

## 4. El cáncer de mama y la sexualidad

**Candela Martín Ginés**

Graduada en Enfermería en Hospital Santa Creu i Sant Pau.

**Fecha recepción:** 21.10.2020

**Fecha aceptación:** 27.11.2020

### RESUMEN

El cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud de la mujer a nivel mundial. La propia enfermedad y las diversas formas de tratamiento dan lugar a cambios en la imagen corporal y alteran significativamente la función sexual de la mujer que la padece. Existe evidencia de que estos cambios no se comunican de forma asidua durante el proceso del cáncer. Además, son varios factores involucrados que dan lugar a esta alteración y requieren una valoración y un abordaje individualizado.

**Objetivo:** este trabajo tiene como objetivo conocer cómo afecta el cáncer de mama a la función sexual de la mujer que lo padece.

**Metodología:** se ha realizado una revisión bibliográfica basada en la búsqueda de artículos en diferentes bases de datos, principalmente PubMed y CINAHL.

**Conclusión:** con este estudio podemos concluir que existe una relación directa entre el cáncer de mama y una alteración de la respuesta sexual en todas sus fases, y que ésta se puede producir por múltiples causas. Una adecuada valoración de la función sexual en nuestros pacientes derivará en un abordaje acertado de la causa que lo produzca.

**Palabras claves:** cáncer, sexualidad, función sexual.

### ABSTRACT

*Breast cancer is one of the main problems of women's health worldwide. The disease itself and the different forms of treatment lead to changes of the body image and significantly modify the sexual function. There is evidence that these changes are not communicated regularly during the cancer process. In addition, there are several factors involved that give rise to this alteration and individualized assessment and approaches.*

**Objectives:** this essay pretends to figure out how breast cancer affects sexual function.

**Methodology:** we have made a bibliographic review based on the search of articles in different databases such as PubMed and CINAHL.

**Conclusion:** with the study, it is concluded there is a direct relationship between breast cancer and a sexual response's disturbance. Also, this disturbance can be made by different causes. An accurate evaluation of the sexual function of our patients will find the correct way to approach the problem that is causing it.

**Key words:** cancer, sexuality, sexual function.

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. El cáncer

“Cáncer” es un término utilizado para abarcar un gran conjunto de enfermedades relacionadas que pueden afectar a cualquier parte del organismo. También se puede hablar de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una de las características determinantes del cáncer es la rápida división de células consideradas anormales, las cuales se extienden más allá de límites normales, pudiendo invadir partes contiguas del organismo o diseminarse hacia otros órganos, proceso denominado «metástasis», que supone la principal causa de muerte de esta enfermedad<sup>1,2</sup>.

##### 1.1.1. Epidemiología

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial. En el año 2015 fue causa de 8,8 millones de defunciones<sup>1</sup>. El número de casos nuevos de cáncer se prevé que aumente a cerca de 23,6 millones para 2030<sup>3</sup>.

Los 5 tipos de cáncer con mayor tasa de mortalidad son<sup>1</sup>:

- Cáncer de pulmón (1,69 millones).
- Cáncer de hígado (788 000).
- Cáncer colorrectal (774 000).
- Cáncer de estómago (754 000).
- Cáncer de mama (571 000).

##### 1.1.2. Fisiopatología

El cuerpo humano está compuesto por trillones de células. Las células humanas siguen un proceso normal por el que crecen y se dividen dando lugar a nuevas células a medida que el cuerpo lo necesita. Conforme estas células envejecen o son dañadas, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Sin embargo, en el cáncer este proceso ordenado se ve alterado. A medida que las células se van haciendo más anormales, las células viejas o dañadas perduran cuando deberían morir, y el organismo crea nuevas células cuando éstas no son necesarias. La división ininterrumpida de estas nuevas células y su consecuente acumulación originaría lo que denominamos tumores<sup>2</sup>.

Dicha alteración se produce como consecuencia de la interacción entre factores genéticos la persona que lo padece y 3 tipos de agentes externos<sup>1</sup>:

- *Carcinógenos físicos*: radiaciones ultravioletas e ionizantes.
- *Carcinógenos químicos*: amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida).
- *Carcinógenos biológicos*: virus, bacterias y parásitos.

### 1.1.3. Tipos de cáncer

Existen más de 100 tipos de cáncer. Los diferentes tipos de cáncer se denominan según los órganos o tejidos donde se formen. También pueden definirse según el tipo de célula que los forma, como célula epitelial o célula escamosa. Estas son algunas categorías de cánceres que empiezan en tipos específicos de células<sup>2</sup>:

#### *Carcinoma*

Es el tipo de cáncer más común. Se origina en las células epiteliales, las cuales se encargan de cubrir la superficie interna y externa del cuerpo. Al existir diferentes tipos de células epiteliales, el carcinoma tendrá el nombre del lugar donde se originaban:

- **Adenocarcinoma**: se forma en las células epiteliales que son las encargadas de producir fluidos o mucosidad. Los tejidos que poseen este tipo de células se denominan algunas veces tejidos glandulares. La mayoría de los tipos de cáncer de mama, de colon y de próstata son adenocarcinomas.
- **Carcinoma de células basales**: comienza en la capa más baja o basal de la epidermis.
- **Carcinoma de células escamosas**: se origina en las células escamosas, las cuales están debajo de la superficie externa de la piel. Estas células también se encargan de revestir otros órganos, como el estómago, los intestinos, los pulmones, la vejiga y los riñones. También pueden ser denominados carcinomas epidermoides.
- **Carcinoma de células de transición**: se forma en un tipo de tejido epitelial llamado epitelio de transición o urotelio. Este tejido, el cual está formado de muchas capas de células epiteliales que pueden hacerse más grandes o más pequeñas, se encuentra en el revestimiento de la vejiga, de los uréteres y en parte de los riñones (pelvis renal), y en algunos otros órganos.

#### *Sarcoma*

El sarcoma puede afectar a tejidos blandos del cuerpo, como músculo, tendones, tejido adiposo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervios, a tejidos que rodean las articulaciones y al tejido óseo (osteosarcoma).

#### *Leucemia*

La leucemia comienza en el tejido que forma la sangre dentro de la médula ósea. La leucemia se caracteriza por no formar tumores sólidos. En vez de eso, una gran cantidad de glóbulos blancos anormales se amontonan en la sangre

y en la médula ósea y de ahí se diseminan a los glóbulos normales de la sangre. La baja cantidad de células normales en la sangre puede hacer que el organismo presente dificultad en el transporte de oxígeno, presencia de hemorragias o infecciones.

La leucemia se puede clasificar según el tiempo que tome la enfermedad para empeorar (aguda o crónica) o según el tipo de glóbulos donde se inicio (linfoblástico o mielóide).

#### *Linfoma*

El linfoma es un tipo de cáncer que afecta los linfocitos (células T o células B). Los linfocitos son glóbulos blancos que se encargan de combatir las enfermedades siendo parte del sistema inmunitario. En esta enfermedad, los linfocitos alterados se aglutinan en los ganglios linfáticos y en los vasos linfáticos, además otras partes del cuerpo. Hay dos tipos principales de linfomas:

- **Linfoma de Hodgkin**: la persona que lo padece presenta linfocitos anormales denominados células de Reed-Sternberg, las cuales de originan, en general, de células B.
- **Linfoma no Hodgkin**: comienza en los linfocitos. Puede crecer con rapidez o con lentitud y se pueden formar tanto en células B o como en células T.

#### *Mieloma múltiple*

El mieloma múltiple se origina en las células plasmáticas. Las células plasmáticas afectadas, denominadas células de mieloma, se amontonan dentro de la médula ósea y dan lugar a tumores en los huesos de todo el organismo. Se puede llamar también mieloma de células plasmáticas o enfermedad de Kahler.

#### *Melanoma*

Este tipo de cáncer se origina en las células melanocíticas, las cuales son las encargadas de producir melanina, que es el pigmento que da el color a la piel. En su mayoría, los melanomas aparecen en la piel. Sin embargo, también pueden aparecer melanomas en otro tipo de tejidos pigmentados, como por ejemplo en los ojos.

#### *Tumores de cerebro y de la médula espinal*

Existen diferentes tipos de tumores de cerebro y de la médula espinal. Según el tipo de célula que afecten y el lugar donde se produjo por primera vez el tumor en el sistema nervioso central, este tipo de tumores recibirá una denominación u otra.

#### *Otros tipos de tumores*

- **Tumores de células germinativas**: comienza en las células que forman los espermatozoides o los óvulos. Aparecen casi en cualquier parte del cuerpo. Pueden ser benignos o malignos.
- **Tumores neuroendocrinos**: se forman en células encargadas de secretar hormonas en la sangre como res-

puesta de un impulso del sistema nervioso. Estos tumores pueden producir hormonas en cantidades mayores de lo normal y pueden ser benignos o malignos.

- Tumores carcinoides: son un tipo de tumores neuroendocrinos. Su crecimiento es lento y se encuentran normalmente en el sistema gastrointestinal (más frecuentemente en recto y en intestino delgado). Son capaces de diseminarse a otras partes del organismo y de secretar sustancias como serotonina o prostaglandinas, dando lugar a un síndrome carcinóide.

#### 1.1.4. Tratamiento para el cáncer

Existen diversos tipos de tratamiento para el cáncer. La elección de éste dependerá del tipo de cáncer y lo avanzado que éste se encuentre. La mayor parte de las veces se opta por una combinación de varios<sup>4</sup>.

##### Cirugía

Su objetivo es la extirpación de un tumor del cuerpo.

##### Radioterapia

Consiste en utilizar altas dosis de radiación para destruir las células cancerosas o bien disminuir el tamaño de un tumor.

##### Quimioterapia

La quimioterapia es un tipo de tratamiento del cáncer que usa fármacos para destruir células cancerosas.

##### Inmunoterapia

Este tipo de tratamiento se basa en ayudar al sistema inmunitario a combatir el cáncer.

##### Terapia dirigida

La terapia dirigida ataca los cambios en las células cancerosas consideradas anormales que les permite crecer, dividirse y diseminarse de forma descontrolada.

##### Terapia hormonal

Este tipo de tratamiento ralentiza o detiene el crecimiento de cánceres de mama y de próstata que se basan en el uso de hormonas para diseminarse.

##### Trasplantes de células madre

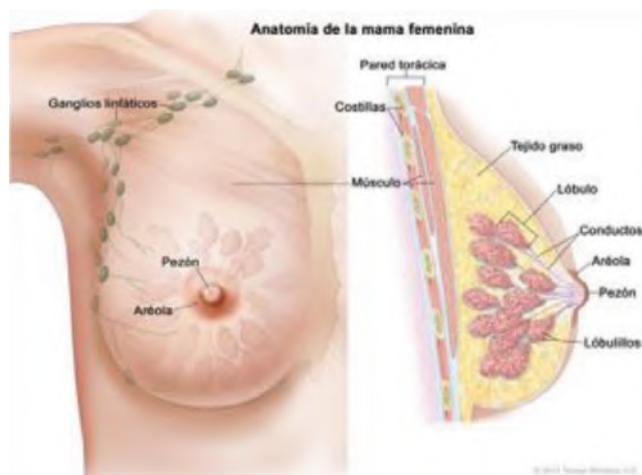
El trasplante de células madre restaura las células madre que forman la sangre en pacientes con cáncer tratados con altas dosis de quimioterapia o radioterapia, puesto que estos tratamientos destruyen gran cantidad de las células madres.

## 1.2. El cáncer de mama

El término "cáncer de mama" se utiliza para denominar a un tipo de tumor maligno que tiene su origen en células

mamarias. El cáncer de mama se puede originar en las células de los lobulillos, que son las glándulas encargadas de producir leche, o bien en los conductos, que son las vías que transportan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. Con menos frecuencia, el cáncer de mama también puede dar su origen en los tejidos estromales, que incluyen a los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama<sup>5</sup>.

Las células cancerígenas pueden invadir el tejido mamario sano circundante e invadir los ganglios linfáticos de las axilas. Si esto ocurre, pueden diseminarse fácilmente a otras partes del cuerpo<sup>5</sup>.



Fuente: Diccionario de cáncer [Internet]. National Cancer Institute. 2020 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/mama>

Las células cancerígenas forman frecuentemente un tumor que normalmente puede ser palpable y que se puede observar en una radiografía. No obstante, la mayoría de los bultos palpables en las mamas son benignos, es decir, no presentan un peligro para la vida, aunque sí pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de mama<sup>6</sup>.

Sólo un 5-10% de los casos se deben a anomalías heredadas de la madre o el padre. Sin embargo, el 85-90% se deben a anomalías genéticas derivadas del proceso natural del envejecimiento y el "desgaste natural" de la vida<sup>5</sup>.

#### 1.2.1. Epidemiología

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en mujeres adultas menores de 40 años<sup>7</sup>. Además, es el segundo cáncer más común en todo el mundo. En 2012, el número estimado de casos fue de 1,67 millones (25% de todos los cánceres). En Europa occidental, hay 96 por cada 100,000 mujeres con cáncer de mama<sup>8</sup>.

Los últimos datos recogidos por el Sistema Europeo de Información del Cáncer señalan que en 2018 se dieron un total de 32.825 nuevos casos de cáncer de mama en España, convirtiéndose en el más tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres en nuestro país.

En cuanto a la tasa de incidencia, se estiman 125,8 casos por cada 100.000 habitantes. La probabilidad estimada de

padecer cáncer de mama en el caso de la mujer es del 12%. La edad habitual en la que aparece es entre los 35 y los 80 años, siendo la franja de los 45 y 60 años la de mayor incidencia, debido a los cambios hormonales peri y post menopáusicos.

En el caso del hombre, la incidencia se encuentra alrededor de un 1% y en un 15-20% de los casos existen antecedentes familiares que permiten un diagnóstico de cáncer hereditario<sup>9</sup>.

### 1.2.2. Estadíos

Los estadios del cáncer de mama hacen referencia a lo lejos que se han propagado las células cancerígenas más allá del tumor original<sup>5</sup>.

### 1.2.3. Tipos de cáncer de mama

Los tipos más comunes de cáncer de mama son<sup>10</sup>:

- Carcinoma ductal infiltrante: las células cancerígenas se dividen fuera de los conductos, invadiendo así otras partes del tejido mamario, e incluso pueden diseminarse, o formar metástasis, en otras partes del organismo.
- Carcinoma lobulillar infiltrante: las células cancerígenas se movilizan de los lobulillos a partes del tejido mamario cercanas, o a otras partes del cuerpo.

El carcinoma ductal in situ es una enfermedad que afecta a las mamas y que puede originar cáncer de mama. Las células cancerígenas se encuentran únicamente en la capa que cubre los conductos y no se extienden a otros tejidos de la mama<sup>10</sup>.

| Estadio      | Definición  |
|--------------|---|
| Estadio 0    | Las células cancerígenas se encuentran dentro del conducto mamario y no han invadido el tejido mamario normal próximo.  |
| Estadio IA   | El tumor mide hasta 2 cm.<br>Y<br>El cáncer no se ha extendido más allá de la mama y no ha afectado ganglios linfáticos   |
| Estadio IB   | No hay tumor en mama; pero se observan en los ganglios linfáticos pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm.<br>O<br>Se observa tumor en la mama menor de 2 cm y pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm en los ganglios linfáticos.  |
| Estadio IIA  | No hay tumor en la mama, pero se detectan células cancerígenas en los ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo)<br>O<br>el tumor mide 2 cm o menos y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares<br>O<br>el tumor mide entre 2 y 5 cm y no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares.   |
| Estadio IIB  | El tumor mide entre 2 y 5 cm y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos de las axilas<br>O<br>El tumor es mayor de 5 cm, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos de las axilas.   |
| Estadio IIIA | No se detecta ningún tumor la mama. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están adheridos entre sí o a otras estructuras, o se encuentra en los ganglios linfáticos cercanos al esternón<br>O<br>el tumor es de cualquier tamaño. El cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares, los cuales están adheridos entre sí o a otras estructuras, o se encuentra en los ganglios linfáticos cercanos al esternón. |
| Estadio IIIB | El tumor puede ser de cualquier tamaño y se ha propagado a la pared torácica o a la piel de la mama<br>Y<br>puede que se haya propagado hacia los ganglios linfáticos axilares que están aglutinados entre sí o adheridos a otras estructuras, o el cáncer pudo haberse propagado hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón.<br><br>El cáncer de mama inflamatorio pertenece por lo menos al estadio IIIB.                                     |
| Estadio IIIC | Puede que no haya indicios de cáncer en la mama o un tumor puede ser de cualquier tamaño y haberse propagado hacia la pared torácica o a la piel de la mama<br>Y<br>el cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos sobre o debajo de la clavícula<br>Y<br>el cáncer puede haberse propagado hacia los ganglios linfáticos axilares o hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón.   |
| Estadio IV   | El cáncer se ha propagado (metastatizado) hacia otras partes del cuerpo.  |

Fuente: ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Breastcancer.org. 2018 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: [https://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer\\_de\\_mama/que\\_es\\_cancer\\_mama?gclid=Cj0KCQiAmZDxBRDIARIsABnkbYQz9AzAvqm\\_OCQ-tK71LSqHuDlIWRwxcjhmUNgl6OeRFZGBD0tI7aYaAgyNEALw\\_wcB](https://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama?gclid=Cj0KCQiAmZDxBRDIARIsABnkbYQz9AzAvqm_OCQ-tK71LSqHuDlIWRwxcjhmUNgl6OeRFZGBD0tI7aYaAgyNEALw_wcB)

### 1.2.4. Diseminación del cáncer de mama

El cáncer de mama metastatiza una vez que las células cancerígenas llegan al torrente sanguíneo o el sistema linfático, llegando así a otras partes del cuerpo<sup>6</sup>.

El sistema linfático está formado por una red de vasos linfáticos repartidos por todo el cuerpo que conecta con los ganglios linfáticos, los cuales son pequeñas agrupaciones de células del sistema inmunitario. Los vasos linfáticos son los encargados de transportar la linfa, un líquido transparente que contiene productos procedentes de otros tejidos, materia de desecho y células del sistema inmunitario. En el caso de que se haya producido el cáncer de mama, las células cancerosas pueden ingresar en los vasos linfáticos y comenzar a crecer en los ganglios linfáticos. La mayoría de los vasos linfáticos de la mama drenan hacia<sup>6</sup>:

- Los ganglios linfáticos localizados bajo el brazo (ganglios axilares)
- Los ganglios linfáticos que se encuentran rodeando la clavícula (ganglios linfáticos supraclaviculares (encima de la clavícula) e infraclaviculares (debajo de la clavícula).
- Los ganglios linfáticos del interior del tórax y cercanos al esternón (ganglios linfáticos mamarios internos).

Conforme mayor sea el número de ganglios linfáticos afectados con células cancerígenas, mayor será la probabilidad de que el cáncer afecte a otros órganos. Es por esto que el hecho de encontrar células alteradas en uno o más ganglios linfáticos determinará en plan de tratamiento. Normalmente es necesaria la cirugía para extirpar uno o más ganglios linfáticos y así saber si el cáncer se ha propagado<sup>6</sup>.

### 1.2.5. Pruebas diagnósticas

#### *Examen físico y antecedentes de salud*

Durante el examen físico se revisa el estado general de salud para así identificar cualquier signo o síntoma de la enfermedad. También se toman datos sobre hábitos de salud, antecedentes patológicos, antecedentes familiares y tratamiento farmacológico actual o pasado<sup>11</sup>.

#### *Examen clínico de la mama (ECM)*

Examen de la mama realizado por un profesional de la salud. Se realiza una cuidadosa palpación con el fin de detectar masas o cualquier otra cosa que parezca extraña<sup>11</sup>.

#### *Mamografía*

La mama se presiona entre dos placas y se utilizan rayos-X para tomar imágenes del tejido de la mama. Normalmente, se usa cuando la paciente ha experimentado signos de alarma, como un bulto nuevo o secreción del pezón. La mamografía de diagnóstico también puede utilizarse si en una mamografía de detección se encuentra algo sospechoso<sup>11,12</sup>.

#### *Ecografía*

A través de esta técnica se hacen rebotar ondas de sonido de alta potencia en los tejidos u órganos internos con el fin

de que produzcan eco. Estos ecos producen una imagen de dichos tejidos<sup>11</sup>.

#### *Imágenes por resonancia magnética (IRM)*

Parecido a la ecografía. En este caso se usa un imán, ondas de radio y una computadora con el objetivo de crear imágenes detalladas de un tejido u órgano, en este caso la mama a estudio. Esta técnica también es denominada resonancia magnética nuclear (IRMN)<sup>11</sup>.

#### *Estudios bioquímicos de la sangre*

Pruebas por las que se examina una muestra de sangre para medir la cantidad de ciertas sustancias que los órganos y tejidos del cuerpo liberan en la sangre. Una cantidad anormal (mayor o menor que la normal) de algún parámetro puede ser un signo de enfermedad<sup>11</sup>.

#### *Biopsia*

La biopsia consiste en extirpar una pequeña cantidad de tejido para examinarlo con un microscopio. Sólo la biopsia permite determinar el diagnóstico definitivo de la presencia de cáncer. Podemos distinguir cuatro tipos de biopsia a la hora de diagnosticar el cáncer de mama<sup>11,12</sup>:

- Biopsia por aspiración con aguja fina (AAF): se realiza la extracción de tejido o de líquido mediante una aguja fina.
- Biopsia por escisión: consiste en la extracción total de una masa de tejido.
- Biopsia por incisión: la biopsia por incisión permite extirpar la mayor cantidad de tejido.
- Biopsia por punción con aguja gruesa: en este tipo de biopsia se utiliza una aguja más gruesa para extirpar una muestra más grande de tejido.

#### *Análisis de la muestra de la biopsia*

El análisis de la(s) muestra(s) extraídas durante la biopsia permite obtener más información acerca de características específicas de un cáncer, lo cual ayuda a decidir la mejor opción de tratamiento<sup>12</sup>.

- Características del tumor: la examinación microscópica del tumor se usa para determinar si es invasivo o in situ, ductal o lobular y si el cáncer a metastatizado hacia los ganglios linfáticos. También se observan los márgenes o bordes del tumor, y se mide la distancia con respecto al tumor, lo que se denomina ancho de margen.
- ER y PR: estas pruebas ayudan a determinar el riesgo de recidiva de la paciente y el tipo de tratamiento que tiene más probabilidades de disminuir este riesgo.
- Grado: el grado hace referencia a la diferencia que existe entre las células cancerosas y las células sanas y éstas son de crecimiento rápido o lento. Si el cáncer tiene un aspecto similar al tejido sano y contiene diferentes agrupaciones de células, se denomina "tumor bien dife-

renciado" o "tumor de bajo grado". Si el tejido cancerígeno se observa mucho más diferente al tejido sano, se denomina "tumor poco diferenciado" o "tumor de alto grado". Existen 3 grados: grado 1 (mucha diferencia), grado 2 (diferencia moderada) y grado 3 (poca diferencia).

- Pruebas moleculares del tumor: con el fin de identificar genes específicos, proteínas y otros factores específicos del tumor:
  - » Ligando de muerte programada-1 (Programmed Death-Ligand 1, PD-L1) en la superficie de las células cancerosas y en algunas células inmunitarias del cuerpo. Esta proteína impide que las células inmunitarias del cuerpo destruyan al cáncer.
  - » Inestabilidad de microsatélites alta (Microsatellite Instability-High, MSI-H) o deficiencia en la reparación del ADN defectuoso (DNA Mismatch Repair, dMMR). Los tumores que tienen MSI-H o dMMR tienen dificultades para reparar el daño en su ADN. Esto significa que desarrollan muchas mutaciones o cambios. Estos cambios producen proteínas anormales en las células tumorales que hacen que sea más fácil para las células inmunitarias encontrar y atacar el tumor.
  - » Fusiones del gen NTRK, que es un cambio genético específico encontrado en varios tipos de cáncer, incluido el cáncer de mama.

Los resultados de estas pruebas ayudarán a decidir sus opciones de tratamiento.

*Pruebas genómicas para predecir el riesgo de recurrencia*

Son pruebas que estudian de una forma más minuciosa la biología del tumor. Estas pruebas pueden ayudar a estimar el riesgo de recidiva del cáncer en años posteriores al diagnóstico<sup>12</sup>:

- Oncotype Dx™: esta prueba estudia 16 genes relacionados con el cáncer y 5 genes de referencia para determinar el riesgo de reaparición del cáncer en un periodo de 10 años tras el diagnóstico. El resultado obtenido se utiliza para ayudar a determinar si se debe utilizar de forma coadyuvante quimioterapia al tratamiento hormonal en el caso de que se esté recibiendo dicho tratamiento. Se usa en paciente con cáncer de mama que no se ha diseminado a ganglios linfáticos principalmente.
- Breast Cancer Index™: esta prueba ayuda a estimar cuánto tiempo una mujer debe recibir terapia endócrina.
- MammaPrint™: esta prueba estudia la información procedente de 70 genes para predecir el riesgo de recidiva del cáncer de mama de bajo riesgo y en estadio temprano.
- PAM50 (Prosigna™): esta prueba utiliza información de 50 genes para predecir si se producirá metástasis del cáncer.

*Clínica del cáncer de mama*

La mayoría de los cánceres de mama no ha dado signos ni síntomas en el momento del diagnóstico. Los signos y los síntomas de alarma son los siguientes<sup>13</sup>:

- Un bulto que se palpa como un nudo firme o un engrosamiento de la mama o debajo del brazo.
- Cambio en el tamaño o la forma de la mama.
- Secreción del pezón que se produce de forma repentina, hemática o que o se produce solo en una mama.
- Cambios físicos, como pezón invertido hacia dentro o una llaga en la zona del pezón.



Fuente: *Cáncer de mama: signos y síntomas - Kernpharma Pacientes [Internet]. Kernpharma Pacientes. [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://kernpharmabiologics.com/pacientes/unamigaatulado/sintomas/>*

- Irritación de la piel o cambios en esta, como rugosidades, hoyuelos, escamosidad o pliegues nuevos...
- Mamas tibias, enrojecidas e hinchadas, con o sin erupción cutánea con rugosidad que se asemeja a la piel de una naranja, llamada "piel de naranja".
- Dolor en la mama; particularmente, dolor en la mama que no desaparece. El dolor generalmente no es un síntoma de cáncer de mama, pero debe comunicarse al médico.

### 1.2.6. Tratamiento del cáncer de mama

#### Cirugía

La cirugía suele ser el tratamiento de elección en pacientes con cáncer de mama, teniendo por objetivo extirpar el cáncer del cuerpo.

La cirugía realiza una biopsia de lo que denominamos ganglio linfático centinela. Este ganglio es el primero de varios que recibe el drenaje linfático del tumor primario, por lo que es hacia donde con más probabilidad se diseminará el cáncer, de ahí su importancia. Una vez se ha extirpado el ganglio linfático centinela, se procede a extirpar el tumor<sup>14</sup>. Los tipos de cirugía incluyen los siguientes<sup>15</sup>:

- Lumpectomía o cirugía conservadora de la mama: mediante esta técnica se extirpa el tumor y un pequeño margen de tejido sano circundante al tumor, dejando así la mayor parte de la mama. Normalmente, en casos de cáncer invasivo, después de la cirugía se recomienda radioterapia en el tejido mamario restante.
- Mastectomía: consiste en extirpar todo el tejido mamario.

Normalmente, se administra quimioterapia antes de la extirpación del tumor, lo que permite reducir el tamaño del tumor y la cantidad de tejido que se necesita extirpar durante la cirugía<sup>14</sup>.

Con la mastectomía se suele considerar la reconstrucción mamaria. Esta intervención se puede llevar a cabo en el momento de la mastectomía o bien pasado un tiempo. La mastectomía se realiza con tejido de la paciente que no procede de la mama o bien con implantes rellenos con solución salina o gel de silicona<sup>14</sup>.

#### Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento que utiliza rayos X de alta potencia u otros tipos de radiación para destruir las células cancerígenas o impedir su multiplicación. Existen diferentes tipos de radioterapia<sup>15</sup>:

- Radioterapia con haz externo: es el más utilizado de tratamiento. Se administra desde una máquina fuera del cuerpo.
- Radioterapia intraoperatoria: se administra usando un catéter en el quirófano.
- Braquiterapia: este tipo de radioterapia se administra colocando fuentes radiactivas en el tumor.

#### Quimioterapia

La quimioterapia utiliza fármacos que interrumpen la formación de células cancerígenas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación. Cuando la quimioterapia se toma vía oral, vía intramuscular o vía intravenosa, los fármacos ingresan directamente a la sangre y pueden llegar a las células cancerígenas de todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se inyecta directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano o una cavidad corporal, como el abdomen, los fármacos afectan sobre todo las células afectadas de esas áreas (quimioterapia regional)<sup>14</sup>.

La manera de administrar la quimioterapia dependerá del tipo y del estadio en el que se encuentre el cáncer que se está tratando. Para el cáncer de mama utilizaríamos la quimioterapia sistémica<sup>14</sup>.

#### Terapia con hormonas

La terapia hormonal es un tratamiento del cáncer que extrae hormonas o bloquea su acción para impedir la multiplicación de las células cancerosas. Algunas hormonas permiten que ciertos cánceres crezcan. Si las pruebas muestran que las células cancerosas tienen sitios donde las hormonas se pueden adherir (receptores), se utiliza este tipo de tratamiento para reducir la producción de hormonas o impedir que funcionen. Normalmente, la terapia hormonal utilizada en el cáncer de mama tiene por objetivo la hormona estrógeno, producida en los ovarios, debido a que provoca el crecimiento de muchos cánceres de mama<sup>14</sup>.

Existen varios tipos de terapia hormonal<sup>15</sup>:

- Tamoxifeno: el tamoxifeno bloquea el estrógeno e impide su fijación a las células afectadas. Reduce el riesgo de recidiva en la mama que tenía cáncer, el riesgo de desarrollar cáncer en la mama sana y el riesgo de recidiva posterior. Se utiliza tanto en mujeres que han pasado la menopausia como en las que no.
- Inhibidores de la aromataasa (AI): los AI disminuyen la cantidad de estrógeno producido por los tejidos no ováricos en las mujeres posmenopáusicas al bloquear la enzima aromataasa. Esta enzima cambia las hormonas masculinas débiles, llamadas andrógenos, a estrógenos cuando los ovarios dejan de producir estrógenos durante la menopausia. Es importante que las mujeres que aún no han pasado la menopausia no tomen AI, ya que no bloquean el efecto del estrógeno que se produce en los ovarios.
- Supresión ovárica: la supresión ovárica evita que los ovarios produzcan estrógeno. Hay 2 métodos que se utilizan para la supresión ovárica:
  - » Fármacos de la hormona liberadora de gonadotropina u hormona liberadora de luteinizante (GnRH o LHRH) detienen la producción de estrógeno en los ovarios, ocasionando una menopausia temporal.
  - » Cirugía para extirpar los ovarios, produciendo una menopausia permanente.

### Terapia dirigida

La terapia dirigida es un tratamiento dirigido a los genes o proteínas específicos del cáncer, o a aquellos tejidos que contribuyan a su crecimiento y supervivencia, por lo tanto, son tratamientos muy focalizados. Su objetivo es bloquear el crecimiento y diseminación de las células afectadas y, a su vez, limitar el daño a las células sanas<sup>15</sup>.

### Inmunoterapia

También llamada "terapia biológica", tiene por objetivo el estimular las defensas naturales del cuerpo para combatir el cáncer. Usa materiales producidos por el cuerpo o fabricados en un laboratorio para mejorar, dirigir o restaurar la función del sistema inmunitario<sup>15</sup>.

### 1.3. La sexualidad y el cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad "es un aspecto central del ser humano durante toda la vida y abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción". En este sentido, la OMS considera la intimidad como elemento importante de la expresión de la sexualidad. Esto incluye la satisfacción individual con sus relaciones afectivas, amorosas y sexuales. Además, de acuerdo con la OMS, y a diferencia de la sexualidad y la intimidad, el sexo "se refiere a las características biológicas que definen a los humanos como hombres o mujeres". Sin embargo, en uso general, el término sexo a menudo se usa para significar "actividad sexual"<sup>16</sup>.

La sexualidad desempeña un papel central en el desarrollo de un adulto y es un aspecto importante del bienestar y la calidad de vida<sup>17</sup>. En términos generales, la sexualidad abarca identidad, roles de género y orientación, erotismo, placer e intimidad. Para muchos, es vital para su identidad propia y su sentido de integridad personal que mantiene la adaptabilidad y la resistencia, lo que permite la capacidad de hacer frente. El interés sexual varía mucho de persona a persona y está influenciado por la edad, las relaciones, la enfermedad y las circunstancias de la vida<sup>18</sup>.

Cada vez hay más investigaciones que examinan la asociación entre los cambios sexuales experimentados después del cáncer y la calidad de vida o el bienestar psicológico, con dificultades sexuales asociadas con una menor calidad de vida y mayores niveles de angustia<sup>19</sup>. Llevar a cabo una actividad sexual normal depende de una compleja interrelación entre múltiples sistemas, incluidos los fisiológicos, bioquímicos, neurológicos y psicológicos. Además, existen múltiples factores asociados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer que tienen un impacto en la sexualidad de las mujeres, incluida la compleja carga psicológica y de síntomas de la enfermedad y los tratamientos<sup>20</sup>.

Para muchos pacientes, mantener su salud sexual es un aspecto importante de su calidad de vida, ya que proporciona una sensación de normalidad y cercanía dentro de la pareja<sup>16,21</sup>.

Existen diversas formas en las que la sexualidad y las relaciones sexuales a menudo se compromete después del tratamiento del cáncer, como resultado de la disminución de

la sensación orgásmica e incontinencia intestinal y urinaria, daño del nervio pélvico, extirpación del clítoris, estenosis vaginal y formación de fístulas, fatiga, dispareunia o sequedad vaginal. Muchas parejas dejan de participar en cualquier actividad sexual si el sexo coital no es posible, ya que las relaciones sexuales se conceptualizan como "sexo real", un fenómeno descrito como el "imperativo coital". Sin embargo, la capacidad de desarrollar prácticas sexuales "flexibles" o de "renegociar" el comportamiento sexual para incluir el sexo no coital y la intimidad no genital, puede permitir a las parejas mantener la actividad sexual y la intimidad después del cáncer<sup>17</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la disfunción sexual como un problema de salud pública y recomienda la investigación sobre este tema y el tratamiento del paciente debido a su impacto negativo en la calidad de vida, sus efectos relacionados con la autoestima y las relaciones interpersonales, y su asociación con angustia emocional frecuente<sup>22</sup>.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general

Conocer cómo afecta el cáncer de mama a la función sexual de la mujer que lo padece.

### 2.2. Objetivos específicos

Se plantean 3 objetivos específicos:

1. Describir la influencia del cáncer de mama y los problemas que conlleva éste en la función sexual.
2. Conocer la importancia y diferentes formas de realizar una valoración adecuada de la función sexual a la paciente que padece cáncer de mama.
3. Describir el abordaje correcto de los diferentes problemas derivados del cáncer de mama para una actividad sexual satisfactoria.

## 3. METODOLOGÍA

### 3.1. Bases de datos

Para desarrollar esta revisión bibliográfica hemos realizado búsquedas tanto en fuentes primarias como en secundarias. Las fuentes primarias utilizadas han sido bases de datos nacionales e internacionales, escogiendo entre ellas:

- PUBMED: motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de artículos de investigación biomédica.
- CINAHL: base de datos de publicaciones en otros idiomas sobre enfermería, salud aliada, biomedicina y atención médica.

### 3.2. Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Artículos sobre el efecto de la sexualidad en el cáncer.

- Artículos sobre el efecto de la sexualidad en el cáncer de mama.
- Artículos de abordaje y valoración de la sexualidad en pacientes con cáncer.
- Artículos escritos en inglés y español.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos de una antigüedad superior a 10 años.

### 3.3. Descriptores y estrategia de búsqueda

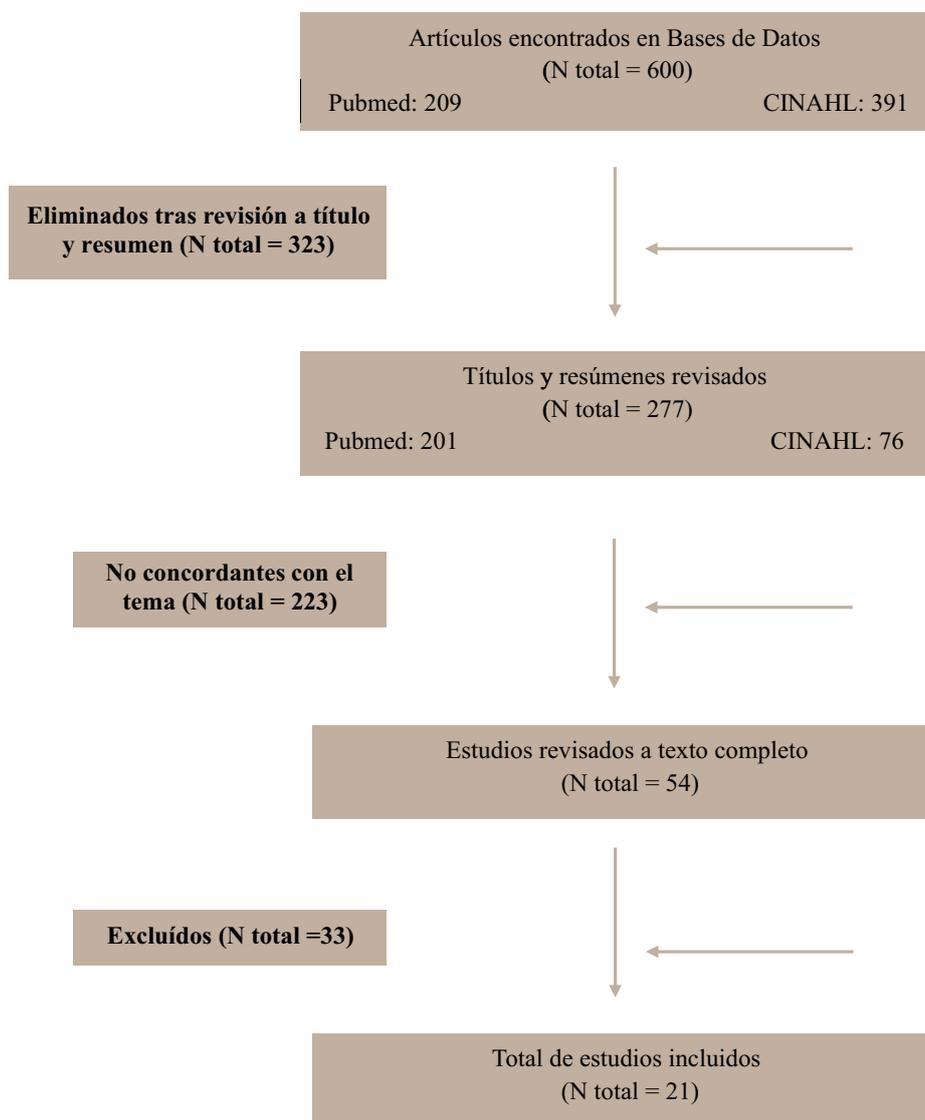
Los términos DeCS utilizados en esta revisión bibliográfica fueron los siguientes:

| Término    | DeCS      |
|------------|-----------|
| Sexualidad | Sexuality |
| Cáncer     | Cancer    |

La estrategia de búsqueda fue ("cancer" AND "sexuality"). Se utilizaron como filtros disponibilidad del texto completo, artículos no superiores a 10 años de antigüedad e idioma en inglés o español.

Se utilizaron un total de 21 artículos y, para una mayor novedad de nuestra revisión bibliográfica, sólo 2 de ellos superan los 5 años de antigüedad.

### 3.4. Flujograma



Fuente: elaboración propia.

## 3.5. Resultados

| Autor  | Año  | Revista                           | Título  | Diseño                         | Principales resultados   |
|--|------|-----------------------------------|---|--------------------------------|--|
| Fitch, Ml., Beaudoin, G., y Johnson, B.  | 2013 | Canadian Oncology Nursing Journal | Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part II— Health care provider perspectives.     | Diseño descriptivo cualitativo | Se enfatiza la necesidad de que los centros oncológicos desarrollen estrategias que aseguren la atención a las preocupaciones de los pacientes sobre la sexualidad como parte integral de la práctica clínica habitual. Los programas contra el cáncer también deben considerar desarrollar programas, clínicas o servicios educativos enfocados en la sexualidad para pacientes y tener vías de derivación claramente.  |
| Melissant, HC., Jansen, F., Schutte, L., Lissenberg-Witte, Bl., Buter, J., Leemans, CR., Sprangers, MA., Vergeer, MR., Laan, ETM., Verdonck-de Leeuw, IM | 2018 | Oral Oncology                     | The course of sexual interest and enjoyment in head and neck cancer patients treated with primary (chemo) radiotherapy. | Estudio prospectivo            | Se estudió el curso de la sexualidad en una muestra de 354 con cáncer de cabeza o cáncer de cuello a las 6 semanas del inicio del tratamiento y al 3, 6, 12, 18 y 24 mes. Antes del inicio del tratamiento, el 37% de los pacientes informaron tener menos sexualidad, que aumentó al 60% a las 6 semanas de seguimiento y volvió al nivel basal a partir de los 12 meses de seguimiento. La edad avanzada ( $p = 0.037$ ) y los problemas con el contacto social ( $p < 0.001$ ), la pérdida de peso ( $p = 0.013$ ) y el estreñimiento ( $p = 0.041$ ) antes del tratamiento se asociaron con una menor sexualidad con el tiempo. El género femenino ( $p = 0.021$ ) y el mal funcionamiento social ( $p < 0.001$ ) a los 6 meses de seguimiento se asociaron con una menor sexualidad de 6 a 24 meses de seguimiento. |
| Marangoz, C., Demir Ayten. y Yazgan, EÖ. Adaptation of the Sexuality Scale for Women with Gynecologic Cancer for Turkish Patients.                       | 2019 | Asian Oncology Nursing Society    | Adaptation of the Sexuality Scale for Women with Gynecologic Cancer for Turkish Patients                                | Estudio transversal            | Se realizó un estudio transversal de 150 pacientes voluntarias con cáncer ginecológico en Turquía. Los pacientes completaron un formulario de datos demográficos semiestructurados y la escala de sexualidad para mujeres con cáncer ginecológico. Evaluamos la confiabilidad, la precisión del idioma y la validez de contenido y construcción de la versión turca de la escala estudiada. Los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios mostraron que la escala tenía cuatro factores. En el análisis factorial exploratorio, siete ítems fueron descartados de la escala porque sus valores de carga fueron $< 0.3$ . En el análisis factorial confirmatorio, los coeficientes fueron superiores a 0.3. La $\alpha$ de Cronbach total fue de 0,72.  |
| Lopresti, M., Rizack, T., y Dizon, DS.   | 2018 | Gland Surgery                     | Sexuality, fertility and pregnancy following breast cancer treatment.   | Revisión bibliográfica         | La fertilidad y la sexualidad son temas que preocupan a mujeres con cáncer de mama en edad fértil. Es importante reconocer y abordar estos problemas, ya que pueden afectar la calidad de vida, no solo para el paciente, sino también relaciones, tanto presentes como futuras. En este artículo se estudia la salud sexual después del cáncer, la importancia de abordar proactivamente la fertilidad y los problemas importantes relacionados con el embarazo después del cáncer de mama.   |
| Grayer, J.   | 2016 | Sexual and Relationship therapy.  | Emotionally focused therapy for couples: a safe haven from which to explore sex during and after cancer.                | Revisión bibliográfica         | Este artículo describe brevemente la base de evidencia de la investigación adaptarse a las dificultades sexuales relacionadas con el cáncer y se ilustra con una viñeta clínica.   |



| Autor  | Año  | Revista                    | Título  | Diseño  | Principales resultados   |
|--|------|----------------------------|---|---|--|
| Gek Phin, C.,<br>Hiang Khoon,<br>T. y Mihir, G   | 2018 | Ecancermedi-<br>calscience | What information<br>do cancer patients<br>want and how well<br>are their needs<br>being met?                    | Encuesta  | <p>Se contó con un total de 826 pacientes desde octubre de 2015 hasta febrero de 2016 para responder a una encuesta de 12 ítems que se agruparon y presentaron juntos en función de un componente relativamente único y específico del tema o constructo de interés. Estos fueron: 1) diagnóstico y prueba de diagnóstico, 2) cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, ensayos clínicos, 3) aspectos sexuales de la atención, aspectos psicosociales de la atención, atención de apoyo y atención financiera y 4) experiencia general.</p> <p>Los resultados del estudio indican que los pacientes con cáncer sometidos a tratamiento tienen muchas necesidades de información. En particular, quieren información sobre su enfermedad, tratamiento, resultados de la investigación, aspectos psicosociales y financieros de la atención. Los resultados también sugieren que los encuestados estaban más satisfechos con la información recibida sobre el diagnóstico y las pruebas de diagnóstico, el tratamiento y la forma en que se entregaba la información, pero en general estaban menos satisfechos con la información recibida sobre aspectos sexuales, psicosociales, de apoyo y financieros de la atención.</p> |
| Vieira<br>Archangelo,<br>S., Sabino<br>Nieto, M.,<br>Francescato<br>Veiga, D.,<br>Bueno García,<br>E. y Masako<br>Ferreira, L. | 2018 | Clinics                    | Sexuality,<br>depression and<br>body image<br>after breast<br>reconstruction.                                   | Estudio<br>transversal,<br>comparativo,<br>controlado | <p>El estudio contó con 90 mujeres entre 18 y 65. 30 mujeres se habían sometido a una mastectomía y 30 a una mastectomía combinada con reconstrucción mamaria. El estudio se realizó al menos un año después de la intervención. Las otras 30 no padecían cáncer de mama (grupo control). Las pacientes fueron evaluadas para la función sexual, la depresión y la imagen corporal utilizando las versiones validadas de Brasil y Portugal del Índice de Función Sexual Femenina, el Inventario de Depresión de Beck y el Examen de Trastornos Dismórficos del Cuerpo, respectivamente.</p> <p>Los tres grupos eran homogéneos en edad, estado civil, índice de masa corporal y nivel educativo. Las mujeres del grupo de mastectomía informaron de una función sexual significativamente peor, síntomas depresivos mayores y una peor imagen corporal que las de los grupos de reconstrucción y control. En el grupo de mastectomía, la frecuencia de disfunción sexual fue significativamente mayor entre los pacientes sin pareja matrimonial y aquellos con un mayor nivel de educación que entre los pacientes en los otros dos grupos con las mismas características.</p>  |
| Streb, J.,<br>Jabłoński, MJ.,<br>Słowik, A.,<br>Babczyk, D. y<br>Jach, R.  | 2019 | Ann Agric<br>Environ Med   | Indications<br>for sexology<br>consultation in<br>women after<br>surgical treatment<br>due to breast<br>cancer. | Estudio<br>transversal,<br>comparativo,<br>controlado | <p>Se contó con 42 mujeres que habían sido sometidas 3 meses antes a una mastectomía. Se encuestó a las mujeres utilizando la versión polaca de FSFI para evaluar el funcionamiento sexual en las mujeres. El resultado de PL-FSFI se comparó con el grupo control.</p> <p>Se encontró que el puntaje promedio de PL-FSFI en el grupo de estudio después de la cirugía fue de 13.33 puntos, con una diferencia estadísticamente significativa en términos de áreas: deseo, excitación, lubricación y orgasmo a favor del grupo de control.</p>   |

| Autor  | Año  | Revista                                  | Título  | Diseño                    | Principales resultados   |
|--|------|--|---|---------------------------|--|
| Cobo-Cuenca A, Martín-Espinosa N, Sampietro-Crespo A, Rodríguez-Borrego M, Carmona-Torres J. | 2018 | PLOS ONE                                 | Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer  | Estudio transversal       | Este estudio incluyó a 514 mujeres con cáncer de mama entre 21 y 66 años. Los casos se recopilaban entre junio de 2016 y enero de 2017. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sobre la función sexual de las mujeres y un cuestionario para recopilar datos sociodemográficos y clínicos. Hubo diferencias significativas ( $p = 0.002$ ) en la presencia de disfunción sexual antes (32.1%) y después (91.2%) de cáncer. Las disfunciones sexuales primarias se debieron a dolor de penetración (50,6%), lubricación (50,6%), deseo disfuncional (44,6%) y excitación disfuncional (44,6%). Dos tercios de los participantes estaban satisfechos con sus relaciones sexuales. Las mujeres que presentaron mayor disfunción sexual fueron aquellas que tuvieron una mastectomía bilateral ( $p = 0.009$ ) y aquellas que recibieron quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal ( $p < 0.001$ ). |
| Silva S, Marques J, Reis-Pina P.   | 2019 | Revista Científica da Ordem dos Médicos  | How Prepared are We to Address Sexuality in Palliative Care?  | Revisión bibliográfica    | La salud sexual es un componente esencial en el enfoque clínico de pacientes. Es función de los profesionales de la salud preguntar a los pacientes abiertamente sobre sus sentimientos y necesidades con respecto a la salud sexual, y brindeles la oportunidad de discutir cómodamente el impacto de la enfermedad en su sexualidad. Los profesionales de la salud deben brindar a los pacientes de cuidados paliativos la posibilidad de estar cerca de sus parejas mediante la creación de las condiciones físicas y psicológicas adecuadas.   |
| Agnieszka J. Słowik et al  | 2019 | Psychiatr. Pol.                          | Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. | Investigación prospectiva | El estudio incluyó a 42 mujeres de 35 a 70 años, 3 meses después de la cirugía por cáncer de mama tratadas con quimioterapia adyuvante. En el estudio se utilizaron las siguientes herramientas de investigación: dos cuestionarios EORTC: QLQ-C30, BR23 y cuestionario de función sexual: PL-FSFI. No hubo diferencias significativas en la calidad de vida general, según el tipo de cirugía. Las mayores quejas locales fueron reportadas por pacientes después de una cirugía conservadora de mama con linfadenectomía axilar. Se encontró una mayor gravedad de los efectos secundarios sistémicos en mujeres sometidas a mastectomía en comparación con pacientes con las de cirugía conservadora de mama. Las mujeres que se sometieron a cirugía de mama derecha informaron un aumento de los problemas en el funcionamiento sexual ( $p = 0.034$ ).   |
| Diamantopoulou, M., Pitis, A., Raftopoulos, P., Tzavella, F.                                 | 2019 | International Journal of Caring Sciences | The Impact of Oncological Diseases on Sexual Behavior and Psychosocial Attitudes of Young and Adult Patients: a systematic review.  | Revisión bibliográfica    | La mayoría de las pacientes femeninas enfrentaban disfunción sexual, dolor, sequedad vaginal, pérdida de la libido y problemas de imagen corporal, mientras que los pacientes masculinos enfrentaban disfunción eréctil, dificultades para alcanzar el orgasmo, dolor y alteraciones de la imagen corporal. Después de comparar los dos grupos de edad, las pacientes femeninas tuvieron problemas comunes en ambos grupos de edad, aunque las mujeres en el grupo de edad $MD \leq 35$ también estaban preocupadas por la fertilidad y la capacidad de tener hijos. Las relaciones sexuales eran un tema más importante para los hombres, mientras que las mujeres estaban más preocupadas por su imagen corporal y por tener una relación de apoyo.  |



| Autor  | Año  | Revista                           | Título   | Diseño                                       | Principales resultados  |
|--|------|-----------------------------------|--|--|---|
| Pursche T, Bauerb J, Hammersenc F, Rody A, Waldmann A, Fischere D.             | 2019 | Breast Care                       | Early-Onset Breast Cancer: Effect of Diagnosis and Therapy on Fertility Concerns, Endocrine System, and Sexuality of Young Mothers in Germany. | Estudio transversal, comparativo, controlado | Durante un programa de rehabilitación materno-infantil, 1.191 madres jóvenes con cáncer de mama primario local-regional, tratadas entre 2006 y 2014, fueron reclutadas. Los datos incluyeron datos sociodemográficos, estadio TNM, biología tumoral, terapias y resultados informados por los pacientes, como problemas de sexualidad y fertilidad. Este estudio indica que solo una minoría de pacientes es derivada a centros de fertilidad, aunque la planificación familiar es incompleta al momento del diagnóstico en aproximadamente el 25% de las mujeres jóvenes con cáncer de mama. Por lo tanto, estos pacientes no solo deben ser informados sobre los efectos del tratamiento sobre la fertilidad y la sexualidad, sino que deben ser remitidos a un centro de fertilidad.   |
| Katz, Anne.  | 2009 | Canadian Oncology Nursing Journal | My body, myself: Body image and sexuality in women with cancer   | Revisión bibliográfica                       | Todas las intervenciones para abordar la función sexual de la paciente con cáncer de mama están al alcance de la práctica de las enfermeras de oncología que trabajan en colaboración con el equipo multidisciplinario. El primer paso, la evaluación de los problemas de imagen corporal, es el más importante. Permitir que las mujeres expresen sus sentimientos sobre los cambios corporales a menudo provocará tanto un torrente de emociones como una gratitud por poder hablar libremente.   |
| Miaja, M. et al  | 2017 | Rev Inves Clin                    | Psychological concerns in young women with breast cancer   | Revisión bibliográfica                       | A pesar de que se ha identificado el impacto psicológico del cáncer de mama en la sexualidad, la fertilidad y la imagen corporal en las mujeres jóvenes y sus parejas, estos problemas críticos no se abordan sistemáticamente en la atención integral a estos pacientes. Se necesita más investigación sobre la identificación de factores asociados con una imagen corporal deficiente, problemas de fertilidad y disfunción sexual en parejas de mujeres jóvenes con cáncer de mama. Las intervenciones psicosociales basadas en parejas para las mujeres y sus parejas pueden favorecer un mejor ajuste durante el proceso de la enfermedad y los cambios que conlleva.   |
| Carter, J., Stabile, C. Seidel, B., Raymond, EB., Goldfarb, S. y Goldfrank DJ. | 2017 | J. Cancer Surviv                  | Vaginal and sexual health treatment strategies within a female sexual medicine program for cancer patients and survivors                       | Estudio transversal, comparativo, controlado | Se intentó evaluar la adherencia de los pacientes y la respuesta a estrategias simples de tratamiento de salud sexual y vaginal en pacientes con cáncer que reciben tratamiento en un programa de salud y medicina sexual femenina. Se analizaron datos demográficos, información médica y evaluaciones clínicas de 175 pacientes evaluables con al menos 1 seguimiento del 12/09 al 10/14. Las estrategias de tratamiento incluyeron justificación e instrucciones para el uso de humectantes vaginales, lubricantes, ejercicios para el suelo pélvico y terapia con dilatadores, además de educación psicosexual sobre los cambios sexuales (respuesta, anatomía y función) asociados con el tratamiento y el apoyo para el cáncer. Se observaron cambios significativos en mujeres que usan estrategias de tratamiento, con mejoría en los síntomas vulvovaginales, una disminución en el pH vaginal elevado y dolor con los exámenes, una mejor función sexual y confianza en la intimidad. |

| Autor   | Año  | Revista   | Título   | Diseño                         | Principales resultados   |
|---|------|---|--|--------------------------------|--|
| Taylor S, Harley C, Absolom K, Brown J, Velikova G  | 2016 | Breast Cancer, Sexuality, and Intimacy: Addressing the Unmet Need | The Breast Journal   | Carta al director              |  |
| Maree, J. y I Fitch, M.   | 2019 | Canadian Oncology Nursing Journal.                                | Holding conversations with cancer patients about sexuality: Perspectives from Canadian and African healthcare professionals. | Diseño descriptivo cualitativo | La muestra canadiense (N = 34) consistió en enfermeras (n = 12), oncólogos (n = 11), trabajadores sociales (n = 6) y radioterapeutas (n = 5). La muestra africana de 27 consistió en enfermeras (n = 22) y radiología / registro (n = 5). Todos los practicantes en ambas muestras tenían experiencia en el cuidado de pacientes con cáncer. Hubo similitud entre las perspectivas sostenidas por los participantes en Canadá y África sobre la importancia del tema y los factores que podrían influir en si las conversaciones tuvieron lugar o no. En particular, los profesionales sintieron que la falta de preparación para participar en la conversación y la naturaleza ocupada de los entornos de práctica y la falta de privacidad frustraron su intención de hablar con los pacientes sobre un tema tan delicado. |
| Gondim de Almeida, N., Fernandes Brittol, D., Vieira Figueiredoll, J., Magalhães Moreiral, TM., Fontenele Lima de Carvalho, RE., y De Melo Fialhol, AV. | 2019 | Rev Bras Enferm   | PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors   | Estudio de un caso             | Estudio de un caso desarrollado de enero a agosto de 2017 con 15 sobrevivientes de cáncer de mama. Las sesiones de asesoramiento sexual se llevaron a cabo utilizando el modelo PLISSIT para abordar problemas sexuales, destacando las particularidades de las mujeres que experimentan la supervivencia después del tratamiento del cáncer de mama. El modelo utilizado en la práctica del cuidado de enfermería permitió identificar los problemas experimentados por las mujeres por su fácil disponibilidad y practicidad para el uso de los profesionales de enfermería.   |
| Wang, K., Ariello, K., Choi, M., Turner, A., Wan, BA., Yee, C., Rowbottom, L., Macdonald, R., Lam, H., Drost, L. y Chow, E.                             | 2018 | Ann Palliat Med.  | Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review  | Revisión bibliográfica         | Existe una comprensión deficiente de las preocupaciones de los pacientes con respecto a la salud sexual y la intimidad   |
| Barbor, M   | 2019 | The Oncology Nurse  | Preserving Sexual Function in Women After Cancer Treatment   | Artículo de opinión            |  |

Fuente: elaboración propia.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Describir la influencia del cáncer de mama y los problemas que conlleva éste en la función sexual

El cáncer y su tratamiento pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de una persona dado que existen consecuencias físicas, emocionales, psicosociales, espirituales y prácticas<sup>22</sup>.

Los pacientes con cáncer informan de forma habitual de problemas en su vida sexual, los cuales incluyen cambios

en la función sexual (disminución del deseo sexual y del orgasmo, sequedad vaginal...) y cambios en la actividad sexual. Este tipo de problemas pueden tener repercusiones negativas en el bienestar del paciente y su calidad de vida. El impacto específico del tratamiento del cáncer en la sexualidad está estrechamente alineado con la ubicación del cáncer y la naturaleza del tratamiento<sup>22</sup>. La mayoría de los estudios que informan de estos problemas señalan el cáncer de mama, el cáncer ginecológico y el cáncer de próstata como son los más probables en sufrir este tipo de repercusiones<sup>23</sup>.

Desgraciadamente, los problemas sexuales que se dan en las mujeres son, comúnmente, ignorados<sup>24</sup>.

Esto se mostró en la encuesta de Livestrong de 2006 que incluyó a más de 2,000 sobrevivientes de cáncer que eran predominantemente mujeres. Casi la mitad de los encuestados informó preocupaciones sobre la función sexual, lo que la convierte en la tercera preocupación física más frecuente, sin embargo, la mayoría (70%) no buscó atención médica o asesoramiento<sup>25</sup>.

Por otro lado, Rodrigue y Hoffman en 2011 encontraron que casi un tercio de las parejas experimentaron angustia clínicamente significativa cuando una pareja estaba experimentando cáncer de mama<sup>26</sup>.

Un estudio realizado por Nie y Gao en 2018 en el que participaron encuestados con cáncer citó múltiples razones para no tener actividad sexual, incluyendo fatiga, problemas físicos y falta de interés<sup>27</sup>.

Zeng et al establecieron que la tasa de inactividad sexual de las mujeres chinas con cáncer de mama encuestadas en un estudio realizado en 2018 era relativamente alta (70.5%) y las razones de la inactividad sexual estaban relacionadas con la preocupación por la posibilidad de debilitar la potencia del tratamiento, el miedo a la recurrencia del cáncer y la falta de interés sexual<sup>27</sup>.

Estudios de este mismo año sobre la calidad de vida sexual de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama han encontrado tasas de disfunción sexual de hasta 60% a 70%<sup>21</sup>.

La calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama se ve afectada por factores como el dolor, el miedo a la recurrencia, la fatiga, la depresión, los sentimientos de disminución de la feminidad y el atractivo. La calidad de vida sexual, considerada uno de los pilares de la calidad de vida general, puede estar influida por episodios de depresión y trastornos de la imagen corporal<sup>21</sup>.

Graja et al., al realizaron una investigación sobre la calidad de vida de las mujeres tratadas por cáncer de mama, han demostrado que una imagen corporal negativa después de la cirugía puede provocar temores de ruptura de la relación, especialmente debido a un deterioro en la relación sexual de la pareja<sup>20</sup>.

Entre aquellos que notaron cambios perjudiciales en la salud sexual después del cáncer, también se informaron inquietudes emocionales significativas, como depresión, puntos de vista negativos sobre su propia apariencia personal, la experiencia del estigma y dificultades en las relaciones personales<sup>25</sup>.

Los resultados obtenidos en un estudio publicado en 2019 no mostraron correlación entre los trastornos del funcionamiento sexual en las mujeres encuestadas y su edad; también están de acuerdo con una variedad de datos disponibles en la literatura temática<sup>20</sup>.

El estado civil también podemos asociarlo con la presencia de varias disfunciones sexuales. La revista Plos One determinó que las mujeres sin pareja no tenían problemas relacionados con el orgasmo y la penetración. Otro hallazgo es

que las mujeres que tenían una pareja estable pero que no convivían con ésta tenían menos problemas relacionados con el deseo, la emoción y la lubricación en comparación con las mujeres casadas o las parejas que vivían juntas. Morais et al. informó que las mujeres sin una pareja estable tienen una mejor satisfacción sexual debido a múltiples parejas<sup>8</sup>.

#### **4.1.1. El tratamiento del cáncer y su efecto en la sexualidad**

El tratamiento del cáncer puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de un individuo. Existen múltiples cambios físicos, emocionales, psicosociales, espirituales y prácticos después de un diagnóstico y tratamiento del cáncer. En particular, los cambios corporales y las alteraciones en las funciones corporales pueden influir en la imagen corporal, la autoestima, la fertilidad y el funcionamiento sexual del individuo. En resumen, la sexualidad de uno puede verse comprometida<sup>16</sup>.

Numerosos estudios indican una menor actividad sexual en mujeres con cáncer de mama en comparación con la población general. A modo resumen, los síntomas comunes del tratamiento del cáncer incluyen fatiga, náuseas, diarrea, trastornos del sueño, síntomas del tracto urinario y dolor. Desde la perspectiva fisiológica, la cirugía dentro del pecho, especialmente su extirpación quirúrgica (mastectomía) puede causar muchos trastornos anatómicos y fisiológicos, que incluyen: linfedema de la extremidad, disminución de la fuerza muscular, limitación de la movilidad del hombro, postura defectuosa. Todas estas anomalías pueden causar la sensación de dolor, dificultad para encontrar objetos, lo que a menudo conduce a restricciones en las actividades diarias<sup>20</sup>. En cuanto a la apariencia física, la alopecia y la pérdida / ganancia de peso son problemas comunes que enfrentan los pacientes con cáncer. Además, la angustia psicológica conduce a la pérdida del deseo sexual, el atractivo y la autoestima. La actividad sexual también se ve afectada porque los pacientes enfrentan problemas con el funcionamiento sexual, como sequedad vaginal, dispareunia, menopausia prematura, dolor durante las relaciones sexuales entre mujeres. La pérdida de la libido, la disminución del interés y la frecuencia de la actividad sexual, la falta de placer o satisfacción sexual y las dificultades con la excitación y el orgasmo son comunes en ambos sexos. Además, la relación de pareja está influenciada por cambios sexuales que pueden causar brechas emocionales entre parejas, sentimientos de falta de atractivo, falta de comunicación entre las parejas y sentimientos negativos sobre las relaciones sexuales. Una buena relación con la pareja constituye un factor de apoyo. Además, el interés en la actividad sexual está relacionado con la edad del paciente. Por lo general, cuanto más joven es el paciente, mayor es el deseo sexual. Los pacientes jóvenes enfrentan dificultades en las relaciones interpersonales y son más difíciles de ajustar<sup>28</sup>.

#### *Amenorrea*

La quimioterapia y la terapia anti-hormonal impactan la fertilidad ya sea temporal o permanentemente. El riesgo de amenorrea inducida por quimioterapia es bien conoci-

do en los sobrevivientes de cáncer de mama. La destrucción de la reserva ovárica puede causar insuficiencia ovárica prematura, y se estima que el riesgo para pacientes menores de 40 años de experimentar estos síntomas oscila entre el 10 y 86%<sup>7</sup>.

En un estudio publicado por la revista *Breast Care* en 2019, de 1.121 madres jóvenes que proporcionaron información sobre su menstruación, el 54.4% experimentó amenorrea antes del diagnóstico de cáncer y el 16.8% después del tratamiento contra el cáncer. Otro 13% experimentó períodos irregulares. Sólo el 16% de las madres jóvenes informaron sobre ciclos menstruales regulares antes y después del cáncer. La probabilidad de amenorrea aumentó con la edad y con la recepción de quimioterapia (75 frente a 41%)<sup>7</sup>.

La transición menopáusica por sí sola no disminuye el interés sexual, sino que afecta la respuesta sexual (fase de excitación), que se vuelve más lenta e intensa debido a la privación de estrógenos. La fase orgásmica se acorta y el dolor es más frecuente debido a la atrofia genital. Nuestros resultados mostraron una disminución en la función sexual entre las mujeres de 48 a 65 años de edad, incluidos los controles, lo que es consistente con los hallazgos de otros autores que informaron sobre el aumento de la disfunción sexual durante la transición menopáusica<sup>21</sup>.

#### *Terapia endocrina*

Con respecto a la satisfacción sexual, observamos que los pacientes sin una terapia endocrina sostenida experimentaron una mayor satisfacción sexual que las mujeres con esta terapia, pero la diferencia no fue clínicamente relevante. La satisfacción sexual restringida podría resultar de los efectos secundarios de la medicación. El tamoxifeno, por ejemplo, se sabe que causa dolor vaginal, ardor, estrechamiento vaginal o molestias sexuales, mientras que los inhibidores de la aromatasa causan sudoración nocturna, sofocos, aumento de peso y disfunción sexual; Se descubrió que estos efectos secundarios tienen un impacto negativo tanto en la calidad de vida como en la satisfacción sexual<sup>7</sup>.

#### *Intervención quirúrgica*

El tipo de intervención quirúrgica se asocia con la presencia de disfunción sexual debido al profundo efecto en la imagen corporal de muchas mujeres que tienen las secuelas de este tipo de tratamiento<sup>8,29</sup>.

Estas mujeres describen su pecho como medicalizado durante las diversas etapas del tratamiento. El pecho, sin embargo, es un órgano de género; que denota feminidad para algunos y son un aspecto central de la imagen corporal femenina. Pero también son órganos sexuales. Durante la radioterapia, la exposición diaria de la mama a radioterapeutas y otro personal puede hacer que las mujeres se disocien de sus mamas como órganos sexuales. Esto contrasta con la noción del pecho como una parte privada del cuerpo de una mujer que generalmente se usa para alimentar a los bebés o como parte del juego sexual<sup>29</sup>.

Datos extraídos de una publicación de 2019 sugieren que el 25% - 90% de las mujeres que siguen el tratamiento quirúrgico

del cáncer de mama muestran trastornos mentales y sexuales. Estos pueden ser trastornos somáticos, problemas fisiológicos, trastornos mentales (depresión y ansiedad), así como problemas en la relación con una pareja<sup>19</sup>. A pesar de que la mastectomía o la tumorectomía no tienen un efecto directo sobre el ciclo de respuesta sexual, la cicatrización, la deformidad o la ausencia de mama resultante pueden tener consecuencias emocionales relacionadas con la imagen corporal tanto para la mujer como para su pareja. Algunas mujeres podrían evitar la actividad sexual debido al temor de que su pareja rechace su nuevo cuerpo con cicatrices de cáncer<sup>29</sup>.

Son varios los estudios los que coinciden en que las mujeres con tumorectomía presentan menos disfunciones que las que tienen una mastectomía unilateral o una mastectomía bilateral. Las mujeres sin reconstrucción mamaria tienen la mayor probabilidad de disfunción sexual<sup>8,21,29,30</sup>.

La mastectomía se realiza en aproximadamente el 50%, según datos de la revista *Clinics* (2018) de los casos por varias razones, incluido el diagnóstico en estadios tumorales avanzados, posición del tumor, tamaño pequeño de las mamas, tumor multifocal y solicitudes de pacientes. La mastectomía tiene un efecto devastador desde el punto de vista psicológico y afecta la autoestima, la feminidad y la imagen corporal, causando más trauma que el cáncer mismo<sup>21,31</sup>.

En general, las pacientes muestran más síntomas depresivos que las pacientes en los otros dos grupos. Los cambios en la apariencia física como resultado de los procedimientos quirúrgicos radicales para el tratamiento del cáncer de mama son una de las causas más frecuentes de depresión y bajo autoconcepto en esta población, generalmente porque las pacientes se sienten menos sexualmente atractivas y menos femeninas. Los síntomas depresivos fueron más frecuentes entre los pacientes más jóvenes de entre 18 y 47 años, lo que demuestra que la combinación de edad y antecedentes de depresión puede ser un predictor importante de depresión en este grupo de edad, según la revista *Clinics*<sup>21</sup>.

Según los datos de la Sociedad Estadounidense del Cáncer, los principales problemas en la esfera sexual de las mujeres después de la mastectomía pueden estar relacionados principalmente con áreas más psicológicamente condicionadas de experimentar excitación y orgasmo, que es esencial para la fisiología de las relaciones sexuales<sup>19</sup>.

La imagen corporal después de la cirugía de conservación de mama o la cirugía de reconstrucción puede ser más positiva. Las mujeres informan que se sienten más cómodas apareciendo desnudas frente a sus parejas sexuales y están más satisfechas con el sexo, pero esto no se aplica a todas las mujeres<sup>29</sup>. Esto podría deberse al hecho de que el pecho femenino también se entiende como un símbolo sexual de feminidad y belleza<sup>7</sup>.

La reconstrucción de mama después de la mastectomía puede preservar el autoconcepto de una mujer y mejorar su imagen corporal y calidad de vida, lo que resulta en un proceso de rehabilitación menos traumático en compa-

ración con el de la mastectomía sola, especialmente entre las mujeres más jóvenes, que le dan mayor importancia a la imagen corporal que las mujeres mayores<sup>21</sup>.

La reconstrucción conduce a cierta satisfacción en términos de imagen corporal y esto, a su vez, se relaciona con el atractivo sexual para algunas mujeres. Sin embargo, aunque la tumorectomía, que se considera una intervención conservadora de las mamas, publicaciones coinciden en que puede hacer que una mama se vea y se sienta diferente del otro. La alteración de la sensación en el sitio de la cicatriz es común, y aunque estas sensaciones pueden cambiar con el tiempo, el entumecimiento y la pérdida de la sensación pueden persistir a largo plazo. Esto puede tener consecuencias sexuales tanto para la mujer como para su pareja. Algunos hombres son reacios a tocar el pecho afectado por temor a causar dolor. Esta reticencia puede ser interpretada por la mujer como rechazo<sup>29</sup>.

Pero los cambios en la imagen corporal no solo están relacionados con la presencia de una cicatriz. Algunas mujeres experimentan linfedema en el brazo y/o el hombro luego de una disección de ganglios linfáticos o una biopsia de ganglio linfático centinela. La extracción de la mama y las partes funcionalmente relacionadas del sistema linfático pueden causar muchos trastornos anatómicos y fisiológicos. Estos incluyen obstrucción linfática de las extremidades, debilidad muscular, rango de movimiento limitado en el brazo, defectos de postura<sup>30</sup>, lo que también puede afectar la actividad sexual<sup>29</sup>.

Encuestas recientes de las necesidades de los pacientes han revelado la necesidad de información y estrategias, así como el desarrollo de programas, para abordar las preocupaciones de salud vulvovaginales y la función sexual en pacientes con cáncer y sobrevivientes<sup>32</sup>. No podemos olvidar que, aunque algunos problemas se resuelvan después del tratamiento, otros durarán muchos años. Y, aunque la actividad sexual puede no ser una prioridad para todas las mujeres, particularmente durante el tratamiento, la sexualidad y la intimidad son un elemento importante de la calidad de vida<sup>33</sup>.

A pesar de esto, son varios los autores que comentan la dificultad de realizar un examen de la esfera sexual de las mujeres cuando la mayoría de las investigaciones se limitan a hacer preguntas generales en lugar de realizar un análisis detallado de la actividad sexual (excitación, agitación, lubricación, masturbación, satisfacción)<sup>20</sup>.

Un estudio realizado en 2018 sobre mujeres con cáncer de mama en España, indicó que, de todas las mujeres encuestadas, la mayoría de las mujeres no presentaron ninguna disfunción sexual antes del diagnóstico de cáncer de mama (66,9%). Sin embargo, después de tener cáncer de mama (cuando se recopilaron los datos), el 91,2% sufría algún tipo de disfunción sexual. Existen diferencias significativas ( $p = 0.002$ ) entre la presencia de disfunción sexual antes y después del cáncer<sup>8</sup>.

Señaló también que las disfunciones más frecuentes fueron disfunción debida al dolor de penetración (50,6% de los participantes), disfunción debida a la lubricación (50,6%), deseo disfuncional (44,6%) y excitación o excitación dis-

funcional (44,6%). Con respecto a su actividad sexual en las últimas 4 semanas, la mayoría usualmente tenía 1–2 instancias de actividad sexual por mes (60,7%) y estaba satisfecha con sus relaciones sexuales (66,3%). Finalmente, las razones más frecuentes por las que estas mujeres no querían penetración durante sus relaciones sexuales fueron la falta de interés en la penetración vaginal (34,1%) y el dolor (30,3%)<sup>8</sup>.

Así, se resumió la etiología de la disfunción sexual dependiendo de con qué se relacionara ésta en la siguiente tabla:

| Disfunción sexual                                | Etiología   |
|--|---|
| Disfunción sexual relacionada con el deseo       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad en la fecha del diagnóstico</li> <li>• Tipo de intervención quirúrgica (la mastectomía bilateral tiene una probabilidad de disfunción del 2,28% más que la tumorectomía)</li> <li>• Reconstrucción mamaria (no realizarse reconstrucción mamaria aumenta un 1,84% la probabilidad)</li> <li>• Convivencia (no vivir con la pareja reduce la probabilidad un 0,54%)</li> </ul> |
| Disfunción sexual relacionada con la excitación  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad en la fecha del diagnóstico</li> <li>• Tipo de intervención quirúrgica (la mastectomía bilateral aumenta la probabilidad un 2,02%)</li> <li>• Convivencia (no vivir con la pareja reduce la probabilidad un 0,45%)</li> <li>• Profesión (el trabajo frente a la jubilación reduce la probabilidad un 0,48%)</li> </ul>  |
| Disfunción sexual relacionada con la lubricación | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad en la fecha del diagnóstico</li> <li>• Tiempo transcurrido después del diagnóstico</li> <li>• Tipo de intervención quirúrgica (la mastectomía bilateral aumenta la probabilidad un 2,30%)</li> <li>• Convivencia (no vivir con la pareja reduce la probabilidad un 0,51%)</li> <li>• Terapia hormonal (la terapia hormonal aumenta la probabilidad un 1,63%)</li> </ul>       |
| Disfunción sexual relacionada con el orgasmo     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad en la fecha del diagnóstico</li> <li>• Tipo de intervención (la mastectomía bilateral aumenta la probabilidad un 2,93% más que la tumorectomía)</li> <li>• Reconstrucción mamaria (no realizarse reconstrucción mamaria aumenta la probabilidad un 2,57%)</li> <li>• Convivencia (no vivir con la pareja reduce la probabilidad un 1,79%)</li> </ul>                          |
| Disfunción sexual relacionada con la penetración | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad en la fecha del diagnóstico</li> <li>• Tiempo transcurrido después del diagnóstico</li> <li>• Convivencia (no vivir con la pareja reduce la probabilidad un 2,55%)</li> <li>• Terapia hormonal (la terapia hormonal aumenta la probabilidad un 0,58%)</li> </ul>  |

| Disfunción sexual             | Etiología   |
|-------------------------------|---|
| Ansiedad sexual anticipatoria | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo transcurrido después del diagnóstico</li> <li>• Convivencia (no vivir con la pareja reduce la probabilidad un 2,01%)</li> <li>• Ocupación (trabajar frente a estar retirada aumenta la probabilidad un 2,1%)</li> <li>• Terapia hormonal (la terapia hormonal reduce la probabilidad un 0,62%)</li> </ul> |

Fuente: Cobo-Cuenca A, Martín-Espinosa N, Sampietro-Crespo A, Rodríguez-Borrego M, Carmona-Torres J. *Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer*. PLOS ONE. [Internet]. 2018[citado 17 Enero 2020];13(8):1-13. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0203151> Elaboración propia.

Afortunadamente, podemos decir que, durante la última década, la literatura que describe el impacto del tratamiento del cáncer en la sexualidad ha crecido. Cabe destacar que gran parte de la literatura temprana se centró en la disfunción sexual y los cambios físicos después del tratamiento, mientras que más publicaciones ahora incorporan una conceptualización más amplia de la sexualidad que abarca a toda la persona, incluidas las relaciones psicosociales, espirituales e interpersonales<sup>22</sup>.

## 4.2. Conocer la importancia y diferentes formas de realizar una valoración adecuada de la función sexual a la paciente que padece cáncer de mama

### 4.2.1. La importancia de la valoración de la función sexual

Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda la vida. La sexualidad es un problema multidimensional e implica dimensiones físicas, psicológicas, interpersonales y conductuales expresadas a través de varias vías. Se trata de dar y recibir placer sexual y está asociado con la pertenencia y la aceptación de otro. La identidad, la autoimagen y la estima son parte integral de la sexualidad<sup>22</sup>.

Por ello, en el cuidado integral de la persona, que implica prestar atención a todos los aspectos de una persona, debemos incluir los temas de sexualidad. Para que esto se cumpla, la discusión sobre salud y disfunción sexual es recomendado, y debe ser iniciado por un miembro del equipo de salud. Se debe ofrecer asesoramiento sexual a todos los pacientes con cáncer, para promover la calidad de la atención involucrada en la mejora de la respuesta sexual, la imagen corporal, la intimidad y los problemas de relación y la satisfacción sexual<sup>35</sup>. Las enfermeras son a menudo el proveedor de atención más constante de las mujeres durante la trayectoria de la enfermedad. Las enfermeras evalúan la cicatrización de heridas, dan consejos sobre el cuidado de la piel durante la radioterapia y evalúan constantemente la parte del cuerpo afectada. Somos el proveedor de atención médica con mayor probabilidad de abordar de manera constante los problemas psicosociales, como afrontamiento, ansiedad y adaptación. Por ello, estamos en una posición

ideal para preguntar sobre este tipo de problemas e identificar problemas o inquietudes<sup>29</sup>.

Existen varios estudios que coinciden en que las conversaciones sobre estas consecuencias específicas no ocurren en la práctica diaria entre pacientes con cáncer y profesionales de la salud. No está claro qué impide las conversaciones requeridas entre los proveedores de atención del cáncer y sus pacientes<sup>22,34</sup>.

Algunas explicaciones a este problema han sido: que los pacientes estaban demasiado ansiosos por su diagnóstico, se sentían demasiado mal y se ponían al día con los síntomas durante el tratamiento para preocuparse por la sexualidad<sup>34</sup>, que los pacientes estarían más centrados en la sexualidad después de su tratamiento contra el cáncer, una vez que regresaran a casa y trataran de continuar con sus vidas normales, que si el individuo iba a experimentar dificultades con respecto a los problemas sexuales y se angustiaba por la situación, esto surgiría después del tratamiento<sup>34</sup>, y que el tiempo es muy breve y el número creciente de pacientes que requieren atención impide mucha conversación sobre un tema que no se percibe como importante en ese momento<sup>34</sup>.

Otros estudios señalan la vergüenza y la falta de educación entre los profesionales de la salud como los mayores obstáculos. Debido a estos factores, los profesionales de la salud no evalúan la sexualidad de los pacientes y, en consecuencia, no se diagnostican ni se abordan sus problemas sexuales<sup>20,24</sup>.

En un estudio realizado en pacientes con cáncer de mama, el 87% de las participantes encuestadas informó sobre la importancia que para ellas tenían la salud sexual y vaginal para la calidad de vida, pero la mayoría informó sobre la falta de conocimiento y el intento de utilizar estrategias de promoción de la salud vaginal y sexual<sup>32</sup>.

La atención de la salud sexual como parte del tratamiento puede impactar positivamente a pacientes y parejas íntimas. Si los pacientes reciben información sobre salud sexual de manera proactiva como parte del proceso de consentimiento, para que comprendan el impacto de los tratamientos, pueden evitar problemas innecesarios y conocer las estrategias para mantener una relación íntima saludable y placentera durante su viaje por el cáncer<sup>20</sup>.

### 4.2.2. ¿Cómo hacer la valoración?

La Revista Brasileña de Enfermería nos explica lo extremadamente necesario que supone familiarizarse con el tipo de paciente que vamos a tratar a través de revisiones de la literatura e investigaciones del campo de estudio. También es importante conocer los cambios que se producen después del tratamiento y qué y qué no es normal para poder adoptar diferentes intervenciones en relación con su sexualidad<sup>35</sup>.

La Revista Canadian Oncology Nursing Journal determina que la evaluación básica debe incluir la determinación de si el individuo desea asistencia en este ámbito. Este enfoque es lo que los pacientes mismos han descrito como deseable y debe reconocer que no todos los pacientes

desean ayuda con problemas en un momento específico. El enfoque de práctica clave es poder abrir una conversación sobre el tema y adaptar la evaluación posterior y las acciones de seguimiento al contexto individual<sup>22</sup>.

También se aconseja compartir experiencias. Esto ayuda a convertir lo que anteriormente se hubiera considerado "anormal" en algo dentro de los estándares considerados normales por los pacientes, ya que se dan cuenta de que estas son situaciones comunes entre otras pacientes que han pasado por lo mismo<sup>35</sup>.

Se deben incluir todo tipo de cuestiones como la imagen corporal, la respuesta sexual, la intimidad y la relación, la función sexual alterada, la satisfacción sexual y los síntomas vasomotores y genitales en las mujeres. Las intervenciones de disfunción sexual se organizan en enfoques farmacológicos, asesoramiento psicosocial y mecanismos de respuesta sexual. El asesoramiento tiene un papel terapéutico importante, y los riesgos relacionados con su uso son bajos<sup>35</sup>.

Es importante abordar la intimidad y la sexualidad, pero también es esencial respetar y garantizar que se respete la privacidad de los pacientes al proporcionar las condiciones adecuadas. Incluso cuando esto sucede, los aspectos físicos de la intimidad a menudo se superponen con los aspectos psicosociales, como el cuidado afectivo y la soledad, que de hecho son los que más afectan al paciente<sup>16</sup>.

Publicaciones señalan, dada la incomodidad personal con el tema que los profesionales experimentan en determinadas ocasiones, la necesidad de educar al personal. La educación podría centrarse en cómo mantener la conversación básica sobre sexualidad, cuándo es apropiado referir al paciente a otro proveedor o servicio, y cuándo es apropiado que una enfermera de oncología ofrezca intervención<sup>22</sup>.

Es importante enfatizar la necesidad de que los centros oncológicos desarrollen estrategias que aseguren abordar las preocupaciones de los pacientes sobre la sexualidad como parte integral de la práctica clínica habitual. Todos los pacientes deben ser informados sobre el impacto potencial del tratamiento del cáncer en la sexualidad. Este intercambio de información debería ocurrir en el inicio del viaje del cáncer del paciente, incluyendo más que solo efectos secundarios. La descripción sobre cómo los efectos secundarios podrían alterar la autoestima, las relaciones personales y las relaciones físicas debe ser clara, estar fácilmente disponible para los pacientes de todos los tipos de enfermedades de cáncer e incluir una lista de recursos disponibles para ayudar con las preocupaciones que el paciente está experimentando<sup>22</sup>. Además, los profesionales sanitarios tienen una variedad de formas de abordar la sexualidad en los pacientes. Se proponen tres modelos y guías específicos que los profesionales de la salud pueden usar y hacer referencia en su práctica para iniciar discusiones sobre sexualidad: el modelo de 'Habilidades escalonadas' describe un enfoque de equipo para abordar la sexualidad, donde a los diferentes miembros del equipo de atención se les asignan roles complementarios que aseguran que se usen diferentes fortalezas para proporcionar una atención de salud sexual óptima, es decir, en lugar de un solo profesional de la salud que aborde la sexualidad y los problemas paliativos, varios profesionales de la salud trabajan en equipo para brindar

apoyo en diferentes temas. El modelo PLISSIT podría proporcionar un marco estructurado para la atención de la salud sexual en entornos paliativos. Los PS pueden usar el modelo para guiar las discusiones sobre sexualidad con los pacientes. Por último, el modelo teórico de Kubler-Ross de las etapas de la muerte puede proporcionar una mejor comprensión de las dificultades que enfrentan los pacientes y sus parejas al final de la vida; Sin embargo, debe tenerse en cuenta que este modelo ha sido criticado por su falta de validación empírica y su estricta visión del proceso de la muerte<sup>20</sup>.

En resumen, es importante evaluar a los pacientes para averiguar si tienen alguna inquietud con respecto a algún aspecto de la atención sexual, identificar barreras para la comunicación sobre tales problemas y entregar la información de acuerdo con las necesidades de los pacientes<sup>27</sup>.

### **4.3. Describir el abordaje correcto de los diferentes problemas derivados del cáncer de mama para una actividad sexual satisfactoria**

#### **4.3.1. Imagen corporal**

Si la mujer identifica preocupaciones sobre su(s) cicatriz(es), se le puede recordar que con el tiempo la cicatriz se desvanecerá. Pero muchas veces se vuelve de mayor importancia el que tanto ella como su pareja sexual la encuentren atractiva. Anne Katz (2009) nos recomienda la verificación de la realidad, muy útil algunas veces. Sugiere preguntarle a la mujer si ven a su pareja todavía la ve igual que hace 10 años o más y si esto ha afectado sus sentimientos por él o ella. Esto puede ayudarla a ver que su pareja puede quererla y desearla a pesar de los cambios físicos que le resultan tan molestos<sup>29</sup>.

Si, por otro lado, declara que sufre las consecuencias de la exposición repetida durante las pruebas de diagnóstico y el tratamiento, hablar de ello puede ayudar. Hablar sobre sus sentimientos puede ayudarlos a expresar su dolor y pérdida por lo que sucedió y puede ser la primera etapa de la curación. La derivación a un psicólogo puede ser muy útil para esto<sup>29</sup>.

Los ataques a la imagen corporal, la baja autoestima y los sentimientos de tristeza o estrés están frecuentemente presentes durante y después del tratamiento del cáncer en mujeres jóvenes con cáncer de mama. M. Miaja et al (2017) describió las siguientes son recomendaciones para suavizar el impacto de estos cambios y promover la aceptación de una nueva imagen corporal<sup>31</sup>:

1. Ejercicio sobre la autoestima de pacientes jóvenes con cáncer de mama.
2. Promover el entrenamiento con pesas y la actividad física durante el tratamiento para mejorar la imagen corporal y otros resultados psicosociales.
3. Ayuda a controlar los síntomas y mejorar su imagen corporal a través de intervenciones psicoeducativas.
4. Informar a las mujeres sobre las posibles preocupaciones de imagen asociadas con la cirugía radical.

5. Promover expectativas reales a través de la educación y el asesoramiento antes de la cirugía para mejorar la satisfacción.
6. Proporcione técnicas especiales de maquillaje para ayudar a las mujeres a sentirse más como ellas mismas.

#### 4.3.2. Signos y síntomas físicos

##### *Lubricantes y humectantes*

Para el tratamiento de síntomas genitourinarios de la menopausia, los lubricantes y humectantes suponen el tratamiento de primera línea. Aunque no está dirigido específicamente a mejorar la función sexual ni curan la atrofia vaginal, son varios los estudios que coinciden en el alivio sintomático que producen estos productos. Aplicados de 3 a 5 veces por semana, pueden restaurar el pH vaginal natural; aumentar la humedad y la elasticidad; y reducen el dolor, la picazón y la irritación<sup>25,32,36</sup>. Las mujeres posmenopáusicas, la dehidroepiandrosterona (DHEA) también puede proporcionar beneficios<sup>25</sup>. Algunos estudios han señalado que los humectantes que contienen ácido hialurónico (por ejemplo, Revaree y Hyalo Gyn) sí pueden llegar a mejorar los síntomas de atrofia vaginal en algunos estudios<sup>36</sup>.

Se recomienda principalmente aquellos que están basados en silicona. Estos son más duraderos, seguros con todos los condones y productos sin silicona, inodoros, insípidos y seguros para pieles sensibles. Además, debemos diferenciar entre cremas hidratantes y lubricantes. Las cremas hidratantes deben usarse como mantenimiento cada 2 a 3 días, ya sea que el paciente esté o no teniendo relaciones sexuales. Los lubricantes deben usarse en el momento de la relación sexual, incluso si el paciente ya está usando humectantes<sup>36</sup>.

##### *Preparaciones hormonales*

Para las mujeres que persisten con los síntomas a pesar de las cremas hidratantes, las preparaciones hormonales vaginales pueden ser efectivas sin un riesgo significativo de eventos posteriores de cáncer de mama. LeRay et al. informaron que no había una diferencia significativa en el riesgo de recidiva si la terapia con estrógenos se usaba de manera concomitantemente o secuencialmente. El uso de la terapia de estrógenos a nivel local ha sido respaldado por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, aunque sugieren que debe reservarse para su uso en pacientes que no se benefician de intervenciones no hormonales y no como una opción de primera línea<sup>25</sup>.

##### *Lidocaína acuosa 4%*

Para las mujeres con cáncer de mama que experimentan dolor específicamente en el vestíbulo, estudios recomiendan la lidocaína acuosa al 4%. En un ensayo aleatorizado que incluyó a 46 sobrevivientes de cáncer de mama, el uso de lidocaína (aplicada tópicamente en el vestíbulo durante 3 minutos antes de las actividades de penetración planificadas) resultó en una disminución de la dispareunia. El 90% informó un retorno a la penetración cómoda.

##### *Dilatadores*

Para las mujeres que se quejan de dolor más allá del vestíbulo se debería de hacer uso de dilatadores vaginales. La terapia con dilatador se usa para promover la elasticidad de los tejidos vaginales<sup>25</sup>. La terapia con dilatadores se ve limitada debido a su poca extensión. Un estudio publicado en 2017 determinó que la gran mayoría de las mujeres encuestadas desconocían su uso, lo que demuestra la necesidad de una mayor educación del paciente, ya que los dilatadores son una excelente estrategia para las mujeres que experimentan dolor al estirar mecánicamente para mejorar la elasticidad vaginal y abordar la estenosis/adherencias. También puede ayudar a las mujeres a ganar confianza y disminuir la ansiedad/miedo al dolor<sup>25,32</sup>. Debemos reconocer la falta de evidencia para demostrar si hay un beneficio para el tratamiento<sup>25</sup>.

Si una paciente no ha tenido relaciones sexuales penetrantes durante varios años, debe recibir asesoramiento sobre dilatadores vaginales en su visita inicial. Debería comenzar con el tamaño más pequeño, eventualmente subir y usar en combinación con un humectante vaginal y lubricante<sup>36</sup>.

##### *Ejercicios de suelo pélvico*

Se demostró que la relajación y el control de los músculos del piso pélvico pueden ser extremadamente útiles para tratar y prevenir el dolor con el coito y los exámenes pélvicos. Además, se ha encontrado que la baja resistencia del piso pélvico está asociada con la disfunción de excitación. Atraer el flujo sanguíneo al piso pélvico a través de fisioterapia puede tener efectos restauradores<sup>32,36</sup>.

##### *Educación sanitaria*

Varios estudios pequeños han encontrado que la educación puede ayudar a disminuir la morbilidad de la atrofia vaginal. Se ha demostrado que el asesoramiento telefónico y las intervenciones psicoeducativas en línea son modalidades efectivas para extender los servicios psicosociales a los sobrevivientes de cáncer. En un estudio, se demostraron hallazgos significativos para una intervención telefónica al abordar la función sexual a los 12 y 18 meses después de la inscripción al estudio. A pesar de la efectividad y la viabilidad demostradas en ese estudio, sólo las pacientes más jóvenes declararon que considerarían participar en una intervención en línea, lo que sugiere que es necesario adaptar la provisión de información en función del individuo<sup>32</sup>.

##### *Intervenciones con la pareja*

Es importante reconocer cómo el cáncer de mama no solo afecta al paciente sino a su pareja y, como resultado, las parejas a menudo deben lidiar con la adaptación a la vida juntos después de que finaliza el tratamiento. Se ha demostrado que los estilos de comunicación y las percepciones de la capacidad de respuesta determinan la intimidad posterior al diagnóstico. Debemos de ayudar a los pacientes y sus parejas a adaptarse a la vida después del

cáncer de mama, cuando puede ser diferente, pero no tiene que ser peor que antes<sup>25</sup>.

En pacientes con pareja, la calidad de su relación es un predictor crítico y concordante del funcionamiento sexual, superando los cambios físicos como determinantes para la salud sexual. La comprensión y aceptación de la pareja, un fuerte vínculo íntimo, buena comunicación y afecto, todo ayuda en el proceso de renegociación sexual que sigue a la experiencia oncológica.

Para los pacientes sin pareja, es importante enfatizar que la sexualidad no es exclusiva de las parejas y que también pueden mantener una vida sexual saludable<sup>31</sup>.

M. Miaja presenta las siguientes recomendaciones para mejorar la función sexual en pacientes con cáncer de mama y sus parejas<sup>31</sup>:

1. Promover el uso de humectante vaginal 2 o más veces por semana, en caso de adelgazamiento y sequedad vaginal.
2. Motivar a los pacientes a compartir sus preocupaciones sobre la sexualidad.
3. Crear una mayor sensación de cercanía entre los miembros de la pareja a través de la promoción de la intimidad, la conciencia de la relación, la escucha constructiva y las habilidades de comunicación.
4. Promover el intercambio del significado del cáncer en la relación e identificar los efectos positivos generales en la relación.
5. Crear oportunidades para que las parejas reflexionen y se comuniquen sobre las fortalezas individuales y compartidas y para que identifiquen y compartan pensamientos y sentimientos hacia el cáncer de mama.
6. Promover la comunicación efectiva para aumentar la comprensión de la perspectiva de la otra persona.

## 5. CONCLUSIONES

Como hemos visto, la salud sexual es un aspecto determinante en la calidad de vida del ser humano. Abarca no sólo las relaciones sexuales, como es comúnmente confundido, si no aspectos como la intimidad, el rol, la erótica, el placer y la intimidad. En ella entran en juego múltiples sistemas, entre ellos fisiológicos, bioquímicos, neurológicos y psicológicos. Por ello, no es de extrañar que una enfermedad como el cáncer altere de distintas formas la función sexual de la persona que la padece, concretamente, con el cáncer de mama.

Las mujeres que padecen de cáncer de mama suelen sufrir una disociación con su cuerpo, al que ven "medicalizado". Normalmente, el pecho es un órgano con connotaciones femeninas y eróticas. Sin embargo, estas pacientes sufren de una exposición continua de éstos, lo que hacen que estas connotaciones. Una mastectomía o una reconstrucción mamaria puede hacer que la mujer sufra grandes problemas con su autoestima y su imagen corporal que pueden afectar a su actividad sexual.

También entran en juego las consecuencias del tratamiento del cáncer de mama, que normalmente producen síntomas vulvovaginales como la sequedad vaginal o la dispareunia.

A pesar de todos estos problemas aquí mostrados existe evidencia de que las alteraciones en la función sexual no son informadas durante el transcurso del cáncer, así como tampoco se realiza una valoración de la función sexual de forma asidua. Fomentar la sexualidad y actividad sexual tiene muchos aspectos positivos tanto para el bienestar físico como el psicosocial de las pacientes.

Para ello, como profesionales de la salud, debemos de tener claro nuestro rol en cuanto a educadores en la salud. Debido a que este tema siempre ha sido considerado "tabú", muchas veces nos encontramos con escasa formación sobre la sexualidad. Para ello debemos fomentar la educación formal y la capacitación para poder adquirir las herramientas para comprender y abordar mejor la sexualidad en los pacientes. Además, existe una variedad de modelos sistemáticos que se pueden implementar para guiar a los profesionales de la salud en la prestación de atención de salud sexual, tales como, etapas escalonadas, PLISSIT, etapas teóricas de muerte de Kubler-Ross, MEJOR, 5A y ALARMA.

Una mejor comprensión y enfoque de la atención de la salud sexual por parte de los profesionales sanitarios puede ser el primer paso para crear una evaluación verdaderamente holística en este tipo de pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer [Internet]. Who.int. 2018 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2015 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
3. Estadísticas del cáncer [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2018 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>.
4. Tipos de tratamiento [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2020 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
5. ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Breastcancer.org. 2018 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: [https://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer\\_de\\_mama/que\\_es\\_cancer\\_mama?gclid=Cj0KCQiAmZ-DxBRDIARIsABnkbYQz9AzAvqm\\_OCQtK71LSqHuD-IIWRwxcjhqmuNgl6OeRFZGBD0t17aYaAgyNEALw\\_wcB](https://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama?gclid=Cj0KCQiAmZ-DxBRDIARIsABnkbYQz9AzAvqm_OCQtK71LSqHuD-IIWRwxcjhqmuNgl6OeRFZGBD0t17aYaAgyNEALw_wcB)
6. ¿Qué es el cáncer de seno? [Internet]. Cancer.org. 2018 [cited 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>

7. Pursche T, Bauer J, Hammersenc F, Rody A, Waldmann A, Fischere D. Early-Onset Breast Cancer: Effect of Diagnosis and Therapy on Fertility Concerns, Endocrine System, and Sexuality of Young Mothers in Germany. *Breast Care* [Pubmed]. 2019 [citado 17 Enero 2020];14:23-29. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/488795>.
8. Cobo-Cuenca A, Martín-Espinosa N, Sampietro-Crespo A, Rodríguez-Borrego M, Carmona-Torres J. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. *PLOS ONE*. [Pubmed]. 2018 [citado 17 Enero 2020];13(8):1-13. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0203151>
9. El cáncer de mama en España - Geicam - Investigación en Cáncer de Mama [Internet]. Geicam - Investigación en Cáncer de Mama. 2019 [citado 17 January 2020]. Disponible en: [https://www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana?gclid=Cj0KQIAmZDxBRDIArIsABnkbYRZ5qLfnfU5nzWS\\_zcVKSvYS-OlmJ-q3Hp6FN64pu6LWNUt\\_7QzLwaAgOsEALw\\_wcB](https://www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana?gclid=Cj0KQIAmZDxBRDIArIsABnkbYRZ5qLfnfU5nzWS_zcVKSvYS-OlmJ-q3Hp6FN64pu6LWNUt_7QzLwaAgOsEALw_wcB)
10. ¿Qué es el cáncer de mama? | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2018 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/what-is-breast-cancer.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm)
11. Tratamiento del cáncer de seno (mama) en adultas (PDQ®)–Versión para pacientes [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2020 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq>
12. Cáncer de mama-Diagnóstico [Internet]. Cancer.Net. 2018 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/diagn%C3%B3stico>
13. Cáncer de mama - Síntomas y signos [Internet]. Cancer. Net. 2018 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/s%C3%ADntomas-y-signos>
14. Tratamiento del cáncer de seno (mama) en adultas (PDQ®)–Versión para pacientes [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2020 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq>
15. Cáncer de mama - Tipos de tratamiento [Internet]. Cancer.Net. 2018 [citado 17 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/tipos-de-tratamiento>
16. Silva S, Marques J, Reis-Pina P. How Prepared are We to Address Sexuality in Palliative Care?. *Revista Científica da Ordem dos Médicos* [Pubmed]. 2019 [citado 17 Enero 2020];32(10):625–627. Disponible en: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12265>
17. Mütsch, J., Friedrich, M., Leuteritz, K. et al. Sexuality and cancer in adolescents and young adults - a comparison between reproductive cancer patients and patients with non-reproductive cancer. *BMC Cancer* [Pubmed]. 2019 [citado 17 Enero 2020]; 19:828. Disponible en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-019-6009-2#citeas>
18. Perz, J., Ussher, J.M. A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC Cancer* [Pubmed] 2015 [citado 19 Enero 2020]15, 629. Disponible en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-015-1638-6#citeas>
19. Streb J., Jabłoński M. J., Słowik A., Babczyk D., Jach R. Indications for sexology consultation in women after surgical treatment due to breast cancer. *Ann Agric Environ Med* [Pubmed]. 2019 [citado 19 Enero 2020];26(2):379-384. Disponible en: <http://www.aaem.pl/Indications-for-sexology-consultation-in-women-after-surgical-treatment-due-to-breast,89733,0,2.html>
20. Wang, K., Ariello, K., Choi, M., Turner, A., Wan, BA., Yee, C., Rowbottom, L., Macdonald, R., Lam, H., Drost, L. y Chow, E. Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review. *Ann Palliat Med*. [Pubmed] 2018 [citado 17 Enero 2020] 7(2):256-264. Disponible en: <http://apm.amegroups.com/article/view/17313/19366>
21. Vieira Archangelo, S., Sabino Nieto, M., Francescato Veiga, D., Bueno García, E. y Masako Ferreira, L. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*. [Pubmed] 2018 [citado 17 Enero 2020] 74:e883. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542498/>
22. Fitch, MI., Beaudoin, G., y Johnson, B. Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part II— Health care provider perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal* [Pubmed] 2013 [citado 17 Enero 2020] 23(3) 182-188. Disponible en: <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/94>.
23. Melissant, HC., Jansen, F., Schutte, L., Lissenberg-Witte, Bl., Buter, J., Leemans, CR., Sprangers, MA., Vergeer, MR., Laan, ETM., Verdonck-de Leeuw, IM. The course of sexual interest and enjoyment in head and neck cancer patients treated with primary (chemo) radiotherapy. *Oral Oncology* [Pubmed] 2018 [citado 17 Enero 2020] 83:120-126. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837518302367>
24. Marangoz, C., Demir Ayten. y Yazgan, EÖ. Adaptation of the Sexuality Scale for Women with Gynecologic Cancer for Turkish Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs*. [Pubmed] 2019 [citado 17 Enero 2020] 6(2):177–186. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371671/>
25. Lopresti, M., Rizack, T., y Dizon, DS. Sexuality, fertility and pregnancy following breast cancer treatment. *Gland Surg*. [Pubmed] 2018 [citado 17 Enero 2020] 7(4) 404-410. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6107584/>

26. Grayer, J. Emotionally focused therapy for couples: a safe haven from which to explore sex during and after cancer. *Sexual and Relationship therapy*. [Cinahl] 2016 [Citado 20 Enero 2020] 31(4): 488-492. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2015.1126668>
27. Gek Phin, C., Hiang Khoo, T. y Mihir, G. What information do cancer patients want and how well are their needs being met? *ecancer*. [Pubmed] 2018 [citado 17 Enero 2020] 12(873). Disponible en: <https://ecancer.org/en/journal/article/873-what-information-do-cancer-patients-want-and-how-well-are-their-needs-being-met>
28. Diamantopoulou, M., Pitis, A., Raftopoulos, P., Tzavella, F. The Impact of Oncological Diseases on Sexual Behavior and Psychosocial Attitudes of Young and Adult Patients: a systematic review. *International Journal of Caring Sciences* [Cinahl] 2019 [citado 20 Enero 2020] Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/cc467e6cde4ab7072ea240b5a37474c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606338>
29. Katz, Anne. My body my self: Body image and sexuality in women with cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*. [Pubmed] 2009 [citado 17 Enero 2020] 19(1):1-4. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/270464581\\_My\\_body\\_my\\_self\\_Body\\_image\\_and\\_sexuality\\_in\\_women\\_with\\_cancer](https://www.researchgate.net/publication/270464581_My_body_my_self_Body_image_and_sexuality_in_women_with_cancer)
30. Agnieszka J. Słowik et al. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatr. Pol.* [Pubmed] 2017 [citado 20 Enero 2020] 51(5): 871-888. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/63787>
31. M. Miaja, et al. Psychological concerns in young women with breast cancer. *Rev Inves Clin*. [Pubmed] 2017 [Citado 20 Enero 2020] 69:204-209. Disponible en: <http://clinicalandtranslationalinvestigation.com/abstract.php?id=137>
32. Carter, J., Stabile, C. Seidel, B., Raymond, EB., Goldfarb, S. y Goldfrank DJ. Vaginal and sexual health treatment strategies within a female sexual medicine program for cancer patients and survivors. *J Cancer Surviv*. [Pubmed] 2017 [citado 20 Enero 2020] 11:274-283. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357589/>
33. Taylor, S., Absolom, K., Brown J. y Velikova, G. Breast Cancer, Sexuality, and Intimacy: Addressing the Unmet Need. *The Breast Journal*. [Pubmed] 2016 [citado 20 Enero 2020] 22(4): 478-479. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tbj.12614>
34. Maree, J. y Fitch, M. Holding conversations with cancer patients about sexuality: Perspectives from Canadian and African healthcare professionals. *Canadian Oncology Nursing Journal*. [Pubmed] 2019 [citado 20 Enero] 29(1): 64-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6516239/>
35. Gondim de Almeida, N., Fernandes Brittol, D., Vieira Figueiredoll, J., Magalhães Moreiral, TM., Fontenele Lima de Carvalhol, RE., y De Melo Fialhol, AV. PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev Bras Enferm* [Pubmed] 2019 [citado 20 Enero 2020] 72(4):1109-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>
36. Barbor, M. Preserving Sexual Function in Women After Cancer Treatment. *The Oncology Nurse*. [Pubmed] 2019 [Citado 20 Enero 2020] 12(4):6-7. Disponible en: <http://theoncologynurse.com/ton-issue-archive/2019/august-2019-vol-12-no-4/17822-preserving-sexual-function-in-women-after-cancer-treatment>

## ANEXOS

### Modelo PLISSIT

El modelo PLISSIT fue desarrollado por el psicólogo Annon en 1976 para su uso durante las consultas para el cuidado de pacientes con quejas relacionadas con la sexualidad y la salud sexual. Este modelo permite discutir la sexualidad, ofreciendo sugerencias específicas de acuerdo con las necesidades del paciente, promoviendo, en casos más complejos, la derivación a terapia intensiva con profesionales especializados. Puede ser adoptado por cualquier profesional de la salud<sup>35</sup>.

El acrónimo PLISSIT representa los cuatro niveles de intervención: permiso, información limitada, sugerencias específicas y cuidados intensivos. Cada uno de ellos designa un método sugerido para tratar problemas sexuales. Se puede acceder a un número determinado de problemas en cada nivel del modelo teórico<sup>35</sup>.

Los primeros tres niveles de intervención (Permiso, Información limitada y Sugerencias específicas) se consideran una terapia breve, con los que se puede abordar la mayoría de los problemas de los pacientes. Los que no son accesibles deben remitirse a la etapa de terapia intensiva<sup>35</sup>.

- Permiso: esta etapa les da a los pacientes la libertad de hablar sobre este tema, normalizándolo. Esto les ayuda a entender que es un problema del que no necesitan preocuparse o sentirse culpables<sup>29,35</sup>.
- Información limitada: se otorga información relevante y necesaria sobre la sexualidad de forma general y cómo la enfermedad puede afectar a la función sexual. Con esta etapa se suelen aclarar dudas y se corrigen pensamientos equivocados que se puedan tener<sup>29,35</sup>.
- Sugerencia Específica: es una ampliación de la etapa anterior. Obtendremos información de lo que será útil para el paciente. La información a este nivel incluye orientación anticipada relacionada con las posibles consecuencias sexuales de los medicamentos y otros tratamientos<sup>29,35</sup>.
- Terapia intensiva: el cuarto nivel de tratamiento está indicado solo para pacientes que no pudieron ser tratados en los primeros tres pasos, y los derivaron a un especialista para profundizar sus problemas sexuales<sup>29,35</sup>.