

SEXUALIDAD EN UN GRUPO DE MUJERES CUBANAS CON CÁNCER DE MAMA

Dra. Marlen Izquierdo, Dra.C. Beatriz Torres,
Dra. Marisabel González, Dr.C. Ulises Jáuregui

Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas
mig@infomed.sld.cu

ESTUDIO DE UN GRUPO DE 16 MUJERES CUBANAS SOMETIDAS A CIRUGÍA Y TRATAMIENTO ONCOESPECÍFICO POR CÁNCER DE MAMA CON SOBREVIDA MAYOR AL AÑO, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO, LA CIRUGÍA Y EL TRATAMIENTO CONCOMITANTE EN SU SEXUALIDAD. SE DEMOSTRÓ QUE LAS PACIENTES LOGRAN, GLOBALMENTE, UNA VIDA SEXUAL SATISFACTORIA. SIN EMBARGO, PRESENTARON AFECTACIONES DEL DESEO Y LA EXCITACIÓN, ASÍ COMO UNA DISMINUCIÓN DE LA FRECUENCIA DEL ACTO SEXUAL CON SU PAREJA Y UN VALOR GLOBAL DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ESTADÍSTICAMENTE MENOR, AL COMPARARLO CON UN GRUPO CONTROL DE MUJERES APARENTEMENTE SANAS.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en Cuba, después de las enfermedades del corazón (*Anuario estadístico*, 2005). En la población femenina cubana, el cáncer de mama es el segundo de mayor incidencia y mortalidad después de los tumores de tráquea, bronquios y pulmón. Al igual que sucede en los países desarrollados (*Sunga et al.*, 2005), la tasa de morbilidad ha crecido más rápidamente que la mortalidad, lo que indica un mayor índice de supervivencia de las pacientes que padecen esta enfermedad, muchas de las cuales logran una evolución positiva. Por tanto, es necesario prestar atención especial a elevar su calidad de vida, con énfasis en los problemas relacionados con la sexualidad.

En las tentativas para evaluar la prevalencia de disfunción sexual atribuible al cáncer de mama

y/o al tratamiento oncológico, se ha reportado que entre 35 y 85 % de las mujeres enfermas presentan alguna manifestación de disfunción (*Sunga et al.*, 2005; Schavelzon, 1992; Thors, Broekel y Jacobsen, 2001). Algunos aspectos de orden cultural, social, fisiológico y psicológico pueden cambiar la evolución de la función sexual durante y después del tratamiento. La mastectomía, la tumorectomía, la radioterapia y la quimioterapia pueden causar cambios en la imagen corporal de la mujer, su feminidad, poder de seducción y sexualidad (*Hannoun-Levi*, 2005). Se conoce que el impacto psicológico del cáncer de mama puede generar ansiedad, depresión y cambios en la vida de relaciones, sobre todo al afectar el estado de bienestar físico, así como temor a la muerte, la discapacidad y la mutilación (*Ganz et al.*, 1987; Silberfarb, Maurer y Crouthamel, 1980; Stenberg,

Juliano y Wise, 1985). La mujer percibe, además, el daño de su imagen corporal, lo que afecta el disfrute de su sexualidad y el reinicio de la vida sexual y de pareja, con un saldo de vivencia negativa, de sentirse diferente, apenada y con una tendencia a esconder su cuerpo y evitar las relaciones íntimas. Asimismo, se conoce que la disfunción sexual femenina incluye desórdenes del deseo, la excitación y el orgasmo, además de aparición de dolor vaginal durante o después del acto sexual.

El objetivo de este trabajo fue evaluar los desórdenes en la actividad sexual de un grupo de mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama y tratamiento oncoespecífico con sobrevida mayor de un año.

MARCO METODOLÓGICO

El estudio se realizó en dieciséis mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, que acudieron a consulta de oncología en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgico y respondieron a los criterios de inclusión siguientes: sometidas a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y oncoespecífico con sobrevida no menor de un año; edad entre treinta y cinco y sesenta años; con pareja. Los criterios de exclusión fueron:

- recidiva o metástasis de cáncer conocida en el momento del estudio;
- recibir quimioterapia o radioterapia en el momento del estudio;
- paciente portadora de patología psiquiátrica o de otro tipo de cáncer.

La muestra de estudio fue intencional de caso típico. Para proceder a la aplicación de las técnicas investigativas, se obtuvo el consentimiento informado de cada una de las participantes. Se aplicó el índice de función sexual femenina o FSFI, del inglés Female Sexual Function Index (Rosen *et al.*, 2000), además de explorar edad, raza, nivel educacional, tipo de cirugía y sobrevida.

El FSFI es un cuestionario multidimensional validado para evaluar los aspectos claves de la función sexual en mujeres; se basa en la interpretación clínica del análisis de componentes principales con una estructura de seis campos que evalúan deseo (frecuencia y grado), excitación (frecuencia, grado y confianza), lubricación (frecuencia y dificultad), orgasmo (frecuencia, difi-

cultad y satisfacción), satisfacción (afectivo, en la relación de pareja y vida sexual global) y dolor (frecuencia y grado durante y después de la penetración). El FSFI evalúa la respuesta sexual de las encuestadas en el momento de la entrevista. Con el fin de poder comparar la situación de las pacientes antes de la enfermedad, el instrumento se modificó incluyendo seis preguntas relacionadas con el deseo (frecuencia), la excitación (grado), la lubricación (frecuencia), el orgasmo (frecuencia), la satisfacción (afectivo) y el dolor (frecuencia), antes de conocer el diagnóstico de cáncer de mama. Se incluyó una pregunta para evaluar la frecuencia de la actividad sexual antes y después de la enfermedad. La evaluación del FSFI se realiza por pregunta y por campo calculando la media de la respuesta de todas las pacientes entrevistadas. Las preguntas añadidas, para comparar con el estado de las pacientes antes de la enfermedad, no se incluyeron en el cálculo del FSFI total, con el fin de poder comparar los valores obtenidos por otros autores que han aplicado este instrumento.

Para analizar los resultados, se calculó la media y la desviación estándar de cada parámetro. Para evaluar la existencia de diferencias significativas entre parámetros, se empleó el estadígrafo de Student para un nivel de significación de 0,05 (Dixon y Massey, 1965).

Para complementar los resultados obtenidos mediante la aplicación del FSFI, se realizó una entrevista semiestructurada a fin de describir y profundizar en el contenido, las motivaciones y condicionantes humanas de los aspectos estudiados. Su análisis permitió el enfoque cualitativo del impacto de la enfermedad y su tratamiento a través de observaciones directas de las participantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterización del grupo en estudio

La edad de las pacientes osciló entre cuarenta y uno y sesenta años, con un valor medio de 49,7 años. En estas edades se ha descrito una notoria variabilidad del funcionamiento y la respuesta sexual por corresponderse con el periodo climatérico, en el que se entrecruzan el declinar de la actividad hormonal, el estado psíquico general y la relación de pareja. Del total, once mujeres eran de raza blanca y cinco de raza negra. El nivel medio

de educación fue concluido por 25 %, mientras que 56 % y 19 % tienen nivel medio superior y universidad concluidos, respectivamente. En cuanto a los hábitos tóxicos, seis pacientes son fumadoras (37,5 %) y ninguna consume alcohol de forma sistemática. Llama la atención que, a pesar de tratarse de mujeres con cáncer, seis continúan fumando, aunque conocen la repercusión negativa que este hábito tiene en la salud, y de manera especial para el desarrollo de procesos oncológicos.

Todas las pacientes fueron sometidas a intervención quirúrgica parcial (nueve mujeres) o total (siete pacientes) de la mama afectada. Se debe aclarar que no siempre fue posible informar previamente a la paciente acerca de la magnitud de la operación y tres de ellas conocieron la pérdida de la mama luego del tratamiento quirúrgico. Sólo dos (12,5 %) se sometieron a reconstrucción del seno y ninguna cuenta con prótesis, debido a la no necesidad estética o a la no disponibilidad del recurso. El tiempo promedio de sobrevida después de la operación fue de 3,6 años, con cuatro mujeres con un año de operadas, tres con dos años, tres con tres años, tres con cuatro años y una con seis, siete y diez años de sobrevida.

Todas las pacientes fueron sometidas a tratamiento durante los primeros seis meses después de operadas, por lo que en el momento del estudio ya estaban libres del necesario pero agresivo tratamiento citostático e irradiante, contando con una aparente recuperación del estado general.

En cuanto a otros datos sociales, es importante destacar que todas las entrevistadas cuentan con pareja estable antes y después de su enfermedad, aunque dos de ellas (12,5 %) cambiaron de pareja después de operadas. Asimismo, tres (18,75 %) cambiaron de actividad laboral con el fin de disminuir la actividad física; y ninguna planteó dificultades con su re inserción a la vida laboral. Todas tienen al menos un hijo.

Evaluación de la actividad sexual por el FSFI

Un primer indicador para evaluar la actividad sexual, es la frecuencia con la que se realiza el acto sexual. La actividad sexual de las pacientes disminuyó de manera significativa después de ser operadas. Mientras que antes de la enfermedad el

93,75 % de las mujeres hacían el acto sexual una vez por semana o más; después de operadas sólo 50 % de ellas mantuvieron esta frecuencia. Trece pacientes (81,25 %) reportaron haber disminuido la frecuencia del sexo con su pareja, y hubo una que planteó no haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses a pesar de tener una pareja estable.

La variación en la frecuencia del acto sexual es el primer parámetro que muestra la repercusión directa del cáncer de mama y su tratamiento sobre el desempeño sexual. Múltiples causas favorecen esta disminución, que abarcan desde el conocimiento por las pacientes de ser portadoras de una patología maligna que puede cobrarles la vida en un período no precisado; el sometimiento a un proceder quirúrgico que, aunque necesario, las mutila y desprende de una parte de su cuerpo, históricamente reconocido como símbolo de la sexualidad femenina y que toma tiempo para aceptar en el contexto estético corporal y para el reencuentro con la pareja.

No cabe duda que los efectos adversos de los tratamientos irradiantes y farmacológicos en un período inicial, en el que la paciente no sólo experimenta síntomas tan desagradables como náuseas, vómitos, decaimiento, pérdida de apetito y caída del cabello, sino también alteraciones de sus funciones hepática, renal, hematológica y hormonal, la exponen a complicaciones y la alejan de la actividad sexual. En el estudio, la fortaleza de la relación de pareja, el apoyo familiar, el mayor número de años de sobrevida y el rescate de la autoestima favorecieron el reencuentro con la actividad sexual y el disfrute de la misma.

Para evaluar el deseo se tuvieron en cuenta dos aspectos: la frecuencia y la intensidad o grado del deseo. La frecuencia se evaluó también antes de la enfermedad. Diez mujeres (63 %) reconocen haber disminuido la frecuencia del deseo con la enfermedad, y sólo una (6 %) mejoró en este parámetro. Tanto la frecuencia como la intensidad del deseo de las pacientes operadas se ven afectadas. Sólo cinco pacientes (31 %) plantearon tener deseo sexual más de la mitad de las veces (contra diez antes de la enfermedad), y sólo dos (13 %) evaluaron la intensidad del deseo como elevada.

Además, se pudo apreciar que existe una correlación de 79 % entre las mujeres que vieron





medicamentos antieméticos y opioides elevan los niveles de prolactina, lo cual disminuye el deseo sexual. A ello se suman los trastornos emocionales, que aparecen con frecuencia en las pacientes con cáncer de mama y constituyen causa frecuente de pérdida del deseo sexual (Hordern, 2000; Boehmer, Linde y Freund, 2005; Bukovic *et al.*, 2005). De igual forma, debemos señalar que en esta etapa de la vida el deseo sexual se hace menos acuciante, generado fundamentalmente por patrones culturales, pues la mujer cede su espacio al cuidado de la familia, y en especial de los hijos; no obstante, se hace necesario esclarecer que el deseo sexual surge de la interacción cotidiana, de la propia relación de pareja. El instrumento empleado no permitió valorar si el resultado obtenido estaba en relación con cambios del comportamiento dependiente de la mujer en sí, de su pareja o de la propia relación de pareja. Sin embargo, por tratarse la relación sexual de una actividad en la que en nuestra cultura

afectado el deseo y disminuyeron la frecuencia del acto sexual. En conclusión, el deseo sexual del grupo en estudio se afectó de forma significativa en el transcurso de la enfermedad, pasando de normal a afectado levemente. Este comportamiento es esperado, ya que la afectación del deseo sexual tiene que ver con la pérdida global de interés en el sexo que sufren estas pacientes entre las que salvar la vida es lo primario (Aucinloss, 1989). Las causas físicas en pacientes con cáncer incluyen, entre otras, depresión del sistema nervioso central, debido a dolor generalizado y fatiga; y estado confusional por medicación tranquilizante. Algunos

está involucrada el órgano mutilado, el mantenimiento de la frecuencia puede convertirse en ocasiones en un proceso angustiante no declarado, de ahí que se requiera explorar este aspecto en futuros instrumentos que se construyan para medir la calidad de vida.

La excitación en el grupo en estudio se valoró a través de cuatro aspectos: la frecuencia con la que se sintieron excitadas, el grado o intensidad de la excitación, la confianza en poder excitarse y la satisfacción con la excitación. En este caso, se utilizó la intensidad como criterio para comparar el estado de las pacientes antes y después de la enfermedad.

Del total de pacientes, nueve (56 %) manifestaron disminución en la excitación después de operadas; 31 % no percibió cambios; y dos (13 %) aumentaron la intensidad en la excitación. Como promedio, después de la operación las mujeres consideran que la intensidad de la excitación es moderada, pero su valor promedio se vio significativamente disminuido al comparar con la excitación antes de la enfermedad. En cuanto a la frecuencia, la confianza en poder excitarse y la satisfacción con la excitación se comportan en la media de valores para mujeres sanas (Rosen *et al.*, 2000), aunque la confianza en el grupo en estudio se afectó de forma significativa respecto al estado normal. En esencia, se puede concluir que la excitación en el grupo en estudio se afectó moderadamente como consecuencia de la enfermedad y su tratamiento, así como la influencia psíquica que sobre el desempeño sexual sufre la mujer en esta etapa. Como se destacó con anterioridad, los problemas de excitación sexual en la mujer tienen mayor relación con trastornos emocionales y de relación de pareja (Auchincloss, 1989; Speer *et al.*, 2005).

La evaluación de este aspecto también se ve limitada por el instrumento utilizado, porque también en esta etapa de la respuesta sexual la interacción con la pareja es vital para disparar este fenómeno, por lo que habría que valorar el comportamiento del estímulo de la pareja.

Para comparar el comportamiento de la lubricación durante el acto sexual, se pidió a las pacientes que valoraran la frecuencia con la que lograron lubricar antes y después de operadas y de recibir tratamiento. Una disminución de la frecuencia de lubricación fue percibida por 44 %, mientras que la mayoría no reconocen cambio. La comparación de los valores medios de frecuencia de lubricación antes y después de la enfermedad arrojó que existieron variaciones significativas en este parámetro, lo que pudiera explicar, presumiblemente, los resultados obtenidos en la fase de excitación. Igualmente se evaluó la dificultad para sentirse lubricada y mantener la lubricación hasta concluir el acto sexual y la frecuencia con la que mantuvieron la lubricación. Como promedio, las pacientes lograron lubricar la mayoría de las veces y les fue ligeramente difícil mantener la lubricación. Factores ya explicados, como la edad y el

tratamiento citostático, han ejercido un efecto negativo sobre este aspecto, además de que se expresa como una afectación subsiguiente a las alteraciones en las etapas anteriores.

En la evaluación del orgasmo se tuvieron en cuenta tres aspectos: la frecuencia, la dificultad para alcanzarlo y la satisfacción de la paciente con su habilidad para alcanzar el orgasmo. La frecuencia se evaluó también antes de la enfermedad. Seis mujeres (38 %) reconocen haber disminuido la frecuencia con la que alcanzan el orgasmo después de la enfermedad, mientras que la mayoría no vio afectada la frecuencia del orgasmo (43 %), e incluso tres refieren una mayor frecuencia del orgasmo en la actualidad. A partir de este resultado no puede decirse que la calidad del acto sexual, en lo que al orgasmo se refiere, se haya visto significativamente afectado, ya que lo alcanzaron la mayoría de las veces que tuvieron contacto sexual antes o después de operadas.

Las pacientes consideran que en su estado actual les fue, como promedio, ligeramente difícil lograr el orgasmo en comparación con su estado previo de salud, por lo que no están totalmente satisfechas con su habilidad para alcanzarlo. Los problemas relacionados con el orgasmo constituyen otro tipo de trastorno observado, aunque con menor frecuencia (Grau-Abalo *et al.*, 1999). La respuesta sexual femenina culmina en el orgasmo, y la percepción de éste por la mujer pudiera traducir en ocasiones el transcurrir del disfrute y la calidad del acto sexual durante las etapas previas, por lo que dificultades en etapas anteriores pueden repercutir negativamente en su alcance. No obstante, es oportuno aclarar que el logro del orgasmo no es la resultante matemática de la sumatoria de las etapas anteriores, ni su aparición se reduce a la integridad de los reflejos involuntarios de las estructuras que comprenden la plataforma orgásmica, ya que otros factores —que van desde el atravesamiento cultural, social, personalógico y psíquico de la mujer hasta su habilidad y la de la pareja para propiciar este momento placentero así como el conocimiento de su propia sexualidad y el abandono a la experiencia erótica— son imprescindibles en el manejo de cualquier dificultad que atañe a esta etapa. En el caso de la mujer mastectomizada, la valoración negativa de la autoimagen ante la falta

de una parte de su cuerpo, que en nuestra cultura cobra un significado erótico especial, puede atentar contra el alcance del orgasmo, por lo que la solidez de la relación, la comunicación, el apoyo, la confianza y la habilidad de la pareja para propiciar este momento son decisivos para el éxito en una calidad de vida superior.

Tres preguntas del FSFI van dirigidas a evaluar la satisfacción en lo afectivo, con la actividad sexual con su pareja y con la vida sexual como un todo. Del total de las mujeres, 75 % no han percibido cambios o se sienten mejor afectivamente con sus parejas después de operadas. Como promedio, las encuestadas plantean sentirse moderadamente satisfechas con la relación sexual con su pareja y con su vida sexual en general. Sólo dos pacientes plantearon insatisfacción con su vida sexual actual. Esta proporción no es significativamente diferente a los reportes que se conocen para mujeres sanas (Rosen *et al.*, 2000).

El último elemento estudiado fue la presencia o no de dolor durante y después del coito a través de la frecuencia y la intensidad del dolor. La frecuencia se evaluó por separado durante y después del acto sexual. Como media, la sensación de dolor, tanto durante como después del acto sexual, se reporta pocas veces, y la intensidad muy baja, lo que está en correspondencia con lo que reportan incluso las mujeres sanas. Al comparar la frecuencia del dolor durante el acto, sólo 31 % de las pacientes refieren un aumento de frecuencia, pero siempre con baja intensidad.

Existen factores —como la edad en el momento de la exploración, tiempo de recuperación de la mucosa vaginal en relación con el estudio y el impacto de la terapia con inhibidores de estrógenos— que no fueron valorados en nuestro estudio y que su análisis pudiera ser importante en la aparición de esta sintomatología.

La tabla que aparece al final de este trabajo, resume la evaluación del FSFI en cada uno de los seis campos evaluados y su valor global. Para analizar los resultados, se comparan los valores de este trabajo con los reportados por Rosen y colaboradores. Ellos aplicaron el FSFI a dos grupos, uno de 127 pacientes norteamericanas con identificación previa de desórdenes en la excitación sexual (columna 1) y otro de control, formado por

130 mujeres con un aparente desempeño sexual normal (columna 2).

Al comparar nuestros resultados con el grupo de norteamericanas con disfunción sexual, las pacientes cubanas con cáncer de mama muestran un mejor desempeño de su vida sexual en todos los campos y en el valor global del FSFI. Sin embargo, respecto al grupo control (Rosen *et al.*, 2000) existen diferencias estadísticamente significativas en el deseo, la excitación y el valor global del FSFI, lo que indica el impacto negativo de la enfermedad y su tratamiento en estos dos primeros aspectos de su sexualidad. Asimismo, los aspectos que miden la calidad y disfrute del acto sexual (lubricación, orgasmo y satisfacción) son similares a los de mujeres sanas. Esto indica que las pacientes de este estudio sometidas a cirugía y tratamiento oncoespecífico por cáncer de mama con una sobrevida superior a un año y a largo plazo, logran globalmente una vida sexual satisfactoria, con las salvedades hechas respecto a las limitaciones de los instrumentos aplicados.

A pesar de que ésta es la valoración global que brinda el instrumento, no puede obviarse que, por la complejidad de la esfera afectada y su interpretación, referirse en términos absolutos a vida sexual satisfactoria ofrece poca precisión en el análisis de los resultados.

Análisis cualitativo: entrevista semiestructurada

La entrevista individual a cada paciente en estudio permitió profundizar, esclarecer y enriquecer de manera notable los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento. Fueron analizados no sólo los componentes de los argumentos, sino también la forma de abordar el tema por cada paciente, así como las expresiones y reacciones emocionales ante cada aspecto explorado.

Confirmamos que el primer impacto negativo que recibieron las pacientes fue en el momento en que se les comunicó el diagnóstico de su enfermedad. La mayoría de ellas (13, equivalente a 81 %) conocieron el diagnóstico previo a la intervención quirúrgica, a partir de los resultados de la biopsia. Las tres restantes (19 %) sólo conocieron el diagnóstico luego de ser sometidas a cirugía.

La aceptación por la pareja es también importante, pues no saben cómo será aceptada su nueva imagen y cómo ésta influirá en su vida conyugal y en la continuidad de la vida en pareja. Asimismo, algunas reconocieron resistencia a la aproximación y rechazo a su compañero como respuesta a los resultados adversos de la cirugía y el tratamiento. Expresiones como «no ha sido fácil desnudarme ante mi pareja después que perdí el seno», fueron reiteradas por varias pacientes. Este comportamiento ha sido reportado con anterioridad por Palha y Golçalves, quienes mostraron que la cirugía parece influenciar de modo significativo en la capacidad de adaptación conyugal. Sin embargo, todas las pacientes reconocieron la importancia de la familia como fuente de apoyo en la recuperación de la enfermedad. La reacción de la pareja fue un factor determinante, de gran importancia, para la siguiente vida afectiva y adecuación sexual de la pareja. Como se planteó anteriormente, dos de las pacientes se separaron de sus parejas luego de la enfermedad, la que sirvió de desenlace a conflictos previos. Estas pacientes rehicieron su vida matrimonial un tiempo después con buena aceptación de sus nuevos compañeros. Todas las pacientes manifestaron mayor apoyo en el desempeño diario y comprensión por parte de sus parejas, aunque en algunos casos apreciaron sobreprotección.

La vivencia de la sexualidad en las mujeres de este estudio muestra una alteración del erotismo, que es el fruto de relacionar su cuerpo con el placer sexual. Esto se asocia con las afectaciones observadas en las fases de deseo y excitación, así como con una disminución de la frecuencia del acto sexual con su pareja.

El cuerpo de la mujer juega un gran papel en el rol genérico que ella desempeña en su vivencia sexual, reforzado por la cultura. Por eso, la mujer encuentra una explicación para estas cirugías desde el punto de vista médico, pero no en su pensamiento, del que emergen preguntas, ideas negativas y temores que dan paso al concepto de mutilación (Rubio, 1996). Expresado verbalmente como la percepción de la pérdida de esa parte erotizada de su cuerpo, es explicable como una castación psicológica que repercute en una deficiencia apreciable de su cuerpo que por años

había considerado íntegro: «Yo siento como que me falta una parte de mí.» Las pacientes expresaron cómo sus senos eran un atractivo erótico singular y símbolo de feminidad y, por tanto, de seducción: «Me siento incómoda al mirarme ante el espejo, al vestirme.»

La mujer mastectomizada presenta un componente psicológico de ansiedad sexual, resultado del cambio en su autoimagen e influenciado por su cambio corporal, lo cual disminuye su autoestima. Lo anterior, sumado al duelo por la pérdida corporal, la promoción de los símbolos de feminidad y de los prototipos de belleza hecha por los medios de comunicación, los eventos sociales y las exigencias de la pareja, son factores que influyen en la sensualidad y llevan a indagar hasta dónde esta situación de duelo no resuelto amerita un acompañamiento más sistemático que el que hasta ahora se lleva, y hasta dónde es un resultado de la intervención médica. Los sentimientos y las preocupaciones planteados por las pacientes de este estudio coinciden, en buena medida, con lo reportado por Fernández, Ospina y Múñera en un estudio en pacientes con cáncer de mama o cérvix, sometidas a tratamiento quirúrgico.

La no recuperación estética tras la cirugía fue explorada durante la entrevista. Resultó llamativo que la preocupación por la imagen corporal ocupase un lugar cimero en la vida de estas mujeres que, conocedoras de que los patrones estéticos actuales obedecen al perfeccionismo corporal occidental, adquieren elementos prejuiciados sobre la autoimagen. Por tanto, debe llamarse la atención a la posibilidad de practicar cirugías conservadoras; o en el caso irremediable de mastectomía, darle oportunidad a la mujer de cirugía reconstructiva o colocación de prótesis.

Finalmente, hay que destacar que la mayoría de las pacientes han ido recuperando el disfrute de su vida sexual, lo que ha repercutido en la evolución favorable de su calidad de vida.

CONCLUSIONES

El grupo de pacientes sometidas a cirugía y tratamiento oncoespecífico por cáncer de mama con una sobrevida superior a un año, logran, globalmente, una vida sexual satisfactoria. Sin embargo, se demostró que, en el grupo de estudio,

la frecuencia del acto sexual, el deseo y la excitación disminuyeron significativamente después de la enfermedad, al compararlas con su desempeño

previo. El valor global del FSFI fue estadísticamente menor al reportado para mujeres aparentemente sanas.

Tabla 1. Evaluación del FSFI en un grupo de pacientes sometidas a cirugía y tratamiento oncoespecífico por cáncer de mama con una sobrevida superior a un año.

	ESTE ESTUDIO	REPORTES DE LA LITERATURA	
	Media ± DS	1	2
Deseo	5,81 ± 1,64	4,7*	6,9*
Excitación	13,00 ± 4,86	9,7*	16,8*
Lubricación	16,13 ± 5,75	10,9*	18,6
Orgasmo	11,00 ± 4,40	7,1*	12,7
Satisfacción	11,69 ± 3,59	8,2*	12,8
Dolor	12,25 ± 3,73	10,1*	13,9
Escala completa	26,20 ± 7,27	19,2*	30,5*

Columna 1: Estudio en 127 mujeres norteamericanas con desórdenes en la excitación sexual (Rosen *et al.*, 2000).

Columna 2: Estudio en un grupo control (130 mujeres norteamericanas) sin evidencias de desórdenes en la excitación sexual (ibíd.).

*Diferencia significativa del resultado obtenido en este trabajo respecto al valor publicado en la literatura (p < 0,05).

===== **BIBLIOGRAFÍA** =====

Anuario estadístico 2005. En www.infomed.sld.cu/estadisticas.

AUCHINCLOSS, S. S. (1989). «Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in evaluation and treatment». En J. C. Holland y J. H. Rowland (eds.): *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patients with cancer*. Oxford University, New York, pp. 383-418.

BOEHMER, U., R. LINDE y K. M. FREUND (2005). «Sexual minority women's coping and psychological adjustment after a diagnosis of breast cancer». *J Womens Health*, vol. 14, no. 3, pp. 214-224.

BUKOVIC, D. *et al.* (2005). «Sexual dysfunction in breast cancer survivors». *Onkologie*, vol. 28, no. 1, pp. 29-34.

DIXON, W. J. y F. J. MASSEY (1965). *Introducción al análisis estadístico*. 2a. ed. Edición Revolucionaria, Instituto Cubano del Libro.

Fernández, M. S., B. Ospina de González y A. M. Múnera Garcés (2002). «La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el

Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999». *Rev Colomb Obstet Ginecol*, vol. 53, no. 2.

GANZ, P. A. *et al.* (1987). «Rehabilitation needs and breast cancer: the first month after primary therapy». *Breast Cancer Res. Treat.*, no. 10, pp. 243-253.

GRAU-ABALO, J. A. (1999). «La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento». *Rev Cubana Oncol*, vol. 15, no. 1, pp. 49-65.

HANNOUN-LEVI, J. M. (2005). «Treatment of breast and uterus cancer: physiological and psychological impact on sexual function». *Cancer Radiother.*, vol. 9, no. 3, pp. 175-182.

HORDERN, A. (2000). «Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer». *Cancer Nurs.*, vol. 23, no. 3, pp. 230-236.

PALHA, P. y R. GONÇALVES (2003). «Disfunciones sexuales en mujeres con cáncer de mama». XVI Congreso Mundial de Sexología, La Habana.

- ROSEN, R. et al. (2000). «The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function». *J. Sex Mar. Ther.*, no. 26, pp. 191-208.
- RUBIO, E. (1996). «Visión panorámica de la sexualidad humana». *Rev. Latin. Sexo.*, vol. 11, no. 2, pp. 139-153.
- SCHAVELZON, J. (1992). «Desadaptación afectiva, sexualidad y cáncer». En J. Schavelzon (ed.): *Psique*. Científica Interamericana, Buenos Aires, pp. 258-274.
- SILBERFARB, P. M., L. H. MAURER y C. S. CROUTHAMEL (1980). «Psychosocial aspects of neoplastic disease: I-Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens». *Am. J. Psych.*, no. 137, pp. 450-455.
- SPEER, J. J. (2005). «Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors». *Breast J.*, vol. 11, no. 6, pp. 440-447.
- STENBERG, M. D., M. A. JULIANO y L. WISE (1985). «Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer». *Am. J. Psychiatry*, no. 142, pp. 34-39.
- SUNGA A. Y. et al. (2005). «Care of cancer survivors». *Am. Fam. Physician*, vol. 71, no. 4, pp. 713-714.
- THORS, C. L., J. A. BROEKEL y P. B. JACOBSEN (2001). «Sexual functioning in breast cancer survivors». *Cancer Control*, no. 8, pp. 442-448.



Campesinos felices (1938)
Óleo sobre tela, 122 x 89,5 cm