

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”



**“FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN VARONES CON  
ENFERMEDADES REUMÁTICAS”**

POR

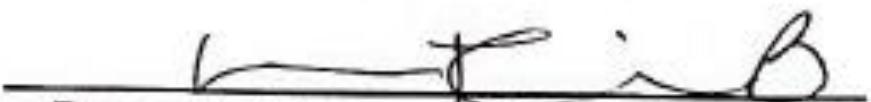
**DRA. ALEJANDRA GÓMEZ ALVAREZ**

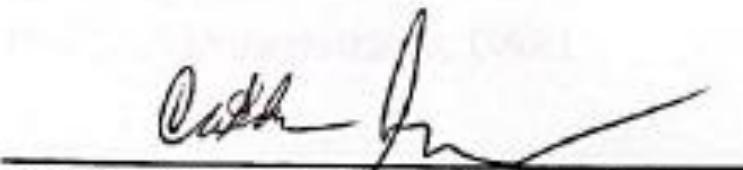
**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA**

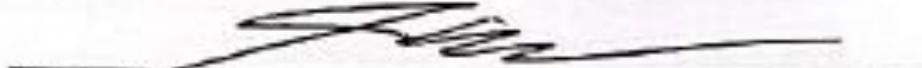
**FEBRERO 2026**

**"FUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN VARONES CON  
ENFERMEDADES REUMÁTICAS"**

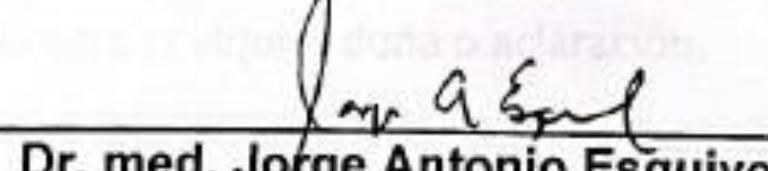
Aprobación de Tesis:

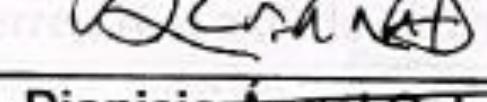
  
**Dra. med. Lorena Pérez Barbosa**  
Directora de Tesis

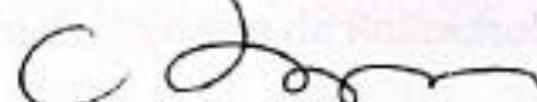
  
**Dra. med. Cassandra Michele Skinner Taylor**  
Codirectora de Tesis

  
**Dr. Jesús Alberto Cárdenas de la Garza**  
Codirector de Tesis

  
**Dr. med. Miguel Ángel Villarreal Alarcón**  
Coordinador de Enseñanza

  
**Dr. med. Jorge Antonio Esquivel Valerio.**  
Coordinador de Investigación

  
**Dr. med. Dionicio Ángel Galarza Delgado**  
Jefe de Servicio

  
**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
Jefe de Enseñanza de Posgrado

## **DEDICATORIA**

A mis padres, mi mayor ejemplo.

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO .....	
CAPÍTULO I. RESUMEN .....	6
CAPÍTULO II. INTRODUCCIÓN .....	8
• Definición del problema	
• Justificación	
• Originalidad y contribución	
• Pregunta de investigación	
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	9
CAPÍTULO IV. OBJETIVOS .....	14
• Objetivo principal	
• Objetivos secundarios	
CAPÍTULO V. MATERIALES Y MÉTODOS .....	15
• Diseño del estudio	
• Población y muestra	
• Criterios de inclusión y exclusión	
• Definición de variables	
• Instrumentos utilizados	
• Procedimientos	
• Consideraciones éticas	
CAPÍTULO VI. RESULTADOS .....	23
• Tabla 1. Características demográficas y clínicas generales de la población	
• Tabla 2.1. Hábitos y condiciones asociadas por diagnóstico reumatólgico	
• Tabla 2.2. Comorbilidades por entidad reumática	
• Tabla 3.1. Resultados por entidad reumática	
• Tabla 3.2. Actividad de la enfermedad por entidad reumática	
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN .....	29
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIÓN .....	31
CAPÍTULO IX. BIBLIOGRAFÍA .....	32
CAPÍTULO X. ANEXOS .....	35
• Cuestionarios aplicados	
CAPÍTULO XI. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO .....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AINEs** – Antiinflamatorios no esteroideos
- ANCA** – Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos
- APs** – Artritis psoriásica
- AR** – Artritis reumatoide
- ASAS** – Assessment of SpondyloArthritis International Society
- CASPAR** – Classification criteria for Psoriatic ARthriti
- CSFQ-14 / CSFQ-14-M** – Changes in Sexual Functioning Questionnaire, versión corta (14 ítems) / versión masculina
- DM** – Diabetes mellitus
- EA** – Espondiloartritis (en tablas aparece como espondiloartritis)
- ERC** – Enfermedad renal crónica
- EULAR** – European League Against Rheumatism
- FAME** – Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad
- HTA** – Hipertensión arterial
- IBM SPSS** – International Business Machines – Statistical Package for the Social Sciences
- IIEF** – International Index of Erectile Function
- LES** – Lupus eritematoso sistémico
- MCS** – Mental Component Summary (Componente Mental del SF-12)
- OMS** – Organización Mundial de la Salud
- PCS** – Physical Component Summary (Componente Físico del SF-12)
- QS / Qualisex** – Cuestionario Qualisex
- SF-12** – Short Form 12 Health Survey

## CAPÍTULO I

### RESUMEN

#### **Introducción:**

La sexualidad es un componente esencial del bienestar integral y puede verse afectada de manera significativa en hombres con enfermedades reumáticas. El dolor crónico, la fatiga, las limitaciones funcionales, la alteración de la imagen corporal y factores psicológicos como ansiedad y depresión contribuyen a la disfunción sexual en esta población. Estudios previos han documentado una mayor prevalencia de disfunción sexual en varones con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondiloartritis y artritis psoriásica, así como su impacto negativo en la calidad de vida. Dada esta relación, la evaluación sistemática de salud sexual constituye un aspecto relevante del abordaje integral en reumatología.

#### **Métodos:**

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional en varones de 18 a 50 años con diagnóstico de enfermedad reumática, clasificados según los criterios ACR/EULAR, EULAR/ACR, ASAS o CASPAR, según correspondiera. A todos los participantes se les aplicaron tres instrumentos validados: el Cuestionario de Funcionamiento Sexual Masculino CSFQ-14-M y el cuestionario Qualisex y el cuestionario de calidad de vida SF-12. Se excluyeron pacientes que no aceptaron responder los cuestionarios o menores de edad, y se eliminaron aquellos con consentimiento retirado o encuestas incompletas. El cálculo de tamaño de muestra se basó en una proporción esperada de disfunción sexual del 40%, con precisión del 10% y nivel de confianza del 95%, obteniéndose un tamaño mínimo requerido de 95 pacientes. El análisis estadístico se realizó en IBM SPSS v30. La normalidad se evaluó con Kolmogórov-Smirnov. Las variables se describieron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil. La disfunción sexual (CSFQ-14-M ≤47) se comparó con características sociodemográficas mediante chi-cuadrado o

prueba exacta de Fisher, y con los puntajes del SF-12 mediante t-test o Mann-Whitney U.

### **Resultados:**

Más de la mitad de los varones con enfermedad reumática presentaron disfunción sexual, incluso en edades reproductivas activas. Los dominios de deseo y excitación fueron los más afectados, probablemente relacionados con dolor crónico, fatiga, inflamación sistémica y factores emocionales. Asimismo, se observó que los pacientes con disfunción sexual mostraron puntajes significativamente menores de calidad de vida física y mental.

### **Conclusión:**

La disfunción sexual es frecuente en varones con enfermedades reumáticas y se asocia a una menor calidad de vida. Estos hallazgos subrayan la importancia de incorporar de manera rutinaria la evaluación de salud sexual y un enfoque biopsicosocial integral en la práctica reumatológica, aun cuando la actividad inflamatoria de la enfermedad se encuentre controlada.

## **CAPÍTULO II**

### **INTRODUCCIÓN**

La sexualidad es un componente esencial del bienestar integral y puede verse afectada de manera significativa en hombres con enfermedades reumáticas. El dolor crónico, la fatiga, las limitaciones funcionales, la alteración de la imagen corporal y factores psicológicos como ansiedad y depresión contribuyen a la disfunción sexual en esta población. Estudios previos han documentado una mayor prevalencia de disfunción sexual en varones con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondiloartritis y artritis psoriásica, así como su impacto negativo en la calidad de vida. Dada esta relación, la evaluación sistemática de salud sexual constituye un aspecto relevante del abordaje integral en reumatología.

## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social. La sexualidad se describe como una parte esencial de las personas, una parte integral del ser humano. (OMS, 2006)

Uno de los aspectos que pueden influir en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas es la sexualidad. (Romera Baures, 2018)

El dolor crónico asociado a estas enfermedades es un factor clave que contribuye a la disfunción sexual y a la disminución de la calidad de vida. El dolor en enfermedades reumáticas puede ser tanto inflamatorio como no inflamatorio, y a menudo persiste incluso cuando la actividad inflamatoria de la enfermedad está controlada. La calidad de vida también se ve afectada por factores psicológicos como la ansiedad y la depresión, que son comunes en estos pacientes y están estrechamente relacionados con el dolor y la disfunción sexual.

La disfunción sexual es más prevalente en hombres con enfermedades reumáticas que en controles sanos, y parece ocurrir a una edad más temprana. (Perez-Garcia et al., 2020).

Algunos de los factores que pueden impactar negativamente la función sexual en hombres con enfermedades reumáticas incluyen: Dolor (Østensen, 2017) (Groseanu et al., 2020), restricción de movimientos articulares (Pirildar et al., 2004) (Groseanu et al., 2020), fatiga (Groseanu et al., 2020), problemas de autoestima y de imagen corporal (Groseanu et al., 2020), y efectos secundarios de los medicamentos. (Groseanu et al., 2020)

Se han descrito problemas sexuales específicos en diferentes enfermedades reumáticas como son la artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico (LES), espondiloartritis y artritis psoriásica (APs):

- La prevalencia de disfunción sexual es mucho mayor en hombres con artritis reumatoide en comparación con los controles (33-62% frente a 11-40%). Esto puede estar asociado con la actividad de la enfermedad, la fatiga y el dolor. (Groseanu et

al., 2020). Un estudio encontró que los hombres con artritis reumatoide tenían una menor frecuencia de actividad sexual y libido en comparación con el grupo de control. Además, el 33% de los hombres con artritis reumatoide reportaron períodos de disfunción eréctil y el 50% experimentaron una disminución de la libido. (Perez-Garcia et al., 2020).

- Los hombres con LES tienen una mayor prevalencia de disfunción eréctil en comparación con los hombres sanos. Un estudio encontró que el 68% de los hombres con LES experimentaron disfunción eréctil. Los factores de riesgo para la disfunción eréctil en esta población incluyen linfopenia persistente y el uso de prednisona. (Perez-Garcia et al., 2020)
- Un estudio encontró que la rigidez matutina en los pacientes con espondiloartitis (EA) está significativamente asociada con la disfunción eréctil en esta población. Se cree que la patogénesis de la disfunción eréctil en este grupo es multifactorial y puede estar relacionada tanto con la enfermedad como con su tratamiento. Los estudios que utilizan el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF, por sus siglas en inglés) han mostrado que los hombres con EA tienen puntajes significativamente más bajos que los controles sanos.(Pirildar et al., 2004) (Santana et al., 2017)
- Los hombres con artritis psoriásica presentan un mayor riesgo de disfunción sexual y disfunción eréctil en comparación con individuos sanos, independientemente de las comorbilidades físicas o psicológicas. Factores como la ansiedad, la depresión, la psoriasis genital y una menor calidad de vida pueden aumentar el riesgo de disfunción sexual en este grupo.(Anyfanti et al., 2014)

El cuestionario Qualisex es una herramienta valiosa para evaluar el impacto de las enfermedades reumáticas en la función sexual de los pacientes. Fue desarrollado en Francia y validado para su uso en población hispanohablante. Ofrece una puntuación global para la función sexual de un paciente y puede ser autoaplicado. Consta de 10 preguntas, con cada ítem puntuado en una escala de 0 a 10. Las puntuaciones más altas indican un mayor impacto negativo de la enfermedad reumática en la sexualidad. Examina varios aspectos de la salud sexual, como los efectos de la enfermedad y los medicamentos en la función sexual y el deseo. Los estudios han demostrado que las puntuaciones de Qualisex se correlacionan bien

con otras medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Aunque fue principalmente validado para AR, Qualisex ha sido adaptado y estudiado en pacientes con otras condiciones reumáticas.(Robustillo-Villarino et al., 2023) (Romera Baures et al., 2022)(Sommerfleck et al., 2018).

El Cuestionario de Cambios en la Función Sexual – versión corta (CSFQ-14) es una herramienta de autoinforme utilizada para evaluar los cambios en la función sexual debido a enfermedades y/o tratamientos. Este cuestionario validado examina la función sexual en cinco dominios: placer, deseo, interés, excitación y orgasmo. (Bay et al., 2020) (Puchner et al., 2019). El puntaje total del CSFQ-14 varía de 14 a 70, con diferentes puntos de corte para hombres y mujeres que indican posible disfunción sexual. Cada dominio también tiene puntos de corte específicos que indican posible disfunción. El CSFQ-14 ha sido traducido y validado en varios idiomas, incluido el español. (Bay et al., 2020) (Puchner et al., 2019). Este cuestionario es una herramienta valiosa para la evaluación y comprensión de disfunción sexual en pacientes con enfermedades crónicas.(Petersen et al., 2020) La información recopilada a través del cuestionario puede ayudar al reumatólogo a iniciar conversaciones sobre la salud sexual y ofrecer intervenciones y derivaciones apropiadas. (Bay et al., 2020) (Puchner et al., 2019)

El cuestionario SF-12 es una herramienta breve y sencilla idónea para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedades reumáticas. Se trata de una escala con medidas válidas y fiables que permite la obtención de un perfil acabado del paciente que caracterice su estado de salud no sólo físico, sino que también mental y social, en relación con la calidad de vida relacionada con la salud (Vera-Villarroel et al., 2014).

### **Definición del problema**

La disfunción sexual en varones con enfermedades reumáticas es un problema subestimado y poco evaluado, a pesar de su alta prevalencia y su impacto negativo en la calidad de vida. Existe una falta de evidencia sistemática que permita establecer la magnitud real de estas alteraciones en población masculina adulta.

## **Justificación**

La salud sexual es un componente esencial del bienestar integral y forma parte del enfoque biopsicosocial recomendado para la atención de pacientes con enfermedades crónicas. En el contexto de las enfermedades reumáticas, la evidencia disponible indica que los varones presentan una elevada prevalencia de disfunción sexual, incluso a edades tempranas, lo cual impacta de manera significativa en su calidad de vida física, emocional y social. Factores propios de estas enfermedades —como el dolor crónico, la rigidez articular, la fatiga, la inflamación sistémica y las limitaciones funcionales— se combinan con aspectos psicológicos como ansiedad, depresión y alteración de la imagen corporal, generando un entorno propicio para el deterioro de la función sexual. Adicionalmente, los efectos secundarios de diversos tratamientos utilizados en reumatología pueden contribuir a estas alteraciones.

A pesar de la relevancia clínica del tema, la salud sexual continúa siendo un aspecto poco explorado y con frecuencia omitido en la práctica reumatólogica, especialmente en varones, quienes suelen estar subrepresentados en los estudios de función sexual en enfermedades reumáticas. Existe también escasa información en población hispanohablante y latinoamericana, lo que limita la capacidad de aplicar intervenciones culturalmente pertinentes.

Considerando que la función sexual influye directamente en la calidad de vida y que las alteraciones pueden persistir incluso cuando la actividad inflamatoria está controlada, es necesario investigar de manera sistemática si los varones mayores de 18 años con enfermedades reumáticas presentan disfunción sexual y en qué medida. Responder esta pregunta permitirá identificar necesidades no atendidas, promover una evaluación integral del paciente y orientar estrategias terapéuticas que aborden no sólo el control de la enfermedad, sino también el bienestar sexual

y emocional, y metodologías que integren tanto los aspectos clínicos como los psicosociales.

### **Originalidad y contribución**

**Originalidad:** Este estudio aborda un tema escasamente explorado en varones, quienes han sido tradicionalmente subrepresentados en investigaciones sobre salud sexual en reumatología. Además, aporta información inédita en población hispanohablante, específicamente en un contexto clínico latinoamericano.

**Contribución:** Los resultados permitirán visibilizar la relevancia de la función sexual como parte del abordaje integral del paciente reumático. Asimismo, ofrecerán evidencia que podrá guiar la práctica clínica y futuras intervenciones orientadas al bienestar sexual y emocional de estos pacientes.

### **Pregunta de investigación**

¿Existen alteraciones en la función sexual en varones mayores de 18 años con enfermedades reumáticas?

## **CAPÍTULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo principal**

- Evaluar la prevalencia de disfunción sexual en pacientes varones con enfermedades reumáticas.

#### **Objetivo secundario**

- Identificar la prevalencia de disfunción sexual en pacientes varones en cada enfermedad reumática.
- Identificar los dominios afectados de la función sexual.
- Evaluar la relación de la función sexual con la calidad de vida.

## CAPÍTULO V

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### **Materiales**

- Diseño de estudio: Transversal, descriptivo, observacional.
- Población de estudio: Varones con diagnóstico de enfermedad reumática, acorde a los criterios de clasificación vigentes para cada enfermedad estudiada.
- Lugar de reclutamiento: Consulta de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

#### **Criterios de inclusión**

Varones de entre 18 y 50 años diagnosticados con alguna de las siguientes enfermedades reumáticas, según sus respectivos criterios de clasificación:

1. Artritis reumatoide, de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2010.
2. Lupus eritematoso sistémico, según los criterios EULAR/ACR 2019.
3. Espondiloartritis, conforme a los criterios ASAS 2009.
4. Artritis psoriásica, según los criterios CASPAR 2006.
5. Miopatía inflamatoria idiopática, de acuerdo con los criterios EULAR/ACR 2017.
6. Esclerosis sistémica, según los criterios ACR/EULAR 2013.
7. Vasculitis asociada a ANCA, conforme a los criterios ACR/EULAR 2022.
8. Síndrome de Sjögren, según los criterios ACR/EULAR 2016.
9. Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, empleando criterios clínicos y serológicos vigentes para su definición.

#### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes que no acepten contestar los cuestionarios.
2. Pacientes menores de 18 años.

## Criterios de eliminación

1. Pacientes que retiren su consentimiento para participar en el estudio.
2. Pacientes con cuestionarios incompletos.

## Cálculo de la muestra

Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para el cálculo de proporciones en una población infinita. El objetivo fue determinar el porcentaje de varones con enfermedad reumática que presentaran disfunción sexual global, definida como un puntaje  $\leq 47$  en el cuestionario CSFQ-14-M. Se empleó una proporción esperada basada en estudios previos de aproximadamente 45% ( $p = 0.40$ ), con una precisión aceptada de  $\pm 10\%$  ( $\delta = 0.10$ ) y un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = 0.05$ ;  $Z = 1.96$ ). Al sustituir estos valores en la fórmula correspondiente, se obtuvo un tamaño de muestra requerido de 95 pacientes.

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINTA		
$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$		
valor Z	1.96	al cuadrado 3.8416
valor p	0.45	
valor q	0.55	
valor $\delta$	0.10	0.01
		n= 95.07960

## Tamaño de la muestra

95 pacientes

## Lugar de reclutamiento

Consulta de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”

## **Periodo**

Enero 2024 - Noviembre 2025

## **Definición de variables**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Forma de medición
Edad	La cantidad de años cumplidos desde el nacimiento de una persona hasta el momento de la recolección de datos.	Se registró como una variable continua en años completos, reportada por el participante en la encuesta.	Cuantitativa Discreta	Años
Diagnóstico Reumatólgico	Identificación médica de una enfermedad o condición clínica determinada por un profesional de la salud.	Se registró especificando el diagnóstico de la enfermedad reumática autoinmune del paciente entre artritis reumatoide, lupus eritematoso generalizado, espondiloartritis , artritis psoriásica, miopatías inflamatorias, esclerosis sistémica, vasculitis ANCA asociadas, síndrome de Sjögren,	Cualitativa nominal	1 = Artritis reumatoide 2 = Lupus eritematoso generalizado 3 = Espondiloartritis 4 = Artritis psoriásica 5 = Miopatías inflamatorias 6 = Esclerosis sistémica 7 = Vasculitis ANCA asociadas 8 = Síndrome de Sjögren 9 = Enfermedad

		enfermedad indiferenciada del tejido conectivo según la historia clínica.		indiferenciada del tejido conectivo
Comorbilidades	Presencia de una o más enfermedades crónicas adicionales coexistentes a la enfermedad reumática principal, que pueden influir en el estado de salud del paciente.	Se registrará mediante la presencia o ausencia de comorbilidades autoinformadas por el participante, incluyendo diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, cáncer, enfermedad tiroidea, cardiopatía isquémica, dislipidemia	Cualitativa Nominal	0 = Ausente 1 = Diabetes Mellitus 2 = Hipertensión Arterial Sistémica 3 = Enfermedad Renal Crónica 4 = Cáncer 5 = Enfermedad tiroidea 6 = Cardiopatía Isquémica 7 = Dislipidemia
Medicamentos de base	Sustancias farmacológicas utilizadas para el tratamiento de la enfermedad reumática	Se registrará el tipo de medicamento utilizado (FAME, biológicos, glucocorticoides, AINEs, otros) con base en la autodeclaración del paciente y la revisión de la historia clínica.	Cualitativa Nominal	1 = FAME sintéticos 2 = FAME biológicos 3 = Glucocorticoideos 4 = AINEs 5 = Otros (especificar)
Nivel de Estudios	El máximo grado académico	Se registrará como primaria, secundaria,	Cualitativa Ordinal	1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Preparatoria

	que una persona ha completado dentro del sistema educativo.	preparatoria, licenciatura, posgrado, según sea reportado por el participante.		4 = Licenciatura 5 = Posgrado
Estado Civil	Condición legal o social de una persona con relación a su situación conyugal.	Se registrará como soltero, unión libre, casado, separado, divorciado según sea reportado por el participante.	Cualitativa Nominal	1 = Soltero 2 = Unión Libre 3 = Casado 4 = Separado 5 = Divorciado
Hábito de fumar	Consumo habitual de productos derivados del tabaco, como cigarrillos, cigarros o tabaco de mascar, que puede afectar la salud general del individuo.	Se registró mediante una pregunta sobre si el participante es fumadora actual, exfumadora o nunca ha fumado.	Cualitativa Nominal	0 = Nunca fumador 1 = Fumador actual 2 = Exfumador
Hábito de consumo de alcohol	Ingesta de bebidas alcohólicas en cualquier cantidad, que puede influir en la salud del individuo	Se registró mediante una pregunta sobre si el participante es bebedor actual, exbebedor o nunca ha bebido.	Cualitativa Nominal	0 = Nunca ha bebido 1 = Bebedor actual 2 = Exbebedor
Vida sexual activa	Estado en el cual una persona ha tenido actividad	Se registró mediante una pregunta dicotómica sobre si el	Cualitativa Dicotómica	0 = No 1 = Si

	sexual en un período de tiempo determinado.	participante tiene vida sexual activa		
Uso de anticoncepción	Empleo de métodos para prevenir el embarazo durante la actividad sexual.	Se registró mediante una pregunta dicotómica sobre si el participante usa anticoncepción al tener relaciones sexuales	Cualitativa Dicotómica	0 = No 1 = Si
Disfunción sexual	Alteración del proceso del ciclo que caracteriza la respuesta sexual humana o la presencia de dolor durante las relaciones sexuales, viéndose afectado el deseo, la excitación, el orgasmo o la satisfacción sexual	Se registró utilizando la versión validada de la encuesta CSFQ-14-M, evaluando la presencia o ausencia de disfunción sexual basada en un puntaje de corte.	Cualitativa Dicotómica	0 = No 1 = Si

### Análisis estadístico

- Se realizó un el análisis estadístico con el software IBM SPSS v30.
- Se evaluó la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

- Para la estadística descriptiva, los datos se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil, según la normalidad.
- La presencia de disfunción sexual (CSFQ-14 ≤ 47) se comparó con características sociodemográficas mediante chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, y con los puntajes de calidad de vida (SF-12) empleando t-test o Mann-Whitney U.
- Un valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo.

## **Metodología**

- Se construyó una base de datos, el diseño conceptual fue responsabilidad de la responsable del proyecto. Se realizó un vaciado periódico de datos. La base fue administrada con el software Excel Microsoft Office Professional Plus 2013 para luego ser transferida al software SPSS versión 30. En este último se realizó todos los análisis estadísticos.
- Los documentos fuente serán resguardados durante un mínimo de 5 años, en el archivo físico del departamento de Reumatología y estarán disponibles en el caso de que se requiera una recuperación de datos y/o para cualquier aclaración.
- Se conformó una muestra y se aplicaron en una sola ocasión, los siguientes instrumentos: el CSFQ-14-M, QUALISEX y SF12.
- Además, se revisó los expedientes clínicos de los pacientes para obtener datos relevantes sociodemográficos (edad, sexo, años de escolaridad completa, estado civil), relativos a la enfermedad reumática (escalas de actividad de la enfermedad correspondiente), comorbilidades y relativas al tratamiento (uso de esteroides y de inmunosupresores así como dosis de cada uno).
- Los pacientes fueron reclutados durante su asistencia a la Institución en alguna de sus visitas con motivo de la atención para su enfermedad reumatológica, ya sea cuando acudían a la toma de muestras o bien cuando acudían al servicio de consulta externa de reumatología. Por lo sensible del

tema del que se trata el estudio, el paciente fue invitado a dirigirse a un consultorio disponible en la consulta 12 de Reumatología, que ofreciera condiciones de privacidad, para explicar con detalle el estudio donde se realizó el proceso de consentimiento informado de manera escrita.

- En caso de que el paciente accediera a participar en el estudio, se le entregó los cuestionarios para ser llenados de forma autoaplicada, los cuales se contestaron en este mismo espacio.
- Si derivado de la participación del paciente en el estudio, se identificó presencia de disfunción sexual, se canalizó a la especialidad correspondiente: Psiquiatría, Psicología, Ginecología o Urología.

### **Mecanismo de confidencialidad**

La confidencialidad de la información de cada sujeto de investigación fue garantizada ya que se utilizaron sus iniciales y su número de registro del hospital; así como mediante la asignación de un número consecutivo interno. Solo los investigadores del estudio tuvieron acceso a la información de los participantes, las bases de datos y sus resultados. Todos los registros obtenidos fueron resguardados bajo llave en un lugar cerrado. En caso de violación a la confidencialidad, los participantes podían realizar un reporte al Comité de Ética en investigación.

### **Aspectos éticos**

Este estudio se sometió a una evaluación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Se invitó a los pacientes a participar de forma completamente voluntaria informándoles acerca de la relevancia e implicaciones del estudio. En caso de acceder se obtuvo un consentimiento informado por escrito. Al menos un integrante de nuestro equipo de investigación estuvo presente para resolver cualquier tipo de duda o inquietud. Además, se requirió la presencia de dos testigos ajenos al equipo de investigación.

### **Presupuesto**

Recursos propios del Servicio de Reumatología

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

Se incluyeron 64 varones con enfermedades reumáticas, con una mediana de edad de 38 años. Las características demográficas, clínicas y los hábitos de la población se describieron en las Tablas 1 y 2.1, mientras que las comorbilidades específicas por diagnóstico se resumieron en la Tabla 2.2.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas generales de la población

Variable	Resultado	p-value
Edad, años, mediana [mín–máx]	38.0 [16.0–50.0]	0.001
Qualisex total, mediana [mín–máx]	1.60 [0.90–2.20]	<0.001
CSFQ-14 total, mediana [mín–máx]	46.5 [15.0–60.0]	<0.001
SF-12 PCS, mediana [mín–máx]	49.80 [19.90–52.70]	0.026
SF-12 MCS, mediana [mín–máx]	48.89 [13.56–65.56]	0.029
Actividad de la enfermedad, n (%)		
Alta	1 (3.4)	
Leve	3 (10.3)	
Moderada	6 (20.7)	
Remisión	16 (55.2)	
Faltantes	3 (10.3)	
Comorbilidades, n (%)		
Ausente	12 (19.0)	
Diabetes mellitus	11 (17.2)	
Hipertensión arterial	6 (9.5)	
Enfermedad renal crónica	5 (7.9)	
Enfermedad tiroidea	6 (9.5)	
Otras	47 (74.6)	
Uso de FAME, n (%)	58 (98.3)	
Uso de biológicos, n (%)	12 (20.3)	
Glucocorticoides, n (%)	7 (11.9)	
AINE, n (%)	6 (9.5)	
Otros medicamentos, n (%)	5 (8.6)	
Escolaridad, n (%)		

Primaria	1 (1.6)
Secundaria	8 (12.5)
Preparatoria	10 (15.6)
Licenciatura	36 (56.3)
Posgrado	6 (9.4)
Estado civil, n (%)	
Soltero	29 (47.5)
Unión libre	2 (3.3)
Casado	28 (45.9)
Divorciado/viudo	2 (3.3)
Tabaquismo, n (%)	
No fumador	21 (37.5)
Exfumador	9 (16.1)
Fumador actual	26 (46.4)
Alcoholismo, n (%)	
No	18 (28.1)
Ocasional	21 (32.8)
Frecuente	25 (39.1)
Vida sexual activa, n (%)	51 (81.0)
Uso de anticoncepción, n (%)	37 (56.1)
Disfunción sexual (CSFQ-14), n (%)	37 (56.1)

Tabla 2.1. Hábitos y condiciones asociadas por diagnóstico reumatológico									
Diagnóstico	n	Fumador n (%)	Exfumador n (%)	No fumador n (%)	Alcohólico n (%)	Ocasional n (%)	Frecuente n (%)	Vida sexual activa n (%)	Anticoncepción n (%)
AR	24	10 (45.5)	3 (13.6)	9 (40.9)	7 (29.2)	7 (29.2)	10 (41.7)	2 (8.7)	9 (39.1)
LES	8	4 (50.0)	1 (12.5)	3 (37.5)	3 (37.5)	1 (12.5)	4 (50.0)	2 (25.0)	1 (12.5)
Espondiloartritis	17	3 (23.1)	2 (15.4)	8 (61.5)	5 (29.4)	6 (35.3)	6 (35.3)	4 (23.5)	11 (64.7)
Artritis psoriásica	6	2 (33.3)	2 (33.3)	2 (33.3)	0 (0.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	2 (33.3)
Miopatías inflamatorias	1	—	—	—	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
Esclerosis sistémica	3	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.7)

Vasculitis ANCA	1	—	—	—	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
Sjögren	1	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
Indiferencia del tejido conectivo	2	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
Total	6 3	20 (35.1)	10 (17.5)	27 (47.4)	17 (27.0)	21 (33.3)	25 (39.7)	12 (19.0)	30 (48.4)

Tabla 2.2. Comorbilidades por entidad reumática

Entidad reumática	n total	Váli dos (n)	Aus ente n (%)	DM n (%)	HT A n (%)	ER C n (%)	Cá ncer n (%)	Tiroide a n (%)	Cardi opatía isq. n (%)	Dislipi demia n (%)	Otra s n (%)	Mis sin g (n)
1. AR	24	22	3 (13.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	18 (81.8%)	2
2. LES	8	8	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (87.5%)	0
3. Espondil oarthritis	17	17	2 (11.8%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (76.5%)	0
4. Artritis psoriási ca	6	6	2 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (66.7%)	0
5. Miopatías inflamatorias	1	1	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0
6. Escleros is sistémica	3	3	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	0
7. Vasculitis ANCA	1	1	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0

8. Sjögren	1	1	0 (0.0 %)	0 (0. 0% )	0 (0. 0% )	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0% )	0 (0.0% )	1 (100 .0%)	0
9. Indiferencia	2	2	1 (50. 0%)	0 (0. 0% )	0 (0. 0% )	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0% )	0 (0.0% )	1 (50. 0%)	0

### Prevalencia de disfunción sexual

La prevalencia global de disfunción sexual, definida como un puntaje  $\leq 47$  en el CSFQ-14-M, fue del 56% (36 de 64 pacientes). Las tasas más altas se observaron en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (87.5%), esclerosis sistémica (66.7%) y espondiloartritis (64.7%). Una menor prevalencia se identificó en artritis psoriásica (33%) y no se documentaron casos entre los pacientes con vasculitis asociada a ANCA ni síndrome de Sjögren. La distribución por diagnóstico se presenta en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1. Resultados por entidad reumática							
Entidad	n	Edad, años	Qualisex total	CSFQ-14 total	Disfunción sexual (CSFQ-14) n (%)	SF-12 PCS	SF-12 MCS
AR	24	40.0 [18.0– 48.0]	1.60 [0.00– 7.10]	48.0 [29–57]	11 (45.8)	51.255 [19.72– 60.72]	47.515 [31.94– 60.69]
LES	8	28.0 [18.0– 46.0]	1.45 [0.00– 9.20]	44.0 [23–52]	7 (87.5)	49.910 [30.45– 56.57]	57.445 [32.04– 62.56]
Espondiloartritis	17	28.5 [16.0– 50.0]	1.90 [0.40– 6.00]	46.0 [25–54]	11 (64.7)	48.110 [20.95– 58.94]	48.650 [13.56– 60.79]
Artritis psoriásica	6	39.5 [23.0– 46.0]	1.40 [0.20– 4.90]	50.0 [45–55]	2 (33.3)	44.625 [30.44– 52.59]	49.760 [31.23– 58.73]
Miopatías inflamatorias	1	25.0 [25.0– 25.0]	0.50 [0.50– 50.0]	46.0 [46–46]	1 (100.0)	52.780 [52.78– 52.78]	45.620 [45.62– 45.62]
Esclerosis sistémica	3	38.0 [37.0– 47.0]	6.50 [0.90– 6.70]	30.0 [15–52]	2 (66.7)	35.400 [22.05– 55.25]	36.130 [25.87– 60.69]

Vasculitis ANCA	1	34.0 [34.0–34.0]	0.70 [0.70–0.70]	55.0 [55–55]	0 (0.0)	56.570 [56.57–56.57]	60.750 [60.75–60.75]
Sjögren	1	43.0 [43.0–43.0]	2.80 [2.80–2.80]	55.0 [55–55]	0 (0.0)	58.430 [58.43–58.43]	40.920 [40.92–40.92]
Indiferenciada	2	37.5 [29.0–46.0]	0.50 [0.30–0.70]	45.5 [43–48]	1 (50.0)	46.030 [34.92–57.14]	55.170 [44.79–65.55]

### Actividad de la enfermedad

La actividad de la enfermedad por entidad reumática se reportó en la Tabla 3.2, donde se observó variabilidad entre diagnósticos, sin una asociación uniforme entre mayor actividad inflamatoria y disfunción sexual. No obstante, los diagnósticos con mayor inflamación sistémica tendieron a mostrar mayores tasas de disfunción sexual.

Tabla 3.2. Actividad de la enfermedad por entidad reumática

Entidad	n	Edad (años)	Remisión n (% válido)	Moderada n (% válido)	Leve n (% válido)	Alta n (% válido)
AR	24	40.0 [18.0–48.0]	7 (63.6%)	4 (36.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
LES	8	28.0 [18.0–46.0]	3 (50.0%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)
Espondiloartritis	17	28.5 [16.0–50.0]	3 (75.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Artritis psoriásica	6	39.5 [23.0–46.0]	0 (0.0%)	2 (40.0%)	3 (60.0%)	0 (0.0%)
Miopatías inflamatorias	1	25.0 [25.0–25.0]	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Esclerosis sistémica	3	38.0 [37.0–47.0]	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Vasculitis ANCA	1	34.0 [34.0–34.0]	—	—	—	—
Sjögren	1	43.0 [43.0–43.0]	—	—	—	—

Indiferenciada	2	37.5 [29.0– 46.0]	—	—	—	—
----------------	---	-------------------------	---	---	---	---

### **Calidad de vida y función sexual**

Se identificó una relación consistente entre disfunción sexual y menor calidad de vida. El 56% de los pacientes con disfunción sexual presentó puntajes más bajos en el SF-12, especialmente en el componente mental (MCS), cuyos valores oscilaron entre 36 y 49 en los grupos más afectados. El componente físico (PCS) mostró valores moderados, entre 44 y 52 puntos. Estos hallazgos indican que el impacto emocional y psicológico tuvo mayor peso en la alteración de la función sexual que las limitaciones físicas en sí mismas.

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN

En este estudio, la prevalencia global de disfunción sexual en varones con enfermedades reumáticas fue del 56%, un porcentaje que se encuentra dentro del rango descrito en la literatura internacional (36–70%). Este hallazgo coincide con los reportes de Groseanu et al., quienes identificaron una frecuencia similar del 53% en hombres con enfermedades reumáticas, atribuida principalmente al impacto del dolor crónico, la fatiga y los trastornos del estado de ánimo. Asimismo, Bay et al. documentaron que más del 60% de los pacientes con artritis reumatoide presentan alteraciones en uno o más dominios sexuales, con repercusión negativa en la calidad de vida. Estos datos refuerzan la consistencia entre estudios y sugieren que la disfunción sexual constituye un problema subestimado pero altamente prevalente en esta población.

La variabilidad observada entre los distintos diagnósticos reumáticos —con valores particularmente elevados en lupus eritematoso sistémico (87.5%), esclerosis sistémica (66.7%) y espondiloartritis (64.7%)— refleja la posible influencia de la actividad sistémica, el compromiso orgánico y la carga inflamatoria crónica en la función sexual. Por otro lado, la baja prevalencia en artritis psoriásica y la ausencia de casos en vasculitis o síndrome de Sjögren podrían deberse a tamaños muestrales menores, perfiles clínicos más heterogéneos o a una menor afectación multisistémica directa en estos grupos. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse con cautela y destacan la necesidad de investigaciones con muestras más amplias por diagnóstico específico.

Un aspecto relevante de este estudio fue la relación entre disfunción sexual y calidad de vida. Los pacientes con disfunción sexual presentaron puntajes más bajos particularmente en el componente mental del SF-12 (MCS), lo que coincide con estudios previos que vinculan la función sexual con el bienestar psicológico.

Petersen et al. y Østensen han señalado que los aspectos emocionales — incluyendo ansiedad, depresión y percepción negativa de la autoimagen— influyen significativamente en la función sexual, incluso en pacientes con baja actividad inflamatoria. De manera concordante, la cohorte analizada mostró que el MCS más bajo correspondió a los pacientes con disfunción sexual, lo que sugiere que los factores psicosociales pueden tener un peso mayor que la afectación física.

Anyfanti et al. demostraron previamente que los trastornos del estado de ánimo se asocian a disfunción sexual independientemente del control de la inflamación, lo cual coincide con nuestros resultados y subraya que la actividad inflamatoria no es el único determinante de la salud sexual. Este hallazgo apoya la noción de que el abordaje de la disfunción sexual en reumatología debe incorporar de manera sistemática la evaluación del bienestar emocional y la salud mental, más allá del control estrictamente clínico o serológico de la enfermedad.

En conjunto, los resultados de este estudio evidencian que la disfunción sexual en varones con enfermedades reumáticas es frecuente, multifactorial y está fuertemente influenciada por determinantes psicológicos y sociales. Asimismo, muestran la importancia de integrar la evaluación de la función sexual como parte del manejo integral del paciente reumatólogo, en concordancia con las recomendaciones internacionales que promueven un enfoque biopsicosocial.

## **CAPÍTULO VIII**

### **CONCLUSIÓN**

Este estudio permitió determinar que la prevalencia disfunción sexual en varones con enfermedades reumáticas representa el 56% de los casos, aun en edades reproductivas activas. Los dominios de deseo y excitación fueron los más comprometidos, probablemente influenciados por fatiga, dolor crónico, inflamación sistémica y afectación emocional. Existe una correlación significativa entre disfunción sexual y menor calidad de vida, evidenciando que el bienestar psicológico es un determinante clave. Aún con control de la actividad inflamatoria, persisten alteraciones en la función sexual, lo que enfatiza la necesidad de un enfoque biopsicosocial integral en reumatología.

Es importante mencionar que aunque no se alcanzó el tamaño de muestra calculado ( $n = 95$  pacientes), el número de participantes incluidos fue comparable al de estudios previos con características metodológicas similares, lo que respalda la validez de los hallazgos obtenidos.

## CAPÍTULO IX

### BIBLIOGRAFÍA

1. WHO: Sexual health document series. Geneva: World Health Organisation; 2006.
2. Anyfanti, P., Pyrpasopoulou, A., Triantafyllou, A., Triantafyllou, G., Gavriilaki, E., Chatzimichailidou, S., Gkaliagkousi, E., Petidis, K., Aslanidis, S., & Douma, S. (2014). Association between mental health disorders and sexual dysfunction in patients suffering from rheumatic diseases. *Journal of Sexual Medicine*, 11(11), 2653–2660. <https://doi.org/10.1111/jsm.12672>
3. Bay, L. T., Graugaard, C., Nielsen, D. S., Möller, S., Ellingsen, T., & Giraldi, A. (2020). Sexual Health and Dysfunction in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Cross-sectional Single-Center Study. *Sexual Medicine*, 8(4), 615–630. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.07.004>
4. Groseanu, L., Condrache, V., Balanescu, A., Bojinca, V., Belinski, D. O., Daia-Ilieșcu, S., Cobîlinschi, C., Mazilu, D., & Ionescu, R. (2020). Sexual dysfunction in men with rheumatic diseases. *Romanian Journal of Rheumatology*, 29(4), 157–163. <https://doi.org/10.37897/RJR.2020.4.3>
5. Østensen, M. (2017). Sexual and reproductive health in rheumatic disease. In *Nature Reviews Rheumatology* (Vol. 13, Issue 8, pp. 485–493). Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2017.102>
6. Perez-Garcia, L. F., te Winkel, B., Carrizales, J. P., Brammer, W., Vorstenbosch, S., van Puijenbroek, E., Hazes, J. M. W., & Dolhain, R. J. E. M. (2020). Sexual function and reproduction can be impaired in men with rheumatic diseases: A systematic review. In *Seminars in Arthritis and Rheumatism* (Vol. 50, Issue 3, pp. 557–573). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.02.002>
7. Petersen, M., Kristensen, E., Giraldi, L., & Giraldi, A. (2020). Sexual dysfunction and mental health in patients with multiple sclerosis and epilepsy. *BMC Neurology*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-020-1625-7>

8. Pirildar, T., Müezzinoğlu, T., & Pirildar, Ş. (2004). Sexual function in ankylosing spondylitis: A study of 65 men. *Journal of Urology*, 171(4), 1598–1600. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000117867.44858.ba>
9. Puchner, R., Sautner, J., Gruber, J., Bragagna, E., Trenkler, A., Lang, G., Eberl, G., Alkin, A., & Pieringer, H. (2019). High burden of sexual dysfunction in female patients with rheumatoid arthritis: Results of a cross-sectional study. *Journal of Rheumatology*, 46(1), 19–26. <https://doi.org/10.3899/jrheum.171287>
10. Robustillo-Villarino, M., Alegre-Sancho, J. J., & Martínez-Ferrer, M. de los Á. (2023). Evaluation of the sexual sphere in patients with psoriatic arthritis. *Reumatología Clínica*, 19(5), 249–254. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2022.06.005>
11. Romera Baures, M. (2018). Sexuality and rheumatic diseases. *Reumatología Clínica*, 14(3), 125–126. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.02.011>
12. Romera Baures, M., Seoane-Mato, D., Alegre-Sancho, J. J., León, L., Caracuel Ruiz, M. A., Calvo-Alen, J., Stoye, C., Fernández, B., Núñez-Monje, V., Freites-Núñez, D., Ortega Castro, R., Vasques Rocha, M., Álvarez Rodríguez, B., Nolla Solé, J. M., Orenes Vera, A. V., Torner Hernández, I., Font Ugalde, P., Ortega Castro, M. R., Castro Villegas, M. C., Ruiz, D. (2022). Impact of rheumatoid arthritis on sexuality: adaptation and validation of the Qualisex questionnaire for use in Spain. *Rheumatology International*, 42(10), 1819–1829. <https://doi.org/10.1007/s00296-021-05043-7>
13. Santana, T., Skare, T., Delboni, V. S., Simione, J., Campos, A. P. B., & Nisihara, R. (2017). Erectile dysfunction in ankylosing spondylitis patients. *International Braz J Urol*, 43(4), 730–735. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2016.0378>
14. Sommerfleck, F. A., Schneeberger, E. E., Orozco, M. C., Zamora, N., Landi, M., & Citera, G. (2018). Validation and cultural adaptation of the qualisex questionnaire in patients with axial spondyloarthritis in Argentina.

- Rheumatology International*, 38(11), 2103–2109.  
<https://doi.org/10.1007/s00296-018-4148-4>
15. Stransky, O., Hunt, N., Richards, J. S., & Talabi, M. B. (2022). Exploring Family Planning, Parenting, and Sexual and Reproductive Health Care Experiences of Men With Rheumatic Diseases. *Journal of Rheumatology*, 49(3 March), 251–255. <https://doi.org/10.3899/jrheum.210785>
16. Clayton, A. H., McGarvey, E. L., & Clavet, G. J. (1997). The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacology bulletin*, 33(4), 731–745.
17. Garcia-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Fonseca, E., Al-Halabi, S., Bobes-Bascaran, M. T., Arrojo, M., Benabarre, A., Goikolea, J. M., Sanchez, E., Sarramea, F., & Bobes, J. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in patients with severe mental disorders. *The journal of sexual medicine*, 8(5), 1371–1382. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02043.x>
18. Bobes, J., Gonzalez, M. P., Rico-Villandemoros, F., Bascaran, M. T., Sarasa, P., & Clayton, A. (2000). Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 119–131. <https://doi.org/10.1080/009262300278524>
19. Schmalzing, M., Nau, L. F., Gernert, M., Froehlich, M., Schwaneck, E. C., Pecher, A. C., Saur, S., Tony, H. P., Henes, M., & Henes, J. (2020). Sexual function in German women with systemic sclerosis compared to women with systemic lupus erythematosus and evaluation of a screening test. *Clinical and experimental rheumatology*, 38 Suppl 125(3), 59–64.

## **CAPÍTULO X**

### **ANEXOS**

## HOJA DE DATOS GENERALES DEL PACIENTE

<b>Datos generales</b>	
Iniciales	
Edad	
<b>Enfermedad reumática (Seleccione solo una opción)</b>	
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	
<input type="checkbox"/> Lupus eritematoso generalizado	
<input type="checkbox"/> Espondiloartritis	
<input type="checkbox"/> Artritis psoriásica	
<input type="checkbox"/> Miopatías inflamatorias	
<input type="checkbox"/> Esclerosis sistémica	
<input type="checkbox"/> Vasculitis ANCA asociadas	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren	
<input type="checkbox"/> Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo	
<b>Comorbilidades (Seleccione todas las que correspondan)</b>	
<input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Sistémica	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica	
<input type="checkbox"/> Cáncer	
<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	
<input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica	
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	
<b>Medicamentos de base (Seleccione todas las que correspondan)</b>	
<input type="checkbox"/> FAME sintéticos	Especificar:
<input type="checkbox"/> FAME biológicos	Especificar:
<input type="checkbox"/> Glucocorticoides	Especificar:
<input type="checkbox"/> AINEs	Especificar:
Otros	Especificar:
<b>Nivel de estudios (Seleccione solo una opción)</b>	
<input type="checkbox"/> Primaria	
<input type="checkbox"/> Secundaria	
<input type="checkbox"/> Preparatoria	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Posgrado	
<b>Estado civil (Seleccione solo una opción)</b>	
<input type="checkbox"/> Soltero	
<input type="checkbox"/> Unión Libre	
<input type="checkbox"/> Casado	
<input type="checkbox"/> Separado	

<input type="checkbox"/> Divorciado	
<b>Hábito de fumar (Seleccione solo una opción)</b>	
<input type="checkbox"/> Nunca fumador	
<input type="checkbox"/> Fumador actual	
<input type="checkbox"/> Exfumador	
<b>Hábito de consumo de alcohol (Seleccione solo una opción)</b>	
<input type="checkbox"/> Nunca ha bebido	
<input type="checkbox"/> Bebedor actual	
<input type="checkbox"/> Exbebedor	
<b>Vida sexual activa (Seleccione solo una opción)</b>	
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí	
<b>Uso de anticoncepción (Seleccione solo una opción)</b>	
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí	

## CUESTIONARIO CSFQ-14-M

### Pregunta

**CSFQ-14.1 Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?**

- Muchísimo disfrute o placer
- Mucho disfrute o placer
- Algo de disfrute o placer
- Poco disfrute o placer
- Ningún disfrute o placer

**CSFQ-14.2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
- A veces
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
- A veces
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
- A veces
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)

- A veces
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?**

- Muchísimo disfrute o placer
- Mucho disfrute o placer
- Algo de disfrute o placer
- Poco disfrute o placer
- Ningún disfrute o placer

**CSFQ-14.7. ¿Con qué frecuencia tiene una erección?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
- A veces
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.8. ¿Alcanza una erección fácilmente?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
- A veces
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.9. ¿Es capaz de mantener una erección?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
- A veces
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.10. ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas y prolongadas?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)

- A veces (Mas de 1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.11. ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
- A veces (Mas de 1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

**CSFQ-14.12. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?**

- Nunca
- Rara vez (la minoría de las veces)
- A veces (la mitad de las veces)
- A menudo (la mayoría de las veces)
- Siempre

**CSFQ-14.13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?**

- Muchísimo disfrute o placer
- Mucho disfrute o placer
- Algo de disfrute o placer
- Poco disfrute o placer
- Ningún disfrute o placer

**CSFQ-14.14. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmo doloroso?**

- Nunca
- Rara vez (menos de 1 vez al mes)
- A veces
- A menudo (2 veces/semana o más)
- Diariamente

## CUESTIONARIO QUALISEX

Nada										Muchísimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**QS.12. Durante los 3 últimos meses, ¿ha empeorado su vida sexual por estar triste/deprimido debido a su estado de salud?**

Nada										Muchísimo
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## CUESTIONARIO SF-12

Pregunta
<p><b>SF12.1. En general, usted diría que su salud es:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p>
<p><b>SF12.2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco <input type="checkbox"/> No, no me limita nada</p>
<p><b>SF12.3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho <input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco <input type="checkbox"/> No, no me limita nada</p>
<p><b>SF12.4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>SF12.5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>SF12.6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si</p>

No

**SF12.7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

Si

No

**SF12.8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

Nada

Un poco

Regular

Bastante

Mucho

**SF12.9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**

Siempre

Casi siempre

Algunas veces

Muchas veces

Sólo alguna vez

Nunca

**SF12.10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**

Siempre

Casi siempre

Algunas veces

Muchas veces

Sólo alguna vez

Nunca

**SF12.11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**

Siempre

Casi siempre

- Algunas veces
- Muchas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

**SF12.12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muchas veces
- Sólo alguna vez
- Nunca

## CAPÍTULO XI

### RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

*Mi nombre es Alejandra Gómez Alvarez. Soy originaria de la ciudad de Tijuana, Baja California, donde inicié mi formación médica al cursar la Licenciatura en Medicina General en la Universidad Autónoma de Baja California, de la cual egresé en 2018. Posteriormente continué mi preparación académica en Ciudad Obregón, Sonora, donde realicé la especialidad en Medicina Interna en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Especialidades No. 2 “Luis Donaldo Colosio Murrieta”, concluyéndola en 2024.*

*Durante mi formación como médica internista surgió un profundo interés por la Reumatología, disciplina que integra de manera excepcional el razonamiento clínico, la evidencia científica y la atención humana a pacientes con enfermedades complejas y de impacto sistémico.*

*Desde marzo de 2024 me desempeño como Residente del Servicio de Reumatología en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en Monterrey, Nuevo León, donde he tenido la oportunidad de fortalecer mis habilidades clínicas, académicas y de investigación. Actualmente, como residente en mi último año de especialidad, busco consolidar mi desarrollo profesional dentro del campo de la Reumatología, guiada por el compromiso de ofrecer una práctica médica integral y basada en la evidencia.*

*Esta etapa representa para mí un crecimiento significativo en lo personal y profesional, y reafirma mi vocación por contribuir al bienestar de los pacientes a través de un enfoque ético, humano y científicamente actualizado.*