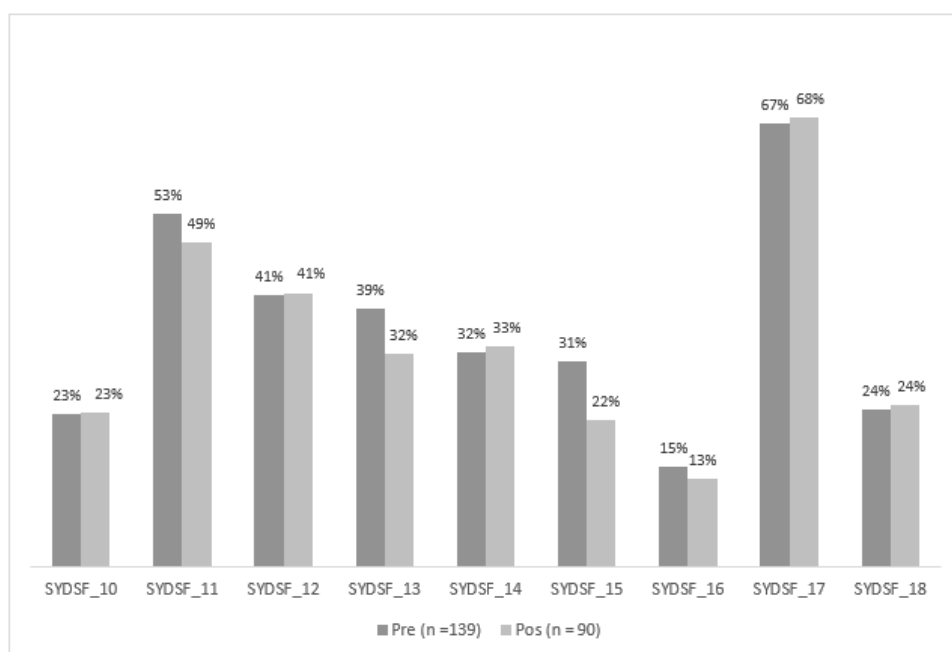
	n	%
Diagnóstico		
Cáncer de cérvix	114	82.0
Cáncer de endometrio	24	17.3
Sin dato	1	0.7
Etapa clínica		
I	28	20.1
II	30	21.6
III	47	33.8
IV	32	23.0
Sin dato	2	1.4
Braquiterapia, número de aplicaciones		
1	21	15.1
2	115	82.7
3	3	2.2
Braquiterapia, técnica		
Colpostatos	45	32.4
Fletcher	84	60.4
Mini pelvis	7	5.0
Sin dato	3	2.2
Braquiterapia, Gy	139	37.6 ±7.6
Protracción (días totales)	122	78.5 ±26.0
Toxicidad		
Gastrointestinal	61	43.9
Genitourinario	25	18.0
Fístulas	31	22.3
Recurrencia	4	2.9
Progresión	8	5.8
Persistencia	15	10.8

N = 139

## 4.2. Disfunción sexual pre y post-braquiterapia intracavitaria LDR

El 68.3% de las pacientes tenía pareja estable y la media de hijos fue de 3.1  $\pm$ 1.7. Cerca del 70% manifestó que podría prescindir de las relaciones sexuales y alrededor del 50%, expresó tener decaído el interés por el sexo tanto antes como después del tratamiento de braquiterapia intracavitaria ( $p > 0.05$ ) (Figura 2).

Figura 2. Dominio salud sexual, escala de Salud Sexual y Disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria (SyDSF-AP), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico



La paciente respondió algo, bastante, mucho o muchísimo. SYDSF\_10 = Sin satisfacción con vida sexual, SYDSF\_11 = Decaído el interés por el sexo, SYDSF\_12 = Sin menos sensaciones placenteras durante relación sexual, SYDSF\_13 = Sin excitación o estimulación durante relación sexual, SYDSF\_14 = Dolor durante relación sexual, SYDSF\_15 = Sin logro de orgasmo, SYDSF\_16 = Dificultad sexual con pareja, pero no con masturbación, SYDSF\_17 = Podría prescindir de relaciones sexuales, SYDSF\_18 = Depresión y nerviosismo por problemas sexuales. Prueba de diferencia de proporciones, antes y después con  $p > 0.05$ .

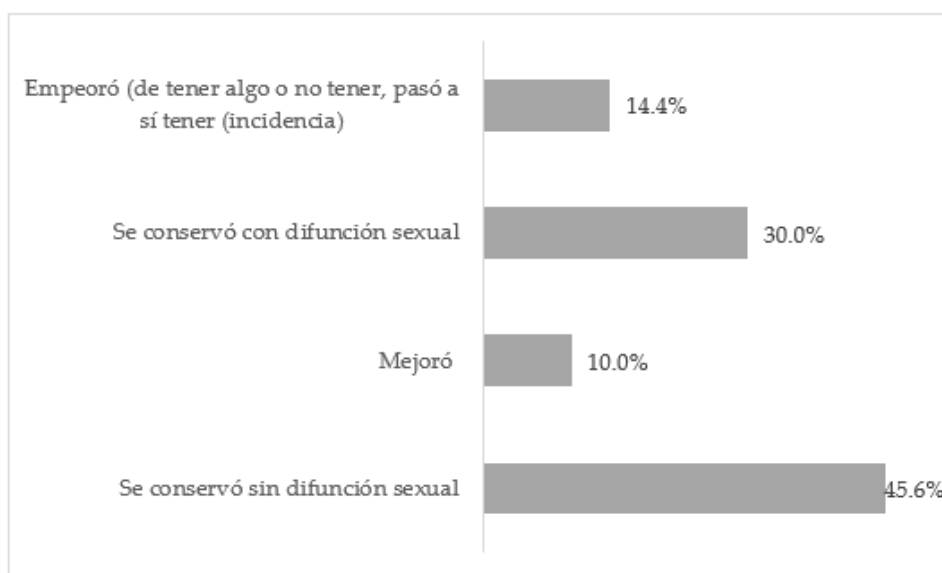
No se registró diferencia en la media del puntaje de disfunción sexual antes y después de la braquiterapia intracavitaria LDR ( $p > 0.05$ ) (Cuadro 4). La incidencia de disfunción sexual post-braquiterapia intracavitaria fue menor al 20%, menor a la planteada en la hipótesis de 70% ( $p < 0.001$ ) (Figura 3).

Cuadro 4. Dominio salud sexual, escala de Salud Sexual y Disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria (SyDSF-AP), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico

Disfunción sexual	No. Ítems	Rango posible <sup>a</sup>	Rango observado <sup>a</sup>	n	M ± DE	Alfa de Cronbach
Antes	9	0-5	0.2 - 4.7	90	1.9 ± 0.7	0.54
Después	9	0-5	0.0 - 3.6	90	1.8 ± 0.8	0.58

<sup>a</sup> A mayor puntaje, mayor disfunción sexual. Valor de p (prueba no paramétrica de Wilcoxon para poblaciones pareadas) = 0.87.

Figura 3. Incidencia de disfunción sexual post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico



### 4.3. Calidad de vida pre y post-braquiterapia intracavitaria LDR

La estadística descriptiva incluyendo la confiabilidad de las dimensiones del FACT-G se muestran en el *Cuadro 5*. La media de calidad de vida después de la braquiterapia intracavitaria mejoró en el rubro bienestar físico y en calidad total (*Cuadro 6*).

a mayor frecuencia de participantes con mejora en el estatus de calidad de vida se observó en el rubro de bienestar físico, seguido del social y funcional. El rubro con menor mejora fue el emocional (*Cuadro 7*).

*Cuadro 5. Estadística descriptiva y confiabilidad de las dimensiones de calidad de vida (FACT-G), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico*

	No. Items	Rango posible <sup>a</sup>	Rango observado <sup>a</sup>	Alfa de Cronbach
Antes				
Bienestar físico	7	0 a 4	0 a 4	0.86
Bienestar social	7	0 a 4	1 a 4	0.78
Bienestar emocional	6	0 a 4	1 a 4	0.74
Bienestar funcional	7	0 a 4	0 a 4	0.81
Calidad vida total	27	0 a 4	1 a 4	0.89
Después				
Bienestar físico	7	0 a 4	1 a 4	0.52
Bienestar social	7	0 a 4	1 a 4	0.72
Bienestar emocional	6	0 a 4	1 a 4	0.71
Bienestar funcional	7	0 a 4	1 a 4	0.78
Calidad vida total	27	0 a 4	1 a 4	0.85

<sup>a</sup> A mayor puntaje, mejor calidad de vida.

Cuadro 6. Nivel de calidad de vida (FACT-G), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico

	<i>n</i>	Antes	Después
Bienestar físico	86	2.8 ±1.0	3.1 ±0.8**
Bienestar social	89	3.1 ±0.8	3.1 ±0.7
Bienestar emocional	87	2.7 ±0.9	2.9 ±0.8
Bienestar funcional	90	2.8 ±0.8	2.9 ±0.8
Calidad vida total	85	2.8 ±0.6	3.0 ±0.5*

<sup>a</sup> A mayor puntaje, mejor calidad de vida.

\**p* < 0.05 y \*\**p* < 0.01 (prueba no paramétrica de Wilcoxon para poblaciones pareadas)

Cuadro 7. Cambio en estatus de calidad de vida (FACT-G), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico

	Cambio en estatus pre -post braquiterapia			
	Se conservó malo	Empeoró	Se conservó bueno	Mejóro
Bienestar físico	16.3%	12.8%	37.2%	33.7%
Bienestar social	8.1%	19.8%	45.3%	26.7%
Bienestar emocional	33.3%	13.8%	32.2%	20.7%
Bienestar funcional	24.4%	18.9%	33.3%	23.3%
Calidad vida total	24.7%	14.3%	35.1%	26.0%



#### 4.4. Estado de salud somático y depresión mayor

La media de sintomatología física y depresión se redujo después de la braquiterapia intracavitaria LDR (Cuadro 8). El 19 y 27% de las participantes mejoró en sintomatología física y depresión post-braquiterapia, respectivamente (Figuras 4 y 5).

Cuadro 8. Estadística descriptiva y confiabilidad del PHQ-15 (sintomatología física) y PHQ-9 (depresión), antes y después de braquiterapia intracavitaria LDR por cáncer ginecológico

	No. Ítems	Rango posible <sup>a</sup>	Rango observado <sup>a</sup>	n	Media ± DE	Alfa de Cronbach
PHQ9						
Inicial	9	0 a 27	0 a 26	90	7.2 ±6.0 (mediana = 5)	0.85
Final	9	0 a 27	0 a 20	90	5.3 ±5.1* (mediana = 4)	0.83
PHQ15						
Inicial	15	0 a 30	0 a 25	90	8.3 ± 5.4	0.82
Final	15	0 a 30	0 a 18	90	6.4 ± 4.2**	0.73

<sup>a</sup> A mayor puntaje, mayor depresión y más sintomatología física. A partir de puntaje 8 es depresión., \*p < 0.01 y \*\*p < 0.001 (prueba no paramétrica de Wilcoxon para poblaciones pareadas)

Figura 4. Cambio en estatus de sintomatología física (PHQ-15) post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico

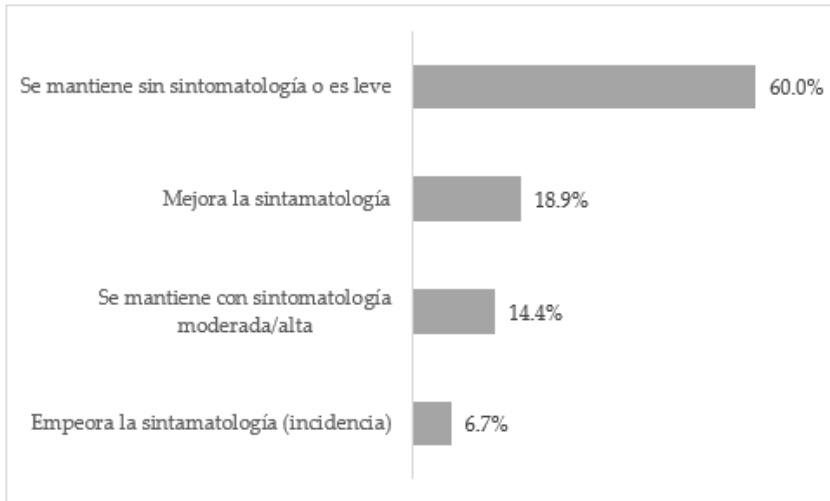
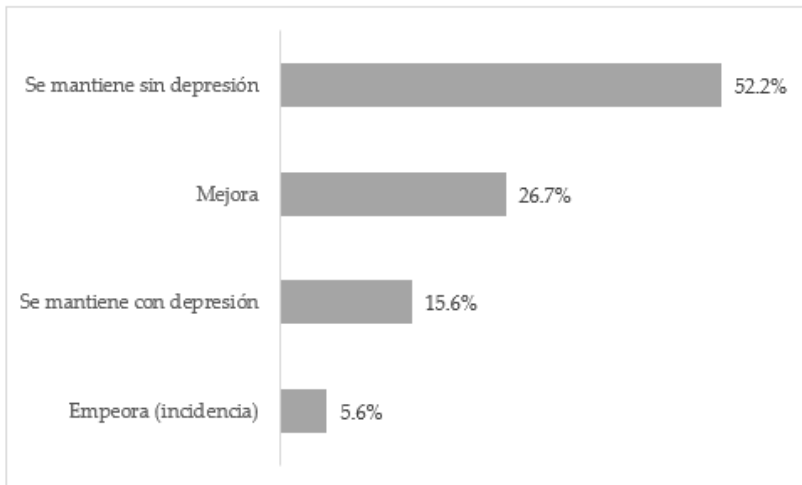


Figura 5. Cambio en estatus de depresión (PHQ-9) post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico



#### 4.5. Factores de riesgo de disfunción sexual post-braquiterapia

La escolaridad alta disminuyó y la técnica IMRT de radioterapia externa, incrementó al triple el riesgo de disfunción sexual post-braquiterapia, independiente de los Gy y días de protracción total, depresión, sintomatología física post-braquiterapia; y otras variables confusoras (*Cuadro 9*).

*Cuadro 9. Factores de riesgo de disfunción sexual post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico*

	<b>RM</b>	<b>IC95%</b>
Edad (años)	1.02	0.98, 1.07
<b>Escolaridad, profesional/posgrado</b>	<b>0.54</b>	<b>0.30, 0.96*</b>
Depresión post-braquiterapia	1.04	0.25, 4.4
Sintomatología física post-braquiterapia	3.63	0.76, 17.38
Cirugía	0.73	0.19, 2.78
Quimioterapia	1.28	0.32, 5.14
<b>Técnica radioterapia externa, IMRT</b>	<b>3.08</b>	<b>1.03, 9.22*</b>
Etapa clínica	1.51	0.87, 2.62
Braquiterapia, Gy	1.00	0.91, 1.1
Protracción total, ≥ 60 días	0.54	0.17, 1.73

\*  $p < 0.05$

#### 4.6. Factores de riesgo de cambio favorable de calidad de vida post-braquiterapia

La depresión y la sintomatología física post-braquiterapia disminuyeron las posibilidades de cambio favorable de calidad de vida a los seis meses de tratamiento con braquiterapia, independiente de los Gy, días de protracción total, técnica de radioterapia externa y otras variables confusoras (*Cuadro 10*).

Cuadro 10. Factores de riesgo de cambio favorable de calidad de vida post-braquiterapia intracavitaria LDR en pacientes con cáncer ginecológico

	RM	IC95%
Edad (años)	0.97	0.92, 1.02
Escolaridad, profesional/posgrado	1.68	0.74, 3.79
<b>Depresión post-braquiterapia</b>	<b>0.02</b>	0.01, 0.27**
<b>Sintomatología física post-braquiterapia</b>	<b>0.06</b>	0.01, 0.81*
Cirugía	6.18	0.4, 95.78
Quimioterapia	2.27	0.42, 12.17
Técnica radioterapia externa, IMRT	4.98	0.78, 32.01
Etapa clínica	1.19	0.53, 2.69
Braquiterapia, Gy	1.02	0.88, 1.18
Protracción total, ≥ 60 días	1.60	0.37, 6.94

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

## **CAPÍTULO IV**

### **Discusión**

En consideración a la situación mexicana actual ante las enfermedades oncoginecológicas y el problema de salud pública que acontece, es importante poder identificar dentro de sus opciones terapéuticas la oportunidad de éxito que los tratamientos ofrecen, siendo primordial centrar la calidad de vida de estas pacientes dentro de metas terapéuticas.

Se ha demostrado que entender el contexto social y emocional de las pacientes con cáncer de cérvix tiene un rol importante en el desenlace oncológico (Lu et al., 2019). Vemos en particular en el cáncer de cérvix, que se han publicado estudios epidemiológicos que demuestran que el estrés psicológico perpetua la angiogénesis y por ende la proliferación celular (Chida et al., 2019; Lutgendorf et al., 2019). Estos efectos fisiopatológicos se han visto relacionados con el estrés crónico y la reducción de la respuesta inmuno celular (Levin et al, 2010). Debemos reconocer dentro de estas enfermedades el impacto psicológico, emocional y sexual que esto puede desencadenar desde el diagnóstico y durante el tratamiento. Cualquier limitación en la función sexual puede causar impacto en la calidad de vida de las pacientes (Stead et al, 2003).

Jensen et al. (2003), presentaron datos recolectados entre 1990 y 1993 que involucraban a pacientes con cáncer de cuello uterino que recibieron tratamiento con



radioterapia externa más radioterapia intervencionista guiada por imágenes (IG-IRT). A través del uso de una planificación de tratamiento bidimensional (2D), aproximadamente el 85% de las mujeres tuvieron poco o ningún interés en la actividad sexual, el 35% experimentó una falta de lubricación de moderada a grave, el 55% reportó dispareunia de leve a grave y el 30% expresó insatisfacción con su vida sexual. Además, el 50% de las pacientes notificó una reducción en el tamaño vaginal y el 45% tuvo dificultades para mantener relaciones sexuales completas, ya sea de forma ocasional o nunca. A pesar de la disfunción sexual y los efectos secundarios vaginales, el 63% de las personas que eran sexualmente activas antes de su diagnóstico continuaron siéndolo después del tratamiento, aunque con una frecuencia notablemente reducida.

Es importante resaltar lo que Becker et al. (2011) reportaron sobre esta misma problemática de manera retrospectiva en población canadiense de 41 pacientes con cáncer de endometrio tratadas con braquiterapia vaginal. Ellos compararon una población de pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio llevadas a cirugía versus cirugía + braquiterapia vaginal. Su hipótesis era que esta modalidad de tratamiento, de ser necesario, no modificaría la función sexual. Se aplicaron encuestas de la EORTC (QLQ-CX24 y QLQ-C30) de calidad de vida y función sexual y considerando significativo en su estudio la no inferioridad de resultados mayores al veinte por ciento. En este estudio demuestran su hipótesis en razón a que la braquiterapia vaginal no modifica la funcionalidad sexual en esta población. De igual manera se valoraron comorbilidades prevaleciendo dentro de estas la diabetes mellitus tipo 2 y características demográficas, sin mostrar diferencias significativas.

Ciertamente quedaba la duda para los autores como para los lectores siendo un grupo pequeño y retrospectivo sin parámetros basales pre tratamiento.

Nuestra investigación está enfocada a la población mexicana en el norte del país, siendo el primer trabajo que se realiza con el objetivo de valorar calidad de vida y funcionalidad sexual tras el tratamiento de braquiterapia. Con base en los resultados de estudios extranjeros, y ante la incidencia de disfunción sexual aproximada en los pacientes oncológicos del 70%, nos formulamos la hipótesis de que se reportarían cifras tan altas como estas en pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico tratadas con braquiterapia vaginal. Vemos en los resultados comparativos de las encuestas pre y post tratamiento, que similar a lo reportado por Becker et al. en 2003, pareciera haber una similitud en la funcionalidad sexual pre y post tratamiento en nuestras pacientes sin diferencias significativas independientemente de las características demográficas, por tipo de cáncer, manejos quirúrgicos o técnicas de tratamiento por braquiterapia.

En este estudio sobre disfunción sexual, aunque la mayoría de las pacientes tenían parejas estables (casadas y/o en unión libre), los resultados permiten afirmar que en las mujeres con cánceres ginecológicos del noreste de México, tratadas con braquiterapia LDR en un hospital público de tercer nivel, su perfil pre y post tratamiento muestra franco desinterés sobre su vida sexual.

La mayoría de ellas refirieron que podrían prescindir de su vida sexual y no la demandaban de sus parejas: en números absolutos 7 de 10 (70%) de las pacientes. Con este reporte se podría cuestionar si esta situación obedece a factores internos, como aspectos emocionales, carácter o personalidad vs factores externos como su cultura al respecto de sus derechos a disfrutar una vida sexual plena, o bien, el

desgaste físico propio del cáncer, otras comorbilidades físicas que presentaban o su estilo de relación de pareja y/o entre otras variables del entorno.

Individualmente como grupalmente, hablar de las diferencias culturales es de importancia en el tema de la sexualidad. Por ejemplo, la población que abordamos vs estudios en población americana, con un grupo de edad muy similar a la de las mexicanas aunque tratadas por cirugía no ginecológica y algunas con quimio y radioterapia por cáncer de colon y recto, expresaron que ser cuestionadas sobre disfunción sexual pre y postratamiento quirúrgico era sumamente importante para el 81.4% de las pacientes, quienes además aceptaron tener una frecuencia promedio de actividad de 1 a 2 veces por semana en el 51% de ellas (n = 43 de 84), de 3 a 4, 17%, más de 5, 4.8% vs ninguna 20% (de Silva et al., 2008). Mientras que, en nuestro estudio aquellas que mostraban interés el 50% de ellas expresó sufrir de tener decaído el interés por el sexo tanto antes como después del tratamiento de braquiterapia intracavitaria.

En resumen, es claro que la braquiterapia LDR en lo general no afecta mayormente en disfunción sexual, sino que ésta permanece en el nivel diagnosticado, con o sin disfunción en el mismo grado en el que se diagnosticó previamente; sólo reportaron haber empeorado 14% y mejorado el 10% de las pacientes, quedando igual el 76%.

Hay menor disfunción sexual post braquiterapia cuando los sujetos del estudio reportaron mayor nivel de educación, escolaridad de licenciatura y posgrado, mientras que la técnica IMRT como riesgo afecta incrementando tres veces más las posibilidades de disfunción sexual, independientemente de los Gy, días de prostración

total, depresión, sintomatología física y otras variables. Esto da relevancia y mayor peso al entorno cultural y psicosocial de los sujetos.

La mayoría de la población de este estudio tenía solo estudios de secundaria y primaria, pudiendo esto sumarse a los elementos culturales que influyeron en que nuestras pacientes acusaron cifras tan altas de disfunción y pobre interés en su sexualidad.

Hay que considerar además la cultura de género que limita a las mujeres en expresarse sexualmente o ser mayormente demandantes hacia sus parejas y el estar atadas en su identidad de roles con posible sometimiento socioeconómico y familiar, que mujeres con mayor escolaridad que tienen oportunidad de discernir su posición en su vida de mujeres, con carreras profesionales y mayor autonomía, teóricamente.

Por ejemplo, un estudio abocado al tema en mujeres latinas reporta que la vivencia de la sexualidad es culturalmente una situación más aprobada en las mujeres jóvenes, pero cada vez hay una disposición mayor también para esperar que las mujeres mayores pueden tener una vida sexual plena. En nuestra muestra pareció depender más de la escolaridad que a esa apertura. Esto sugiere la necesidad de buscar atender factores previos en otras variables psicosociales que están fuera del alcance de esta tesis.

Entre otros factores que se asocian al ejercicio satisfactorio de la sexualidad reportados como asociados a disfunciones sexuales se debería considerar autoestima, imagen corporal, relación de pareja, conflictos económicos entre otros que hace más complejo el estudio de esta variable, sumada a la posible renuencia del médico y paciente a hablar libremente sobre el tema incluyendo mayor tiempo para distinguir

las tres fases de las que está compuesta de la sexualidad: la de deseo, excitación y orgasmo.

En el estatus de calidad de vida se observó el que más mejoró posterior al tratamiento fue en el rubro de bienestar físico, seguido del social y funcional. El rubro con menor mejora fue el emocional. Es importante mencionar la mejora postratamiento con base en el PHQ-15, en los rubros físico de 18.9% y de depresión 26.7% con empeoramiento de 6.7% y 5.6% respectivamente, donde comparativamente bien podría decirse que hay mayor beneficio del tratamiento considerando la evaluación a 6 meses posteriores.

A la par, se debe destacar que el resto de la población en estos rubros permaneció sin cambios con respecto a la calidad de vida antes que después. Otros autores que dirigieron sus observaciones sobre pacientes con cáncer y calidad de vida medida a 6 y 12 meses postratamientos igual reportan mejorías globales con mayor sensibilidad en lo emocional que reportan con peor evolución como se muestra en nuestro estudio.

#### **4.1. Limitaciones**

Entre las limitantes del estudio se puede mencionar que la primera evaluación pre-braquiterapia fue entre 1 a 12 semanas previas al tratamiento, tiempo mínimo estricto para responder la última fase de encuestas.

Este proyecto se elaboró en tiempos de COVID y afectó la comunicación por demoras en la captura de casos.

Más estudios presenciales a futuro son necesarios que incluyan evaluaciones longitudinales a un año y más largo plazo.

Finalmente, hay un sesgo por inequidad en cuanto a que este estudio no cuenta con población de medicina privada limitándose a atender población abierta sin seguro médico o los que lo tienen provienen de clase económicamente más desprotegida.



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

Los resultados del estudio nos permiten puntualizar las siguientes conclusiones en mira a ofrecer opciones de tratamiento a las pacientes con cáncer ginecológico que consideren su calidad de vida dentro de las metas terapéuticas:

1. La incidencia de disfunción sexual pre y post-braquiterapia LDR permanece sin diferencias estadísticamente significativas en nuestra población, y es menor al 70% propuesto, por lo que se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula.
2. La media de sintomatología física y depresión se redujo después de la braquiterapia intracavitaria LDR.
3. El 19 y 27% de las participantes mejoró en sintomatología física y depresión post-braquiterapia, respectivamente.
4. La escolaridad alta disminuyó el riesgo de disfunción sexual y la sintomatología física post-braquiterapia.
5. La técnica IMRT de radioterapia externa, incrementó al triple el riesgo de disfunción sexual post-braquiterapia, independiente de la edad, etapa clínica, los Gy y días de protracción total, depresión, sintomatología física post-braquiterapia.
6. La depresión y la sintomatología física post-braquiterapia disminuyeron las posibilidades de cambio favorable de calidad de vida a los 6 meses de tratamiento

con braquiterapia, independiente de los Gy, días de protracción total, técnica de radioterapia externa, edad y etapa clínica.

## RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

**Celia Beatriz González Alcorta**

### **Formación académica**

Facultad de Medicina

2017 Universidad de Monterrey - Cédula médica: 10925952

### **Servicio Social**

2017-2018 Servicio de Oncología, Centro Universitario Contra el Cáncer, Hospital Universitario "José Eleuterio González" UANL

2019 - Aprobación de Examen Nacional de Residencias Médicas para especialidad de Radiooncología

### **Residencia**

2019-2024 Radiooncología, Centro Universitario Contra el Cáncer, Hospital Universitario "José Eleuterio González" UANL

### **Posgrado**

2012 University of Monterrey - "Electrocardiogram" September

2014 Nuevo Leon Autonomous University "Patient-Physician medical relationship and empathy in medical care" August

2022 "BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS", Incubadora Invest, organizado por la Facultad de Medicina de la UANL a través de la Subdirección de Investigación.

2022 "Expediente clínico de investigación", Incubadora Invest, organizado por la Facultad de Medicina de la UANL a través de la Subdirección de Investigación.

### **Rotaciones internacionales**

Stanford Health Care

Cardiac Intensive Care Unit

July-August 2014

Dr. Euan Ashley

Stanford Inherited Arrhythmia Clinic

Clinical Observations

July-August 2014  
Director: Marco Perez MD/PhD

Jefferson Medical College  
Department of Neurology – Neuroimmunology  
July-August 2015  
Mentor: Guang-Xian Zhang MD/PhD

Royal Marsden Hospital  
Departamento de Uro-Oncología  
Octubre - Noviembre 2023  
Mentora: Dra. Alison Tree MD PhD

### **Investigación**

University of Monterrey  
Student assistant in Molecular Biology research lab  
Director: Román Vidal MD  
January 2012 – January 2013

Nuevo Leon Autonomous University  
“Physician’s Emotional symptoms and family function network”  
Celia Beatriz González-Alcorta, Dulce Victoria Varela Rojas, Laura Garcés Estrada,  
Silvia Elvira Tavitas-Herrera, Marco Vinicio Gómez-Meza, ADELINA ALCORTA-  
GARZA.  
Abstract/Poster (February 2015)  
Sent to: AMEE Meeting in Glasgow, Scotland UK September 2015

Nuevo Leon Autonomous University  
“Quality of Health and Stress in Mexican residents”  
Dulce Victoria Varela Rojas, Salvador B. Valdovinos-Chávez, Celia Beatriz González-  
Alcorta, Hermelinda Fuentes-Luis, Juan Francisco González-Guerrero, ADELINA  
ALCORTA-GARZA.  
Abstract/Poster (February 2015)  
Sent to: AMEE Meeting in Glasgow, Scotland UK September 2015

2018 “Burnout y empatía en personal del servicio de oncología”, Adelina Alcorta  
Garza, Oscar Vidal Gutiérrez, Celia Beatriz González Alcorta, Fernando Alcorta  
Núñez. Presentación en Jornadas de Investigación en Salud Pública, el 28 de  
septiembre de 2018.

2018 “Burnout y nivel de funcionamiento mental en el personal de oncología”, Adelina Alcorta Garza, Antonio César Garza Guerrero, Oscar Vidal Gutiérrez, Celia Beatriz González Alcorta... dentro de las Jornadas de Investigación en Salud Pública, el 28 de septiembre de 2018.

2019 “Profile in psychosocial risk and prevention in oncological patients: Transversal study at the Cancer Center at the university hospital in UANL”

Dra. Celia Beatriz González-Alcorta, Dr. Juan Francisco González-Guerrero, Dr. Oscar Vidal Gutiérrez, Dr. Fernando Alcorta Núñez, Dra. María Eugenia Espinoza Rodríguez, Dra. Adelina Alcorta-Garza, Nuevo Leon Autonomous University - presented at the Internal Medicine Association Congress in Acapulco Mexico 2019.

2019 “Difficult to control fever? Abscess pyelonephritis in Polycystic Kidney Disease” -

Dra. Celia González Alcorta, Dr. Leonardo René Aguilar Rivera, Dr. José Franco García, Dra. Giovanna Arteaga Müller, Dr. Homero Nañez Terreros, Dra. María Teresa Ramírez Elizondo, Nuevo Leon Autonomous University

Hospital Universitario UANL, Dr. José Eleuterio González, Servicio de Medicina Interna, Servicio de Nefrología, Infectología y Urología - presented at the internal Medicine Association Congress in Acapulco, Mexico 2019

2020 ASCOPubs. “Violence and chronic pain in cancer patients in northeastern Mexico.” Adelina Alcorta-Garza, Fernando Alcorta-Nuñez, Antonia Gloria Alcorta-Garza, Juan Francisco González Guerrero, Celia Beatriz González-Alcorta, Jan Alejandro Montiel-Labastida, María Lourdes Garza-Rodríguez, Oscar Vidal-Gutiérrez. J Clin Oncol 38: 2020 (suppl; abstr e24113). DOI:

10.1200/JCO.2020.38.15\_suppl.e24113 Journal of Clinical Oncology 38, no. 15\_suppl.

2021 “Bullying as a risk factor in cancer patients”, modalidad cartel. Adelina Alcorta Garza, Laura Elia Martínez de Villarreal, Fernando Alcorta Núñez, Guillermo Alberto Porras Garza, Luz Rojas Patán, María del Roble Velazco Campos, Daniela Ramos Guzmán, Celia Beatriz González Alcorta, Juan Francisco González Guerrero, Oscar Vidal Gutiérrez, Carlos Horacio Burciaga Flores. presentado en modalidad en línea en el 21st WPA World Congress of Psychiatry, 18-21 de octubre de 2021.

2021 “Micronuclei as a screening method of genotoxicity in central nervous system cancer patients and bullying”. Carlos Horacio Burciaga Flores, Laura Elia Martínez de Villarreal, María del Roble Velazco Campos, Luz Rojas Patán, Daniela Ramos Guzmán, Celia Beatriz González Alcorta, Juan Francisco González Guerrero, Oscar Vidal Gutiérrez, Adelina Alcorta Garza. presentado en modalidad en línea en el 21st WPA World Congress of Psychiatry, 18-21 de octubre de 2021.

2021 “The Hidden Patient Behind the Cancer Patient and His Psychosocial Vulnerability” Fernando Alcorta Núñez, Guillermo Porrás Garza, Daniela Ramos Guzmán, Celia Beatriz González-Alcorta, Juan Francisco González-Guerrero, Oscar Vidal-Gutiérrez, Adelina Alcorta-Garza, presentado en modalidad en línea en el 21st WPA World Congress of Psychiatry, 18-21 de octubre de 2021.

2022 “Management Strategies in Low-Grade Glioma” Web presentation for the Latin American School of Oncology. <https://www.youtube.com/watch?v=Zcq0Q0OJGsg>

2022 “Genotoxic effect of bulbyin in children and adolescents with and without Central Nervous System Cancer” - Celia Beatriz González Alcorta, Carlos Horacio Burciaga-Flores, Fernando Alcorta-Nuñez, Ma. del Roble Velasco Campos2, Luz Rojas Patlán, Diana Cristina Pérez-Ibave, Juan Francisco González-Guerrero, Oscar Vidal-Gutiérrez and Laura Elia Martínez de Villarreal, Adelina Alcorta-Garza. European Society of Medical Oncology ESMO, Paris Septiembre 9-13 2022

2022 “Sexual Dysfunction and psychiatric evaluation in patients with cervical cancer” Adelina Alcorta-Garza, Fernando Alcorta-Nuñez, Celia B. González-Alcorta, Blanca Angélica Soto-Martínez, Jan Alejandro Montiel Labastida, Guillermo A. Porrás-Garza, Daniela Ramos-Guzmán, Mónica Lizeth Garza-García, Oscar Vidal-Gutiérrez & Juan Francisco González-Guerrero, en el Asociación Internacional de la Salud Mental de la Mujer en Maastircht, The Netherlands 6-9 Noviembre 2022 – Oral Presentation

2022 “Cervical Cancer and Sexual Dysfunction and Depression before and after Treatment” Celia B. González-Alcorta, Blanca Angélica Soto-Martínez, Fernando Alcorta-Nuñez, Guillermo A. Porrás-Garza, Mónica Lizeth Garza-García, Itzel Lydei Galaviz-Reynoso, Daniela Ramos-Guzmán, Juan Francisco González-Guerrero, Oscar Vidal-Gutiérrez, Adelina Alcorta-Garza. Asociación Internacional de la Salud Mental de la Mujer en Maastircht, The Netherlands 6-9 Noviembre 2022

2023 “Psychoeducational intervention for first-year residents of a General Hospital in Northeastern Mexico” Celia B. González-Alcorta, Javier Martínez Moyano, Paola López Sierra, Juan Francisco González-Guerrero, Oscar Vidal-Gutiérrez, Adelina Alcorta-Garza. European Society of Medical Oncology ESMO Octubre 20-24 2023 Madrid, España

### **Congresos**

2012 - Medical Association of Women Physicians of Nuevo Leon, A. C., XXX Meeting “Obesity, the Century’s Pandemic” October 2012



2013 - Gastroenterology Society of Nuevo Leon A.C., Gastroenterology Mexican Association A.C., Hepatology Mexican Association A.C., School of Specialties of General Surgery of Nuevo Leon A.C. XXXI International Course of Gastroenterology August

2019 - Internal Medicine Mexican Association - Acapulco, November 2019

2021 - Congreso "Cáncer de Pulmón" Centro Universitario Contra el Cáncer, Hospital Universitario "José Eleuterio González" UANL, Monterrey Nuevo León, Noviembre

2022 – "Cáncer de Mama de alto riesgo: Hipofraccionamiento Vs Fraccionamiento Convencional" Sociedad Mexicana de Radioterapeutas, Consejo Mexicano de Certificación

2022- European Society of Medical Oncology ESMO – Paris, Francia 9-13 September

2022- International Society of Pediatric Oncology – Barcelona, España 28 Septiembre- 1 de octubre

2022 – Asociación Internacional de la Salud Mental de la Mujer -Maastericht, Netherlands 6-9 Noviembre (IWMHA)

2022 – Sociedad Mexicana de Radioterapeutas (SOMERA) 9-12 diciembre, Mérida, México.

### **Membresías**

2019 Miembro de la International Psycho-Oncology Society(IPOS)

2023 Miembro de la Asociación Americana de Oncología Médica (ASCO)

2023 Asociación Europea de Oncología Médica (ESMO)

## BIBLIOGRAFÍA

- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., et al. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, 163(3), 888–893.
- Becker, M., Malafy, T., Bossart, M., Henne, K., Gitsch, G., & Denschlag, D. (2011). Quality of life and sexual functioning in endometrial cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 121(1), 169–173.  
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2010.11.024>
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol*, 5, (466–75).
- CIE-11 para *estadísticas de mortalidad y morbilidad* (Versión: 04 / 2019)
- Comisión Internacional de Unidades y Medidas Radiológicas. (ICRU). (1985) *Especificación de dosis y volumen para informar sobre terapia intracavitaria en ginecología* (Comisión Internacional de Unidades y Medidas de Radiación//ICRUReport).
- Clayton, A. H., Segraves, R. T., Leiblum, S., Basson, R., Pyke, R., Cotton, D., Lewis-D'Agostino, D., Evans, K. R., Sills, T. L., & Wunderlich, G. R. (2006). Reliability and Validity of the Sexual Interest and Desire Inventory–Female (SIDF), a Scale Designed to Measure Severity of Female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 115-135. DOI: 10.1080/00926230500442300
- Concin, N., Matias-Guiu, X., Vergote, I., Cibula, D., Mirza, M. R., Marnitz, S., Ledermann, J., Bosse, T., Chargari, C., Fagotti, A., Fotopoulou, C., Gonzalez Martin, A., Lax, S., Lorusso, D., Marth, C., Morice, P., Nout, R. A., O'Donnell, D., Querleu, D., ... Creutzberg, C. L. (2021). ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *International Journal*

*of Gynecological Cancer*, 31(1), 12–39. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2020-002230>

- Conway, J. L., Gerber, R., Han, K., Jiang, H., Xie, J., Beiki-Ardakani, A., Files, A., Milosevic, M., Williamson, D., Croke, J. (2019). Ajuste sexual informado por el paciente después de quimiorradioterapia definitiva y braquiterapia guiada por resonancia magnética para el cáncer de cuello uterino. *Braquiterapia*, 18, 133–140.
- Creutzberg, C. L., van Putten, W. L., Koper, P. C., Lybeert, M. L., Jobsen, J. J., Warlam-Rodenhuis, C.C., et al. (2000). Cirugía y radioterapia posoperatoria versus cirugía sola para pacientes con carcinoma de endometrio en estadio 1: ensayo aleatorio multicéntrico. Grupo de Estudio PORTEC. Radioterapia posoperatoria en carcinoma de endometrio. *Lancet*, 355 (9213): 1404–11.
- da Silva, G. M., Hull, T., Roberts, P. L., Ruiz, D. E., Wexner, S. D., Weiss, E. G., Noguerras, J. J., Daniel, N., Bast, J., Hammel, J., & Sands, D. (2008). The Effect of Colorectal Surgery in Female Sexual Function, Body Image, Self-Esteem and General Health: A Prospective Study. *Annals of Surgery*, 248(2), 266–272.
- Eifel, P. J., Levenback, C., Wharton, J. T., Oswald, M. J. (1995). Evolución temporal e incidencia de complicaciones tardías en pacientes tratadas con radioterapia para el carcinoma de cuello uterino en estadio IB de la FIGO. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 32 (5): 1289–300.
- Globocan. (2018). *Cáncer de cuello uterino Estadísticas de incidencia y mortalidad a nivel mundial y por región Incidencia Mortalidad Ambos sexos Hombres Mujeres Ambos sexos Hombres Mujeres Nuevos casos*.  
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
- Jensen, P.T., Groenvold, M., Klee, M. C., Thránov, I., Petersen, M. A., Machin, D. (2003). Estudio longitudinal de la función sexual y cambios vaginales después de la radioterapia para el cáncer de cuello uterino. *En t. J. Radiat. Oncol. Biol. Física*, 56, 937–949.
- Jereczek-Fossa, B., Jassem, J., Nowak, R., Badzio, A. (1998). Complicaciones tardías después de la radioterapia posoperatoria en cáncer de endometrio:

- análisis de 317 casos consecutivos con aplicación de modelo lineal-cuadrático. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 41(2), 329–38.
- Kingsburg, y Woodard. (2015). Disfunción Sexual Femenina. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 125, 477-86) [www.greenjournal.org](http://www.greenjournal.org)
- Levin, A. O., Carpenter, K. M., Fowler, J. M., et al. (2010). Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer*, 20(3), 461Y470.
- Lu, D., Andrae, B., Valdimarsdóttir, U., Sundström, K., Fall, K., Sparen, P., & Fang, F. (2019). Psychologic distress is associated with cancer-specific mortality among patients with cervical cancer. *Cancer Research*, 79(15), 3965–3972. <https://doi.org/10.1158/00085472.CAN-19-0116>
- Lutgendorf SK, Andersen BL. Biobehavioral approaches to cancer progression and survival: mechanisms and interventions. *Am Psychol* 2015;70: 186–97.
- Lutgendorf SK, Lamkin DM, DeGeest K, Anderson B, Dao M, McGinn S, et al. Depressed and anxious mood and T-cell cytokine expressing populations in ovarian cancer patients. *Brain Behav Immun* 2008;22:890–900.
- Menston, C. M., & Derogatis, L. R. (2002). Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(2), 155–164.
- Molassiotis A, Chan CWH, Yam BMC, et al. Quality of life in Chinese women with gynaecological cancers. *Support Care Cancer*, 8:414Y422.
- NCCN: National Comprehensive Cancer Network. 2022). Cervical Cancer Versione 1. Disponible en línea: [https://www.nccn.org/professionales/physician\\_gls/pdf/cervical.pdf](https://www.nccn.org/professionales/physician_gls/pdf/cervical.pdf)
- Nout, R. A., Smit, V. T., Putter, H., Jurgenliemk-Schulz, I. M., Jobsen, J. J., Lutgens, L. C. (2010). Braquiterapia vaginal versus radioterapia pélvica de haz externo para pacientes con cáncer de endometrio de riesgo intermedio alto (PORTEC-2): un estudio abierto Ensayo aleatorio, de no inferioridad. *Lancet*, 375(9717), 816–23.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). A global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Recuperado de

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350652/9789240040434-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Salud sexual. Quién.int; Organización Mundial de la Salud: OMS. [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)

Organización Mundial de la Salud. (2023, 10 de julio). Infecciones de transmisión sexual (ITS). Quién.int; Organización Mundial de la Salud: OMS. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Pietsch, U. K. (2001). Strategic Treatment of Female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Family Psychotherapy*, 12(4), 31–44. DOI: 10.1300/j085v12n04\_03

Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L., et al. (2003) Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer*, 88(5), 666Y671.

Sturdza, A., Alfarero, R., Fokdal, LU, Haie-Meder, C., Tan, LT, Mazon, R., Petric, P., Šegedin, B., Jurgenliemk-Schulz, IM; Nomden, C., et al. (2016). Braquiterapia guiada por imágenes en el cáncer de cuello uterino localmente avanzado: mejora del control pélvico y la supervivencia en RetroEMBRACE, un estudio de cohorte multicéntrico. *Radiother. Oncol.* 120, 428–433.

Toita, T. (2019). Braquiterapia intracavitaria de 2D a 3D. Yoshioka, Y. (ed) *Braquiterapia*. <https://doi.org/10.1007/978-981-13-0490-3>

Vincent. (1975) Concomitant cervix BQT marital morbidity.pdf. (n.d.)

## APÉNDICES



HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ E. GONZALEZ"  
SERVICIO DE ONCOLOGIA

Dra. med. Adelina Alcorta Garza



CUESTIONARIO DE CONFIANZA EN LOS DOCTORES

Registro de paciente: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Por favor califique la confianza que tiene en el cuidado que recibe de su hospital y su staff. Sus respuestas son anónimas y no causaran problemas con su servicio médico.

	Fuertemente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho con la atención médica que he recibido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los doctores siempre me dan el mejor tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los doctores son muy competentes y cuidadosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los doctores siempre me explican todo cuidadosamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los doctores siempre escuchan mis preocupaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Los doctores hacen su mejor esfuerzo para ayudarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Los doctores son totalmente honestos conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Los doctores no le darían mi historia médica a otros sin mi permiso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prefiero que mis doctores decidan que es lo mejor para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Prefiero que mis doctores me involucren en decisiones importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Confió completamente en mi médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Preferiría escuchar información sensible de mi médico de cabecera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Preferiría escuchar información sensible de alguien con una historia o religión similar a la mía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estoy preocupado que un servicio de salud público no me de la mejor atención posible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO DE M-G	SÍ	NO
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"**  
**SERVICIO DE ONCOLOGÍA**  
**Dra. med. Adelina Alcorta Garza**  
**Cuestionario de Violencia Intra Familiar versión 1.0, 12 diciembre 2019**



Nombre:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha:
---------	-------	---	--------

[1] ¿Alguien de su familia ha vivido violencia? Si contestó NO pase a la pregunta 4.  Si  No

[2] Si contestó SI, señale ¿Quién?

- |  |  |   |                                      |   |
|--|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Yo mí mismo | <input type="checkbox"/> (6) Abuelo        | <input type="checkbox"/> (10) Primos(as)    | <input type="checkbox"/> (14) Novio  | <input type="checkbox"/> (18) Amigo de familiar   |
| <input type="checkbox"/> (2) Hermano     | <input type="checkbox"/> (7) Abuela        | <input type="checkbox"/> (11) Otro Familiar | <input type="checkbox"/> (15) Novia  | <input type="checkbox"/> (19) Hijo                |
| <input type="checkbox"/> (3) Hermana     | <input type="checkbox"/> (8) Discapacitado | <input type="checkbox"/> (12) Amigo         | <input type="checkbox"/> (16) Esposo | <input type="checkbox"/> (20) Hija                |
| <input type="checkbox"/> (4) Padre       | <input type="checkbox"/> (9) Tíos(as)      | <input type="checkbox"/> (13) Amiga         | <input type="checkbox"/> (17) Esposa | <input type="checkbox"/> (21) Padre de mi hijo(a) |
| <input type="checkbox"/> (5) Madre       |  |   |                                      |   |

[3] Señale el (los) tipo(s) de Violencia Familiar que hayan vivido estas personas.

- |  |  |                                     |  |   |
|--|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Física      | <input type="checkbox"/> (3) Emocional | <input type="checkbox"/> (5) Social | <input type="checkbox"/> (6) Patrimonial | <input type="checkbox"/> (7) Física por omisión |
| <input type="checkbox"/> (2) Psicológica | <input type="checkbox"/> (4) Sexual    |                                     |  |   |

[4] Usted siente que ha sufrido en algún momento, algún tipo de maltrato. Si contestó NO pase a la pregunta 7.

- Si  No

[5] Si contestó SI aclare de que tipo.

- |  |  |                                     |  |   |
|--|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Física      | <input type="checkbox"/> (3) Emocional | <input type="checkbox"/> (5) Social | <input type="checkbox"/> (6) Patrimonial | <input type="checkbox"/> (7) Física por omisión |
| <input type="checkbox"/> (2) Psicológica | <input type="checkbox"/> (4) Sexual    |                                     |  |   |

[6] Aclare de quien:

- |  |  |   |                                      |   |
|--|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> (1) De mí mismo | <input type="checkbox"/> (6) Abuelo        | <input type="checkbox"/> (10) Primos(as)    | <input type="checkbox"/> (14) Novio  | <input type="checkbox"/> (18) Amigo de familiar   |
| <input type="checkbox"/> (2) Hermano     | <input type="checkbox"/> (7) Abuela        | <input type="checkbox"/> (11) Otro Familiar | <input type="checkbox"/> (15) Novia  | <input type="checkbox"/> (19) Hijo                |
| <input type="checkbox"/> (3) Hermana     | <input type="checkbox"/> (8) Discapacitado | <input type="checkbox"/> (12) Amigo         | <input type="checkbox"/> (16) Esposo | <input type="checkbox"/> (20) Hija                |
| <input type="checkbox"/> (4) Padre       | <input type="checkbox"/> (9) Tíos(as)      | <input type="checkbox"/> (13) Amiga         | <input type="checkbox"/> (17) Esposa | <input type="checkbox"/> (21) Padre de mi hijo(a) |
| <input type="checkbox"/> (5) Madre       |  |   |                                      |   |

[7] Usted siente que ha maltratado en algún momento a alguien cercano. Si contestó NO pase a la pregunta 10.

- Si  No

[8] Si contestó SI aclare de que tipo:

- |  |  |                                     |  |   |
|--|--|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Física      | <input type="checkbox"/> (3) Emocional | <input type="checkbox"/> (5) Social | <input type="checkbox"/> (6) Patrimonial | <input type="checkbox"/> (7) Física por omisión |
| <input type="checkbox"/> (2) Psicológica | <input type="checkbox"/> (4) Sexual    |                                     |  |   |

[9] Aclare a quien:

- |   |  |   |                                      |   |
|---|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> (1) A mí mismo | <input type="checkbox"/> (6) Abuelo        | <input type="checkbox"/> (10) Primos(as)    | <input type="checkbox"/> (14) Novio  | <input type="checkbox"/> (18) Amigo de familiar   |
| <input type="checkbox"/> (2) Hermano    | <input type="checkbox"/> (7) Abuela        | <input type="checkbox"/> (11) Otro Familiar | <input type="checkbox"/> (15) Novia  | <input type="checkbox"/> (19) Hijo                |
| <input type="checkbox"/> (3) Hermana    | <input type="checkbox"/> (8) Discapacitado | <input type="checkbox"/> (12) Amigo         | <input type="checkbox"/> (16) Esposo | <input type="checkbox"/> (20) Hija                |
| <input type="checkbox"/> (4) Padre      | <input type="checkbox"/> (9) Tíos(as)      | <input type="checkbox"/> (13) Amiga         | <input type="checkbox"/> (17) Esposa | <input type="checkbox"/> (21) Padre de mi hijo(a) |
| <input type="checkbox"/> (5) Madre      |  |   |                                      |   |

[10] Vive su padre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	[13] ¿Qué edad tenía cuando se separaron?	___
[11] Vive su madre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	[14] Si falleció su padre ¿Qué edad tenía usted?	___
[12] Sus padres están separados o divorciados	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	[15] Si falleció su madre ¿Qué edad tenía usted?	___

<p>[16] Actividades de su padre</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> (1) Hogar</td> <td><input type="checkbox"/> (7) Discapacitado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (2) Estudiante</td> <td><input type="checkbox"/> (8) Independiente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (3) Empleado</td> <td><input type="checkbox"/> (9) Estudia y trabaja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (4) Desempleado</td> <td><input type="checkbox"/> (10) Hogar y trabajo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (5) Jubilado</td> <td><input type="checkbox"/> (11) Otra</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (6) Pensionado</td> <td>¿Cuál? _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> (1) Hogar	<input type="checkbox"/> (7) Discapacitado	<input type="checkbox"/> (2) Estudiante	<input type="checkbox"/> (8) Independiente	<input type="checkbox"/> (3) Empleado	<input type="checkbox"/> (9) Estudia y trabaja	<input type="checkbox"/> (4) Desempleado	<input type="checkbox"/> (10) Hogar y trabajo	<input type="checkbox"/> (5) Jubilado	<input type="checkbox"/> (11) Otra	<input type="checkbox"/> (6) Pensionado	¿Cuál? _____	<p>[17] Actividades de su madre</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> (1) Hogar</td> <td><input type="checkbox"/> (7) Discapacitado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (2) Estudiante</td> <td><input type="checkbox"/> (8) Independiente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (3) Empleado</td> <td><input type="checkbox"/> (9) Estudia y trabaja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (4) Desempleado</td> <td><input type="checkbox"/> (10) Hogar y trabajo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (5) Jubilado</td> <td><input type="checkbox"/> (11) Otra</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (6) Pensionado</td> <td>¿Cuál? _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> (1) Hogar	<input type="checkbox"/> (7) Discapacitado	<input type="checkbox"/> (2) Estudiante	<input type="checkbox"/> (8) Independiente	<input type="checkbox"/> (3) Empleado	<input type="checkbox"/> (9) Estudia y trabaja	<input type="checkbox"/> (4) Desempleado	<input type="checkbox"/> (10) Hogar y trabajo	<input type="checkbox"/> (5) Jubilado	<input type="checkbox"/> (11) Otra	<input type="checkbox"/> (6) Pensionado	¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/> (1) Hogar	<input type="checkbox"/> (7) Discapacitado																								
<input type="checkbox"/> (2) Estudiante	<input type="checkbox"/> (8) Independiente																								
<input type="checkbox"/> (3) Empleado	<input type="checkbox"/> (9) Estudia y trabaja																								
<input type="checkbox"/> (4) Desempleado	<input type="checkbox"/> (10) Hogar y trabajo																								
<input type="checkbox"/> (5) Jubilado	<input type="checkbox"/> (11) Otra																								
<input type="checkbox"/> (6) Pensionado	¿Cuál? _____																								
<input type="checkbox"/> (1) Hogar	<input type="checkbox"/> (7) Discapacitado																								
<input type="checkbox"/> (2) Estudiante	<input type="checkbox"/> (8) Independiente																								
<input type="checkbox"/> (3) Empleado	<input type="checkbox"/> (9) Estudia y trabaja																								
<input type="checkbox"/> (4) Desempleado	<input type="checkbox"/> (10) Hogar y trabajo																								
<input type="checkbox"/> (5) Jubilado	<input type="checkbox"/> (11) Otra																								
<input type="checkbox"/> (6) Pensionado	¿Cuál? _____																								

[18] En lo mejor de su conocimiento por favor indique de las siguientes afirmaciones la que mejor describa su situación cuando usted tenía menos de 5 años

- a. Mi madre estaba en casa conmigo todo el día
- b. Mi mamá estaba en casa alguna parte del tiempo y el resto del tiempo me la pasaba con alguien más que me cuidaba
- c. Alguien me cuidaba en casa la mayor parte del tiempo
- d. Alguien más, no mi mamá me cuidaba, pero casi siempre fuera de mi casa



**CUESTIONARIO DE ACTITUDES Y EXPERIENCIAS SEXUALES**  
 para detección VPH  
 Dra. med. Adelina Alcorta Garza



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Inicio de VSA \_\_\_\_\_ Número de parejas en su VSA \_\_\_\_\_  
 Dx. Médico \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5
<p>La siguiente encuesta tiene el objetivo de documentar si usted ha tenido algunas experiencias sexuales que se podrían relacionar a algunos tipos de enfermedades crónicas o cáncer. Las oraciones de esta escala reflejan diferentes actitudes o experiencias sobre la vida sexual de una pareja. Para cada oración, responda la opción que indica su grado de acuerdo o desacuerdo con esa posible experiencia en su caso; trate de pensar en su pareja actual o en la pareja en cuya ocasión tuvo algunas de esas experiencias. Si nunca ha tenido una relación sexual, responda en términos de lo que cree que probablemente serían sus respuestas.</p> <p><b>Para cada afirmación marque su respuesta:</b></p>	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Neutral - ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo con la afirmación o Nunca</i>
1.El sexo es una parte muy importante de la vida.					
2.Prefiero tener relaciones sexuales sin compromisos.					
3.Las relaciones sexuales son pasionales y muy intensas.					
4.El sexo es mejor cuando ves tu propio placer.					
5.El sexo es principalmente tomar placer de otra persona.					
6.El objetivo principal del sexo es disfrutar de uno mismo.					
7.El sexo es principalmente físico.					
8.Me gustaría tener sexo con muchas parejas a la vez.					
9.Las aventuras de una noche son placenteras.					
10.Tener relaciones sexuales por hacerle el favor a otro/a es bueno para mí.					
11.La necesidad de novedad en las relaciones sexuales influye para tener que buscar una nueva pareja.					
12.Relaciones sexuales con una sola pareja es aburrido y acaba la relación de pareja.					
13.La vida sexual debe ser libre para todos.					
14.El tener relaciones sexuales es útil como desahogo físico.					
15.Las relaciones sexuales deben ser parte de la paternidad/maternidad responsable.					
16.El hombre es responsable del control natal en su vida sexual.					
17.La mujer es responsable del control de la natalidad en su vida sexual.					
18.El sexo es la forma más cercana de comunicación que se da entre personas.					
19.Cuando se está profundamente enamorado lo mejor es esperar y que el sexo llegue cuando esté seguro/a de que la relación será para toda la vida.					
20.El sexo es como respirar o comer.					
21.El sexo oral complace a mi pareja y por eso lo practico aunque no lo disfruto personalmente.					
22.El sexo oral complace a mi pareja y yo lo disfruto también.					
23.El sexo anal es una experiencia más en mi vida de pareja.					
24.El sexo vaginal es una experiencia regular en mi vida de pareja.					
25.Solo tengo sexo si mi pareja usa condón.					
26.Mi pareja siempre me estimula con sexo oral.					
27.La eyaculación sobre la boca es frecuente en mi relación.					
28.He tenido relaciones sexuales con 2 o 3 personas a la vez.					
29.Durante mi vida sexual no he pensado en la salud.					
30.Tener relaciones sexuales es una obligación en la vida de pareja					

©Adelina Alcorta-Garza

**A** = *Muy de acuerdo. 100% Todo el tiempo.*

**B** = *Moderadamente de acuerdo. 51-75%, 3 de 4 veces de mi RS.*

**C** = *Neutral - ni de acuerdo ni en desacuerdo. 50% o 1 de 2 veces de mis RS.*

**D** = *Moderadamente en desacuerdo. 1 de 4 veces de mis RS.*

**E** = *Muy en desacuerdo con la afirmación. Nunca.*



**FACT-G (4ª Versión)**

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

**ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía .....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas.....	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia. ....	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor .....	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a) .....	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado(a).....	0	1	2	3	4

**AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades .....	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS5	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad .....	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual .....	0	1	2	3	4



Dra. med. Adelina Alcorta Garza

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

**ESTADO EMOCIONAL**

Nada      Un poco      Algo      Mucho      Muchísimo

GE1	Me siento triste .....	0	1	2	3	4
GE2	Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad .....	0	1	2	3	4
GE3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad .....	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso(a).....	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir.....	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore .....	0	1	2	3	4

**CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL**

Nada      Un poco      Algo      Mucho      Muchísimo

GF1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar) .....	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida .....	0	1	2	3	4
GF4	He aceptado mi enfermedad .....	0	1	2	3	4
GF5	Duermo bien .....	0	1	2	3	4
GF6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
GF7	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual .....	0	1	2	3	4





HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ E. GONZALEZ"  
SERVICIO DE ONCOLOGIA  
Dra. med. Adelina Alcorta Garza



CUESTIONARIO DE DEPRESION  
(PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?  (Marque con un "X" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a) o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado (a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?			
No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil





### SÍNTOMAS FÍSICOS (PHQ-15)

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta molestia ha tenido por cualquiera de los siguientes problemas?

	Sin molestia (0)	Un poco de molestia (1)	Mucha molestia (2)
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en sus brazos, piernas o coyunturas (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Calambres menstruales u otros problemas con sus períodos PARA MUJERES SOLAMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Episodios de desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ha sentido su corazón palpitar o acelerarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Corto(a) de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dolor o problemas durante la penetración sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, intestino suelto o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náusea, gas o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Ha tenido dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.



**PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINO SyDSF-AP**

Casas Aranda, Guirao Sánchez, et. al.

Cuestionario para la evaluación de salud sexual y detección de las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria.

**Anexo. Este cuestionario es anónimo y pretende valorar la salud sexual de la mujer y detectar la disfunción sexual femenina (SyDSF-AP)**

1. ¿Cuántos años tiene?

2. ¿Estado civil?:

Casada  Soltera  Separada  Viuda  Divorciada

3. ¿Tiene pareja estable en los últimos seis meses? Sí  No

4. Número de embarazos

5. Número de hijos

6. Nivel de estudios:

Ninguno   Secundario  Superiores   
Primario  s  s

s

7. Situación laboral:

Activa  Sin trabajo  Pensionista

8. Hábitos: ¿realiza ejercicio físico?: Sí  No

Tabaco Sí  No

Alcohol Sí  No

9. ¿Padece alguna enfermedad?

HTA  Diabetes  Hipercolesterolemia  Depresión  S. Ansiedad

Artrosis  Otras  ¿Cuál?

¿Tomafármacos? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**¿Ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses? En caso afirmativo conteste a las siguientes preguntas:**

10. ¿Está satisfecha con su vida sexual?

Nada  Un poco  Algo  Bastante  Mucho   
Muchísimo

11. ¿Ha decaído su interés por el sexo?

Nada  Un poco  Algo  Bastante  Mucho   
Muchísimo

12. ¿Tiene menos sensaciones placenteras durante su relación sexual?

Nunca  Casi nunca  A veces  A menudo  Casi siempre   
Siempre



**HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ E. GONZALEZ"**  
SERVICIO DE ONCOLOGIA  
Dra. med. Adelina Alcorta Garza



13. ¿Se siente excitada o estimulada durante su relación sexual?
- Nada  Un poco  Algo  Bastante  Mucho   
Muchísimo
14. ¿Siente dolor durante la relación sexual?
- Nada  Un poco  Algo  Bastante  Mucho   
Muchísimo
15. ¿Logra tener orgasmos?
- Nunca  Casi nunca  A veces  A menudo  Casi siempre   
Siempre
16. ¿Tiene dificultades sexuales cuando tiene sexo con su pareja, pero no cuando se masturba en soledad?
- Nunca  Casi nunca  A veces  A menudo  Casi siempre   
Siempre
17. Si por usted fuera, ¿podría prescindir de las relaciones sexuales?
- Nunca  Casi nunca  A veces  A menudo  Casi siempre   
Siempre
18. ¿Se siente deprimida y nerviosa porque tiene problemas sexuales?
- Nunca  Casi nunca  A veces  A menudo  Casi siempre   
Siempre
19. En caso de tener problemas sexuales, éstos comenzaron después de... (marque todas las que considere)
- Enfermedad  ¿cuál? \_\_\_\_\_  
Embarazo   
Nacimiento de un hijo   
Ingesta de   
anticonceptivos  
Toma de fármacos   
Algún hábito tóxico   
Violencia doméstica   
Problemas de pareja
20. ¿Qué nota le pondría a su pareja de 0 a 10?
21. ¿Desea realizar algún comentario? \_\_\_\_\_