

**ASOCIACIÓN ENTRE EL HISTORIAL DE CÁNCER DE MAMA Y EL
COMPORTAMIENTO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE UNA IPS EN
MANIZALES, COLOMBIA**

Catherine Bejarano Porras

**Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud
Departamento de Salud Mental**

**Especialización en Sexología Clínica
Universidad de Caldas
Mayo 2024**

TÍTULO:

**ASOCIACIÓN ENTRE EL HISTORIAL DE CÁNCER DE MAMA Y EL
COMPORTAMIENTO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE UNA IPS EN
MANIZALES, COLOMBIA**

AUTORA:

**CATHERINE BEJARANO PORRAS
ASPIRANTE A TÍTULO DE ESPECIALISTA EN SEXOLOGÍA CLÍNICA
MÉDICA
CORREO ELECTRÓNICO: k12044@hotmail.com**

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN:

**DR. WALTER ANTONIO ARBOLEDA RUÍZ
GINECÓLOGO – MASTÓLOGO
CORREO ELECTRÓNICO: arboledaruiz@gmail.com**

ASESOR METODOLÓGICO:

**DR. JOHAN SEBASTIÁN VILLADA GÓMEZ
MEDICINA INTERNA GERIATRÍA - EPIDEMIOLOGÍA
CORREO ELECTRÓNICO: josevigo92@gmail.com**

Tabla de contenido

ABREVIATURAS	5
RESUMEN	6
1. INTRODUCCIÓN	8
a. Planteamiento del problema	9
b. Justificación de la investigación	13
c. Antecedentes investigativos	16
d. Pregunta de investigación	21
2. OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo general	22
2.2 Objetivos específicos	22
3. MARCO TEÓRICO	23
4. VARIABLES	34
5. METODOLOGÍA	35
5.1 Tipo de estudio	35
5.2 Población y muestra	35
5.3 Procedimientos	36
5.4 Análisis estadístico	36
5.5 Consideraciones éticas	37
6. RESULTADOS	38
7. DISCUSIÓN	42

7.1 Fortalezas y limitaciones	49
8. CONCLUSIONES	50
9. RECOMENDACIONES	51
10. BIBLIOGRAFIA	53
11. ANEXOS	57

Abreviaturas

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

GLOBOCAN: The Global Cancer Observatory

FSFI: Female Sexual Function Index

SPSS: Statistical Package for the Social Science

IBM: International Bussines Machines Corporation

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5 edición

OMS: Organización Mundial de la Salud

SGU: síndrome genitourinario de la menopausia

Resumen

Antecedentes y objetivos: La supervivencia de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama se ha incrementado desde la implementación de estrategias de tamizaje y detección temprana para la enfermedad, por lo tanto, es imprescindible que el equipo multidisciplinario que realiza seguimiento a esta población, brinde atención integral que mejore la calidad de vida de quienes cursan con el antecedente. La sexualidad es una esfera de la calidad de vida, las disfunciones sexuales en mujeres con historial de cáncer de mama, se presentan con una prevalencia del 73,4%, por lo tanto, es preciso el estudio del impacto de la patología en este ámbito. La mayoría de las mujeres que tienen el historial de cáncer de mama, se encuentran en la etapa de peri o posmenopausia y se ha documentado que la prevalencia de las disfunciones sexuales durante este periodo de la mujer oscila entre el 42 al 88%, lo cual puede interferir en el momento de la evaluación del efecto del diagnóstico de cáncer de mama sobre la sexualidad. El objetivo de este estudio fue describir y asociar el comportamiento de la función sexual en mujeres de la ciudad de Manizales Colombia, con y sin historial de cáncer de mama.

Métodos: Estudio cuantitativo, analítico, observacional, transversal, de nivel relacional, en el cual se analizaron datos de 130 mujeres, el 50% con historial de cáncer de mama. Se conformaron los dos grupos con características demográficas similares para establecer las asociaciones. Se evaluó la función sexual por medio del FSFI (Female Sexual Function Index) que determina la presencia de disfunción sexual de acuerdo al punto de corte establecido para Colombia (26 puntos).

Resultados: El promedio de edad de la población fue de 57,9 años. Del total de las participantes, el 40,8% reportó tener vida sexual activa y solo el 9,4% informó prácticas autoeróticas, sin diferencia significativa entre ambos grupos, ($p=0,858$) y ($p=0,563$) respectivamente para vida sexual activa y autoerotismo. La prevalencia general de disfunción sexual fue de 76,2%, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,837$).

Conclusiones: En nuestra investigación la función sexual se vio alterada en ambos grupos con un comportamiento similar a nivel estadístico, lo cual establece que en la población estudiada los cambios propios de la edad, debido a la disminución de los niveles de las hormonas esteroideas por la etapa de peri y posmenopausia, y la influencia sociocultural, impactan en la sexualidad de las mujeres de la región centro occidente de Colombia, sin desconocer el historial de cáncer de mama como factor de riesgo adicional para el debut o mantenimiento de las disfunciones sexuales.

Palabras clave: cáncer de mama, disfunción sexual, sexualidad, perimenopausia, posmenopausia.

1.Introducción

La sexualidad es un aspecto connatural del ser humano, que está condicionada a factores biológicos, psicológicos y sociales (1), se considera uno de los componentes más importantes de la calidad de vida, ya que está relacionada con la forma como se expresa el afecto propio y hacia los demás, no refiriéndose exclusivamente a la búsqueda de placer sexual, sino a las emociones, sentimientos y conductas asociadas a este (1)(2)(3). La sexualidad merece especial cuidado como parte de la atención integral a la cual un ser humano tiene derecho (4).

El cáncer es una causa importante del grupo de enfermedades crónicas que pueden afectar la calidad de vida de las personas y por ende la vida sexual (3). El cáncer de mama es uno de los más comunes a nivel mundial, cerca del 50% de las mujeres sobrevivientes de cáncer menores de 60 años, corresponden a quienes han padecido cáncer de mama (3)(5).

Con relación a las dos variables expuestas, se ha examinado el comportamiento epidemiológico y severidad de los cambios en la función sexual en las mujeres con historial de cáncer de mama y se ha establecido la prevalencia de disfunción sexual del 73,4%, con mayor proporción en América donde corresponde al 80,4%, Asia 74,1% y Europa 52,7% (6). La incidencia aproximada de los cambios en la función sexual es del 91,2% (7). Los principales cambios reportados en Europa están asociados a dolor con la penetración en el 50,6%, alteraciones de la lubricación 50,6%, alteraciones en el deseo 44,6% y en la excitación 44,6% (7), sin embargo, en investigaciones publicadas en Latinoamérica se ha documentado que los principales cambios se deben a trastornos en el deseo 54,16%, el orgasmo 45,83% (8), 52% trastornos en la lubricación, 44% en la excitación sexual (9), esta diferencia se atribuye a factores étnicos, sociales, culturales y el tipo de tratamiento, los cuales impactan la sexualidad de forma individual (6).

El diagnóstico y manejo del cáncer de mama se asocia a un impacto negativo en el aspecto emocional, mental y físico de las mujeres con historial de esta patología e influye de igual forma en la relación de pareja y en la satisfacción sexual, incluso, este conjunto de alteraciones pueden ocurrir después de completar el tratamiento (10)(11), sin embargo, un factor que se debe tener presente, es que la mayoría de las mujeres que tienen la patología, se encuentra en edad de peri o posmenopausia y se ha documentado que en esta etapa de la vida, hasta un 88% de las mujeres pueden disfuncionar sexualmente, lo cual representa un motivo de estudio minucioso en esta población, para determinar el real impacto del tener historial de cáncer de mama sobre la sexualidad (12)(13).

El propósito de la presente investigación fue asociar el historial de cáncer de mama y el comportamiento de la función sexual en mujeres pertenecientes al municipio de Manizales Colombia, por medio de la aplicación del índice de función sexual femenina (FSFI) y compararlo con el comportamiento de la función sexual en mujeres sin dicho antecedente.

1.1 Planteamiento del problema

La sexualidad hace parte de uno de los componentes más importantes en la evaluación de la calidad de vida de los seres humanos, para algunos representa una experiencia de placer y para otros problemas y conflictos de acuerdo a sus circunstancias (1). Las alteraciones de índole sexual se caracterizan por cambios en cualquiera de las fases de la función sexual o en la capacidad de experimentar placer sexual (14).

Una causa importante de cambios en el comportamiento en la función sexual es el cáncer (2). En las mujeres, uno de los tipos de cáncer más frecuentes es el cáncer de mama, el cual es una causa importante de cambios en la función sexual (7)(9)(8)(6)(5)(10)(11)(15)(16)(17)(18)(19)(20), se estima que, de las mujeres con

historial de cáncer menores de 60 años, aproximadamente el 40% corresponde a cáncer de mama (5). Según datos publicados por GLOBOCAN en marzo de 2021, el cáncer de mama se presentó con mayor frecuencia, reportando 15.509 nuevos casos de cáncer de mama en Colombia en mujeres para el 2020 (21).

En datos publicados para Manizales, se ha reportado una incidencia de cáncer de mama de 33 casos por 100.000 personas – año, se ha concluido que el comportamiento epidemiológico del cáncer en Manizales es similar al resto del territorio nacional, sin embargo, se ha documentado que el riesgo de desarrollar o morir por cáncer se considera intermedio comparado con registros poblaciones publicados en otros lugares del mundo (22).

Dado el importante impacto epidemiológico que tiene el cáncer, se debe tener presente que la sexualidad es uno de los aspectos más afectados dentro de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados y tratados por esta causa (3), por diferentes motivos como la vergüenza para hablar acerca del tema con el personal médico, la falta de tiempo en las consultas de seguimiento y la falta de conocimiento de los médicos acerca de este tópico, la sexualidad se ha dejado de lado dentro del seguimiento de las pacientes con historial de cáncer de mama (10)(23), lo cual podría ser un factor contribuyente a que esta población pierda la capacidad de experimentar el bienestar que produce disfrutar de la sexualidad como experiencia, o sea la causa de cogniciones y emociones negativas hacia ella (8).

A pesar de la poca oportunidad de discusión de la sexualidad en las consultas de seguimiento, las pacientes con historial de cáncer de mama, buscan información de forma activa acerca de los estilos de vida saludable, manejo del estrés, estrategias para mejorar la apariencia física y los efectos secundarios de los tratamientos (24), sin embargo, al ser la actividad sexual el resultado de un complejo de sistemas interrelacionados que incluyen aspectos psicológicos, bioquímicos y neurológicos (25), debería ser discutido por los profesionales de la salud, en función del bienestar

de estas pacientes (23). Se han realizado estudios donde se evalúa la importancia de la discusión de la sexualidad entre mujeres con historial de cáncer de mama y sus proveedores de salud, pero se ha encontrado que las muestras de participantes han sido pequeñas (18). Otro inconveniente es que las muestras han incluido en su mayoría mujeres con alto nivel educativo, por lo tanto, tienen más habilidad para entender la información (19)(26).

Otro motivo por el cual la sexualidad debe ser un tema de discusión dentro del seguimiento médico, es porque la enfermedad impacta una zona corporal que tiene un valor cultural erótico en nuestro medio. Las mamas son símbolo de feminidad y de sexualidad en las mujeres (9), y en aquellas que son diagnosticadas con cáncer de mama y que tienen antecedente de mastectomía, la percepción de ser femeninas y atractivas se ve afectada (4), se ha observado que cuando la mastectomía se asocia a ooforectomía, el impacto es mayor por la alteración de los niveles hormonales básicos para el desarrollo de una respuesta sexual adecuada (4), por esto es frecuente que quienes han padecido esta patología y se han sometido al manejo quirúrgico presenten mayores cambios en su sexualidad (2)(27).

Las mujeres con historial de cáncer de mama deben enfrentar el efecto que tienen sobre la respuesta sexual otro tipo de tratamientos diferentes a la mastectomía como lo son: la quimioterapia, la radioterapia, los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, entre otros fármacos (2)(10). Por este motivo las mujeres con historial de cáncer de mama tienen razones para disminuir la frecuencia de los encuentros sexuales o para la inactividad sexual (16). Se ha estudiado la influencia de los tratamientos no quirúrgicos en la sexualidad, sin embargo, en algunos estudios los cuestionarios respondidos por las participantes son en línea, lo cual dificulta la aclaración de dudas e influye en los resultados (7), también se ha encontrado que la muestra de algunos de los estudios fue pequeña y con poblaciones homogéneas, lo cual limita la extrapolación de los resultados a la población general (16).

Aunque existe un común denominador relacionado con el diagnóstico y el manejo de la patología, la literatura documenta que los cambios en la función sexual en mujeres con historial de cáncer de mama, son más prevalentes en América que en Asia y Europa, estas diferencias pueden atribuirse a factores culturales y sociales propios como la educación, ya que su ausencia o la perspectiva desde la cual se aborde la sexualidad, determinará que el comportamiento y la actitud hacia ella sea positivo o negativo, lo cual podrá favorecer la función sexual o por el contrario, ser causa de disfunciones sexuales. Otro factor sociocultural es la es la religión y las ideas ortodoxas que promueven la exploración de la sexualidad como algo negativo. La economía juega un papel importante, y es que la privacidad y la intimidad, pueden verse afectadas en entornos donde viven familias numerosas o por hogares que no tienen espacios aptos para los encuentros y por lo tanto se limita la expresión de la sexualidad. Finalmente, dentro de las diferencias culturales y sociales, se encuentra la percepción hacia las etapas de la vida, especialmente la vejez, si bien se reconocen los factores biológicos que deterioran la función sexual, ninguno de estos es suficiente para que la sexualidad sea anulada, pero por el contrario las creencias de una sexualidad ligada exclusivamente a lo reproductivo o la censura de la expresión del deseo sexual en las personas mayores, también hacen parte de las causas que pueden generar diferencias en el comportamiento sexual de acuerdo al patrón sociocultural (1)(6). Todos los elementos mencionados influyen en la intimidad, la comunicación en pareja, el apoyo psicosocial, la dinámica en pareja, el bienestar físico y psicológico de la pareja, el sentirse deseadas por su compañero. También influyen factores como el temor al futuro, el retorno al trabajo y la vida sexual satisfactoria; cada uno de ellos son determinantes para aumentar la calidad de vida, y están relacionados con el entorno de las mujeres con historial de cáncer de mama (28)(29)(30)(31). Sin embargo, algunos de los estudios que se han encontrado referentes a estos temas, tienen muestras pequeñas (6).

Como se ha mencionado hay factores biológicos, culturales y sociales que determinan que las pacientes con historial de cáncer de mama, tengan alto riesgo de presentar cambios en la función sexual (16), se ha documentado en estudios realizados en Europa (7)(10)(15)(23)(19)(20)(25), que dentro de los principales cambios en la función sexual asociados al cáncer de mama y su tratamiento, se encuentra el dolor con la penetración, las alteraciones de la lubricación, la disminución del deseo y la alteración en la excitación (7)(9)(8), cambios que son desconocidos por el personal médico involucrado en el seguimiento de las pacientes con historial de cáncer de mama (10). En Latinoamérica se han realizado algunos estudios, no obstante, la cantidad de información es menor en comparación con otras partes del mundo (2)(9)(17), además los resultados obtenidos de la gran mayoría de la literatura son difíciles de aplicar a la población colombiana, debido a las diferencias culturales y sociales que influyen en la sexualidad, ya expuestas previamente (6)(16). Por este motivo la presente investigación, comparó mujeres con historial de cáncer de mama que asisten a seguimiento oncológico y mujeres sin dicho antecedente, con el fin de obtener resultados relevantes para la población del país y dar a conocer la necesidad de la intervención por especialistas en sexología clínica, como parte del equipo interdisciplinario a cargo de la salud integral de las mujeres con historial de cáncer de mama y cambios en la función sexual.

1.2 Justificación de la investigación

La sexualidad es un tema que se discute con dificultad en las consultas de las pacientes con historial de cáncer de mama (26). Se ha establecido en países no Latinoamericanos que solo el 40% de las mujeres que tienen cambios en la función sexual, lo reportan en las consultas de seguimiento, este fenómeno se presenta por la falta de comunicación efectiva con los profesionales por parte de las pacientes y de sus parejas, lo cual refuerza la vergüenza que puedan llegar a experimentar las

pacientes para hablar acerca de la sexualidad, también influye el desconocimiento del tema por los médicos encargados del control (10)(19)(23).

La ausencia de educación sexual durante las primeras etapas de la vida influye en que muchas personas lleguen a una edad joven y adulta con mensajes negativos, confusos y contradictorios acerca de la sexualidad y por este motivo tienen sentimientos de vergüenza para expresar sus dudas y cambios en la función sexual (32), por esto es importante empezar a abordar y divulgar masivamente información basada en la evidencia, en el contexto de mujeres con historial de cáncer de mama (5)(26), que es parte de la población en la cual se centró la presente investigación. En Colombia se han realizado estudios para evaluar la sexualidad en mujeres con cáncer de mama (8), sin embargo, es conveniente ampliar la información existente para resolver diversas incógnitas, pues la mayor parte de los datos provienen de poblaciones con características sociales, culturales y biológicas diferentes, lo que dificulta su interpretación y aplicación a la población colombiana, por lo anterior queda abierta la posibilidad de un descenso poco exitoso del manejo de las alteraciones de la función sexual de las pacientes que tienen historial de cáncer de mama (27)(24).

La importancia de conocer los datos acerca de la asociación entre el comportamiento de la función sexual y el cáncer de mama, radica en que aproximadamente 65% de las mujeres con historial de cáncer de mama tienen una vida sexual activa (5), de este porcentaje entre el 52 y el 91,2%, manifiestan cambios en el comportamiento de la función sexual (7)(9)(8)(6)(5)(16)(19)(26)(25), siendo el diagnóstico de cáncer de mama, el tratamiento y el entorno de las personas quienes lo padecen, factores que influyen negativamente en la sexualidad (7)(9)(8)(6)(5)(15)(16)(17)(18)(19)(20), por este motivo, el presente trabajo pretende a través del conocimiento del comportamiento de la función sexual de este grupo poblacional, proveer información al equipo de salud para que los resultados puedan ser aplicados en el contexto clínico, con el fin de mejorar la calidad de vida de las

pacientes con historial de cáncer de mama y fortalecer su proceso adaptativo a los efectos de la enfermedad, así como también tiene el propósito cubrir los vacíos en el conocimiento de los profesionales quienes evitan explorar la sexualidad en las pacientes con historial de cáncer de mama por falta de herramientas (26).

El impacto del cáncer de mama en nuestro país es alto, es una problemática que debe ser expuesta para el beneficio de la población general, en Colombia el mayor número de nuevos casos de cáncer en ambos sexos y en todas las edades para el 2020 correspondió al cáncer de mama (21). En Manizales según el boletín epidemiológico publicado en enero de 2022 de la información disponible hasta la semana 50 de 2021, el cáncer de mama ocupó el quinto puesto en los eventos de interés de salud pública debido al total de casos reportados (33).

Dados los índices estadísticos de la patología en discusión y de sus secuelas en la calidad de vida, se expone la necesidad del estudio del verdadero impacto del cáncer de mama sobre la sexualidad, y es por este motivo que el presente proyecto de investigación cuenta con la población con y sin antecedente de cáncer de mama en la IPS elegida en la ciudad de Manizales, Colombia, con características heterogéneas en cuanto a factores sociales y biológicos determinados por las particularidades del diagnóstico y las intervenciones para los efectos del cáncer de mama. En la muestra elegida se realizó una única aplicación del cuestionario para la valoración de la función sexual (FSFI) (34)(35), por parte del recurso humano con el cual contó la investigación.

Con el presente trabajo, no solo se brindará información con evidencia científica de las características que asocian el comportamiento de la función sexual al historial de cáncer de mama en las mujeres, sino que se establecerá la necesidad de apoyo por parte de los médicos sexólogos, con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres con historial de cáncer de mama.

1.3 Antecedentes investigativos

La sexualidad se considera uno de los componentes más importantes de la calidad de vida, que es inherente a los seres humanos y depende de factores biopsicosociales (1)(3). Vivir la sexualidad se considerada un derecho de los seres humanos, su cuidado y seguimiento hace parte de la atención integral a la cual las personas deberían tener facilidad de acceso (4), ya que comúnmente existen diferentes motivos por los cuales la sexualidad se puede alterar, como es el caso de las patologías crónicas dentro de las cuales está el cáncer, que impacta negativamente la calidad de vida y por consiguiente la vida sexual (3).

En población española en 2018 se describió que hasta el 91,2% de las mujeres con historial de cáncer de mama tienen cambios en la función sexual, en especial dolor con la penetración (50,6%), alteraciones de la lubricación (50,6%), alteraciones en el deseo (44,6%) y en la excitación (44,6%), (7). En mujeres mexicanas con antecedente de cáncer de mama, Miaja M y colaboradores en 2017 reportaron que 52% tenían cambios en la lubricación, 44% en la excitación sexual y 38% en el orgasmo (9). En Colombia, en 2019 se describió que en mujeres con historial de cáncer de mama los principales cambios de la función sexual se presentaron en el deseo (54,2%) y el orgasmo (45,8%) (8). En 2019, el metaanálisis de Jing L y colaboradores, encontró que la prevalencia de cambios en la función sexual en mujeres con antecedente de cáncer de mama es del 73,4%, siendo mayor en América (80,4%), seguida por Asia reportó (74,1%) y Europa (52,7%), diferencias atribuidas a factores étnicos, sociales, culturales y del tipo de tratamiento (6).

La sexualidad de las mujeres con antecedente de cáncer de mama que deben ser tratadas de forma quirúrgica, con quimioterapia, radioterapia y diversos tipos de fármacos, se ve alterada como parte de los efectos secundarios de estas intervenciones (2)(10). En un estudio publicado en 2021, realizado en Polonia por Lachowicz M. y colaboradores, se encontró que los efectos de las terapias para

cáncer de mama en mujeres polacas, se asocian a un impacto negativo en el aspecto emocional, mental y físico de las pacientes quienes los recibieron, e influye de igual forma en la relación de pareja y en la satisfacción sexual, incluso, este conjunto de alteraciones ocurren después de completar el tratamiento (10).

Uno de los mayores impactos producto de los tratamientos para el cáncer de mama, es el que sufre la imagen corporal, las intervenciones quirúrgicas afectan la anatomía de una parte directamente relacionada con la feminidad y el erotismo, la quimioterapia produce caída del cabello y cambios en el peso, y la radioterapia genera cambios en la piel del tórax y alteración de la sensibilidad de la piel de esta región. La imagen corporal se define a partir de cómo las mujeres perciben y evalúan la integridad de su cuerpo, esto engloba una actitud acerca de lo funcional, completo y saludable, por lo tanto, dichos cambios derivados de las terapias para el cáncer de mama, afectan la autopercepción, lo cual tiene gran peso en el funcionamiento sexual, según Hungr C y colaboradores, en un estudio realizado con mujeres norteamericanas en 2017 en el departamento de oncología psicosocial y cuidados paliativos del instituto de cáncer de Harvard, este tipo de cambios pueden desencadenar cambios en el deseo y la excitación (27).

En el artículo publicado en 2018, realizado en la Universidad de Siena en Italia por Ghizzani A y colaboradores, se valoró la vida sexual de las mujeres italianas con cáncer de mama que consultaban al departamento de ginecología y obstetricia de la universidad de Siena, se reportó que la imagen corporal se encuentra alterada debido a los efectos secundarios de la radioterapia y quimioterapia, esto a su vez está relacionado con la aparición de cambios en la función sexual, también se mencionó que los tratamientos endocrinos a largo plazo, comúnmente utilizados para el control de la patología, tienen efectos negativos sobre la función sexual mediados por cambios importantes en los genitales femeninos (15). En una revisión sistemática Chang Y. y colaboradores, documentaron que en un estudio realizado en 2019 en pacientes taiwanesas que recibieron inhibidores de la aromatasa como

parte del control del cáncer de mama, el 79% desarrolló problemas sexuales de novo y casi una cuarta parte de ellas, suspendió la actividad sexual (16). Ghizzani A y colaboradores concluyeron en un estudio realizado en 2018 en mujeres italianas, que adicional a las diferentes intervenciones para contrarrestar los efectos del cáncer, el estado psicológico de estas pacientes con frecuencia se encuentra alterado, lo cual tiene gran relevancia sobre el comportamiento sexual (15).

La calidad de vida sexual de las pacientes con historial de cáncer de mama se ve afectada por factores como: el miedo a la recurrencia, el cansancio, la depresión, la disminución de la percepción de la imagen corporal, el dolor etc., asociado a un impacto mayor en aquellas mujeres que han requerido mastectomía como parte del manejo, según Archangelo S, y colaboradores en un estudio realizado en mujeres brasileras y publicado en 2019 (3).

El estudio realizado en 2017 por Miaja M y colaboradores en una población mexicana, en el cual se evaluó el impacto psicológico de la alteración de la imagen corporal, se encontró que las mujeres que reciben tratamiento quirúrgico de cualquier tipo, experimentan sensaciones de deformidad, asimetría, disminución de la feminidad y tienden a evitar la desnudez, lo cual desencadena que se sienten menos atractivas sexualmente (9).

En una revisión sistemática publicada en 2021, realizada por Faria B y colaboradores en mujeres brasileras, se demostró que el impacto negativo de la mastectomía en la imagen corporal y la sexualidad en mujeres con cáncer de mama es mayor, comparada con la cirugía conservadora y la lumpectomía, sin embargo, se describió qué cuando se realiza mastectomía con conservación del pezón y reconstrucción inmediata, la influencia sobre la imagen corporal y la sexualidad es positiva (17). Según Ghizzani A y colaboradores en su estudio publicado en 2018, las mujeres italianas que tienen conservación del complejo areola-pezón o

reconstrucción de esta zona, se sienten más satisfechas con su apariencia, el tamaño de las mamas, la suavidad y la sensibilidad (15).

A pesar de los cambios que acarrea el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, según Masia J y colaboradores en su publicación de 2019, las mujeres españolas deben retomar sus actividades y reajustar diferentes aspectos que influyen en la calidad de vida, tales como el retorno al trabajo en condiciones de productividad y satisfacción, la sexualidad satisfactoria y el afrontamiento de sus labores, a pesar de los síntomas derivados de los tratamientos (28).

Según la investigación realizada en 2018 por Zeighami Mohammadi S y colaboradores, las mujeres iraníes utilizan diferentes estrategias de afrontamiento ante la alteración de la imagen corporal que dependen del contexto social y cultural, y que están relacionadas con el mejoramiento de la apariencia física, la búsqueda activa de información, el autocuidado, las técnicas de empoderamiento psicológico, el mantenimiento del rol materno y el rol como esposa, lo cual les permite desenvolverse mejor en la sociedad y en la sexualidad (24).

Las mujeres con cáncer de mama también crean estrategias de afrontamiento en pareja, determinadas por la unión de las fuerzas para enfrentar el problema, la disponibilidad, la comunicación, la adaptación positiva a la enfermedad, la resiliencia en la sexualidad y los instrumentos emocionales adecuados, por este motivo el apoyo psicosocial es una dimensión fundamental para mantener la pareja tanto en la fase aguda del tratamiento, como en la fase de supervivencia según la conclusión de Valente y colaboradores, en un estudio realizado en la Universidad de Bologna Italia en 2021 (29).

Para disminuir los efectos del diagnóstico y su manejo sobre la salud sexual, es necesario que las mujeres con cáncer de mama y sus parejas tengan acceso a información veraz y oportuna por parte del equipo de salud, según Dihmans y colaboradores, en un estudio realizado en 2019 en el departamento de cirugía

plástica y reconstructiva de Amsterdam, durante la consulta previa a los procedimientos quirúrgicos, los cirujanos abordan los aspectos técnicos, pero no discuten el impacto de la sexualidad, y muchas mujeres han expresado la necesidad de crear expectativas reales e información pertinente para su sexualidad (23).

Para las pacientes norteamericanas que tienen diagnóstico de cáncer de mama es difícil comunicar los problemas de salud sexual con sus médicos; en un estudio realizado por Reese J y colaboradores en 2019, se encontró que la discusión de las dificultades sexuales dentro del seguimiento de las pacientes con cáncer de mama ocurre en menos del 50% de los casos, aun cuando más de la mitad de ellas reportan inconvenientes con su sexualidad, por lo tanto, no abordar la sexualidad durante la consulta representa una oportunidad perdida para divulgar la salud sexual (18). En el estudio realizado en 2019 en la Universidad de ciencias aplicadas de Holanda por Den Ouden M y colaboradores, se encontró que el 60% de las mujeres holandesas prefieren recibir información sobre los efectos del cáncer y su tratamiento, sobre la intimidad y la sexualidad, pero a pesar de esto, aproximadamente 40% no la reciben (19).

En el estudio realizado en el Centro para cáncer de Philadelphia, Reese J y colaboradores en 2019, reportaron que los profesionales de la salud no discuten el comportamiento de la función sexual de las mujeres norteamericanas con historial de cáncer de mama durante sus entrevistas, solo muy pocos ofrecen sugerencias, y algunos de ellos tienden a remitir a las pacientes a un especialista en sexualidad, gran parte de los profesionales encargados del seguimiento de las pacientes con cáncer de mama manifiestan que no se sienten cómodos con el tema y que no tienen las herramientas necesarias para hablar acerca de sexualidad, tienen temor de abordar estos temas por la falta de conocimiento acerca de los tratamientos disponibles y en su gran mayoría refieren que el factor principal es la falta de tiempo durante la consulta (26).

Es necesario divulgar información acerca de la asociación que existe entre el comportamiento de la función sexual y el historial de cáncer de mama, lo cual constituye la base de este estudio, para contribuir a la debida educación de los profesionales de la salud encargados del seguimiento de este tipo de pacientes, esto les permitirá abordar temas relacionados con la sexualidad, lo que ha demostrado que mejora la salud sexual en mujeres con historial de cáncer de mama, de acuerdo a una revisión sistemática realizada por Seav S y colaboradores, en la Universidad de California en 2015 (5).

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre el historial de cáncer de mama y el comportamiento de la función sexual en mujeres de una IPS en Manizales, Colombia?

2.Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir la asociación entre el historial de cáncer de mama y el comportamiento de la función sexual en mujeres de una IPS en Manizales, Colombia.

2.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y el comportamiento de la función sexual en mujeres con historial de cáncer de mama de una IPS en Manizales, Colombia.
2. Comparar el comportamiento de la función sexual entre mujeres con historial de cáncer de mama y mujeres sin dicho antecedente en una IPS en Manizales, Colombia.
3. Establecer si existe diferencia en el comportamiento de la función sexual entre mujeres con historial de cáncer de mama y mujeres sin dicho antecedente en una IPS en Manizales, Colombia.

3.Marco teórico

Sexualidad

De acuerdo a la OMS la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de toda su vida. Abarca las actividades coitales y no coitales, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (36).

Salud sexual

La salud sexual según la OMS es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no se refiere exclusivamente a la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia (36).

Actividad sexual

Cualquier tipo de actividad que tiene como objetivo la obtención de placer sexual que no se limita de forma exclusiva al coito (37)(38).

Función sexual

Definición

La función sexual es el resultado de una cadena de acontecimientos fisiológicos que involucra cada uno de los sistemas del organismo, está compuesta por diferentes etapas que se interrelacionan entre sí y que cuando se desarrollan de forma adecuada, tienen como resultado la sensación de bienestar y satisfacción. La función sexual es una forma de expresión de la sexualidad, influenciada por el ambiente sociocultural del entorno y en la cual hay una función erótica, caracterizada por una búsqueda consciente del placer sexual, está directamente relacionada con la evolución final de la sexualidad determinada por el desarrollo de la corteza cerebral, lo cual permite una diferencia entre los humanos y los demás miembros del reino animal. La función sexual se puede practicar desde lo erótico y a través de la función reproductiva que es evolutivamente la más primitiva y no es exclusiva del ser humano, su finalidad es la procreación (39).

Componentes de la función sexual

La función sexual y la delimitación de una respuesta adecuada se ha construido a partir de investigaciones como la de Kinsey, Masters y Johnson, etc. quienes establecieron modelos que explicaron los cambios anatomofisiológicos que experimenta el cuerpo humano frente al estímulo sexual. Hacia los años setenta, Helen Kaplan realizó investigaciones basadas en el deseo sexual como parte de función sexual junto con la fase excitación y el orgasmo. En Colombia, el doctor Helí Alzate propuso un modelo de función sexual erótica, el cual consta de tres planos, el psíquico o mental, el somático o periférico y el externo o comportamental. El modelo del Dr. Alzate también está compuesto por 5 fases: la fase apetitiva que corresponde a la aparición del deseo sexual, la fase relacional, en la cual se busca el sujeto con quien se tendrá la interacción erótica, la fase estimuladora que es

percibida física o centralmente, e induce sensaciones placenteras, la cuarta fase corresponde a la fase excitatoria, que es la percepción subjetiva acompañada o no de manifestaciones somáticas, producto del mantenimiento de dichas sensaciones placenteras generadas por un estímulo físico, que en el hombre se exterioriza mediante la erección y en la mujer con la lubricación vaginal. Finalmente, la función erótica culmina con la fase orgásmica, que es el punto máximo de placer experimentado a nivel central, suele ir acompañada de manifestaciones físicas. La presente investigación se regirá por el modelo más reciente que corresponde al de Basson, donde se incluyen además de las fases mencionadas por los diferentes autores, nuevos conceptos como el deseo responsivo y se da un papel importante a la intimidad, la neutralidad sexual y la satisfacción (39)(40)(2).

Función sexual femenina

Según Basson, en las mujeres la función sexual inicia a partir de la intimidad, entendida como el respeto, la comunicación, la buena disposición, la confianza y la admiración en pareja, etc. posteriormente aparece el estímulo excitatorio, cuyo procesamiento es el que permite que se alcance el deseo. Contrario a la mujer, el hombre de forma frecuente inicia su función sexual por el deseo. Otro aspecto importante en el que difiere la función sexual entre mujeres y hombres, hace referencia a los activadores internos y externos, los cuales están relacionados con la predisposición psicofisiológica propia de cada sexo, a partir de lo anterior, se consideran activadores externos los sentidos. Sí bien los parámetros de belleza pueden iniciar una respuesta sexual, las mujeres son menos excitables a la vista. El olfato es otro sentido relacionado con la sexualidad, se ha dado importancia a la investigación de las feromonas y se conoce que las mujeres tienen mayor capacidad olfativa que los hombres (2). En cuanto al oído, se ha establecido que puede despertar interés por lo erótico, especialmente siendo relevante en las mujeres el ritmo de la voz y las diferentes tonalidades utilizadas. El tacto es uno de los sentidos que cobra mayor importancia en el momento de iniciar la función sexual, a través

del estímulo de zonas de excitabilidad. El gusto, está relacionado con el beso, que representa uno de los medios de apertura sensitiva a la función sexual. Así como existen activadores externos, los internos también tienen cabida en la función sexual, clasificando a las fantasías sexuales, como el activador de la función sexual femenina más importante (2).

Factores que influyen en la función sexual

Biológicos

Los factores biológicos hacen referencia a las estructuras anatómicas (hipotálamo, hipófisis, médula espinal, genitales, etc), el componente fisiológico (hormonas, neurotransmisores, receptores, segundos mensajeros, etc.) y la genética, los cuales están directamente involucrados en el curso adecuado de la función sexual. En cada una de las etapas de la vida del ser humano, existen cambios en dichos factores biológicos, que generan las causas naturales que impactan la función sexual, por ejemplo, la vejez, el embarazo, la menopausia, etc (1).

Psicológicos y sociales

El deseo, la excitación y el orgasmo se pueden ver alterados por la presencia de factores en el entorno. Las características psicológicas de cada persona influyen en cada una de las fases de la función sexual, es por esto que la personalidad, los mecanismos de defensa, la ansiedad y las relaciones interpersonales se deben tener en cuenta al momento de valorar a un individuo en función de su sexualidad. La educación tiene influencia en la personalidad, las creencias, el comportamiento y el autoconocimiento, además desempeña un rol fundamental en la construcción de la sexualidad y de igual forma, las experiencias sexuales previas, el proceso de aprendizaje individual y los factores familiares son determinantes (1).

Las mamas y la sexualidad

En nuestro medio las mamas son consideradas sinónimo de sexualidad y confieren a la mujer belleza, erotismo (41), feminidad, sensualidad y la percepción de ser atractivas (27). Evolutivamente el desarrollo de las mamas en la hembra humana tiene un significado sexual; el hecho de estar ubicadas en la región anterior del cuerpo incita a la relación sexual frontal, lo cual también permite el contacto visual que estrecha la cercanía en pareja, pero también el estímulo visual de la pareja quien observa las mamas durante el encuentro sexual (42). La alteración en la anatomía de las mamas como consecuencia del cáncer de mama y su tratamiento, impacta la imagen corporal, la autoestima, la percepción de belleza y atractivo sexual de las mujeres (27).

Hormonas, menopausia y sexualidad

Las hormonas esteroideas favorecen el comportamiento sexual, el estado de ánimo, las emociones y cogniciones. Durante la perimenopausia y la posmenopausia, los niveles de estas hormonas decrecen generando cambios en el sistema nervioso central a nivel del tálamo, la amígdala y la corteza cingulada anterior, lo cual produce la disminución de la excitación sexual en la menopausia. Los niveles bajos de estrógenos interfieren negativamente con la vía dopaminérgica, que está directamente relacionada con el comportamiento sexual. Por otro lado los andrógenos, principalmente la testosterona, ejerce un efecto sinérgico con los estrógenos en pro de la sexualidad, influyendo directamente en la aparición del deseo sexual y potenciando dicha vía dopaminérgica implicada en la función sexual, por esta razón, cuando hay niveles disminuidos de cualquiera de las hormonas esteroideas, por cualquier motivo, existe el riesgo de disfuncionar sexualmente (43)(13).

Síndrome genitourinario de la menopausia

El síndrome genitoruinario de la menopausia (SGU) es un conjunto de signos y síntomas producto del impacto del descenso de los niveles de las hormonas sexuales sobre los genitales femeninos y la vía urinaria inferior, afecta al 50% de las mujeres que transitan por la menopausia. Es una condición crónica que genera cambios estructurales y fisiológicos en los labios mayores y menores, vestíbulo, introito, clítoris, vagina y el tracto urinario inferior, a partir de los cuales se produce la clínica característica que consiste en la disminución de la turgencia y elasticidad vaginal, disminución del tamaño de los labios menores, palidez vaginal, eritema, equimosis y petequias, sequedad vaginal, ardor, irritación, dispareunia, sangrado poscoital, vaginitis recurrente, infección urinaria, aumento de la frecuencia urinaria, incontinencia y disuria, síntomas que pueden ser la causa de disfunciones sexuales. El SGU es progresivo y requiere de tratamiento médico (43)(13).

Disfunciones sexuales por cáncer de mama y menopausia

Se ha reportado que entre el 50 y el 75% de las mujeres que han recibido el diagnóstico de cáncer de mama, presentan alteraciones de la función sexual (16), sin embargo, la mayoría de quienes tienen el diagnóstico se encuentran en la perimenopausia y posmenopausia (44), por lo tanto, esta población tiene ya instaurado un factor de riesgo para presentar cambios en la función sexual derivados de la disminución de los niveles de hormonas esteroideas. Se ha estimado una prevalencia de disfunciones sexuales de casi el 90% de las mujeres , en peri y posmenopausia (43)(13), por lo anterior, es importante esclarecer el verdadero impacto del cáncer de mama en la sexualidad de las mujeres, habiendo mencionado la transición a la menopausia y la posmenopausia como un factor de riesgo para disfuncionar sexualmente.

Las disfunciones más frecuentes en la población general de mujeres en etapa de perimenopausia y posmenopausia están dadas por la disminución del deseo sexual hasta en un 55%, disminución de la lubricación en 30% y dispareunia en el 45% (43), en cuanto al orgasmo se conoce que el 50% de las mujeres tiene dificultad para alcanzarlo y el 25% no lo logra (12), mientras que aquellas que tienen historial de cáncer de mama presentan en un 54% trastorno del deseo sexual, un porcentaje muy similar a la población general, 45,8% trastorno del orgasmo, el cual es mucho más elevado con el antecedente patológico, la disminución de la lubricación se presenta en un porcentaje mayor con el cáncer de mama 50,6% (8)(43).

Cáncer de mama, función sexual y disfunción sexual

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del cáncer de mama, ha mejorado el pronóstico de las mujeres, representado en años de supervivencia y mejoría de la calidad de vida. Cuando se hace el diagnóstico, el aspecto psicológico y la esfera emocional se afectan, por lo tanto, la calidad de vida, la autoestima global y la aceptación de que el cuerpo cambia debido al cáncer, influyen negativamente en la autoestima sexual y el sentimiento de ser atractiva para su pareja, lo cual se verá reflejado en la vida sexual siendo causal de disfunciones sexuales, principalmente en la fase de deseo sexual (10).

Uno de los pilares del manejo de esta patología es la cirugía, la cual se ha demostrado que afecta la autoestima debido a la asimetría corporal y las cicatrices, las pacientes con frecuencia experimentan indisposición al encuentro sexual y desencadenan actitudes restrictivas que terminan en el abandono de la vida sexual, una de las principales disfunciones que se presenta por este motivo, es la asociada al dolor con la penetración (10). En las pacientes en quienes se realiza cirugía conservadora de la mama, la imagen corporal y la satisfacción sexual se preserva de forma más efectiva, especialmente en aquellas donde la conservación del complejo areola pezón está indicado (15).

Dentro de los medicamentos más utilizados en cáncer hormonodependiente, está el Tamoxifeno que es un modulador selectivo del receptor de estrógenos (SERM), el cual bloquea la acción de los estrógenos, motivo por el cual, se pueden generar todos los síntomas clásicos de la menopausia y secundario a esto, disfunción sexual (10). De igual forma que los SERM, los inhibidores de la aromatasa causan falla ovárica con la consecuente privación de estrógenos y los efectos negativos sobre la sexualidad, que además de alterar el deseo sexual y la lubricación vaginal, generan cambios de la tonicidad del piso pélvico, llegando a sumar síntomas como incontinencia, flatos, prolapsos, etc. que impactan la vida sexual y causan estrés (15).

La quimioterapia es utilizada en la mayoría de pacientes con cáncer triple negativo y HER2 positivo, sus efectos causan cese prematuro de la función ovárica en el 30 al 40% de las mujeres menores de 40 años y en 90% de las mujeres de 40 años, por lo tanto, se experimentan los síntomas típicos de la menopausia como oleadas de calor, sudores nocturnos e infertilidad, etc. el 42% de las mujeres sometidas a quimioterapia sufre de SGU de la menopausia, lo anterior desencadena alteraciones en la fase del deseo, la excitación y dolor con la penetración (10).

La radioterapia que es otra herramienta en el tratamiento del cáncer de mama, produce fatiga y dermatitis dolorosa, también afecta la imagen corporal al cambiar la tonalidad de la piel de la mama donde se realiza, por lo tanto, las mujeres quienes reciben este manejo, ven alterada su autoestima y la vida sexual, en especial, el deseo sexual (16).

Evaluación de la función sexual femenina

FSFI

El índice de función sexual femenina, es una escala que fue desarrollada por Rosen en el año 2000, tiene como propósito explorar las dimensiones de la función sexual

femenina, consta de 19 ítems agrupados en 6 dominios con puntajes de 0 a 5 o desde 1 a 5 de acuerdo al ítem, que permiten el cálculo matemático de los resultados. La escala del FSFI fue traducida, adaptada y validada en 2017 en Colombia por un grupo de expertos en traducción, psicometría, sexología y psicología quienes posterior al procedimiento concluyeron a través de pruebas estadísticas que el resultado de la traducción, adaptación y validación tiene una confiabilidad óptima de todas las subescalas, de igual forma se comprobó que las propiedades psicométricas son confiables y válidas, los resultados del estudio muestran una relación que otorga validez externa al FSFI, por lo tanto cumple con las características para ser aplicado en el entorno clínico y para la investigación con personas en Colombia (35).

En 2020 se analizó la confiabilidad test-retest, la consistencia interna y la validez del FSFI, además de determinar un punto de corte específico y sensible de la versión española del FSFI. Se concluyó después de análisis estadístico que la confiabilidad test-retest fue adecuada en el intervalo entre las pruebas, el cual correspondió a 4 semanas, se determinó que la versión traducida en 2017 del FSFI, proporciona una medida válida para determinar el punto de corte para la presencia de disfunción sexual, según los criterios del DSM-5 (34).

Cáncer de mama

Definición

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea causada por la progresiva acumulación de aberraciones genéticas, es el tumor maligno más frecuente en mujeres y la primera causa de muerte por cáncer en países desarrollados (45). El cáncer de mama es uno de los más comunes en la población mundial (3), según los datos publicados por GLOBOCAN en marzo del 2021, en Colombia el número de casos nuevos para el 2020 fue de 15.509, ocupando el primer puesto de morbilidad

por cáncer en ambos sexos, por encima de cáncer de próstata, colorrectal, estómago y pulmón, que son los que le siguen en frecuencia (21). En mujeres latinas el cáncer de mama, también es el tipo de tumoración maligna que más se diagnostica, la supervivencia a 5 años para cáncer de mama es de 96% para estadio local, 85% para regional y 32% para cáncer distal, la mayoría de las mujeres hispanas/latinas son diagnosticadas en etapa local, por lo tanto la tasa de supervivencia específica es superior al 85% (46). En una revisión sistemática realizada en 2015 en la Universidad de California por Seav S y colaboradores, se encontró que en la población estadounidense el 40% de las mujeres menores de 60 años sobrevivientes de cáncer, era atribuido al cáncer de mama (5).

Tratamiento

Resección tumoral del cáncer de mama

Uno de los pilares centrales del tratamiento para cáncer de mama temprano y localmente avanzado es la cirugía, tiene como objetivo principal el control local y regional de la enfermedad, las técnicas y las opciones quirúrgicas han evolucionado de acuerdo al conocimiento de la historia natural de la enfermedad y del avance en el tratamiento sistémico (47).

Cirugía reconstructiva

Es el campo de la cirugía plástica que busca restablecer la forma, el volumen y la apariencia del seno que se ha afectado, independientemente de su etiología. Su objetivo principal es lograr simetría, se considera que por tratarse de una intervención que busca corregir las secuelas de la resección del tumor mamario, es un procedimiento funcional y no estético (47).

Quimioterapia

Dentro de los tipos de tratamiento considerados para el cáncer de mama en mujeres se encuentra la quimioterapia, uno de los esquemas que más se utiliza es ciclofosfamida, adriamicina y taxanos, aplicado en 8 ciclos. La quimioterapia neoadyuvante se administra previa al procedimiento quirúrgico, es utilizada en estadios localmente avanzados. La quimioterapia adyuvante se administra después de la intervención quirúrgica y se utiliza para evitar recaídas y mejorar la supervivencia, está indicada en estadios tempranos, cuando hay ganglios positivos y enfermedad residual después de la neoadyuvancia (48).

Radioterapia

La radioterapia se usa como estrategia adicional de acuerdo al abordaje quirúrgico, siempre se utiliza cuando se realiza cirugía conservadora, mastectomía con hallazgo de ganglios positivos, tumores mayores de 5 cm, bordes positivos y para evitar recurrencia (48).

Hormonoterapia

La hormonoterapia es otra herramienta que se utiliza con frecuencia en el cáncer de mama dependiente de hormonas, consiste en la competencia entre los medicamentos suministrados y los estrógenos, por su receptor. Dentro de los tratamientos se encuentran los inhibidores de la aromatasa, los cuales evitan la biosíntesis de estrógenos, hacen parte de este grupo el letrozol y Anastrozol, se utilizan en postmenopausia. El Fulvestrant degrada el receptor de estrógeno y está indicado para enfermedad metastásica. En estadios tempranos y ganglios negativos, se indica el tamoxifeno que es un modulador selectivo de los receptores estrogénicos, se suele utilizar entre 5 y 10 años de acuerdo a las características clínicas de cada paciente (48).

4. Variables

Se dividieron las variables por grupos para alcanzar los objetivos de la investigación, además de considerar aquellas que son relevantes para la sexualidad.

- **Variables sociodemográficas:** edad en años, según el documento de identidad. Escolaridad de acuerdo a los años aprobados. Orientación sexual referida por la participante. Estado civil referido por la participante. Procedencia y estrato, de acuerdo al lugar de vivienda. Ocupación actual referida por la participante.
- **Variables de la función sexual:** según el FSFI y sus 6 dominios que comprenden el nivel y frecuencia del deseo sexual; frecuencia, nivel, seguridad y conformidad con la excitación; frecuencia y dificultad de mantenimiento de la lubricación; frecuencia, dificultad y conformidad para alcanzar el orgasmo; satisfacción con la cercanía emocional en pareja, con las relaciones sexuales, con la vida sexual en general; frecuencia y nivel de dolor asociado a la penetración. Además de los dominios del índice de función sexual femenina, también se interrogó por la prácticas autoeróticas y vida sexual activa.

5. Metodología

Para el desarrollo del presente proyecto se contó con la previa aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la Universidad de Caldas y de los directivos de la IPS oncológica, que dentro de sus servicios presta atención a pacientes con patología mamaria maligna en la ciudad de Manizales, se procedió a realizar el estudio que se describe a continuación.

5.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, analítico, observacional, transversal, de nivel relacional.

5.2 Población y muestra

Mujeres de 18 años o más con y sin historial de cáncer de mama que asistieron a una IPS en la ciudad de Manizales entre agosto de 2022 y febrero de 2023. El muestreo se realizó utilizando la fórmula para comparar promedios de dos grupos, el tamaño correspondiente para cada grupo fue de 59 participantes y al aplicar el porcentaje de pérdidas se conformó cada grupo con 65 sujetos.

Se excluyeron aquellas pacientes que no diligenciaron el consentimiento informado, antecedente de depresión o en terapia antidepresiva, que se encontraran en seguimiento por sexología clínica o en quienes no se lograra recolectar de forma completa los datos de interés para los investigadores.

5.3 Procedimientos

La recolección de los datos se realizó durante la consulta en una IPS en la ciudad de Manizales. A las mujeres se les explicó el consentimiento informado, posteriormente se diligenció y se firmó. Durante la consulta se interrogó a cada una de las participantes para conocer si cumplían todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Una vez se consideraron aptas para el ingreso al estudio, se solicitó la información social, demográfica y se realizó la historia clínica enfocada en los aspectos de interés para la investigación. Se procedió a aplicar en formato físico el índice de función sexual femenina FSFI por sus siglas en inglés, de forma auto aplicada. La investigadora principal fue quién realizó cada procedimiento de la investigación con el fin de vigilar el rigor de la recolección de los datos y aclarar cualquier duda por parte de los participantes. La tabla 1 resume las variables de interés para la investigación.

5.4 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo usando frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; y se utilizaron medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico), para las variables cuantitativas. Para determinar la distribución de los datos cuantitativos se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El análisis de diferencias entre variables cualitativas se realizó con la prueba de chi cuadrado. Para el análisis de diferencias en variables cuantitativas con distribución normal se utilizó la prueba de T de Student. Para las variables con distribución diferente a la normal, se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney. Se compararon las medianas del FSFI en cada uno de los dominios por medio del estadístico U de Mann-Whitney. Se utilizó un valor de $p < 0,05$ para determinar la significancia estadística.

5.5 Consideraciones éticas

Las implicaciones éticas dentro de la investigación, fueron regidas bajo la normatividad internacional de la Declaración de Helsinki, a nivel nacional se cumplieron las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, descritas en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993, título II, capítulo I.

Esta investigación se llevó a cabo cuando se contó con el consentimiento informado por escrito, diligenciado y firmado por parte del sujeto de investigación, previa aprobación por parte del Comité de Ética en investigación de la Universidad de Caldas y la IPS en la cual se desarrolló la investigación.

En la presente investigación no existen conflictos de interés.

6. Resultados

En este apartado se exponen los resultados de la presente investigación realizada entre los meses de agosto de 2022 y febrero de 2023 en una IPS de la ciudad de Manizales, Colombia. Primero se muestran las variables sociodemográficas y a continuación las variables relacionadas con la sexualidad, incluidas las comparaciones de cada dominio del FSFI. Posteriormente se analizan las asociaciones entre las variables sociodemográficas y las variables de sexualidad, además se contrastó la información con los antecedentes, para llegar a las conclusiones finales de la investigación.

En total se analizaron datos de 130 mujeres, 50 % con historial de cáncer de mama. El promedio de edad de la población fue 57,9 años, la mayoría de la población procedía de área urbana, perteneciendo a los estratos medio y bajo en un 80 % de la muestra. La mayoría de las participantes tenían una relación estable (58%). Como se observa en la tabla 1, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas entre mujeres con y sin antecedente de cáncer de mama.

Tabla 1

	Total N= 130	Ca de mama N= 65	Sin Ca de mama N= 65	p*
Edad, años, media (DS)	57,9 (9,4)	59,1 (9,7)	56,7 (9)	0,072
Procedencia, %				
Urbano	122 (93,8)	59 (90,8)	63 (96,9)	0,144
Rural	8 (6,2)	6 (9,2)	2 (3,1)	
Estrato Socioeconómico, %				
Bajo (1-2)	54 (41,5)	28 (43,1)	26 (40)	0,646

Medio (3-4)	50 (38,5)	22 (33,8)	28 (38,5)	
Alto (5-6)	20 (15,4)	11 (16,9)	9 (13,8)	
No conocido	6 (4,6)	2 (3,1)	6 (4,6)	
Escolaridad, %				
Primaria finalizada	27 (20,8)	14 (21,5)	13 (20)	0,532
Primaria incompleta	19 (14,6)	12 (18,5)	7 (10,8)	
Bachillerato finalizado	21 (16,2)	12 (18,5)	9 (13,8)	
Bachillerato incompleto	19 (14,6)	10 (15,4)	9 (13,8)	
Técnico	15 (11,5)	6 (9,2)	9 (13,8)	
Universitario	29 (22,3 %)	11 (16,9)	18 (27,7)	
Ocupación, %				
Empleada	46 (35,4)	19 (29,2)	27 (41,5)	0,501
Desempleada	2 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	
Pensionada	16 (12,3)	8 (12,3)	8 (12,3)	
Ama de casa	66 (50,8)	37 (56,9)	29 (44,6)	
Estado Civil, %				
Casada	44 (33,8)	25 (38,5)	19 (29,2)	0,48
Soltera	29 (22,3)	14 (21,5)	15 (23,1)	
Viuda	17 (13,1)	9 (13,8)	8 (20)	
Divorciada	26 (20)	13 (20)	13 (20)	
Unión libre	14 (10,8)	4 (6,2)	10 (15,4)	
Orientación Sexual, heterosexual %	99,2	100	98,5	0,315
Vida sexual activa, %	53 (40,8)	27 (41,5)	26 (40)	0,858
Masturbación**, %	12 (9,5)	5 (7,7)	7 (10,8)	0,545

FSFI, puntos, mediana (RIC)	4,8 (32,8)	4,4 (32,1)	5 (32,8)	0,537
-----------------------------	------------	------------	----------	-------

* Valor de p entre mujeres con y sin cáncer de mama

Respecto a la orientación sexual el 99,2 % de la población refirió ser heterosexual. El 40,8 % de las mujeres reportaron que tenían una vida sexual activa y el 9,5 % de la población reportó prácticas autoeróticas. Cuando se analizaron los datos respecto a prácticas sexuales, no hubo diferencias entre el grupo de mujeres con y sin cáncer respecto a vida sexual activa ($p = 0,858$) y masturbación ($p = 0,545$).

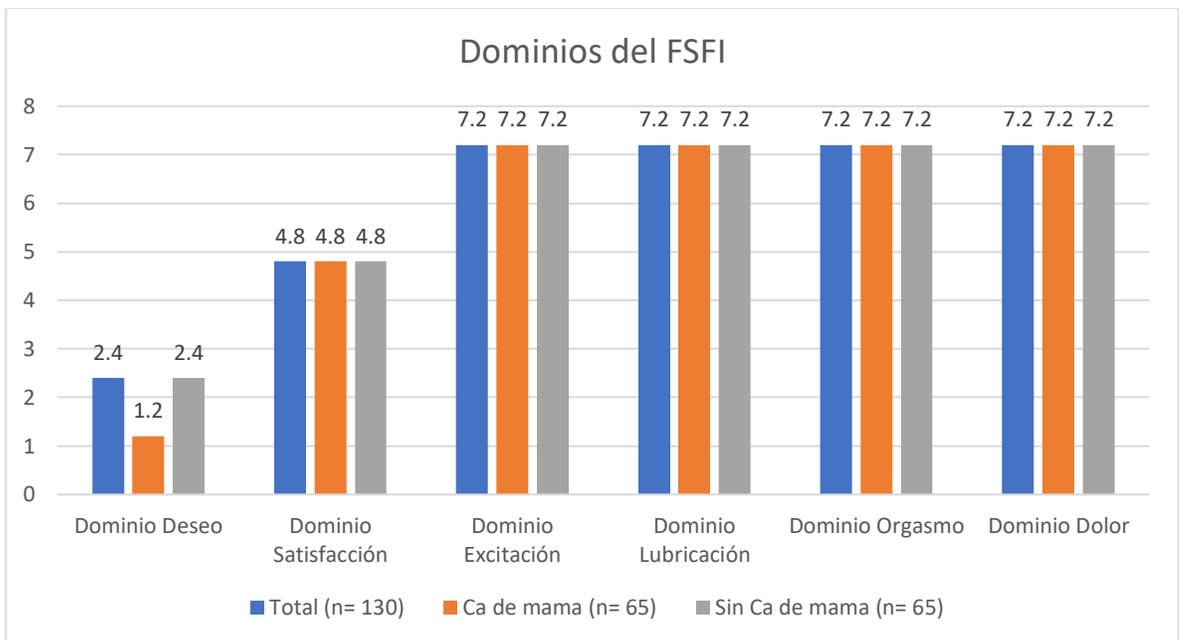
Respecto a la presencia de disfunción sexual global medida por la escala FSFI, se encontró una prevalencia en la población total de 76,2 %, sin encontrarse diferencias en el grupo con y sin antecedente de cáncer de mama (76,9 % vs 75,4 %, $p = 0,837$). Cuando se realizó el análisis por cada uno de los componentes de la FSFI, no hubo diferencias entre los grupos ($p > 0,05$) Tabla 2, sin embargo, los dominios más afectados fueron el deseo y la satisfacción en ambos grupos (1,2 vs 2,4 (0,155%) (4,8 vs 4,8 (0,936%) Figura 1.

Tabla 2

	Total (n= 130)	Ca de mama (n= 65)	Sin Ca de mama (n= 65)	p*
Presencia de disfunción sexual global, %	76,2	76,9	75,4	0,837
Dominio Deseo, mediana (p25 – p75)	2,4 (1,2 - 3,6)	1,2 (1,2 – 3,6)	2,4 (1,2 – 4,2)	0,155
Dominio Excitación, mediana (p25 - p75)	7,2 (5,1 – 7,2)	7,2 (4,8 – 7,2)	7,2 (5,1 – 7,2)	0,530

Dominio Lubricación mediana (p25 - p75)	7,2 (5,4 - 7,2)	7,2 (4,8 - 7,2)	7,2 (6 - 7,2)	0,297
Dominio Orgasmo, mediana (p25 - p75)	7,2 (5,2 - 7,2)	7,2 (5,2 - 7,2)	7,2 (5,6 - 7,2)	0,586
Dominio Satisfacción mediana (p25 - p75)	4,8 (4,4 - 4,8)	4,8 (4,8 - 4,8)	4,8 (4,4 - 5,2)	0,936
Dominio Dolor mediana (p25 - p75)	7,2 (6 - 7,2)	7,2 (5,6 - 7,2)	7,2 (6 - 7,2)	0,320

Figura 1



7. Discusión

El riesgo de presentar disfunción sexual asociada al cáncer de mama está presente desde que se realiza el diagnóstico, ya que este se asocia a cambios emocionales y psicológicos que afectan la calidad de vida y la autoestima global. Posterior al diagnóstico, se plantea el tratamiento determinado por las características clínicas del cáncer, en la mayoría de los casos la cirugía es un procedimiento a realizar, dejando secuelas en la imagen corporal que afectan la sexualidad, sin embargo, cabe resaltar que la mayoría de las pacientes de nuestro estudio, habían sido intervenidas con procedimientos conservadores, es decir, en los cuales se había hecho el mayor esfuerzo quirúrgico para preservar la arquitectura mamaria libre de tumor, lo cual puede ser una explicación del por qué no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de disfunción sexual que se puedan atribuir al procedimiento quirúrgico, ya que se ha descrito en la literatura, que cuando se realizan cirugías conservadoras el impacto en la autoestima, la imagen corporal y por ende en la sexualidad, es menor. Los tratamientos con SERM e inhibidores de la aromatasasa, son frecuentes y también generan los efectos propios de la privación de estrógenos sobre la sexualidad como lo son las alteraciones del deseo, la lubricación, la excitación, la satisfacción y dolor. Por su lado la quimioterapia altera la calidad de vida, la imagen corporal y el equilibrio estrogénico, influyendo negativamente en la sexualidad. La radioterapia produce fatiga, cambios en la piel y en la sensibilidad, que refuerzan las alteraciones en la calidad de vida y en la sexualidad, motivo por el cual, los efectos del diagnóstico sobre la sexualidad se perpetúan con el manejo y se agregan síntomas producto de la alteración del equilibrio fisiológico, que son causantes de disfunción sexual en las mujeres con historial de cáncer de mama (10)(15)(16).

El presente estudio muestra que el 76,9 % de las mujeres evaluadas con antecedente de cáncer de mama presentaban disfunción sexual, frente a un 75,4%

de las mujeres sin dicho antecedente, diferencia que no fue estadísticamente significativa. Al conocimiento de los autores este es el primer estudio en nuestro país que compara la prevalencia de disfunción sexual entre mujeres con y sin cáncer de mama con características demográficas similares, pues la mayoría de los estudios en Colombia y a nivel mundial se enfocan en la caracterización epidemiológica de la población con el antecedente de cáncer de mama, sin lograr establecer asociaciones con respecto a poblaciones que tengan un perfil demográfico similar, pero sin dicho antecedente patológico. Este alto porcentaje de disfunción sexual en ambos grupos representa que si bien, el cáncer de mama es un factor de riesgo para disfunción sexual, se debe tener presente que esta patología se diagnostica principalmente en mujeres peri y posmenopáusicas, quienes por el cambio hormonal propio de esta etapa de la vida, ya tienen un factor de riesgo importante para disfuncionar en términos de sexualidad. Por otro lado, no se descarta la influencia de factores culturales que son universales y que pueden tener un impacto significativo en la sexualidad, lo cual se considera un hallazgo importante de la investigación, ya que evidencia que la población general, al igual que las mujeres con historial de cáncer de mama, llegan a perder los beneficios que la sexualidad saludable aporta a la calidad de vida, además abre la discusión frente a la comunicación sexual en las parejas en nuestro medio, también la percepción de las mujeres como seres sexuales durante la peri y posmenopausia y la vivencia de la sexualidad en ausencia de una pareja (8)(49).

Se evidencia que en la población estudiada 3 de cada 4 mujeres presentan disfunción sexual de acuerdo al punto de corte empleado para el FSFI en nuestro país (inferior o igual a 26). Una razón que podría explicar este comportamiento es la edad de la población. En el presente estudio se encontró una media de edad del grupo conformado por las mujeres con cáncer de mama de 59,1 años, lo cual es esperado teniendo en cuenta la edad de incidencia de esta patología, que se presenta con mayor frecuencia desde los años de la perimenopausia con un pico posterior entre los 75 y 79 años (44). Diversos autores han descrito que en la

menopausia y posmenopausia se observan cambios significativos en la función sexual, incluida una disminución de la capacidad en la respuesta sexual, en la frecuencia sexual y un aumento en la sequedad vaginal, la prevalencia de la disfunción sexual durante la transición a la menopausia se ha estimado en un rango de 42 a 88% (43)(13), similar a lo reportado en este trabajo.

Para la presente investigación fue importante contemplar el impacto de la perimenopausia y la posmenopausia sobre la sexualidad, ya que en esta etapa hay una disminución de las hormonas esteroideas, las cuales son necesarias para la integridad de la función sexual. Los estrógenos y la testosterona actúan a nivel del sistema nervioso central, especialmente sobre estructuras del sistema límbico, para la adecuada respuesta en las fases de deseo y excitación, dos fases que se encuentran comúnmente alteradas en mujeres en edades donde el nivel hormonal comienza su descenso y potencialmente tiene la capacidad de convertirse en la causa de disfunciones sexuales. Una de las principales consecuencias del hipoestrogenismo es el síndrome genitoruinario de la menopausia, el cual afecta la salud sexual y la calidad de vida en general. Los estados donde los niveles hormonales son bajos, como en la menopausia, la ooforectomía bilateral, la insuficiencia ovárica prematura, los tratamientos para el cáncer que incluyen radioterapia de la región pélvica, la quimioterapia, los moduladores de los receptores estrogénicos y los inhibidores de la aromatasa como parte del manejo para cáncer de mama hormonodependiente, etc. también producen la clínica típica del SGU, a partir de la cual se generan disfunciones sexuales, por lo tanto, lo anterior es una de las explicaciones del porqué se encontró un porcentaje alto de mujeres que presentaron disfunción sexual en el grupo sin historial de cáncer de mama (43)(13).

A pesar de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en los dominios del FSFI entre grupos, se observa que el dominio del deseo es el más bajo y con mayor tendencia en el grupo de mujeres con historial de cáncer de mama, lo cual es consistente con investigaciones realizadas en Latinoamérica, que a su vez,

difieren de resultados encontrados en Europa, donde las principales disfunciones sexuales se deben al dolor, a la lubricación insuficiente y en tercer lugar a los cambios en el deseo (7)(8)(9). Lo anterior se atribuye a la diferencia en factores étnicos, sociales y culturales, que impactan la sexualidad de forma individual (6). En nuestra investigación el segundo lugar más bajo en ambos grupos fue el dominio de satisfacción.

El estudio de la relación entre la influencia sociocultural, el cáncer de mama y la sexualidad en nuestro medio, evidencia que se reporta que las mujeres latinas presentan mayores dificultades de índole sexual a largo plazo posterior al tratamiento para cáncer de mama, se ha concluido que esto se debe a los roles de género, entendiendo el rol femenino, como aquel que necesita cuidado por su menor capacidad de independencia y mayor sumisión, también el gran valor que se le da a la virginidad es otro punto que causa que las mujeres tengan mayor restricción para hablar acerca de la sexualidad, por otro lado, la cultura latina impone un ideal de belleza femenino de un cuerpo con curvas el cual incluye grandes mamas, esto influye en la aceptación del cambio de la imagen corporal debido a los diferentes tipos de tratamiento para el cáncer de mama, manifestándose principalmente en la disminución del deseo sexual y en la satisfacción, ya que son factores que dependen de estados mentales, físicos e interpersonales adecuados y por este motivo es probable que las participantes de nuestra investigación presenten mayor afectación en estos dos dominios del FSFI (27).

En el análisis de los datos un punto importante fue que algunas de las participantes no consideraban el autoerotismo como vivencia activa de la sexualidad, lo cual deja aún más en evidencia la influencia de las creencias sociales y culturales de nuestro medio, sobre la sexualidad (37)(38). En el grupo de las mujeres con historial de cáncer de mama, todas consideraron el autoerotismo como vida sexual activa.

Del 58% de las mujeres que manifestaron tener una relación estable, el 41,5% de quienes tenían historial de cáncer de mama y el 40% de las que no tenían el

antecedente, tenían vida sexual activa, lo cual deja al descubierto la necesidad de educación sexual integral y la intervención de cogniciones y actitudes hacia la sexualidad que acompañan a las mujeres cuando su vida reproductiva llega o está llegando a su fin, se debe tener presente que la intervención también debe estar dirigida hacia las parejas (50)(1).

La actitud hacia la sexualidad está relacionada con el constructo sociocultural, lo cual se consideró una de las causas del porcentaje significativo de mujeres con disfunción sexual en el grupo sin el historial de cáncer de mama. En nuestra cultura occidental una de las etiologías de la actitud erotófila, es el arraigo religioso a tradiciones judeocristianas que están basadas en posiciones negativas hacia la sexualidad, sin embargo, también la prevención hacia lo erótico, la creencia de la sexualidad netamente reproductiva, la calidad de la información acerca de la sexualidad, la negación o restricción de educación en sexualidad, el rechazo al propio cuerpo y a su exploración desde etapas tempranas de la vida, y la censura hacia la mujer que conoce y disfruta de su sexualidad, permiten que exista predisposición y evitación del contacto sexual, por lo tanto, la construcción de una actitud positiva hacia la sexualidad a partir del entorno sociocultural, influye directamente en la génesis de disfunciones sexuales, resaltando aquellas de la fase del deseo sexual, que es el dominio que se encuentra más afectado en ambos grupos evaluados en nuestro trabajo (50)(1).

Los resultados de la presente investigación no son consistentes con los encontrados en algunos estudios de características similares realizados en Europa y Estados Unidos, donde se ha reportado que las mujeres con antecedente de cáncer tienen mayor afectación de la vida sexual en términos de actividad sexual, impacto de síntomas menopáusicos, satisfacción con la pareja, disfrute sexual, etc. comparadas con mujeres que no han tenido la patología, sin embargo, aunque los estudios también hayan utilizado grupo de población sin cáncer de mama para establecer asociaciones o causalidad, las características demográficas eran

diferentes entre ambos grupos, lo cual se evitó en nuestra investigación con el fin de obtener menos factores de confusión (51)(52).

El diagnóstico y manejo del cáncer de mama impacta el aspecto físico y la calidad de vida de quienes lo padecen, por lo tanto, es más frecuente que las personas con esta patología presenten trastornos mentales principalmente trastornos del afecto como la depresión (3), siendo esta una comorbilidad común en cáncer de mama, con prevalencia de hasta el 32,2% (53), proponiéndose como una vía que puede estar asociada a las disfunciones sexuales en esta población (9)(54), sin embargo, como parte de los criterios de exclusión del presente estudio no se tuvieron en cuenta pacientes con depresión ni en tratamiento con antidepresivos, por su clara relación con disfunción sexual eliminando así un posible factor de confusión en la población.

Uno de los resultados llamativos de la investigación, es que, del total de la población, el 58% de las participantes tenían una relación estable, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Basson en su modelo, califica la intimidad como uno de los aspectos fundamentales para desencadenar la función sexual femenina, la comunicación en pareja, la confianza, la admiración hacia el compañero sentimental y la buena disposición para dar y recibir mensajes verbales y no verbales, entre otras, son características de las parejas con alto grado de intimidad. Lo anterior debería investigarse en las parejas conformadas por mujeres en edad peri y posmenopáusica de nuestro país, ya que el bajo grado de intimidad en pareja, puede ser una de las causas de porqué se presenta disfunción sexual en esta etapa de la vida (2).

Si bien el contar con el apoyo de la pareja, influye positivamente en la calidad de vida de las mujeres con historial de cáncer de mama, cuando se presenta una patología crónica en alguno de los integrantes de la pareja, propiamente hablando del cáncer de mama en las mujeres, hay cambios dentro de la relación, los compañeros sentimentales también experimentan disminución del bienestar físico y

psicológico, algunos se encuentran renuentes a ver las cicatrices y aceptar los cambios en la apariencia que son resultado del proceso quirúrgico de la mamá y aquellos que sobrevienen con la quimioterapia, resaltando que en los hombres uno de los activadores externos de la función sexual más importantes, es la vista, este es uno de los motivos por el cual las disfunciones sexuales no están presentes solamente en las mujeres con el antecedente patológico, sino también en sus parejas, afectando la dinámica de ambos miembros (2)(30). Se ha encontrado en investigaciones que algunos hombres consideran inmoral propiciar cualquier contacto sexual solo por el hecho del sufrimiento que han vivido sus parejas al sobrellevar la enfermedad, lo cual a su vez influye negativamente en la aparición del deseo sexual de los compañeros de las mujeres con historial de cáncer de mama (30). Por lo tanto, la dinámica de pareja de las mujeres con historial de cáncer de mama es otro aspecto que debe ser evaluado en esta población, sin embargo, los resultados son similares en el grupo de quienes no tenían el antecedente patológico, por lo cual se hace necesario tener presente el abordaje en pareja al momento de hablar de sexualidad en la población femenina en edad de peri y posmenopausia y con o sin historial de cáncer de mama.

Dentro de los resultados del estudio se observa que la mayoría de la población (35,4%) tenía un nivel educativo de menos de 6 años de estudio. Las mujeres que tienen un nivel educativo mayor, tienen herramientas sociales y cognitivas que influyen en la motivación y la habilidad para comprender la información acerca de las buenas prácticas en salud, por lo tanto, tienen un factor a favor de la asimilación de la vida con historial de cáncer de mama, los cambios que sobrevienen con los tratamientos y que impactan la sexualidad (19), pero también acerca de los cambios que se generan a partir de la menopausia, por lo anterior, el bajo nivel de educación en la población es otra probable causa de la presencia de disfunciones sexuales en ambos grupos estudiados.

7.1 Fortalezas y limitaciones

Se resalta la poca cantidad de estudios que comparen directamente población con y sin cáncer de mama. En este aspecto, se resalta también la homogeneidad de los grupos en cuanto las características evaluadas, pero heterogeneidad intragrupo. Una limitación importante de algunas investigaciones publicadas, es que en su mayoría han incluido mujeres con alto nivel educativo que tienen mayor habilidad para la comprensión de la información, sin embargo, en nuestra investigación ambos grupos incluyen personas con todo tipo de nivel educativo (19)(26). Otra fortaleza del estudio fue la forma en la cual se recolectaron los datos, ya que se hizo personalmente y por un profesional calificado, en algunas otras investigaciones los cuestionarios son respondidos en línea, lo cual dificulta la aclaración de dudas que se verá reflejada en los resultados (7).

Dentro de las limitaciones, se tiene que es un estudio unicéntrico y no reporta la comorbilidad de la población evaluada, así como, el requisito para el diagnóstico de depresión se realizó basado en los antecedentes referidos por las participantes y no se utilizaron escalas validadas, lo cual puede representar un porcentaje de mujeres subdiagnosticadas.

8. Conclusiones

Al contar con una muestra de pacientes con historial de cáncer de mama y de forma simultánea establecer asociaciones con un grupo de mujeres sin dicho antecedente, se concluye que el periodo de peri y posmenopausia, acompañado de los cambios fisiológicos propios de esta etapa, representa un factor importante en la generación de disfunción sexual independientemente del historial de cáncer de mama, que en este caso sería un factor adicional para generar y mantener las dificultades de índole sexual.

De igual forma se concluye que las características del entorno social y cultural tienen gran influencia en el comportamiento sexual de las mujeres, lo anterior puede soportar la razón por la cual, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables evaluadas entre los dos grupos.

La sexualidad hace parte de la calidad de vida de todos los seres humanos, por este motivo, la investigación deja claridad de la transversalidad de la sexología clínica como disciplina y de la labor del médico sexólogo en los diferentes escenarios clínicos, especialmente en aquellos que requieren manejo multidisciplinario, como en el caso de las mujeres que tienen historial de cáncer de mama, quienes deben enfrentar cambios en su imagen corporal de una zona que en nuestro medio tiene una connotación erótica, además de los efectos fisiopatológicos ya mencionados que conlleva el diagnóstico y manejo de la enfermedad.

El presente trabajo deja al descubierto la necesidad de divulgación y educación en temas de sexualidad, los cuales brindaran mejor calidad de vida a las mujeres, no solo a aquellas quienes tienen historial de cáncer de mama, sino a la población en general.

9. Recomendaciones

- Es pertinente ahondar en el tema a través de futuras investigaciones realizadas en nuestro medio.
- Es preciso ampliar la línea de investigación en mujeres de menor edad y con historial de cáncer de mama, en quienes la perimenopausia y la posmenopausia no se considera un factor de disfunción sexual.
- Se requiere educación sexual integral para las mujeres en edad peri y posmenopáusica, en todos los ámbitos clínicos como parte de los programas de atención primaria y también, como parte del manejo multidisciplinario que requieren las mujeres con enfermedades crónicas.
- Es fundamental la formación en sexualidad del equipo de salud a nivel nacional, ya que el desconocimiento del tema es uno de los motivos por los cuales no se interroga acerca de la salud sexual.
- Se considera necesaria la intervención de la salud sexual de las mujeres con alteraciones hormonales secundarias a la menopausia y aquellas con diagnóstico de cáncer de mama.
- En investigaciones futuras se recomienda tener en cuenta las comorbilidades de cada participante que puedan ser causa de disfunciones sexuales, de la misma forma incluir población en manejo con psicofármacos controlando los sesgos y estableciendo las diferencias de las dificultades sexuales que puedan atribuirse a estos factores.
- El estudio aporta información acerca de la sexualidad de las personas con historial de cáncer de mama, para que los profesionales que hacen parte del equipo multidisciplinario encargado del seguimiento de las pacientes, tengan en perspectiva las principales causas de disfunción sexual y no se pase por alto indagar por este importante aspecto de la calidad de vida.

- Como método inicial de evaluación de la sexualidad en mujeres en edad peri y posmenopáusica, con y sin comorbilidades, es posible aplicar la escala FSFI, para la detección precoz de disfunciones sexuales.
- Realizar estudios en parejas con diversidad de orientación sexual para observar el impacto de la patología en la relación de pareja y el nivel de intimidad, considerando la afectación que sufren los hombres en las relaciones heterosexuales y esta como causa de disfunción sexual en ambos integrantes.
- Es importante resaltar la necesidad de intervención del médico sexólogo en los diferentes escenarios en salud, especialmente en mujeres en etapa de peri y posmenopausia, y principalmente en quienes cursan con patologías crónicas, como el cáncer de mama.
- Se recomienda la implementación de programas de intervención de la salud sexual donde exista el apoyo del médico sexólogo, para la población de mujeres en la peri y posmenopáusica, sanas y con morbilidad.

10. Bibliografía

1. Juan Luis Alvarez Gayou. Sexoterapia integral. Segunda edición. Sexoterapia integral. Mexico, D.F.; 2011.
2. Francisco Cabello Santamaría. Manual de sexología y terapia sexual. Madrid; 2010. undefined.
3. Archangelo S de CV, Neto MS, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. Clinics. 2019;74.
4. Eusebio Rubio Auriol HRS. CAP 6 - Enfermedades crónicas y vida sexual. In: Lo que todo clínico debe saber de sexología. 2014. p. 108–10.
5. Seav SM, Dominick SA, Stepanyuk B, Gorman JR, Chingos DT, Ehren JL, et al. Management of sexual dysfunction in breast cancer survivors: a systematic review. Womens Midlife Health. 2015;1(1):1–9.
6. Jing L, Zhang C, Li W, Jin F, Wang A. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. Vol. 27, Supportive Care in Cancer. Springer Verlag; 2019. p. 1171–80.
7. Cobo-Cuenca AI, Martín-Espinosa NM, Sampietro-Crespo A, Rodríguez-Borrego MA, Carmona-Torres JM. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. PLoS One. 2018;13(8).
8. Espitia De La Hoz FJ, De La Ossa Ospina D. Evaluación de la Función sexual en mujeres con cáncer de mama, en el Quindío. Revista avances en salud. 2019;3(2).
9. Miaja M, Platas A, Martinez-Cannon BA. Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, & body image in young breast cancer patients & their partners. Vol. 69, Revista de Investigacion Clinica. Instituto Nacional de la Nutricion Salvador Zubiran; 2017. p. 204–9.
10. Lachowicz M, Kufel-Grabowska J, Bartoszkiewicz M, Ramlau R, Łukaszuk K. Sexual well being of breast cancer patients. Nowotwory Journal of Oncology. 2021 Aug 18;71(4).
11. Castillo H, Mension E, Cebrecos I, Anglès S, Castelo-Branco C. Sexual Function in Breast Cancer Patients: A Review of the Literature. Vol. 49, Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology. 2022.
12. Lozano Hernández E, Márquez Hernández V, Moya Diéguez JM, Alarcón Rodríguez R. Cambios en la sexualidad durante la menopausia. Vol. 45, Atencion Primaria. 2013.
13. Álvaro M castro, Jhonmer M vega, Cindy A acosta. Quality of life and sexual dysfunction in climacteric women from a colombian caribbean region. Revista ciencias biomédicas. 2014;
14. Asociación Americana de Psiquiatría. Disfunciones sexuales, Sección II. In: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5. Quinta edición. 2014. p. 423–50.

15. Ghizzani A, Bruni S, Luisi S. The sex life of women surviving breast cancer. Vol. 34, *Gynecological Endocrinology*. Taylor and Francis Ltd; 2018. p. 821–5.
16. Chang YC, Chang SR, Chiu SC. Sexual Problems of Patients With Breast Cancer After Treatment: A Systematic Review. *Cancer Nurs*. 2019 Sep 1;42(5):418–25.
17. Faria BM, Rodrigues IM, Marquez LV, Pires U da S, de Oliveira SV. The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: A systematic review. *Psicooncologia (Pozuelo de Alarcon)*. 2021;18(1):91–115.
18. Reese JB, Sorice K, Lepore SJ, Daly MB, Tulskey JA, Beach MC. Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue. *Patient Educ Couns*. 2019 Mar 1;102(3):436–42.
19. Den Ouden MEM, Pelgrum-Keurhorst MN, Uitdehaag MJ, De Vocht HM. Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*. 2019 May 1;26(3):326–32.
20. Kowalczyk R, Nowosielski K, Cedrych I, Krzystanek M, Glogowska I, Streb J, et al. Factors Affecting Sexual Function and Body Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland: A Short-Term Observation. *Clin Breast Cancer*. 2019 Feb 1;19(1):e30–9.
21. The Global Cancer Observatory IA for R on C. Colombia Source Globocan 2020. 2021 Mar.
22. Arias-Ortiz NE, López-Guarnizo GA, Arboleda-Ruiz WA. Cancer incidence and mortality in Manizales 2003-2007. *Colomb Med*. 2012;
23. Dikmans REG, van de Grift TC, Bouman MB, Pusic AL, Mullender MG. Sexuality, a topic that surgeons should discuss with women before risk-reducing mastectomy and breast reconstruction. *Breast*. 2019 Feb 1;43:120–2.
24. Zeighami Mohammadi S, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. Reconstruction of feminine identity: The strategies of women with breast cancer to cope with body image altered. *Int J Womens Health*. 2018;10:689–97.
25. Streb J, Jabłoński MJ, Słowik A, Babczyk D, Jach R. Indications for sexology consultation in women after surgical treatment due to breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2019;26(2):379–84.
26. Reese JB, Beach MC, Smith KC, Bantug ET, Casale KE, Porter LS, et al. Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 2017 Oct 1;25(10):3199–207.
27. Hungr C, Sanchez-Varela V, Bober SL. Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: Practical recommendations. Vol. 69, *Revista de Investigacion Clinica*. Instituto Nacional de la Nutricion Salvador Zubiran; 2017. p. 114–22.
28. Masià J, Merchán-Galvis, Salas K, Requeijo C, Cánovas E, Quintana MJ, et al. Socio-economic impact on women diagnosed and treated for breast cancer: a cross-sectional study. *Clinical and Translational Oncology*. 2019 Dec 1;21(12):1736–45.

29. Valente M, Chirico I, Ottoboni G, Chattat R. Relationship dynamics among couples dealing with breast cancer: A systematic review. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI; 2021.
30. Yeung NCY, Zhang Y, Ji L, Lu G, Lu Q. Correlates of sexual quality of life among husbands of Chinese breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019 Jun 1;40:63–70.
31. Canzona MR, Fisher CL, Ledford CJW. Perpetuating the cycle of silence: the intersection of uncertainty and sexual health communication among couples after breast cancer treatment. *Supportive Care in Cancer*. 2019 Feb 1;27(2):659–68.
32. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la C y la C (UNESCO). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Segunda edición. Paris, Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); 2018.
33. Secretaría de salud pública de Manizales UE. Boletín epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública . Manizales; 2022 Jan.
34. Rincón-Hernández AI, Parra-Carrillo WC, Álvarez-Muelas A, Peñuela-Trujillo C, Rosero F, Espitia de la Hoz F, et al. Temporal stability and clinical validation of the Spanish version of the female sexual function inventory (FSFI). *Women Health*. 2021;61(2):189–98.
35. Vallejo-Medina P, Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav*. 2018 Apr 1;47(3):797–810.
36. Organización Mundial de la Salud. *Temas de Salud*. 2006.
37. Moral de la Rubia J. Predicción de la frecuencia de masturbación en estudiantes universitarios = Prediction of masturbation frequency in college students. *Revista Interamericana de Psicología*. 2011;45(1).
38. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(3).
39. Heli Alzate. *Sexualidad humana*. Segunda edición. Editorial Temis, editor.
40. Zavala EA, Ana Y, Herrera A. TERAPIA SEXUAL Y NORMALIZACIÓN: SIGNIFICADOS DEL MALESTAR SEXUAL EN MUJERES Y HOMBRES DIAGNOSTICADOS CON DISFUNCIÓN SEXUAL.
41. Lapeira Panneflex P, Acosta Salazar D, Vásquez Munive M. Significado social atribuido a los senos y su influencia en el autocuidado en jóvenes universitarias. *Medicina UPB*. 2016;35(1):9–16.
42. La evolución de la conducta humana. Helen E Fisher. *EL CONTRATO SEXUAL*.
43. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual health in menopause. Vol. 55, *Medicina (Lithuania)*. 2019.
44. Martínez Gómez E, Couso A, Arnanz F, Ochoa B, Cano A, García Berrio R, et al. Cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2010;37(5).

45. Mariangela Espinosa Ramírez. Breast Cancer. Revista Médica Sinérgia . 2018 Jan;2:8–12.
46. Sociedad Americana Contra el Cáncer 2018. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2018-2020. Sociedad Americana Contra El Cáncer. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos. 2018.
47. Asociación Colombiana de Mastología. Manual de Mastología. Luis Hernán Guzmán MD CAVBMLFVGMADRMCI SFMGPJMJSBMD, editor. 2019.
48. Grupo de detección temprana del cáncer y la unidad funcional de mama y tejidos blandos IN de C. Webinar Cáncer de mama generalidades y detección temprana . 2021.
49. Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. Cancer Control. 2001;8(5).
50. Javier Gómez Zapiain. Psicología de la sexualidad. Psicología de la sexualidad. 2014.
51. Oberguggenberger A, Martini C, Huber N, Fallowfield L, Hubalek M, Daniaux M, et al. Self-reported sexual health: Breast cancer survivors compared to women from the general population - an observational study. BMC Cancer. 2017;17(1).
52. Smedsland SK, Vandraas KF, Falk RS, Horn J, Reidunsdatter RJ, Kiserud CE, et al. Sexual health in long-term breast cancer survivors: a comparison with female population controls from the HUNT study. Breast Cancer Res Treat. 2023;201(3).
53. Wang X, Wang N, Zhong L, Wang S, Zheng Y, Yang B, et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. Vol. 25, Molecular Psychiatry. 2020.
54. Baranowski AM, Noll AK, Golder S, Markert C, Stark R. Effects of Depression on Processing and Evaluation of Sexual Stimuli in Women. Journal of Sexual Medicine. 2022;19(3).

11. Anexos

Operacionalización de variables

Variable	Indicador o definición	Valores finales	Escala
Variables de sexualidad			
Deseo	Nivel de deseo sexual según el FSFI	Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo o ninguno	Cualitativa Ordinal Politómica
Excitación	Nivel de excitación sexual según el FSFI	Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo o ninguno	Cualitativa Ordinal Politómica
Satisfacción	Grado de satisfacción en la actividad sexual según el FSFI	Muy satisfecha Moderadamente satisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha Moderadamente insatisfecha Muy insatisfecha	Cualitativa Ordinal Politómica
Lubricación	Frecuencia con la que ha conseguido estar lubricada según el FSFI	Siempre o casi siempre Más de la mitad de las veces Aproximadamente la mitad de las veces Menos de la mitad de las veces Casi nunca o nunca	Cualitativa Ordinal Politómica
Orgasmo	Frecuencia con la que alcanzó	Siempre o casi siempre	Cualitativa Nominal Politómica

	el orgasmo según el FSFI	Más de la mitad de las veces La mitad de las veces Menos de la mitad de las veces Casi nunca o nunca	
Dolor	Frecuencia de dolor con la penetración vaginal según el FSFI	Siempre o casi siempre Más de la mitad de las veces La mitad de las veces Menos de la mitad de las veces Casi nunca o nunca	Cualitativa Nominal Politómica
Masturbación	Realización de prácticas autoeróticas	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica
Vida sexual	Tiene vida sexual activa	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica
Variables sociales y demográficas			
Edad	Edad en años según documento de identidad	Valor crudo	Cuantitativa Intervalo Discreta
Escolaridad	Años aprobados	Primaria finalizada Primaria incompleta Bachillerato Finalizado Bachillerato incompleto Técnico Universitario	Cualitativa Ordinal Politómica
Orientación sexual	Orientación sexual referida por la paciente	Heterosexual Homosexual Bisexual	Cualitativa Nominal Politómica

		Otro	
Estado civil	Referido por la paciente	Casada Soltera Viuda Divorciada Unión libre	Cualitativa Nominal Politómica
Procedencia	Lugar de vivienda	Urbano Rural	
Estrato	Estratificación de acuerdo al lugar de vivienda	1 2 3 4 5 6	Cuantitativa Ordinal Discreta
Ocupación	Ocupación actual	Empleada Desempleada Pensionada Ama de casa	Cualitativa Nominal Politómica

**Versión validada en Colombia del *The Female Sexual Function Index*
(FSFI; Rosen et al., 2000)**

Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C., & Saavedra-Roa, A. (2017). Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Archives of Sexual Behavior*, 1-14.

1. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido deseo o interés sexual?

- | | |
|---|--|
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces) |
| 1 | Casi nunca o nunca |

2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su **nivel** de deseo o interés sexual?

- | | |
|---|--------------------|
| 5 | Muy alto |
| 4 | Alto |
| 3 | Moderado |
| 2 | Bajo |
| 1 | Muy bajo o ninguno |

3. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su **nivel** de excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Muy alto |
| 4 | Alto |
| 3 | Moderado |
| 2 | Bajo |
| 1 | Muy bajo o ninguno |

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **segura** estaba de que se iba a excitar sexualmente durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Muy segura |
| 4 | Segura |
| 3 | Moderadamente segura |
| 2 | Poco segura |
| 1 | Casi nada o nada segura |

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha estado a gusto con su excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

7. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha conseguido estar lubricada ("mojada") durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **difícil** le ha resultado lubricar ("mojarse") durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|------------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 1 | Extremadamente difícil o imposible |
| 2 | Muy difícil |
| 3 | Difícil |
| 4 | Un poco difícil |
| 5 | Nada difícil |

9. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se **mantuvo** usted lubricada ("mojada") hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **difícil** fue mantenerse lubricada ("mojada") hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|------------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 1 | Extremadamente difícil o imposible |
| 2 | Muy difícil |
| 3 | Difícil |
| 4 | Un poco difícil |
| 5 | Nada difícil |

11. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿con qué **frecuencia** logró el orgasmo ("se vino")?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Siempre o casi siempre |
| 4 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 2 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 1 | Casi nunca o nunca |

12. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿qué tan **difícil** fue lograr el orgasmo ("venirse")?

- | | |
|---|------------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 1 | Extremadamente difícil o imposible |
| 2 | Muy difícil |
| 3 | Difícil |
| 4 | Un poco difícil |
| 5 | Nada difícil |

13. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **conforme** ha estado con su capacidad de lograr el orgasmo ("venirse") durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Muy conforme |
| 4 | Moderadamente conforme |
| 3 | Ni conforme ni inconforme |
| 2 | Moderadamente inconforme |
| 1 | Muy inconforme |

14. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **satisfecha** ha estado con el nivel de cercanía emocional durante la actividad sexual con su pareja?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 0 | No he tenido actividad sexual |
| 5 | Muy satisfecha |
| 4 | Moderadamente satisfecha |
| 3 | Ni satisfecha ni insatisfecha |
| 2 | Moderadamente insatisfecha |
| 1 | Muy insatisfecha |

15. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado en sus relaciones sexuales con su pareja?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 5 | Muy satisfecha |
| 4 | Moderadamente satisfecha |
| 3 | Ni satisfecha ni insatisfecha |
| 2 | Moderadamente insatisfecha |
| 1 | Muy insatisfecha |

16. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **satisfecha** ha estado con su vida sexual en general?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 5 | Muy satisfecha |
| 4 | Moderadamente satisfecha |
| 3 | Ni satisfecha ni insatisfecha |
| 2 | Moderadamente insatisfecha |
| 1 | Muy insatisfecha |

17. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido penetración vaginal |
| 1 | Siempre o casi siempre |
| 2 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 4 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 5 | Casi nunca o nunca |

18. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido incomodidad o dolor luego de la penetración vaginal?

- | | |
|---|--|
| 0 | No he tenido penetración vaginal |
| 1 | Siempre o casi siempre |
| 2 | La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) |
| 3 | Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces) |
| 4 | Pocas veces (menos de la mitad de las veces). |
| 5 | Casi nunca o nunca |

19. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su **nivel** de incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

- | | |
|---|----------------------------------|
| 0 | No he tenido penetración vaginal |
| 1 | Muy alto |
| 2 | Alto |
| 3 | Moderado |
| 4 | Bajo |
| 5 | Muy bajo o ninguno |

Dimensiones de la escala:

- ✓ **Deseo:** consiste en fantasear acerca de actividades sexuales y desear tener actividad sexual.
- ✓ **Excitación:** esta fase consiste en una sensación subjetiva de placer sexual, acompañado de cambios fisiológicos. En las mujeres hay una vasocongestión en la pelvis y expansión vaginal e hinchazón del área genital externa.
- ✓ **Lubricación:** es la generación de fluido producido en la vagina cuando la mujer se encuentra en estado de excitación sexual.
- ✓ **Orgasmo:** en esta fase se alcanza el máximo placer sexual. Se produce una relajación de la tensión sexual y una contracción rítmica de los músculos perineales y de los órganos reproductivos.
- ✓ **Satisfacción global:** grado de placer o disfrute que se experimenta en la actividad sexual en general.
- ✓ **Dolor:** es la sensación de dolor físico o incomodidad experimentada durante o después de la relación sexual. En las mujeres, el dolor puede ser superficial, (durante la inserción del pene) o profundo (durante el empuje del pene).

Inversión de ítems: no hay ítems inversos para el FSFI.

Interpretación y dimensiones:

Para obtener las puntuaciones por cada factor se debe sumar las puntuaciones de cada ítem (del factor correspondiente) y multiplicar dicho resultado por el dominio del factor. La puntuación total se obtiene sumando las 6 puntuaciones totales obtenidas de cada factor. Obtener 0 indica no haber tenido actividad sexual durante el último mes. Puntuaciones totales inferiores o iguales a 26 indican la presencia de una disfunción sexual.

Factor	Ítem	Rango de respuesta	Dominio del factor	Puntuación mínima	Puntuación máxima
<i>Deseo</i>	1,2	1-5	0,6	1,2	6
<i>Excitación</i>	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6
<i>Lubricación</i>	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6
<i>Orgasmo</i>	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6
<i>Satisfacción global</i>	14, 15, 16	0 (ó 1)-5*	0,4	0	6
<i>Dolor</i>	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6
Total				2	36

* El rango para el ítem 14 es de 0-5, para el 15 y 16 es de 1-5.