



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Disfunción sexual como efecto adverso de la
quimioterapia en mujeres con cáncer de mama

Autor/es

Laura Vicente Martín

Director/es

Francisco Rodilla Calvelo

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel

2014

Resumen

Introducción:

La disfunción sexual se considera un efecto secundario de la quimioterapia, aspecto importante para las pacientes en la fase libre de enfermedad; momento donde los profesionales sanitarios encuentran un desafío en la atención al paciente por la intimidad del tema.

Objetivos:

Aportar y conocer datos sobre la disfunción sexual y aspectos relacionados, en mujeres que han sufrido cáncer de mama, y que alternativas y apoyos tienen para solucionarlos.

Metodología:

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal. Se recogieron datos personales y sobre su calidad de vida mediante diferentes encuestas. La imagen corporal se mide mediante la escala de Imagen Corporal de Hopwood, la autoestima con la escala de RSES y la disfunción sexual con la escala de FSFI. Las variables cuantitativas se describieron con su media y desviación típica, y las cualitativas con su porcentaje.

Resultados:

De la muestra de 30 mujeres, prevalecen aquellas casadas durante el tratamiento. La mayoría, presentó no tener disfunción sexual y un nivel de autoestima elevado-normal; y muy pocas presentaron alteración en su imagen corporal. Ninguna de las variables recogidas estuvo dentro del rango de normalidad, y las diferencias entre ellas resultó ser no significativa estadísticamente.

Conclusiones:

La disfunción sexual en las mujeres con cáncer de mama es un aspecto poco estudiado. No existen datos concluyentes sobre el tema, pero otros

estudios destacan su importancia, dato a tener en cuenta por los profesionales de salud; así como la falta de una encuesta "gold standard".

Palabras Clave: cáncer de mama, disfunción sexual, imagen corporal, autoestima

Abstract:

Introduction:

Sexual dysfunction is considered a side effect of chemotherapy, important aspect for patients in the free phase of the disease; moment where sanitary professionals find patient care a challenge because of the intimacy of the topic.

Aims:

Contribute and learn data about sexual dysfunction and related aspects in women that had suffered breast cancer, and what alternatives and supports do they have to solve them.

Methodology:

It was developed a cross sectional study. Personal data were collected, and also related to their quality of life by different surveys. The body image is measured by the Hopwood image scale, the self-esteem with the RSES scale and the sexual dysfunction with the FSFI scale.

Quantitative variables were described with their average and standard deviation, and qualitative with their percentage.

Results:

Of the sample of 30 women, prevail those married during the treatment. The most of them, presented not have sexual dysfunction and a self-esteem level high-normal; and very few of them presented an alteration on their body image. None of the collected variables were within the normal range, and the differences between them proved to be not statistically significant.

Conclusions:

Sexual dysfunction in women with breast cancer is a very little studied aspect. There are no conclusive data about this, but other studies highlight its importance, data to take into account by health professionals; also the lack of a "gold standard" survey.

Key words: breast cancer, sexual dysfunction, body image, self-esteem.

Introducción:

El cáncer supone la segunda causa de muerte en los países industrializados, después de los trastornos cardiovasculares.

De todos los tumores, el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres, diagnosticándose más de la mitad en los países desarrollados y, se define, como una enfermedad degenerativa multifactorial, donde un grupo de células escapan a los mecanismos de control de crecimiento normal del organismo, formando un tumor¹.

En España, se detectan 22.000 nuevos casos de cáncer de mama al año, casi el 30% de los tumores en mujeres². La mayoría se diagnostican entre los 35 y 80 años, con un máximo entre los 45 y 65¹. La supervivencia ha mejorado notablemente en la última década y actualmente, el 86% de las mujeres con cáncer de mama sobreviven más de 5 años³.

En Teruel, según el Registro Hospitalario de tumores del Hospital Obispo Polaco, en el 2012, se han diagnosticado 61 tumores (9,7 % del total de tumores), de los cuales, 59 en mujeres (22,3%) y 2 en hombres (0,6%)⁴.

Actualmente, se observa un incremento en el diagnóstico de esta enfermedad en estadios tempranos, representando el 75% de los casos diagnosticados¹.

Los tratamientos pueden ser locales o sistémicos. Entre los tratamientos locales, destacan la cirugía y la radioterapia; y entre los sistémicos, la

quimioterapia y los tratamientos hormonales, cuya finalidad es disminuir la probabilidad de recaída y aumentar la supervivencia¹.

Esta enfermedad, así como los posibles efectos adversos del tratamiento, pueden producir un cuadro de estrés, físico y psicológico, y preocupación por su supervivencia: han de aceptar la enfermedad y los efectos secundarios, que pueden afectar a su imagen corporal y a sus sentimientos, produciendo, principalmente, ansiedad y la depresión.

Uno de los aspectos que pueden producir ansiedad y depresión es la disfunción sexual femenina (DSF), definida como una serie de trastornos que, basado en el modelo del ciclo de respuesta sexual femenina, se centra en los factores emocionales y psicológicos asociados, así como en los factores físicos que influyen en la respuesta sexual (DSM-V;CIE-10)^{5,6,7,8}; (anexo 1). Las áreas en las que las mujeres tienen más dificultades son: el deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor asociado al coito⁹.

La disfunción sexual se considera un efecto secundario al tratamiento con quimioterapia, pudiendo aparecer pérdida de atractivo sexual, alteración de las relaciones íntimas, pérdida de fertilidad y sintomatología menopáusica prematura, que también contribuyen a la posterior aparición de depresión.¹⁰

Dichos problemas sexuales no suelen resolverse por sí solos durante los dos primeros años tras la enfermedad, y muchas veces pueden permanecer constantes.

La sexualidad se convierte en un factor importante de la calidad de vida de las pacientes cuando finalizan los tratamientos y entran en la fase libre de la enfermedad, pero es un área poco explorada y a la que se presta poca atención.¹⁰

Es aquí donde la atención integral a las pacientes debe pasar por un soporte que ayude a recuperar al máximo su funcionalidad y calidad de vida, ya que la sexualidad, se convierte en un desafío para los profesionales sanitarios, al

tratarse de un tema íntimo, difícil de manejar, pero real y vigente, que requiere de habilidades de exploración y tratamiento.¹¹

Existen pocos trabajos que traten sobre las características de la sexualidad cuando los tratamientos han finalizado.⁹ Además, casi todos los trabajos publicados sobre ello, utilizan instrumentos distintos, por lo que la generalización de los resultados puede verse comprometida.¹¹

Gracias a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) de Teruel, sabemos que muchas mujeres muestran preocupación y solicitan ayuda para abordar los problemas relacionados con sus relaciones íntimas. Pero no existe información contrastada sobre el porcentaje de mujeres que manifiestan interés por mejorar su sexualidad y sobre los problemas y dudas que pueden tener en relación con ello.

Por ello, el objetivo principal del estudio es aportar y conocer datos sobre aquellos problemas de disfunción sexual, así como aspectos indirectamente relacionados con ellos, en mujeres que han sufrido cáncer de mama; y conocer que alternativas y apoyos tienen para solucionarlos.

Material y métodos:

La población elegida son 38 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama pertenecientes al grupo “Mucho por vivir” de la AECC de la provincia de Teruel, sometidas a tratamiento quimioterápico en algún momento del proceso de su enfermedad, y que, actualmente no están en tratamiento.

Los criterios de inclusión son:

- Ser mujer
- Haberse sometido a tratamiento quimioterápico.
- No estar actualmente en tratamiento.
- Pertener al programa “Mucho por vivir” de la AECC de la provincia de Teruel

La elección de dichos criterios se basó en un intento de observar la asociación del tratamiento con quimioterapia con la disfunción sexual. Se

debe tener en cuenta que también se incluyen a las mujeres que han recibido tratamiento adyuvante con radioterapia, que son la mayoría, por poder influir en conclusiones finales.

Se seleccionó a dichas mujeres, al suponer que tendrían menos problemas o reparos para contestar a las encuestas, al tratarse de un tema muy personal.

Las variables de estudio son:

- Edad
- Estado civil durante y después del tratamiento
- Nivel sociocultural
- Profesión
- Tratamiento quimioterápico
- Recaídas de la enfermedad
- Tratamiento quirúrgico
- Estado hormonal
- Función sexual femenina
- Autoestima
- Imagen corporal

Teniendo en cuenta la bibliografía, hemos elegido las siguientes encuestas:

- Una encuesta inicial, realizada según varios artículos⁹, que recogerá los datos personales y aquellos relacionados con su enfermedad, como son el tipo y duración del tratamiento recibido, recaídas sufridas y la afectación del estado hormonal (anexo 2).

El tipo de tratamiento recibido se recoge mediante un ítem: “¿Ha recibido usted tratamiento quimioterápico? (si/no)” Así, descartamos a las pacientes que solamente han recibido tratamiento con radioterapia.

Relacionada con esta pregunta, se recoge la duración del tratamiento mediante dos ítems:

- o si la respuesta en la pregunta anterior ha sido “Si”, la paciente deberá contestar: “¿está hoy en día con tratamiento quimioterápico? (si/no)”

- Si en este último ítem, la respuesta de la paciente es "No", deberá contestar: "¿Hace cuánto no recibe este tratamiento? (menos de 6 meses/entre 6 meses y 1 año/más de 1 año)".

La recidiva de la enfermedad se recoge mediante un ítem: "¿Ha sufrido recaídas de la enfermedad? (si/no)"

El tipo de cirugía se recoge mediante un solo ítem: "¿Le han realizado a usted tratamiento quirúrgico? (si, mastectomía radical/si, cirugía conservadora/no, ningún tipo de cirugía)"

Por último, se pregunta sobre los cambios en el estado hormonal en relación con el tratamiento o la enfermedad: "¿El tratamiento o la enfermedad han afectado a su estado hormonal de alguna de las siguientes formas? (Menopausia precoz/metrorragia/amenorrea secundaria/esterilidad o infertilidad/otras/no me ha afectado de ninguna forma)".

- Se valora el funcionamiento sexual según la escala FSFI (Female Sexual Function Index, de Rosen, 2000), que consta de 19 preguntas con 6 respuestas cada una, y de las que se deducen 6 dominios: deseo, lubricación, satisfacción, excitación, orgasmo y dolor^{1,12}. El punto de corte óptimo para la diferenciación de las mujeres con y sin disfunción sexual es 26,55 FSFI¹³. La fiabilidad de la escala alcanza un alfa de Cronbach de 0,9¹³ (anexo 3).
- La valoración de la autoestima se hace mediante la escala RSER (The Rosenberg Self-Esteem Scale, 1965), una de las más utilizadas para la medición de la autoestima. Incluye 10 ítems que se centran en el respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de ellos están enunciados positivamente y la otra mitad, negativamente. Su puntuación se realiza como una escala tipo Likert: 4=muy de acuerdo, 3=de acuerdo, 2=en desacuerdo, 1=muy en desacuerdo. Para su correcta puntuación, deben invertirse las puntuaciones de los ítems

enunciados negativamente (6, 7, 8, 9 y 10) y, posteriormente, sumarse todos los ítems. La puntuación total oscila entre 10 y 40. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima¹⁴ (anexo 4).

Para interpretar los datos, se destaca que puntuaciones entre 30-40 corresponde a una autoestima elevada, considerada esta como normal; puntuaciones de 26-29 corresponde a una autoestima media (no presenta problemas de autoestima grave pero es conveniente mejorarla); y puntuaciones de 25 o menos corresponde a una autoestima baja (existen problemas significativos de autoestima). La reproducibilidad es de 0.93 (Rosenberg, 1965) y la consistencia interna varía de 0.76 a 0.87 (Curbow y Somerfield, 1991)¹⁵.

- La imagen corporal se valora según la escala BSI (Body Scale Inventory, Hopwood et al, 2001). Fue desarrollada junto a la EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) para evaluar la imagen corporal en pacientes oncológicos. Está formada por 10 ítems que comprenden el área afectiva (feminidad y atractivo), comportamental (dificultad para mirar la cicatriz, evitar a gente por el aspecto), y cognitiva (satisfacción con la apariencia y la cicatriz) de la imagen corporal. Estos ítems están estructurados en una escala tipo Likert, con 4 respuestas, cuyo rango de valoración es de 0 ("nada") a 3 ("mucho"). La puntuación total oscila entre 0 y 30, donde puntuaciones elevadas indican alteraciones en la imagen corporal.

La fiabilidad de la escala alcanza un alfa de Cronbach de 0.93 y una fiabilidad de 0.7 para el Coeficiente de correlación de Pearson¹⁶ (anexo 5).

Una vez elegida la población, me puse en contacto con la AECC para explicarles el proyecto a llevar a cabo y si podía contar con su colaboración para comunicárselo a las pacientes y realizar las encuestas.

Se realiza una sesión con las pacientes del programa “Mucho por vivir” para explicarles en qué consiste el estudio, el tipo de preguntas a las que deben contestar y destacando su anonimato, a lo que respondieron positivamente y participativas a la hora de colaborar en el estudio.

Una vez obtenido su consentimiento, se les pasan las encuestas. Las preguntas de las encuestas van referidas al periodo de tiempo posterior al tratamiento, aspecto que se especifica en los cuestionarios (anexo 6).

Las encuestas se realizan después de cada sesión del programa “Mucho por vivir”, por el personal de la AECC, pero sin mucho resultado, ya que a estas sesiones acuden la tercera parte de las mujeres pertenecientes al programa.

Por ello, y con la colaboración de la AECC y de sus voluntarios, decidimos hacerlas por teléfono, obteniendo muy buenos resultados.

La recogida de datos comenzó el 21 de Noviembre de 2013 hasta el 27 de Marzo de 2014 y, una vez recogidos, fueron codificados en una base de datos para su posterior estudio con el programa estadístico SPSS.

Se realiza un estudio descriptivo transversal, que nos permite generar hipótesis, a partir de las cuales, se podrán realizar, si se precisa, otros estudios de investigación.

Para ello, se realiza la comparación de distintas variables mediante diferentes pruebas estadísticas. Las utilizadas en este estudio son la Asociación Lineal por Lineal y el Test de Fisher, ambas pertenecientes a las pruebas no paramétricas, por no cumplir con los criterios de normalidad.

Resultados:

De las 38 pacientes incluidas en el grupo “Mucho por vivir”, 5 de ellas no participaron por motivos personales, y 3 fueron excluidas, al no haber recibido tratamiento con quimioterapia. El promedio de edad fue de 57,13 años (rango: 30-75) (desviación típica: 11,407), de las cuales el 50% tenía

estudios primarios, 40% era ama de casa y el 83% estaba casada durante el tratamiento.

El 35,7% sufrió menopausia precoz frente a un 46,4% que confesó no haber sufrido ningún trastorno hormonal.

De todas las pacientes entrevistadas, al 56,7% le habían realizado una mastectomía conservadora y el 70% hace más de un año que no recibe tratamiento quimioterápico; el 70% no mostró disfunción sexual. Y el 76,7% presentó un nivel de autoestima elevado-normal y un 6,7%, un nivel bajo. Tan sólo el 14,3% presentó su imagen corporal alterada.

Al comprobar la relación entre el tipo de cirugía con respecto al índice de función sexual femenino (FSFI), no se encontraron diferencias significativas ($p>0,05$).

Las mujeres sometidas tanto a mastectomía como a cirugía conservadora no presentan diferencias con aquellas que no han sido sometidas a ningún tipo de tratamiento quirúrgico con respecto a la imagen corporal ($p>0,05$).

Aquellas con disfunción sexual, no presentan diferencias significativas en la puntuación obtenida en la escala BSI, frente a aquellas que han presentado normalidad en su FSFI.

Al comparar las diferentes afectaciones en el estado hormonal de las pacientes, frente a aquellas pacientes con afectación en su función sexual, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

Tampoco existen diferencias significativas entre el FSFI frente al nivel de autoestima de las pacientes ($p>0,05$). Al igual que su autoestima no depende de su función sexual en ese momento ($p>0,05$).

Tanto el estado civil de las pacientes durante el tratamiento como el estado civil actual, no influye sobre el resultado obtenido en la escala de FSFI, ya que, según los estudios estadísticos, una variable no influye en la otra ($p>0,05$).

El nivel de autoestima de las pacientes no depende del tipo de cirugía a las que se les ha sometido a alguna de ellas ($p>0.05$), al igual que tampoco depende de su imagen corporal ($p>0.05$).

Discusión:

Según los resultados obtenidos, al comparar el tratamiento quirúrgico con el FSFI, destacamos que en otros estudios, el resultado fue similar¹⁰, por lo que se podría suponer, que la capacidad para la respuesta sexual es igual tanto en mujeres mastectomizadas como en aquellas que no lo están. Pero existen otros estudios, donde uno de ellos pone de relieve el alto porcentaje de mujeres mastectomizadas para las cuales las relaciones sexuales no eran satisfactorias,¹⁷ y otro, refleja que tanto las mujeres sometidas a mastectomía como a cirugía conservadora presentan puntuaciones bajas en la escala FSFI, sobre todo las mastectomizadas¹.

Diferentes estudios afirman que aquellas pacientes sometidas a mastectomía presentan peores resultados respecto a su imagen corporal que aquellas sometidas a cirugía conservadora¹⁶, información contraria a los resultados obtenidos. También se afirma que, aquellas mujeres mastectomizadas presentan menor apetito sexual y, por ello, un peor funcionamiento sexual¹⁷. Estas diferencias pueden ser debidas a la escasa población disponible de este estudio, que contrasta con las 438 pacientes del artículo al que se hace referencia¹⁷.

Existen reseñas que confirman que la falta de excitación y deseo sexual está ligada a una menor capacidad de lubricación vaginal, siendo una de las principales causas fisiológicas en mujeres con cáncer, la menopausia prematura, considerada un efecto secundario de la quimioterapia y de la radioterapia. Esto es debido a un fallo en la función ovárica, cuyo grado de afectación dependerá de las drogas utilizadas en el tratamiento y de la dosis¹⁸.

Según el estudio realizado, el nivel de autoestima y la función sexual no tendría relación, pero existen referencias bibliográficas que demuestran que los factores emocionales pueden reducir la excitación sexual, afectando a la expansión y a la lubricación vaginal, siendo causa frecuente de trastornos sexuales en la mujer¹⁸. Además, existen estudios, que afirman que el tratamiento del cáncer puede afectar la sexualidad del paciente generando miedo, angustia o tristeza, y produciendo modificaciones en los roles y relaciones que mantiene el paciente¹⁹. Además del tipo de tratamiento, la localización del tumor también influye en la función sexual (anexo 7)^{19,20}. Otros autores demuestran que, debido al estado de ánimo de la paciente, ésta no presenta interés sexual, pudiendo afectar a sus relaciones afectivas o empeorar problemas maritales existentes previos al diagnóstico¹⁸.

A pesar de no existir relación entre el tipo de cirugía realizada y el nivel de autoestima, según los resultados, encontramos estudios en los que la mastectomía se relaciona con una baja autoestima, debido a la cicatriz y a la ausencia de la mama, ya que son dos aspectos muy importantes para su imagen corporal²¹. Además, la imagen corporal afecta a la autoestima y existen otras variables que pueden influir en esta relación, como son la edad y el estado civil¹¹.

Existe bibliografía que hace referencia a las limitaciones de los diferentes estudios que tratan sobre la disfunción sexual en el cáncer de mama por varios factores: no existe ninguna escala considerada como "gold standard" que evalúe la función sexual en las mujeres con cáncer de mama, y la mayoría de las escalas existentes no abarcan las cinco dimensiones de la disfunción sexual (según en DSM-5 y el CIE-10)²². Por tanto, teniendo en cuenta estas limitaciones, la delicadeza del tema y que solo puede presentarse de forma válida para individuos con actividad sexual en el último mes, me decidí a utilizar la escala de FSFI por su fiabilidad, su mayor evidencia de validez, por incluir 4 de las 5 dimensiones de la disfunción sexual, por su brevedad y por su fácil acceso²².

Sería conveniente realizar más estudios sobre el tema, utilizando una escala como “gold standard” para poder generalizar los resultados obtenidos y aumentar su fiabilidad.

Además, existen otros factores que contribuyen a una disfunción sexual en estas pacientes, como son los factores biológicos, psicológicos y sociales, además del tratamiento empleado ²².

La mayoría de las pacientes incluidas en este estudio, estuvieron sometidas a tratamiento con quimioterapia y con radioterapia como tratamiento adyuvante, factor que ha podido influir en los resultados del estudio; así como la edad y el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento, ya que prácticamente todas las pacientes acabaron su tratamiento hace mas de 1 año.

Sería recomendable hacer un estudio de cohortes de las pacientes con factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama y, comprobar si, aquellas que desarrollan cáncer, según el tipo de cáncer y el tratamiento recibido, padecen disfunción sexual, y si es debido a la enfermedad o al tratamiento o, bien, es debido a otros factores ya existentes antes de la enfermedad, como son los factores sociales o psicológicos.

Conclusión:

El problema de la disfunción sexual en las mujeres con cáncer de mama es un aspecto poco estudiado. En este estudio no existen datos concluyentes sobre el tema, pero otros, destacan la falta de una escala “gold standard” que abarquen todos los aspectos de la disfunción sexual y permitan generalizar los datos.

La AECC de Teruel realiza grupos de ayuda y charlas dinámicas para que las mujeres expongan sus problemas íntimos, y así, poder mejorar tanto sus relaciones sexuales y sociales, como su autoestima y su imagen corporal.

Bibliografía:

- 1- Pintado M.S, Bienestar emocional imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama [tesis doctoral]. Valencia: Repositori d'Objectes Digitals per a l'Ensenyament la Recerca i la Cultura, Universidad de Valencia; 2013.
- 2- Aecc.com, Asociación española contra el cáncer [sede web]. Madrid: aecc.es;[actualizada el 27 de enero de 2014; acceso 3 de febrero de 2014]. Disponible en: <https://www.aecc.es>
- 3- Grau JA, Llantá MC, Chacón M, Fleites G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Rev Cubana Oncol. 1999; 15(1): 49-65.
- 4- Muniesa J.A, Registro hospitalario de tumores: Resumen del año 2012. Hospital General Obispo Polanco.
- 5- Bradway C, Boullata J. Pharmacologic Therapy for Female Sexual Dysfunction. The nurse practitioner: The American Journal of Primary Care Health. 2014; 39 (1):16-27.
- 6- Harvard Health Publications [sede web]. Boston: Komaroff A; [acceso 15 de mayo de 2014]. Disponible en:
http://www.health.harvard.edu/newsweek/What_is_female_sexual_dysfunction.htm
- 7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5^ºed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 8- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados: décima revisión. Ginebra: OMS; 2010. [acceso 15 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>
- 9- Dmedicina [Internet]. Madrid: Unidad Editorial Revistas S.L; 2009, [acceso 12 enero de 2014]. Disponible en:
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/ginecologicas/disfuncion-sexual-femenina>
- 10- Vázquez J, Antequera R, Blanco A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Psicooncología 2010; 7: 433-451.

- 11- Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*. 2007; 18 (2): 137-161.
- 12- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26 (2): 191-208.
- 13- Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005; 31: 1-20. [PubMed]
- 14- Vázquez A.J, García-Bóveda R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 2004; 22(2): 247-255.
- 15- Ayuda psicológica [Internet]. León: Néstor Aller Fernández; [actualizado el 17 de octubre de 2009, acceso 3 de abril de 2014]. Test de personalidad: escala de Autoestima de Rosenberg. Disponible en: <http://www.ayudapsicologica.org/test/test-personalidad/62-rosenberg.html>
- 16- Olivares M.E, Martín M.D, Román J.M, Moreno A. Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*. 2010; 7(1): 81-97.
- 17- Rincón M.A, Pérez M.A, Borda M, Rodríguez A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*. 2012; 11 (1): 25-41.
- 18- Karabulut N, Erci B. Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *J Psychosoc Oncol*. 2009; 27(3):332-43.
- 19- Die Trill M. Sexualidad y cáncer. En: González M, director. Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E, editores. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. 2^a ed. España: Médica Panamericana; 2007. p. 595-601.

- 20- Olmeda-García B, Chavelas-Hernández D, Arzate-Mireles C.E, Alvarado-Aguilar S. Desgenitalización, sexualidad y cáncer. GAMO. 2010; 9(5):208- 214.
- 21- López Z.C, González J.M, Gómez M.M, Morales M.M. Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama. Revista Médica Electrónica [revista en Internet] 2008 [acceso 29 de abril de 2014]; 30 (2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/484/html>
- 22- Bartula I, Sherman K.A. Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: systematic review and recommendations. Breast Cancer Res Treat. 2013 Sep; 141(2):173-185. [Pubmed]

ANEXOSAnexo 1: Definición de la Disfunción Sexual

Las Definiciones de la Disfunción Sexual Femenina (DSF)	
Trastorno	Descripción
El trastorno del deseo sexual hipoactivo*	La falta crónica de interés en la actividad sexual.
Desorden de aversión sexual*	Evitación fóbica persistente o recurrente de contacto sexual con una pareja.
Trastorno de excitación sexual*	La incapacidad persistente o recurrente para lograr o mantener la excitación sexual.
Trastorno orgásmico*	Dificultad crónica para alcanzar (o incapacidad de lograr) el orgasmo después de suficiente despertar
La dispareunia	Dolor durante el coito
El vaginismo	Involuntarios espasmos vaginales que interfieren con la penetración
Dolor sexual no coital	El dolor genital después de la estimulación durante los escarceos sexuales

* Estos deben provocar angustia la mujer para calificar como DSF.
Fuente: Basson R, et al. "Informe de la Conferencia de Consenso para el Desarrollo Internacional de Disfunción Sexual Femenina: definiciones y clasificaciones," Journal of Urology (marzo de 2000), 163:888-895.

Anexo 2: Encuesta para recoger los datos personales

DATOS PERSONALES

Edad:

Estado civil durante el tratamiento:

Soltera
Casada
Divorciada/separada
Viuda

Estado civil actual:

Soltera
Casada
Divorciada/separada
Viuda

Nivel Sociocultural:

Estudios primarios
Estudios medios
Estudios universitarios

Profesión:

Ama de casa
Funcionaria (administración, servicios de salud públicos...)
Empresa Privada (asalariado por cuenta ajena)
Autónomo
Desempleada

¿Ha recibido usted tratamiento quimioterápico?

Si
No

Si su respuesta es sí, ¿Está hoy en día con tratamiento quimioterápico?

Si
No

Si su respuesta es no, ¿Hace cuanto tiempo que no recibe este tratamiento?

Menos de 6 meses
>6 meses y 1 año
Más de 1 año

¿Ha sufrido recaídas de la enfermedad?

Sí
No

¿Le han realizado a usted tratamiento quirúrgico?

- Si, mastectomía radical
- Si, cirugía conservadora
- No, ningún tipo de cirugía

¿El tratamiento o la enfermedad han afectado a su estado hormonal de alguna de las siguientes formas?

- Menopausia precoz
- Metrorrágia (sangrada fuera del ciclo menstrual)
- Amenorrea secundaria (falta de menstruación)
- Esterilidad / infertilidad
- Otras
- No me ha afectado de ninguna forma

Anexo 3: Escala para evaluar la función sexual femenina

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad **después del tratamiento con quimioterapia**. Debe contestar haciendo referencia a su sexualidad durante el **último mes**. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En el periodo descrito, ¿Cuán a menudo sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En el periodo descrito, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En el periodo descrito, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En el periodo descrito, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- _ No tengo actividad sexual
- _ Muy alto
- _ Alto
- _ Moderado
- _ Bajo
- _ Muy bajo o nada

5. En el periodo descrito, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En el periodo descrito, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En el periodo descrito, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En el periodo descrito, ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En el periodo descrito, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En el periodo descrito, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En el periodo descrito, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En el periodo descrito, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En el periodo descrito, ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En el periodo descrito, ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En el periodo descrito, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En el periodo descrito, ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En el periodo descrito, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En el periodo descrito, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En el periodo descrito, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Anexo 4: Escala para evaluar el nivel de autoestima**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSES)**

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más adecuada:

- A: muy de acuerdo
- B: de acuerdo
- C: en desacuerdo
- D: muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona de aprecio, al menos, en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi misma				
5. En general, estoy satisfecha de mi misma				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi misma				
9. Hay veces que realmente pienso que soy inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 5: Escala para evaluar la imagen corporal**ESCALA DE IMAGEN CORPORAL (BIS)(Hopwood y cols., 2001)**

En este cuestionario se le va a preguntar sobre cómo se siente en relación a su apariencia y a los cambios que ha experimentado como resultado de la enfermedad y los tratamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada ítem y marque con una cruz aquella respuesta que mejor se ajuste a la manera cómo se ha sentido durante la semana pasada.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
¿Se ha sentido avergonzada por su apariencia?				
¿Se siente menos atractiva físicamente a causa de su enfermedad o tratamiento?				
¿Se ha sentido insatisfecha con su apariencia estando vestida?				
¿Se ha sentido menos femenina como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?				
¿Le resulta difícil mirarse estando desnuda?				
¿Se ha sentido menos atractiva sexualmente a causa de su enfermedad o tratamiento?				
¿Evita usted a las personas debido a como se siente por su apariencia?				
¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?				
¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?				
¿Se ha sentido insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?				

Anexo 6: Consentimiento informado

Consentimiento Informado para las Participantes del Estudio

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los participantes de este estudio una explicación del motivo del mismo, así como de su rol como participantes.

Este estudio está realizado por una alumna de la Escuela de Enfermería de Teruel, Laura Vicente Martín, de la Universidad de Zaragoza.

El objetivo del estudio es conocer datos sobre el problema de disfunción sexual como efecto adverso de la quimioterapia en las mujeres con cáncer de mama, y aquellos aspectos relacionados, como son la autoestima y la imagen corporal, entre otros; y que ayudas y alternativas tienen para poder solventarlos.

Si acepta participar en este estudio, deberá responder a una entrevista personal y a una serie de cuestionarios.

Su participación es totalmente voluntaria y anónima. Toda aquella información que se obtenga será totalmente confidencial, sin usarse para ningún otro propósito que no sea este estudio.

Cualquier duda que tenga sobre el estudio, puede aclararlas en el momento de su participación en él, al igual que puede retirarse del estudio si se sintiese incomoda participando en él, o si las preguntas no le parecen apropiadas, puede no responderlas.

Le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 7

Tabla 1: Disfunciones sexuales de acuerdo con el tipo y localización del cáncer:

Tabla 2.

Disfunciones Sexuales de acuerdo con el tipo y localización del cáncer.

Cáncer	Localización	Disfunción Sexual
Ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> • Mama • Cérvix • Vulva • Ovario • Endometrio 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Dispareunia • Disritmia • Vaginismo • Falta de lubricación • Anorgasmia
Genitourinario	<ul style="list-style-type: none"> • Testículos • Próstata • Pene 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Dispareunia • Disfunción eréctil • Disfunción eyaculatoria • Eyaculación precoz • Anorgasmia
Gástrico	<ul style="list-style-type: none"> • Vejiga • Vesícula • Páncreas • Hígado • Estómago • Intestino 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Dispareunia • Disritmia • Vaginismo • Falta de lubricación • Disfunción eyaculatoria
Cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Nasofaringe • Bucofaringe • Laringe • Tiroides • Oculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Disritmia
Piel y partes blandas	<ul style="list-style-type: none"> • Melanomas • Sarcomas • Tumores óseos 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Dispareunia • Disritmia
Hematológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Linfomas • Leucemias • Mielomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Apatía sexual • Disritmia • Disfunción eréctil

Fuente: Die Trill M. Sexualidad y cáncer. En: González M, director. Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E, editores. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2^a ed. España: Médica Panamericana; 2007. p. 595-601.

*Tabla 2: Disfunciones sexuales con base en el tratamiento oncológico***Tabla 3.**

Disfunciones sexuales con base en el tratamiento oncológico.

Tratamiento	Disfunción Sexual
Cirugía	<ul style="list-style-type: none">• Apatía sexual• Disritmia• Dispareunia• Disfunción eréctil• Disfunción eyaculatoria• Anorgasmia
Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none">• Apatía sexual• Disritmia• Dispareunia• Falta de lubricación• Disfunción eréctil• Anorgasmia
Radioterapia	<ul style="list-style-type: none">• Apatía sexual• Disritmia• Dispareunia• Falta de lubricación• Disfunción eréctil
Hormonoterapia	<ul style="list-style-type: none">• Apatía sexual• Disritmia• Disfunción eréctil• Anorgasmia

Fuente: Fuente: Die Trill M. Sexualidad y cáncer. En: González M, director. Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E, editores. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2^a ed. España: Médica Panamericana; 2007. p. 595-601.