

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**“EVALUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN PACIENTES CON NEOPLASIAS
HEMATOLÓGICAS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DEL NORESTE DE
MÉXICO”**

Por

DRA. ANA CRISTINA TEJADA VÁSQUEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA CLÍNICA**

FEBRERO 2025

**"EVALUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN PACIENTES CON
NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DEL
NORESTE DE MÉXICO"**

Aprobación de la tesis:



Dr. José Carlos Jaime Pérez
Director de la Tesis



Dr. David Gómez Almaguer
Codirector de la Tesis



Dr. Cesar Homero Gutiérrez Aguirre
Miembro de la comisión de Tesis



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

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo, mi apoyo incondicional, gracias por estar a mi lado en cada paso de este camino. A mis padres, por siempre impulsar mis pasos, permitirme soñar y luchar por mis metas, por enseñarme que, con esfuerzo y dedicación, todo es posible.

A mis hermanos, por ser mis pilares y por su constante apoyo, siempre dispuestos a darme ánimo en los momentos más difíciles. A mis abuelos, quienes con su sabiduría y amor han sido una inspiración constante en mi vida, enseñándome el verdadero valor de la perseverancia.

Mis maestros de la Universidad Autónoma de Nuevo León, quienes han sido mis mentores y modelos a seguir. Agradezco su dedicación, sus enseñanzas y el ejemplo que han representado, inspirándome a ser una mejor profesional y persona.

Finalmente, a mis pacientes, quienes han sido mis más grandes maestros. Gracias por enseñarme lecciones invaluable de vida, de lucha y resiliencia. A través de sus experiencias, me han mostrado la verdadera esencia del valor humano y la importancia de la compasión en la medicina.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	1
RESUMEN.....	1
CAPÍTULO II	3
INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	3
CAPÍTULO III	11
HIPÓTESIS Y JUSTIFICACIÓN	11
CAPÍTULO IV	13
OBJETIVOS.....	13
CAPÍTULO V	14
MATERIAL Y MÉTODOS	14
CAPÍTULO VI	21
RESULTADOS	21
CAPÍTULO VII	32
DISCUSIÓN.....	32
CAPÍTULO VIII	36
CONCLUSIONES.....	36
CAPÍTULO IX	38
ANEXOS	38
CAPÍTULO X	48
BIBLIOGRAFÍA.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 FACTORES DEMOGRÁFICOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA SALUD SEXUAL	22
TABLA 2 PUNTAJES DE LA CALIDAD DE SALUD SEXUAL SEGÚN LA ESCALA EORTC SHQ- 22 EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS.....	24
TABLA 3 COMPARACIÓN DE PUNTAJES EN LA ESCALA EORTC SHQ-22 ENTRE MUJERES Y HOMBRES.....	27
TABLA 4. COMPARACIÓN DE PUNTAJES EN LA ESCALA EORTC SHQ-22 SEGÚN EL DIAGNÓSTICO.....	29

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1 PUNTAJES DE LA CALIDAD DE SALUD SEXUAL SEGÚN LA ESCALA EORTC SHQ-22 EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS	25
GRÁFICA 2 COMPARACIÓN DE PUNTAJES EN LA ESCALA EORTC SHQ-22 ENTRE MUJERES Y HOMBRES.....	26
GRÁFICA 3 COMPARACIÓN DE MEDIAS DE VARIABLES DEL CUESTIONARIO EORT SHQ22 SEGÚN DIAGNÓSTICO	30
GRÁFICA 4 DISTRIBUCIÓN DE PUNTUAJES DE LA ESCALA ASEX PARA DISFUNCIÓN SEXUAL	31

LISTA DE ABREVIATURAS

LLA	Leucemia Linfoblástica Aguda
LMA	Leucemia Mieloide Aguda
LMC	Leucemia Mieloide crónica
LH	Linfoma de Hodgkin
LNH	Linfoma No Hodgkin
MM	Mieloma Múltiple
HCT	Trasplante de células hematopoyéticas
EICH	Enfermedad Injerto contra huésped
OMS	Organización Mundial de la Salud

CAPÍTULO I

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad de la salud sexual en pacientes con neoplasias hematológicas, utilizando las escalas EORTC SHQ-C22 y ASEX, y describir asociaciones con factores socio demográficos y el tipo de neoplasia.

Métodos: Análisis longitudinal de pacientes con diagnóstico de neoplasias hematológicas en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario UANL, durante el periodo de marzo 2023 a junio 2024, por medio del cuestionario EORTC SHQ-22. La muestra incluyó diversos tipos de cáncer hematológico, como leucemia linfoblástica aguda (LLA), leucemia mieloide aguda (LMA), linfoma no Hodgkin (LNH), linfoma de Hodgkin (LH), mieloma múltiple (MM) y leucemia mieloide crónica (LMC). La evaluación de la calidad de vida sexual se realizó mediante los cuestionarios EORTC SHQ-C22 y ASEX. Se analizó la prevalencia de disfunción sexual y sus asociaciones con el sexo, la edad, el estado civil y comorbilidades.

Resultados: El 64 % de los pacientes presentó disfunción sexual moderada (puntajes entre 11 y 20 en la escala ASEX), y el 14 % presentó disfunción severa (>21 puntos). El 2 % de los pacientes alcanzó la máxima puntuación en la escala ASEX, indicando disfunción sexual muy severa. Los síntomas más prevalentes fueron la disminución del deseo sexual (44 %) y la fatiga, que afectó al 79 % de los pacientes. La satisfacción sexual media fue de 49/100 en la escala EORTC SHQ-C22, con mayor afectación reportada en mujeres. Los hombres, sin embargo,

mostraron un mayor temor a la incontinencia ($p=0.008$). La comunicación con los profesionales de la salud fue limitada, con una puntuación media de 7/100, resaltando así la necesidad de mejorar la educación y el diálogo en torno a la salud sexual.

Discusión: Los hallazgos son consistentes con la literatura existente, que indica una alta prevalencia de disfunción sexual en pacientes con cáncer hematológico. Factores como la fatiga y la reducción del deseo sexual son especialmente frecuentes y se han asociado con la enfermedad y sus tratamientos. La comparación con otros estudios muestra que las mujeres experimentaron peor calidad de vida sexual, lo cual podría deberse a factores fisiológicos y psicológicos relacionados con la imagen corporal y los efectos adversos del tratamiento. La falta de comunicación sobre la salud sexual entre médicos y pacientes continúa siendo una barrera significativa para el abordaje adecuado de este problema.

Conclusión: La disfunción sexual es prevalente en pacientes con neoplasias hematológicas y afecta múltiples aspectos de la vida sexual. La fatiga y la disminución del deseo son los principales factores contribuyentes. Es fundamental implementar intervenciones clínicas que incluyan la evaluación sistemática de la función sexual y proporcionar apoyo específico para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Se recomienda también la capacitación de los profesionales de la salud para abordar la salud sexual de manera integral y proactiva.

CAPÍTULO II

Introducción y Antecedentes

En los últimos años, el pronóstico y la supervivencia global de los pacientes con una neoplasia hematológica ha mejorado considerablemente con la implementación de nuevos fármacos y líneas de tratamiento, con la consecuencia de un impacto a largo plazo más prolongado en la calidad de vida del enfermo hematológico, además del incremento de la esperanza de vida y las perspectivas futuras de encontrar soluciones cada vez más efectivas. ⁽¹⁾

La salud en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reconoce como un estado que abarca desde el bienestar físico, mental e incluso social, no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, mientras que la sexualidad humana se conceptualiza como una manera de expresión integral característica de los seres humanos al vincularse tanto con procesos de índole biológico, psicológico y social, teniendo aspectos cualitativos específicos que lo hacen distinto a otras especies, la sexualidad humana tiene un componente afectivo, ético, creativo, comunicacional, procreativo y placentero. ^(2,3)

La sexualidad es un componente inherente del bienestar integral del ser humano y la definición de salud sexual que se propone desde el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (reunión de Ginebra, 1974) ha planteado que implica la confluencia de elementos de orden somático, emocional, intelectual y

social del ser sexual, a través de medios de enriquecimiento positivo y potenciadores de la personalidad, la comunicación y el amor”.^{3,4)}

La OMS define la calidad de vida como la manera en la que el individuo percibe su posición en su contexto cultural y en función de un sistema específico de valores característicos de relación con sus objetivos, metas, estándares y preocupaciones. Por lo que existe un enlace directo entre la salud y la sexualidad, ya que repercute de forma significativa en el estilo y la calidad de vida de las personas.^(3,5)

El conocimiento del ciclo de la respuesta sexual humana es fundamental para entender la función y la disfunción sexuales. Hay dos modelos clave que representan la función sexual humana. La más antigua es, según Masters & Johnson (1969) y Kaplan (1979), un modelo lineal de base sexual que distingue cuatro fases diferentes de función sexual: deseo, excitación, orgasmo y resolución, siguiéndose de manera secuencial en ambos hombres y mujeres.^(6,7) Por el contrario, otros autores se centran en el ciclo sexual femenino basado en un modelo no lineal de respuesta sexual femenina basada en la intimidad y el deseo sexual receptivo y espontáneo, integrado en un modelo circular de fases superpuestas.⁽⁸⁾

La disfunción sexual se define ampliamente como la incapacidad de disfrutar plenamente de la sexualidad.⁽⁹⁾ La disfunción ocurre cuando la reacción física, ya sea en la respuesta sexual o en la actividad sexual, está disminuida u ausente. Puede ocurrir en una o más fases del ciclo de respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo y también puede ser el resultado de la generación de dolor o dificultad. En general, la disfunción sexual de la población es común. El 40-45 % de las mujeres adultas y el 20-30 % de los hombres adultos informan al menos un episodio de disfunción sexual. Las disfunciones sexuales más frecuentes en los hombres son la eyaculación precoz y disfunción eréctil; para las mujeres, las disfunciones del deseo y la excitación y los problemas para lograr un orgasmo.^(10,11,12,13)

La fisiopatología de la disfunción sexual es heterogénea, participan factores biológicos (por ejemplo, vasculares, hormonales, neurológicos, urológicos, iatrogénicos, obesidad o mala salud), psicológicas (por ejemplo, problemas emocionales, depresión, ansiedad) y causas sociales (por ejemplo, abuso sexual, abuso de sustancias nocivas, falta de educación sexual, pobre comunicación entre parejas) En pacientes con neoplasias hematológicas cualquiera de las anteriores tanto única como en conjunto puede ser causante de la disfunción sexual.^(14,15)

Se han definido cuatro vías esenciales a partir de las cuales el cáncer y el tratamiento afectan la sexualidad, comenzando con problemas de tipo físico, alteraciones de la imagen corporal, sentimientos típicos como el miedo, tristeza y angustia, incluyendo cuando se modifican roles y relaciones. Muchas de esas manifestaciones pueden llegar a subestimarse por parte del personal de la salud

principalmente cuando existe falta de información o conocimientos sobre ese tema en especial, temor/vergüenza para el abordaje de ese tema no debería ser cuestionado desde el punto de vista cultural y social. ⁽¹⁶⁾

Otros autores han informado que la función sexual antes del tratamiento se vio influida negativamente por una etapa más avanzada de la enfermedad hematológica diagnosticada. Se identificaron síntomas como la fatiga y la angustia como factores que afectan la función sexual. La fatiga puede provocar la pérdida del deseo sexual y problemas de excitación. La angustia o ansiedad causada a la necesidad de un tratamiento intensivo o por tratamientos tardíos en el caso de enfermedades indolentes tiene un impacto psicológico que afecta directamente la función sexual de los pacientes hematológicos. ⁽¹⁷⁾

Además de la enfermedad en sí, la disfunción sexual también puede ocurrir como resultado de las modalidades de tratamiento, el uso de agentes alquilantes, radiación, el uso de andrógenos, efectos adversos como neuropata, infertilidad, resequedad vaginal, menopausia temprana o premenopausia, amenorrea, disfunción eréctil, etc. Asimismo mismo, una imagen corporal deteriorada también contribuye a la disfunción sexual después del tratamiento con fuerte componente en la autoestima y autoimagen por el paciente. ⁽¹⁷⁾

Se han reportado en su estudio problemas relacionados con la sexualidad en dos tercios de la población con neoplasias mieloproliferativas correspondientes a un 64 %. En un metaanálisis realizado en el 2020, indicó que 24 estudios informaron datos sobre problemas sexuales derivados de un total de 10.506 pacientes con

neoplasias hematológicas, con muestras que desde 16 pacientes hasta 3208. De estos 10 estudios informaron sobre la disminución de la actividad sexual, 14 estudios informaron sobre la disminución del deseo sexual, 12 estudios informaron sobre dificultades de excitación sexual (disfunción eréctil en hombres y sequedad vaginal y dispareunia en mujeres), 4 estudios informaron sobre problemas para alcanzar el orgasmo, 9 estudios informaron sobre problemas con la satisfacción sexual, y 14 estudios informaron problemas sexuales (no más especificado).⁽¹⁾

Se notificó una disminución de la actividad sexual en el 29-35 % de los pacientes con LA (n=517), en el 44-62 % de los pacientes con LMC (n=163) y en 0-63 % pacientes con LH y LNH (n=1484). La disminución del deseo sexual fue informado por 20-24 % de pacientes con LA (n=629), 38-55 % de pacientes con LMC (n=163) y 0-73 % pacientes con LH y LNH (n=3476). Dificultades de excitación sexual (por ejemplo, disfunción eréctil, sequedad vaginal o dispareunia en mujeres) fueron reportadas por 9-18 % de pacientes con LA (n=206), 5-63 % de los pacientes con LH y LNH (n=2145). Problemas en la fase del orgasmo fueron reportados por el 5-58 % de los pacientes con LH y LNH (n = 1078).⁽¹⁾

Un estudio en Turquía descriptivo en pacientes con neoplasias hematológicas evaluó la disfunción sexual en 45 pacientes, encontrando que casi el 44 % de los pacientes que tienen problemas con la disminución en la frecuencia de relaciones sexuales el 36 % manifestó tener falta de deseo sexual, un 20 % afirmó que tuvo relaciones sexuales dolorosas, y el 20 % manifestó tener todas las molestias anteriores. Cuando se cuestionaron las causas de los problemas sexuales, el

31,3 % afirmó que se deben al malestar y al cansancio, el 25,0 % manifestó que fueron por enfermedad y tratamiento farmacológico, el 18,8 % manifestó que se debían a la edad, el 18,8 % manifestó que se debían a causas psicológicas, y el 6,3 % afirmó que se debían a al enfoque protector de sus cónyuges hacia ellos. ⁽¹⁹⁾

En una revisión sistemática en 2015, sobre la percepción de información recibida en pacientes con neoplasias hematológicas se encontró que los pacientes expresaban una mayor necesidad de información provista por sus médicos tratantes seguido por personal de enfermería, aun así, describían que la información recibida era “satisfactoria”. La información sobre sexualidad e imagen personal se discutió en el 35.7 % de los artículos revisados, siendo la sexualidad y la fertilidad los menos mencionados y la necesidad de información sobre fertilidad resulto ser de mayor interés en hombres jóvenes con diagnóstico de LH y pacientes con MM tanto en tratamiento como después de un trasplante de células hematopoyéticas. ⁽¹⁹⁾

En otro estudio prospectivo conducido en Holanda del 2013 al 2015, realizando encuestas tanto en pacientes hematológicos como en las parejas, tanto al diagnóstico, a los 3,6,12 y 18 meses posterior al diagnóstico, con respecto a la sexualidad y el requerimiento de información brindado por el médico sobre el tema. Se estimó que 42 % de los pacientes al diagnóstico y un 48 % de los pacientes a los 12 meses expresaron necesidad de información sobre cambios en la sexualidad, el 40 % de pacientes a los 3 meses y el 44 % a los 12 meses expresaron necesidad de apoyo para dificultades sexuales, y 41 % a los 12 meses y 46 % al diagnóstico expresaron una necesidad de precauciones que deben tomarse. En cuanto a sus

parejas, 52% a los 12 meses y 32% a los 18 meses expresaron necesidad de información sobre cambios en sexualidad, 39% a los 3 meses y 50% a la hora del diagnóstico expresaron necesidad de apoyo para dificultades sexuales, y 53% en el diagnóstico y 34 % a los 18 meses expresó la necesidad de tomar precauciones. ⁽¹⁾

Existen escalas validadas para evaluar la salud sexual en pacientes hematológicos, la EORTC SHQ-C22 validada en el 2017, se desarrolló específicamente para evaluar la salud sexual en pacientes con diagnóstico de cáncer o previamente tratados, y determina los siguientes ítems, satisfacción sexual, dispareunia, e ítems específicos para cada sexo, por una escala de Likert en donde 1 = nunca y 4 = muy seguido, tomando en cuenta los síntomas en las últimas 4 semanas, 15 preguntas están dirigidas a ambos sexos, 3 preguntas sobre la actividad sexual actual, y 2 preguntas género específico.⁽²⁰⁾

La Escala de Satisfacción Sexual de Arizona se desarrolló en 2000 por McGahuey. Consta de preguntas que cuantifican el impulso sexual, excitación psicológica y fisiológica, lubricación vaginal, erección del pene, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción del orgasmo en hombres y mujeres. Cuenta con 5 ítems por escala de Likert, siendo 1= muy frecuente y 6= ausente, con puntuaciones de 5 a 30 puntos, siendo el punto de corte >11 para determinar disfunción sexual. ⁽¹⁹⁾

Existen otras escalas que dentro de sus ítems incluyen preguntas relacionadas con la salud sexual. La FACT-BMT incluye preguntas, las cuales pueden ser calificadas en una escala de Likert de 5 puntos que van desde 1 = totalmente en desacuerdo hasta 5 = totalmente de acuerdo. Así como la escala de Impact of Cancer (IOC). ⁽²¹⁾

En estudios previamente mencionados se utilizó el cuestionario de Necesidad de Información (SFINFOQ) consta de 6 ítems sobre necesidades de información con respecto a (1) cambios en la sexualidad (3 ítems), (2) apoyo para dificultades sexuales (2 ítems) y (3) precauciones que deben tomarse (1 artículo). El formato de respuesta de los ítems fue una escala Likert de 5 puntos (rango: nada importante a extremadamente importante). Las respuestas “muy importante” y “extremadamente importante” se identificaron como una necesidad informativa inmediata. ⁽²²⁾

CAPÍTULO III

Hipótesis y Justificación

Justificación:

La salud sexual es uno de los factores que se ve afectado negativamente durante el tratamiento, como después del tratamiento en el paciente hematológico y que muchas veces no es tomado en cuenta en el abordaje holístico de los pacientes. Muchas veces el médico tratante no es consciente de la disfunción sexual que experimentan los pacientes, ya que son temas que no se discuten con regularidad en la consulta. Existe una brecha en la capacidad de abordaje por parte de los profesionales de la salud en temas relacionados con la sexualidad de los pacientes y las herramientas son escasas.

Está claro a partir de los datos descritos anteriormente que antes de que inicie el tratamiento quimioterapéutico o inmunomodulador los pacientes deben ser informados sobre el impacto que la enfermedad y el tratamiento podrían tener tanto en la sexualidad y su funcionalidad como en la calidad de vida aun al finalizar el tratamiento. Cuando no se proporciona información introductoria sobre el impacto en la calidad de vida y la funcionalidad sexual, los pacientes son incapaces de abordar los problemas de forma efectiva. Abordar los diversos efectos psicológicos y físicos tempranos y tardíos de la malignidad es ahora una prioridad en el manejo del paciente con cáncer. No hay duda de que a medida que los pacientes viven más tiempo, los problemas sexuales serán más importantes, por lo tanto, es importante

conocer la frecuencia y tipo de disfunción sexual que presentan los pacientes con neoplasias hematológicas para crear herramientas y cerrar la brecha cultural de una problemática no abordada por parte del médico tratante.

Hipótesis

Hipótesis Nula (H_0)

- No existe una relación significativa entre la calidad de la salud sexual de los pacientes con neoplasias hematológicas y las variables sociodemográficas ni el tipo de neoplasia diagnosticada.

Hipótesis Alterna (H_1)

- Existe una relación significativa entre la calidad de la salud sexual de los pacientes con neoplasias hematológicas y las variables sociodemográficas o el tipo de neoplasia diagnosticada.

CAPÍTULO IV

Objetivos

Objetivo general

- Medir la calidad de salud sexual de los pacientes con enfermedades hematológicas malignas (mediante las escalas EORTC SHQ-C22 y ASEX)

Objetivo específico

- Describir asociaciones mediante variables independientes, sociodemográficas y tipo de neoplasia hematológica diagnosticada.

CAPÍTULO V

Material y métodos

Metodología de la investigación

Se seleccionaron todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en el período de febrero de 2023 a junio de 2024, en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se les explicó detalladamente en qué consistía la investigación, junto con los beneficios de participar, y se obtuvo su consentimiento informado por escrito. A cada paciente se le proporcionaron los cuestionarios EORTC SHQ-C22 y la escala ASEX. Se realizó una única medición, incluyendo a pacientes con diagnóstico reciente, en tratamiento activo y en vigilancia posterior al tratamiento.

Diseño del estudio: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, poblacional

Población de estudio

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cualquier neoplasia hematológica, en cualquier fase de la enfermedad. Esto abarcó tanto a aquellos que estaban recibiendo tratamiento con quimioterapia o radioterapia, como a los pacientes en vigilancia posterior a la finalización del esquema de tratamiento. Los participantes estaban hospitalizados en la sala de Medicina Interna o asistían a

consulta externa de Hematología en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio
González.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Diagnóstico de neoplasia hematológica, incluyendo: leucemias agudas, leucemias crónicas, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, mieloma múltiple, síndrome mielodisplásico, neoplasias mieloproliferativas, trombocitopenia inmune primaria, anemia hemolítica autoinmune y anemia aplásica.
- Pacientes atendidos en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, que estuvieran recibiendo tratamiento con quimioterapia o radioterapia, así como aquellos en consulta de vigilancia en el período correspondiente a febrero 2023-febrero 2024.
- Pacientes diagnosticados con enfermedades de transmisión sexual e inmunodeficiencias adquiridas.
 - Firma del consentimiento informado, indicando su acuerdo para participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con trastornos cognitivos, demencia o enfermedades psiquiátricas con estados psicóticos.
- Pacientes que no completaron el cuestionario.

Criterios de Eliminación:

- Pacientes que decidieron abandonar el estudio.

Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó mediante encuestas físicas en papel dirigidas a los pacientes con diagnóstico de neoplasias hematológicas que estaban recibiendo tratamiento con quimioterapia o radioterapia, así como a aquellos en consulta de vigilancia. Se supervisó el llenado correcto de las encuestas, y los datos sociodemográficos se recabaron del expediente clínico electrónico. Posteriormente, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel.

Análisis Estadísticos

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS v. 22.0 (IBM SPSS Statistics para Windows, Versión 22.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva para cada variable, utilizando medidas de tendencia central y de variabilidad (media, mediana, rangos, moda y desviación estándar).

Consentimiento Informado

A todos los participantes del estudio se les solicitó su consentimiento informado por escrito para ser incluidos y completar las encuestas: Escala de Satisfacción Sexual de Arizona y Cuestionario EORT SHQC-22. Estas encuestas no pusieron en riesgo al paciente ni afectaron el manejo clínico ofrecido. Los pacientes eran libres de aceptar o rechazar su participación en el estudio. En caso de rechazo, no fueron incluidos ni se les aplicó el cuestionario, y su manejo continuó con la misma atención requerida. Para los que otorgaron su consentimiento informado por escrito, se les explicó el objetivo e intención del estudio, y el médico tratante les proporcionó ayuda en el llenado del cuestionario según fuera necesario.

Protección de Sujetos Vulnerables

Se tomó en cuenta el código deontológico y la premisa del Código de Núremberg, que establece que el consentimiento informado y la información recabada deben estar estrechamente vinculados, asegurándose de proporcionar de forma directa la información a los participantes de la investigación, explicando de manera clara y detallada cada aspecto del estudio y sus beneficios, sin ocultar información. Los participantes tuvieron la total libertad de consentir o rechazar su participación, ya que esta era voluntaria. Este estudio no incluyó menores de edad ni sujetos pertenecientes a poblaciones vulnerables.

Aspectos Éticos

Con respecto a la confiabilidad, la investigación realizada debido a su carácter descriptivo no incluyó intervenciones clínicas en pacientes, guardando sus datos en un sistema de codificación para evitar su exposición. El protocolo se presentó ante el Comité de Ética e investigación para obtener su aprobación, siguiendo los estándares ético-científicos establecidos para la investigación con seres humanos, fundamentados en las guías internacionales y documentos de relevancia bioética tales como la Declaración de Helsinki y las Guías Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica del CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas), además de las directrices de la Organización Mundial de la Salud.

A fin de garantizar la confiabilidad de los resultados también se consideraron los parámetros establecidos por la autoridad local y federal, también las decisiones e intervenciones se llevaron a cabo conforme a lo expreso en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, cumpliéndose con la Ley Orgánica de la Función Estadística Pública, garantizando que la información proporcionada por los participantes se manejara de manera que se impidiera la identificación de los mismos, según como se especifica en la Ley de Protección de Datos personales en posesión de los particulares.

Mecanismo de Confidencialidad

Los resultados obtenidos fueron salvaguardados por el investigador principal en una computadora cuyos archivos estaban protegidos con contraseña. Los documentos físicos del estudio se resguardaron bajo llave. Se siguieron los protocolos de confidencialidad establecidos en la institución, asignando un código a cada paciente mediante un número de identificación único, sin incluir los nombres en los conjuntos de datos. La información médica se podía proporcionar al médico personal del paciente u otro personal médico responsable de su bienestar, si el paciente lo autorizaba, con fines de tratamiento.

CAPÍTULO VI

Resultados

Se estudiaron 109 pacientes con neoplasias hematológicas. Según lo expuesto en la tabla 1, en cuanto a la edad promedio de los participantes, es de 40 años, con un rango de 16 a 78 años, se observó un ligero predominio del sexo femenino (55 %) con respecto al sexo masculino (45 %). En cuanto al diagnóstico, los tipos más comunes de neoplasias fueron leucemia linfoblástica aguda (35 %), seguida de leucemia mieloide aguda (20 %), linfoma no Hodgkin (14 %), linfoma de Hodgkin (13 %), leucemia mieloide crónica (10 %) y mieloma múltiple (8 %).

El 22 % de los pacientes presentaron diabetes mellitus, mientras que el 6 % reportaron hipertensión arterial. El 3 % de los pacientes tenían VIH y un 6 % tenía más de tres comorbilidades cardiovasculares. La mayoría de los pacientes (67 %) no presentó comorbilidades adicionales. En relación con el estado civil, el 50 % de los pacientes estaban casados, el 41 % eran solteros, el 6 % vivían en unión libre y el 2 % eran viudos. Esto indica una diversidad en las condiciones de vida, lo cual podría influir en la percepción de la salud sexual.

Tabla 1 Factores demográficos y características asociadas a la salud sexual

Variable	N=109
Sexo no. %	
Masculino	49 (45 %)
Femenino	60(55 %)
Edad (media, rango)	40 años (rango: 18 a 78)
Diagnóstico no. %	
LLA	38(35 %)
LMA	22 (20 %)
LNH	15 (14 %)
LH	14 (13 %)
MM	9 (8 %)
LMC	11 (10 %)
Comorbilidades	
Diabetes Mellitus	6 (22 %)
Hipertensión Arterial	12 (6 %)
VIH	3 (3 %)
>3 Comorbilidades cardiovasculares	6 (6 %)
Otras	9 (8 %)
Ninguna	73 (67 %)
Estado Civil no. %	
Soltero	45 (41 %)
Casado	55 (50 %)
Unión libre	7 (6 %)
Viudo	2 (2 %)

La escala EORTC SHQ 22 indico que la satisfacción sexual media fue de 49/100 (± 25), lo que refleja una satisfacción baja en general. El dolor asociado a la actividad sexual tuvo una puntuación media de 18/100 (± 19), indicando que, aunque el dolor no fue una preocupación principal, hubo variabilidad entre los pacientes.

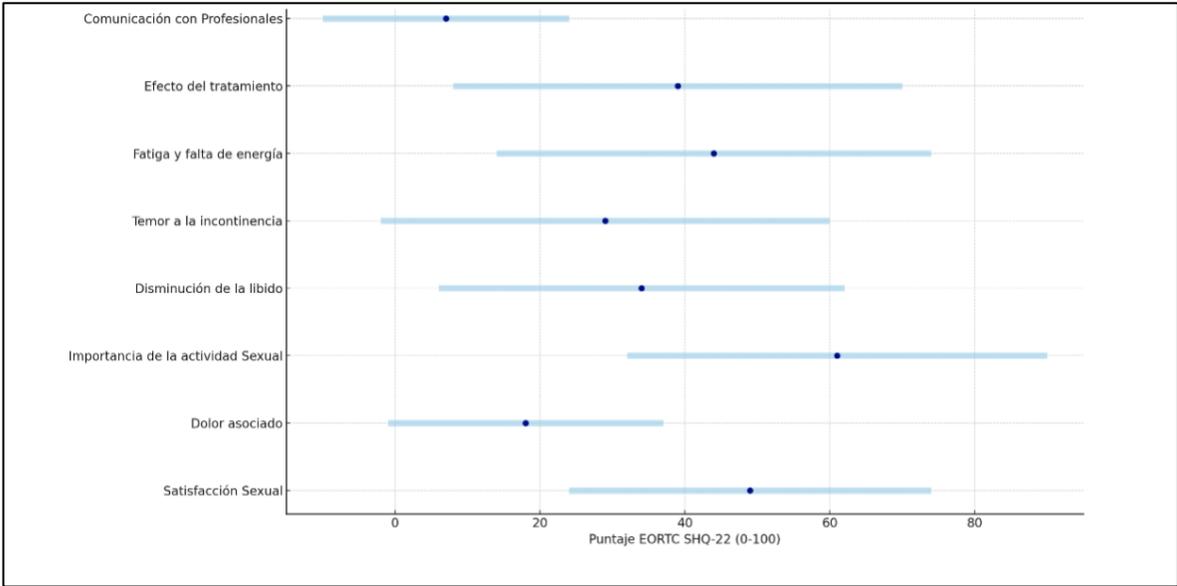
La importancia asignada a la actividad sexual fue relativamente alta, con una media de 61/100 (± 29), lo cual se contrasta con la disminución de la libido, que tuvo un puntaje medio de 34/100 (± 28). El temor a la incontinencia mostró una puntuación media de 29/100 (± 31), evidenciando la preocupación de algunos pacientes respecto a este aspecto.

La fatiga y falta de energía asociada al tratamiento mostró una puntuación media de 44/100 (± 30), destacándose como un factor importante que afecta la vida sexual de los pacientes. Por otro lado, el impacto del tratamiento en la actividad sexual tuvo una puntuación de 39/100 (± 31). La comunicación con profesionales de la salud sobre problemas sexuales fue extremadamente baja (7/100 ± 17), lo que sugiere una falta significativa de diálogo en este ámbito.

Tabla 2 Puntajes de la Calidad de Salud Sexual según la Escala EORTC SHQ-22 en pacientes con neoplasias hematológicas

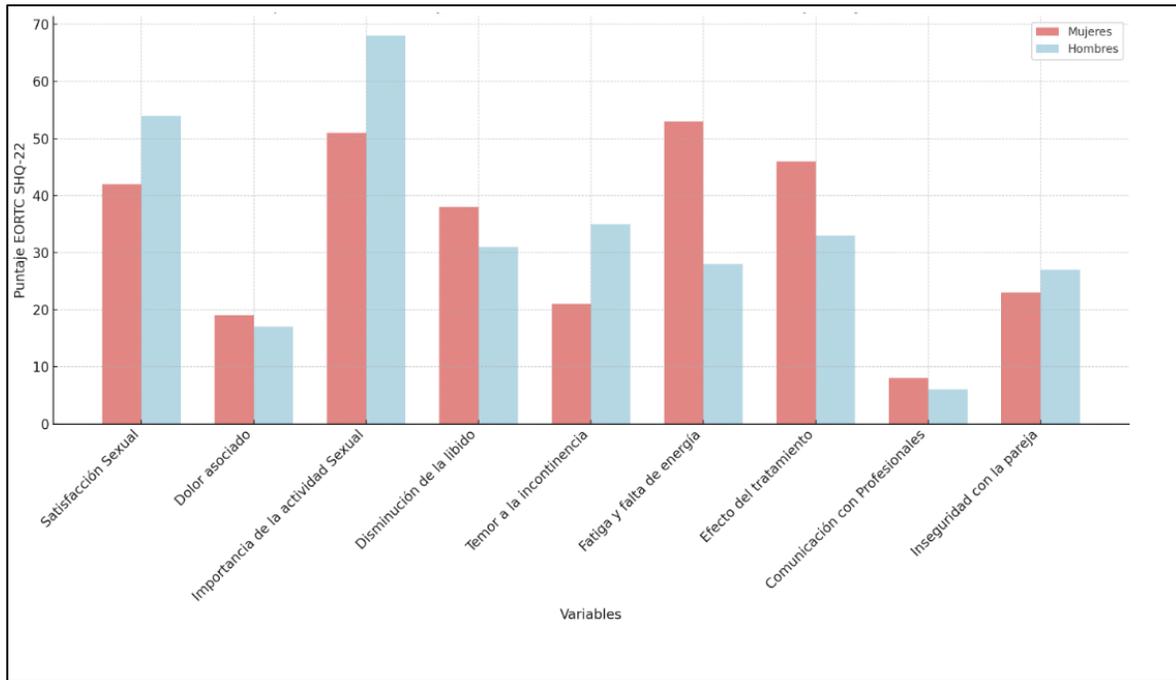
Variable	N=109	Puntaje EORTC SHQ-22
Satisfacción Sexual (media ± DS)		49 /100 ± 25
Dolor asociado a la actividad sexual (media ± DS)		18/100 ± 19
Importancia de la actividad Sexual (media ± DS)		61/100 ± 29
Disminución de la libido (media ± DS)		34/100 ± 28
Temor a la incontinencia (media ± DS)		29/100 ± 31
Fatiga y falta de energía asociada al tratamiento (media ± DS)		44/100 ± 30
Efecto del tratamiento en la actividad sexual (media ± DS)		39/100 ± 31
Comunicación con Profesionales (media ± DS)		7 /100± 17

Gráfica 1 Puntajes de la Calidad de Salud Sexual según la Escala EORTC SHQ-22 en pacientes con neoplasias hematológicas



La gráfica muestra los puntajes de calidad de salud sexual según la Escala EORTC SHQ22 en pacientes con neoplasias hematológicas.

Gráfica 2 Comparación de Puntajes en la Escala EORTC SHQ-22 entre mujeres y hombres



La gráfica 2 presenta la comparación de los puntajes de la escala EORTC SHQ-22 entre hombres y mujeres. Se observan diferencias notables en la disminución de la libido, el efecto del tratamiento, y la fatiga, con puntajes generalmente más elevados en mujeres para estas variables.

En el análisis de los puntajes obtenidos en la escala EORTC SHQ-22 comparando ambos sexos, se encontró que las mujeres presentaron un puntaje promedio de 42/100 en satisfacción sexual, significativamente menor en comparación con los hombres, quienes obtuvieron un puntaje de 54/100 ($p=0.006$). El sexo masculino obtuvo un puntaje promedio de 68/100, en comparación con 51/100 en mujeres ($p=0.001$) para la importancia de la actividad sexual. El temor a la incontinencia fue más alto en hombres (35/100) que en mujeres (21/100), con un valor $p=0.008$.

Las mujeres reportaron mayores niveles de fatiga, con un puntaje promedio de 53/100, así como en el impacto del tratamiento en la actividad sexual, con un puntaje de 46/100 en comparación con los hombres (33/100), con un valor $p=0.003$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para otras variables.

Tabla 3 Comparación de Puntajes en la Escala EORTC SHQ-22 entre mujeres y hombres

Variable	Mujer	Hombres	P valor
Satisfacción Sexual	42	54	0.006
Dolor asociado a la actividad sexual	19	17	0.28
Importancia de la actividad sexual	51	68	0.001
Disminución de la libido	38	31	0.34
Temor a la incontinencia	21	35	0.008
Fatiga y falta de energía asociada al tratamiento	53	28	0.004
Efecto del tratamiento en la actividad sexual	46	33	0.003
Comunicación con Profesionales	8	6	0.543
Inseguridad con la pareja	23	27	0.484

En el análisis de los puntajes obtenidos en la escala EORTC SHQ-22 comparado por diagnóstico, la satisfacción sexual no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de neoplasias hematológicas ($p=0.20$). Sin embargo, se observa una tendencia en la que los pacientes con linfoma de Hodgkin (LH) presentan una mayor satisfacción sexual (62/100), en comparación con los pacientes con mieloma múltiple (MM) y leucemia mieloide crónica (LMC), quienes reportan menores niveles de satisfacción (40 y 41/100, respectivamente).

La disminución de la libido mostró diferencias significativas entre los diagnósticos ($p=0.04$). Los pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) reportaron una mayor disminución de la libido (46/100), mientras que aquellos con linfoma de Hodgkin (LH) presentaron los niveles más bajos de disminución (24/100).

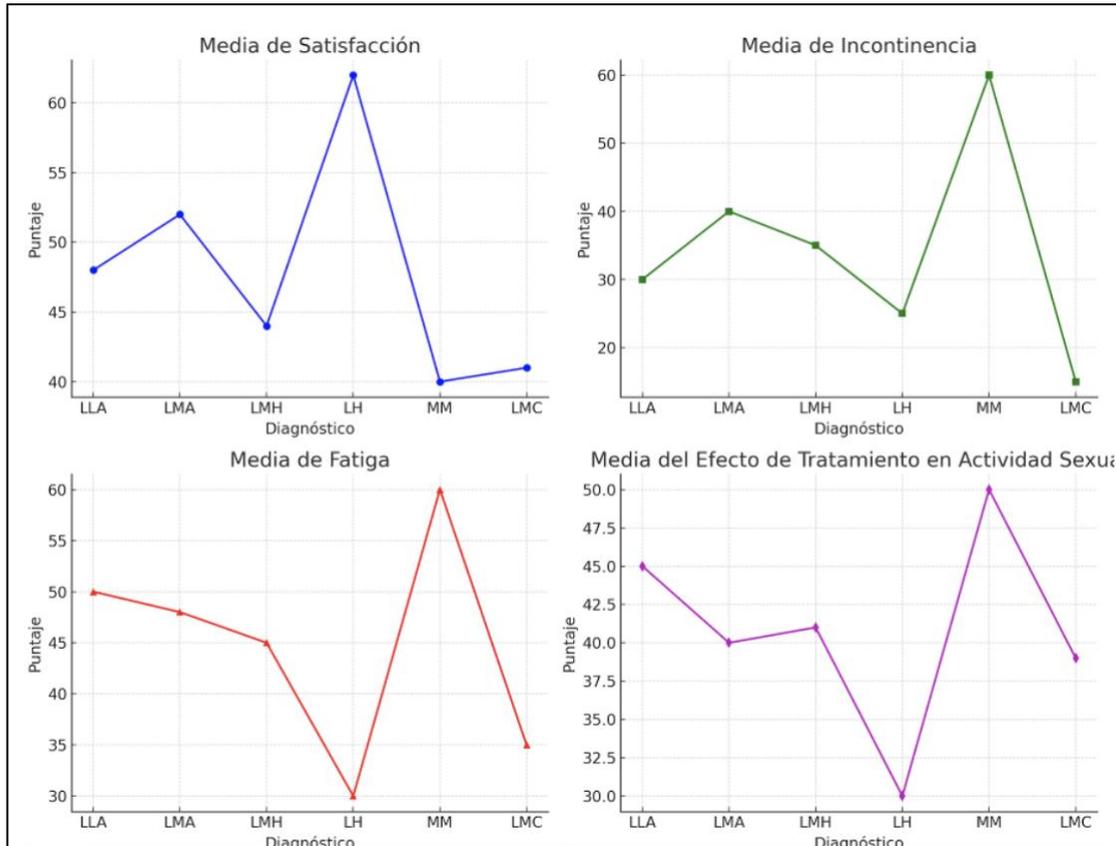
Se encontró una diferencia significativa en el temor a la incontinencia ($p<0.001$). Los pacientes con mieloma múltiple (59/100) presentaron un temor considerablemente mayor en comparación con aquellos con leucemia mieloide crónica (12/100). Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.19$), la fatiga fue más alta en los pacientes con mieloma múltiple (59/100), en contraste, los pacientes con linfoma de Hodgkin (LH) reportaron los niveles más bajos de fatiga (29/100).

El impacto del tratamiento en la actividad sexual no mostró diferencias significativas entre los diagnósticos ($p=0.20$). Sin embargo, los pacientes con linfoma de Hodgkin reportaron menos impacto (19/100), mientras que los pacientes con leucemia linfoblástica aguda (46/100) reportaron un mayor efecto negativo. Variables como la resequedad vaginal, la comunicación con los profesionales de salud y la inseguridad con la pareja no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4. Comparación de Puntajes en la Escala EORTC SHQ-22 según el Diagnóstico

Variable	LLA	LMA	LNH	LH	MM	LMC	P valor
Satisfacción Sexual	48	52	44	62	40	41	0.2
Dolor asociado a la actividad sexual	17	21	26	14	14	15	0.48
Importancia de la actividad sexual	61	64	58	64	60	55	0.95
Disminución de la libido	46	26	27	24	37	36	0.04
Temor a la incontinencia	25	36	31	19	59	12	0
Fatiga y falta de energía asociada al tratamiento	49	43	42	29	59	39	0.19
Efecto del tratamiento en la actividad sexual	46	39	40	19	44	33	0.2
Comunicación con Profesionales	6	4	15	2	15	6	0.25
Inseguridad con la pareja	29	26	27	28	33	15	0.77
Confianza para mantener una erección	31	33	38	48	26	39	0.72
Resequedad vaginal	25	31	39	19	11	33	0.52

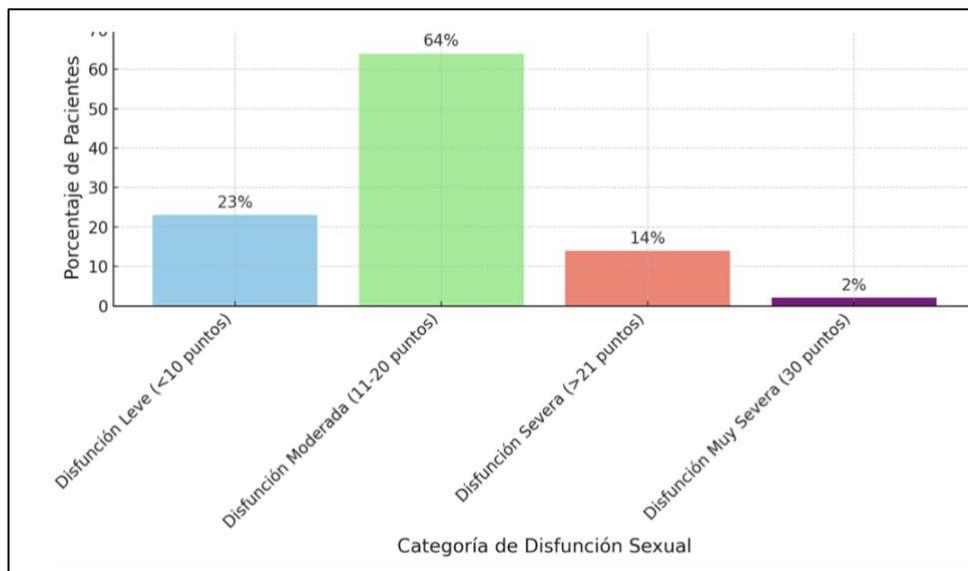
Gráfica 3 Comparación de medias de variables del cuestionario EORT SHQ22 según diagnóstico



La gráfica 3 ilustra la comparación de medias de variables del cuestionario EORT SHQ22 según diferentes diagnósticos. Se destacan variaciones significativas en los puntajes medios de satisfacción, incontinencia, fatiga y efecto del tratamiento en la actividad sexual. En particular, se observa un incremento marcado en la satisfacción para el diagnóstico LH, mientras que la incontinencia presenta un aumento significativo en MM

La evaluación de la disfunción sexual utilizando la escala ASEX reveló que el 64 % de los pacientes presentaron una disfunción sexual moderada (puntuajes entre 11 y 20). Los aspectos más afectados fueron la disminución del deseo sexual y la dificultad para alcanzar la satisfacción durante la actividad sexual. El 23 % de los pacientes (principalmente con una edad promedio de 40 años) obtuvieron puntuajes inferiores a 10, lo que indica una disfunción sexual leve o una función sexual relativamente conservada. Un 14 % de los pacientes presentó disfunción sexual severa, con puntuajes superiores a 21. Los puntuajes más altos en la escala ASEX se observaron en pacientes con disfunción sexual muy severa, donde un 2 % de los pacientes alcanzaron el puntaje máximo de 30 puntos.

Gráfica 4 Distribución de puntuajes de la escala ASEX para disfunción sexual



La gráfica 4 muestra la distribución de puntuajes de la escala ASEX para disfunción sexual, categorizada en disfunción leve, moderada, severa y muy severa

CAPÍTULO VII

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que la salud sexual de los pacientes con neoplasias hematológicas está significativamente comprometida, lo cual es consistente con la literatura existente. En un estudio realizado en el 2022, se señaló que la calidad de vida sexual es frecuentemente afectada en pacientes con malignidades hematológicas y destaca la falta de comunicación efectiva entre médicos y pacientes como un problema común.²² Este aspecto es crucial, ya que, en nuestro estudio, los niveles de comunicación sobre problemas sexuales fueron bajos, lo que sugiere que este tema sigue siendo poco abordado en la práctica clínica.

Al comparar los resultados de la literatura con este estudio, se observan similitudes como que la edad, el sexo y las comorbilidades influyen significativamente en la función sexual.²² Sin embargo, en estos estudios se muestra una prevalencia de actividad sexual que disminuye con la edad, especialmente en mujeres, mientras que el estudio local presenta una población más joven y heterogénea en cuanto a edad.¹²

En cuanto a los problemas sexuales, ambos estudios reportan dificultades en la excitación, el orgasmo y la función eréctil, siendo estas últimas más frecuentes en hombres.¹² No obstante, el estudio local destaca la importancia del diagnóstico específico, encontrando diferencias significativas en la disminución del libido, incontinencia y percepción de la imagen corporal entre distintos tipos de neoplasias. Además, el nivel educativo y el estado civil emergen como factores relevantes,

sugiriendo que un nivel educativo más alto y relaciones de pareja estables podrían influir positivamente en la salud sexual.

En la validación psicométrica del cuestionario EORTC QLQ-SH22 en el 2021 se encontraron que los problemas sexuales están presentes en una gran proporción de pacientes oncológicos, afectando tanto la satisfacción sexual como el dolor durante la actividad sexual. Nuestros resultados son coherentes con estos hallazgos, ya que se observó una baja satisfacción sexual y una alta variabilidad en el dolor asociado a la actividad sexual.²³

Un análisis más detallado de las diferencias de género reveló que las mujeres presentaron puntuaciones más bajas en satisfacción sexual ($p=0.006$), lo cual podría estar relacionado con los efectos secundarios del tratamiento, como la menopausia inducida, cambios hormonales y alteraciones en la imagen corporal.³ Así como se describió en 1966 la respuesta sexual femenina es particularmente sensible a estos cambios, lo que podría explicar la mayor afectación en la vida sexual de las mujeres con neoplasias hematológicas.⁶ Esto es consistente con lo observado en un estudio realizado en 2013 en donde se reportó que las mujeres con linfoma de Hodgkin presentan peor calidad de vida sexual en comparación con los hombres.¹⁷

En relación con la satisfacción sexual según el tipo de neoplasia, no se evidenciaron diferencias con significación estadística ($p=0.20$), aunque los pacientes con linfoma de Hodgkin mostraron una tendencia a tener mayor satisfacción sexual en comparación con aquellos con mieloma múltiple y leucemia mieloide crónica. Esto concuerda con la literatura donde la disfunción sexual es más común en pacientes

con leucemias y mieloma múltiple, debido a la fatiga crónica y los efectos secundarios de los tratamientos, lo cual apoya los hallazgos de este estudio.¹⁹

La fatiga, un factor predominante en la disfunción sexual de los pacientes oncológicos, se reportó como significativamente mayor en mujeres ($p=0.004$), lo que coincide con la literatura que sugiere que la fatiga crónica afecta de manera desproporcionada a las mujeres con cáncer.¹⁹ La fatiga no solo reduce la energía física, sino que también impacta negativamente en el deseo y la satisfacción sexual. Se subraya la importancia de abordar la fatiga en pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida general, incluida la salud sexual.²²

Se destaca el impacto de los tratamientos oncológicos en la reducción del deseo sexual y la fatiga. En nuestro estudio, el 44 % de los pacientes experimentó una disminución significativa del deseo sexual, consistente con los efectos secundarios asociados a la quimioterapia y otros tratamientos agresivos. El impacto del tratamiento en la actividad sexual fue mayor en las mujeres ($p=0.003$), lo cual podría deberse a preocupaciones específicas sobre la imagen corporal después del tratamiento, múltiples estudios señalaron que los cambios físicos, como la pérdida de cabello y cicatrices, interfieren con la vida sexual de las mujeres con cáncer.^{3,20}

Los hombres asignaron mayor importancia a la actividad sexual ($p=0.001$), posiblemente influenciados por factores culturales que dan más valor a la sexualidad masculina.³ Los hombres tienden a mantener un mayor interés en la actividad sexual, incluso en situaciones de enfermedad crónica, lo que podría explicar sus mayores puntajes en la importancia de la sexualidad.¹³

Por otro lado, el temor a la incontinencia fue mayor en los hombres ($p=0.008$), reflejando preocupaciones frecuentes sobre la continencia urinaria y su impacto en

la función sexual. Este temor fue particularmente alto en pacientes con mieloma múltiple, lo que concuerda con estudios que documentan la prevalencia de complicaciones renales y urológicas en esta enfermedad.¹¹

La disfunción sexual es una preocupación importante en pacientes con cáncer, y los resultados obtenidos con la escala ASEX confirmaron la alta prevalencia de problemas sexuales en la población estudiada. Se ha reportado que hasta el 80 % de los pacientes con cáncer hematológico pueden experimentar disfunción sexual. Nuestros hallazgos, que muestran que el 64 % de los pacientes tiene disfunción sexual moderada, están en línea con estas cifras, lo que subraya la necesidad de una evaluación sistemática y un manejo integral de la salud sexual en estos pacientes.¹⁹

Los resultados de los estudios antes contrastados subrayan la importancia de abordar la salud sexual de los pacientes con neoplasias hematológicas de manera integral y personalizada. Es necesario considerar no solo el tipo de neoplasia y el estadio de la enfermedad, sino también las características sociodemográficas y psicológicas de cada paciente. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para identificar y abordar los problemas relacionados con la sexualidad, proporcionando información, apoyo psicológico y, en caso necesario, derivación a especialistas. Además, se recomienda llevar a cabo estudios longitudinales a largo plazo para evaluar la evolución de la salud sexual en estos pacientes y el impacto de diferentes intervenciones terapéuticas.

CAPÍTULO VIII

Conclusiones

El presente estudio demuestra que la calidad de la salud sexual en pacientes con neoplasias hematológicas malignas está notablemente afectada, lo cual se midió utilizando las escalas EORTC SHQ-C22 y ASEX. La alta prevalencia de disfunción sexual observada refleja la importancia de abordar este aspecto en la atención integral de los pacientes oncológicos. Se encontraron diferencias significativas en la percepción de la salud sexual entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes reportaron una mayor afectación en términos de satisfacción sexual y el impacto de los tratamientos. Asimismo, se identificaron variaciones según el tipo de neoplasia, con una mayor prevalencia de problemas sexuales en pacientes con leucemias agudas y mieloma múltiple, probablemente debido a la fatiga crónica y los efectos secundarios de tratamientos más intensivos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de evaluar sistemáticamente la salud sexual en esta población, con un enfoque personalizado que considere tanto el género como el tipo de cáncer.

A pesar de la limitación de la muestra, el estudio proporciona un panorama más claro sobre las necesidades de los pacientes con cáncer hematológico en cuanto a su calidad de vida sexual, destacando áreas clave para futuras intervenciones. La integración de la evaluación de la salud sexual en la práctica clínica rutinaria puede mejorar no solo el bienestar sexual, sino también la calidad de vida general, abordando tanto los síntomas físicos como los psicológicos. Además, los bajos

niveles de comunicación paciente-profesional de salud sobre problemas sexuales sugieren la importancia de sensibilizar a los médicos para que aborden este tema con mayor frecuencia y profundidad. Los resultados obtenidos permiten plantear estrategias que optimicen el manejo integral del paciente, con el objetivo de reducir la disfunción sexual y mejorar la calidad de vida.

Capítulo IX

Anexos

Evaluación de la salud sexual en pacientes con neoplasias hematológicas

continuación, encontrarás una serie de preguntas. Por favor, selecciona la respuesta que consideres más adecuada para cada una de ellas, rodeando el número correspondiente. Tus respuestas son estrictamente confidenciales y no hay respuestas correctas o incorrectas.

Intente contestar al mayor número de preguntas posibles.

Durante las últimas 4 semanas:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	No aplicable
1. ¿Qué tan importante ha sido para usted tener una vida sexual? ¿Activa?	1	2	3	4	
2. ¿Ha tenido disminución de su deseo sexual?	1	2	3	4	
3. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su nivel de deseo sexual?	1	2	3	4	
4. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su vida sexual?	1	2	3	4	
5. ¿Le ha preocupado tener incontinencia (orina/heces)?	1	2	3	4	
6. ¿Ha afectado la fatiga o la falta de energía a su vida sexual?	1	2	3	4	
7. ¿Ha afectado el tratamiento a su actividad sexual?	1	2	3	4	N/A
8. ¿Le ha preocupado que el sexo pudiera resultar doloroso?	1	2	3	4	
9. ¿Ha tenido comunicación con algún profesional de la salud sobre problemas sexuales?	1	2	3	4	
10. ¿Se ha sentido satisfecho/a con la comunicación entre usted y su pareja sobre problemas sexuales?	1	2	3	4	N/A
11. ¿Ha estado preocupado/a porque su pareja pueda causarle dolor durante el contacto sexual?	1	2	3	4	N/A
12. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su nivel de intimidad?	1	2	3	4	N/A
13. ¿Se ha sentido inseguro/a en cuanto a su capacidad para satisfacer a su pareja?	1	2	3	4	N/A

Sólo para hombres**Durante las últimas 4 semanas:**

	En absolut o	Un poc o	Bastant e	Mucho
14. ¿Se ha sentido seguro de obtener y mantener una erección cuando tenía relaciones sexuales?	1	2	3	4
15. ¿Se ha sentido menos masculino como resultado de su enfermedad o tratamientos?	1	2	3	4

Sólo para mujeres**Durante las últimas 4 semanas:**

	En absolut o	Un poc o	Bastant e	Mucho
16. ¿Se siente menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4

Durante las últimas 4 semanas:

	En absoluto	Un poc o	Bastante	Mucho
17. ¿Ha tenido actividad sexual?	1	2	3	4

Por favor, responda a las siguientes preguntas solo si ha estado sexualmente activo/a en las 4 últimas semanas:

Durante las últimas 4 semanas:

	En absolut o	Un poco	Bastante	Mu cho
18. ¿Le ha resultado placentera la actividad sexual?	1	2	3	4
19. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su capacidad para alcanzar un orgasmo?	1	2	3	4
20. ¿Ha sentido dolor durante o después de la actividad sexual?	1	2	3	4
21. ¿Hasta qué punto ha sentido placer sexual?	1	2	3	4

Sólo para mujeres

Durante las últimas 4 semanas:

	En absolut o	Un poc o	Bastant e	Mucho
22. ¿Ha tenido resequedad vaginal durante la actividad sexual?	1	2	3	4

Por favor marque con una X o rellene el cuadro que mejor describa su caso.

Para cada ítem, por favor, indique su nivel <i>global</i> durante la <i>última semana</i> , incluyendo <i>el día de hoy</i> .					
1. ¿Cómo de fuerte es su deseo/impulso sexual?					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Algo fuerte	Algo débil	Muy débil	No deseo
2. ¿Con qué facilidad se excita sexualmente?					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca excitado/a
3a. Varones: ¿Puede alcanzar y mantener fácilmente una erección?					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca
3b. Mujeres: ¿Con qué facilidad su vagina se vuelve húmeda durante la actividad sexual?					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca
4. ¿Con qué facilidad alcanza el orgasmo?					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca alcanza el orgasmo
5. Sus orgasmos, ¿son satisfactorios?					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente satisfactorios	Muy satisfactorios	Algo satisfactorios	Algo insatisfactorios	Muy insatisfactorios	No puede alcanzar el orgasmo

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio	Evaluación de la salud sexual en pacientes con neoplasias hematológicas en un centro universitario del noreste de México
Nombre del Investigador Principal	José Carlos Jaime Pérez
Servicio / Departamento	Servicio de Hematología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Teléfono de Contacto	(+502)58341459
Persona de Contacto	Ana Cristina Tejada Vásquez
Versión de Documento	V2.0
Fecha de Documento	02/03/2023

Usted ha sido seleccionado para participar en una investigación. Este documento detalla los objetivos del estudio, las actividades que implica su participación y cómo se utilizarán sus datos personales y médicos. Si tiene alguna duda, no dude en consultarlo con su médico o con el equipo de investigación.

1.- ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTA INVESTIGACIÓN?

El propósito de este estudio es medir la calidad de salud sexual de los pacientes con enfermedades hematológicas malignas, así como describir asociaciones entre las diferentes variables socio demográfico y clínico con los resultados. El uso de quimioterapia conlleva riesgos a la salud, infecciones, sangrados, así como afecciones a la calidad de vida, y entre estos la salud sexual es uno de los factores que se ve afectado negativamente tanto durante el tratamiento como después de finalizado.

Se le pide participar ya que usted cursa con una neoplasia hematológica, la cual es tratada con quimioterapia, por lo que se busca evaluar el impacto del mismo en aspectos relacionados a su calidad de salud sexual. La investigación en la que usted participara es importante ya que con los resultados obtenidos se espera identificar los aspectos de salud sexual que se ven afectados de forma más prevalente y poder crear estrategias de detección temprana y ser canalizados de forma adecuada a las especialidades correspondientes

2.- ¿QUÉ PERIODO DE TIEMPO ABARCA EL ESTUDIO Y CUÁNTOS SERÁN SUS PARTICIPANTES?

Su tiempo de participación en el estudio será aproximadamente de 3 meses. Se tomaran como participantes todos los pacientes que acudan a la consulta de hematología con diagnóstico de alguna neoplasia hematología en el periodo aproximado de 1 año.

3.- ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS ESPECÍFICOS QUE DEBO CUMPLIR PARA PODER PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

En este estudio se invitará a participar a todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cualquier neoplasia hematológica en cualquier fase de la enfermedad, recibiendo tratamiento quimioterapéutico o radioterapia, y aquellos pacientes en vigilancia posterior a finalizado el esquema de tratamiento, se incluirán pacientes que se encuentren en sala de Medicina Interna o acudan a consulta externa de Hematología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

4.- ¿QUÉ TRATAMIENTO SE UTILIZA EN ESTE ESTUDIO?

En este estudio no se les proporcionara ninguna intervención adicional fuera del tratamiento establecido por su médico tratante.

5.- ¿QUÉ PROCEDIMIENTOS SE ME APLICARÁN?

En este estudio no se le realizara ningún procedimiento adicional fuera del tratamiento establecido por su médico tratante

6.- ¿EN QUÉ CONSISTE MI PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

Si usted da su consentimiento para participar en este estudio se le brindara de forma impresa un cuestionario que consta de 25 preguntas en general, con un apartado de 2 preguntas únicamente para el sexo masculino, y dos apartados de 2 preguntas únicamente para el sexo femenino. El tiempo aproximado de llenado del cuestionario son 10 minutos, se le pedirá acuda a la visita de seguimiento 6 meses posterior a la fecha de realización del cuestionario y conteste las preguntas con sinceridad.

7.- ¿QUÉ RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS O MOLESTIAS SE PUEDEN PRESENTAR?

Las preguntas referentes a salud sexual pueden causar incomodidad al ser temas sensibles y personales, sin embargo, se reitera la estricta confidencialidad de las respuestas. No existe ningún riesgo atribuible a rellenar el cuestionario y este no interfiere con el tratamiento establecido por su médico tratante.

8.- ¿CÓMO PODRÍA ESTO BENEFICIARTE A TI O A OTROS EN EL FUTURO?

Es posible que no se tenga un beneficio directo por participar en este estudio de investigación ya que su finalidad es determinar la calidad de salud sexual actual, identificar los aspectos mas prevalentes que se vean afectados por los tratamientos establecidos y de esta manera poder crear un precedente que conlleve a crear estrategias futuras de prevención y detección temprana para pacientes que padezcan de la misma enfermedad.

Los posibles beneficios para usted pueden incluir identificar problemáticas concretas que pueden ser referidas y atendidas por médicos especialistas en el área.

9.-¿QUÉ OTROS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS PODRÍAN ESTAR DISPONIBLES PARA USTED?

Usted no tiene que participar en este estudio de investigación si no lo desea, no existe procedimiento o tratamiento alternativo ya que este estudio no conlleva ninguna intervención adicional.

10.-¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?

No habrá costos para Usted por participar en este estudio.

11.- ¿SE LE PROPORCIONARÁ ALGUNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE TRANSPORTACIÓN?

A Usted no se le proporcionará ninguna compensación económica, los gastos de traslado hacia el centro de atención de hematología deberán ser cubiertos por usted.

12.- ¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

Usted no recibirá ningún pago por la participación en este estudio.

13.- ¿SE ALMACENARÁN MUESTRAS DE SANGRE O TEJIDOS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES?

No almacenaremos ningún tejido o muestra de sangre.

14.-¿QUÉ DEBE HACER SI LE PASA ALGO COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Si usted esta sufriendo una lesión/enfermedad mientras participa en este estudio, debe informar inmediatamente al médico responsable para que pase el reporte correspondiente a la institución de salud y de esa manera garantizar su tratamiento oportuno y en caso de emergencia gestionarlo a su médico de cabecera o el centro de salud de su elección. Cabe destacar que los gastos que se ocasionen a raíz de esa lesión/enfermedad serán cancelados por el médico siempre y cuando esté relacionada de forma directa con los procedimientos asociados al estudio, no se incluyen los derivados de condiciones preexistentes como progresión normal de la enfermedad detectada, también no será cubierto el gasto si el paciente no siguió las indicaciones que el médico investigador le recomendará.

15.- ¿Cuáles son sus DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Al participar en este estudio, usted se encuentra en el derecho de ser tratado con respeto, lo que incluye su decisión de continuar o abandonar en cualquier momento.

16.— ¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?

Su participación en este estudio es expresamente voluntaria y si desea suspenderla puede hacerlo en cualquier momento y su atención médica ya sea en el presente o futuro no será afectada, tampoco se impondrá sanción alguna. Los beneficios adquiridos no será sujetos a su participación, esta última podrá suspenderse o terminarse por parte del médico responsable del estudio sin su consentimiento en función de las siguientes circunstancias:

- Cancelación del estudio.
- Decisión del médico en correspondencia a lo que sea más adecuado para usted.
- Necesidad de algún procedimiento o fármaco que interfiera con la investigación.
- No seguir las indicaciones del médico que en consecuencia genere problemas de salud.

Si usted decide retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente:

- Notificar a su médico tratante del estudio
- Deberá de regresar todo el material que su médico le solicite.

Si su participación en el estudio finaliza por cualquier motivo, por su seguridad, el médico seguirá realizando seguimientos clínicos. Asimismo, la información médica que se haya recopilado hasta ese momento podrá ser utilizada con propósitos de investigación..

17.— ¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE CLÍNICO?

Al participar, autoriza al equipo médico a recopilar y guardar información sobre su salud y tratamiento. Esta información, que no incluye su nombre completo ni dirección, será utilizada únicamente para garantizar la validez científica del estudio. Su privacidad está protegida y su identidad no será revelada, a menos que la ley lo exija.

Usted tiene derecho a conocer y controlar la información que se tiene sobre usted, de acuerdo con la ley. Puede solicitar acceso, corrección o eliminación de sus datos personales. Sin embargo, es importante considerar que algunas solicitudes podrían no ser atendidas inmediatamente para asegurar la integridad del estudio.

La institución y el investigador responsable se comprometen a resguardar la confidencialidad de su información de acuerdo con las normas establecidas. Sus datos estarán seguros y protegidos en todo momento.

Si desea obtener un resumen de la información médica recopilada durante su participación en el estudio, puede solicitarla por escrito al médico encargado.

Uso y compartición de datos: Su información de salud podría ser compartida con entidades externas, como la Secretaría de Salud (SSA) y comités de ética, para fines de investigación, reportes de seguridad y cumplimiento normativo. Estos datos podrían ser transferidos a otros países y almacenados en bases de datos para futuros estudios.

Revisión de expedientes: Las autoridades sanitarias pueden revisar su expediente clínico, incluyendo datos previos, para asegurar la calidad del estudio y proteger sus derechos. Estas revisiones podrían implicar la creación de copias de su expediente.

Confidencialidad y anonimato: Los resultados del estudio podrían ser presentados públicamente, pero los datos personales confidenciales serán protegidos y mantenidos en anonimato.

Autorización y derechos: Al firmar este consentimiento, usted autoriza el uso y divulgación de su información de salud, tal como se ha descrito. Sin embargo, usted no pierde ningún derecho legal como participante de la investigación y será informado de cualquier cambio en el uso de sus datos.

18.- SI TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES ACERCA DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, ¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR?

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al **Dr. Óscar de la Garza Castro**, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic. Antonio Zapata de la Riva** en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.

Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n

Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.

CP 64460

Teléfonos: 8183294050 ext. 2870 a 2874

Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

**RESUMEN CONSENTIMIENTO
PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN**

- Participación Voluntaria.

- Declaro haber leído detenidamente este documento y haber asimilado la información del estudio.

- Declaro haber sido debidamente informado acerca del estudio, lo cual me ha permitido efectuar preguntas y tomar una decisión consciente sobre mi participación. Se me ha proporcionado el contacto de la persona a quien dirigirme en caso de tener nuevas interrogantes.

- Entiendo que mi expediente médico estará sujeto a evaluación por parte del Comité de Ética en Investigación o autoridades competentes, a fin de salvaguardar mis derechos como participante en la investigación.

- Acepto que mis datos personales se archiven bajo códigos que permitan mi identificación.

- Concedo mi permiso para que mi médico general sea notificado sobre mi voluntariado en este proyecto de investigación.

- Doy mi consentimiento para que la información recopilada durante este estudio, incluyendo los resultados de exámenes y procedimientos, se incorpore a mi expediente clínico.

- Confirmando haber recibido una copia idéntica de este documento de consentimiento firmado.

Nombre del Sujeto de Investigación

Firma

Fecha

PRIMER TESTIGO

Nombre del Primer Testigo _____ Firma _____

Dirección _____

Fecha _____ Relación con el Sujeto de Investigación _____

SEGUNDO TESTIGO

Nombre del Segundo Testigo _____ Firma _____

Dirección _____

Fecha _____ Relación con el Sujeto de Investigación _____

PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO

Se ha llevado a cabo una completa revisión de este formulario, despejando cualquier interrogante. En consecuencia, y según la comprensión del sujeto, este otorga su consentimiento de manera libre e informada, asegurando contar con la facultad legal y mental para tomar esta decisión.

Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento _____ Firma _____

Fecha _____

Capítulo X

Bibliografía

1. Eeltink C. Sexuality in patients with hematological malignancies: From a patient, partner and healthcare professional perspective. Repro VU print services; 2022.
2. Mace D, Bannerman R, Burton J. Las enseñanzas de sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1975. Cuadernos de Salud Pública 57, pág. 9.
3. Basso S. Salud y sexualidad desde una perspectiva de género. En: Gómez G, editor. Género, mujer y salud en las Américas. EUA: Revista de la Organización Panamericana de la Salud; 1993. p. 124-129.
4. Gantier M. Sociedad, cultura y sexualidad. La educación de la sexualidad humana. México: CONAPO; 1982. Tomo 1, p. 155.
5. Gómez G. Género, mujer y salud en las Américas. Revista de la Organización Panamericana de la Salud. EUA; 1993. p. 124-129.
6. Masters W, Johnson V. Human Sexual Response. Toronto/New York: Bantam Books; 1966.
7. Kaplan H. Disorders of Sexual Desire: a new concept and techniques in sex therapy. London: Ballier Tindall; 1979.
8. Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. Obstet Gynecol. 2001;98(2):350-3.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA; 2013.
10. Lewis R, et al. Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. J Sex Med. 2004;1(1):35-39.
11. Lewis R, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. 1743-6109 (Electronic); 2010.
12. Lee D, et al. Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. 1573-2800 (Electronic); 2016.
13. Mitchell K, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). 1474-547 (Electronic); 2013.
14. McCabe M, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. J Sex Med. 2016;13(2):144-52.
15. Mitchell K, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). 1474-547X (Electronic); 2013.
16. López E, González E. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. Oncol Barc. 2005;28(3):58-63.

17. Behringer K, et al. Sexual quality of life in Hodgkin Lymphoma: a longitudinal analysis by the German Hodgkin Study Group. *Br J Cancer*. 2013;108(1):49-57.
18. Andreasson B, Kosiorek H, Dueck A, Scherber R, Martin K, Butler K, Mesa R. The role of sexuality symptoms in myeloproliferative neoplasm symptom burden and quality of life: An analysis by the MPN QOL International Study Group Geyer HL. *Cancer*. 2016;122(12):1888-1896.
19. Karacan Y, Yildiz H, Demircioglu B, Ali R. Evaluation of Sexual Dysfunction in Patients with Hematological Malignancies. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2021;8:51-7.
20. Oberguggenberger A, et al. EORTC Quality of Life Group. Phase 1-3 of the cross-cultural development of an EORTC questionnaire for the assessment of sexual health in cancer patients: the EORTC SHQ-22. *Cancer Med*. 2018 Mar;7(3):635-645.
21. Greaves P, Sarker S, Chowdhury K, Johnson R, Matthews J, Matthews R, Smith M, Korszun A, Gribben J, Lister T. Fertility and sexual function in long-term survivors of haematological malignancy: using patient-reported outcome measures to assess a neglected area of need in the late effects clinic. *Br J Haematol*. 2014 Feb;164(4):526-35. PMID: 24236665.
22. Eeltink C, et al. Reply to: 'Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors'. *Support Care Cancer*. 2021;29(2):535.
23. Soria J, Carrasco J, Loza C, Ruiz E, Paye E. Adaptación cultural y validación psicométrica del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ STO-22 para los pacientes con cáncer gástrico en el Perú. *Rev Gastroenterol Peru*. 2015;35(2):127-135. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000200002&lng=es&tlng=es.