

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON
MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

MOSQUERA PUICAN KAREN JOSSELYN

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2019

ASESORA

MSC. VIZCARRA ZEVALLOS KARLA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido concluir mis estudios de pregrado, asimismo agradezco a mis padres quienes me brindaron su apoyo incondicional, a los doctores del Hospital María Auxiliadora quienes me permitieron realizar el presente estudio en su sede hospitalaria, a los docentes de la Universidad Privada San Juan Bautista por haberme brindado las enseñanzas necesarias para poder concluir una etapa más de mi vida profesional.

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia, quienes me brindaron el soporte y la motivación necesaria para no rendirme ante las adversidades presentadas en cada proyecto trazado, a los doctores de los diferentes hospitales por los cuales he rotado quienes con sus consejos y enseñanzas hicieron una gran labor en mi persona, a mis amigos/as quienes me apoyaron incondicionalmente en todo momento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la función sexual en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019.

Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. El tamaño muestral fue de 65 mujeres, de 30 a 50 años con mastectomía unilateral, muestreo no probabilístico por conveniencia, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión. El instrumento utilizado fue una encuesta con 19 preguntas del índice de función sexual femenina (IFSF), la cual evaluó deseo sexual, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor.

Resultados: De 65 mujeres con mastectomía unilateral, 89.2% presentó mala función sexual (IFSF 10.8 ± 6.34) y 10.8% buena función sexual (IFSF 27.34 ± 1). Dentro de las características de función sexual se encontraron alteraciones en el deseo sexual (86%), excitación (84.6%), satisfacción (84.6%), lubricación (76.9%), orgasmo (78.5%), y discomfort (36.9%). Dentro del grupo de mala función sexual, las características sociodemográficas fueron edad 46-50 años (47.7%) y 41-45 años (23.1%). Con respecto a grado de instrucción, estudios primarios (50.87%) y secundarios (35.4%), y estado civil, convivientes (33.8%) y casadas (27.7%); referente al estadiaje del cáncer de mama se obtuvo a los estadios III (44.6%) y II (43.1%), y continuaban recibiendo quimioterapia (58.5%).

Conclusión: Las mujeres sometidas a mastectomía unilateral presentan alteración de la función sexual en el deseo, la excitación, satisfacción y orgasmo, cuyas edades oscilan entre 46-50 años con un grado de instrucción primaria-secundaria, convivientes y casadas, en estadios del cáncer de mama II y III, y que continúan con tratamiento quimioterápico.

Palabras claves: Función sexual, mastectomía unilateral, cáncer de mama.

ABSTRACT

Objective: To determine the sexual function in women aged 30 to 50 years with a unilateral mastectomy in the oncology service of the María Auxiliadora Hospital in a trimester of 2018-2019.

Method: Observational, descriptive, cross-sectional, prospective study. The sample size was 65 women, from 30 to 50 years with unilateral mastectomy, non-probabilistic sampling for convenience, meeting inclusion and exclusion criteria. The instrument used was a survey with 19 questions of the index of female sexual function (IFSF), which evaluated sexual desire, excitement, lubrication, satisfaction, orgasm and pain.

Results: Of 65 women with unilateral mastectomy, 89.2% presented sexual dysfunction (IFSF 10.8 ± 6.34) and 10.8% had good sexual function (IFSF 27.34 ± 1). Among the characteristics of sexual function were alterations in sexual desire (86%), excitement (84.6%), satisfaction (84.6%), lubrication (76.9%), orgasm (78.5%), and discomfort (36.9%). Within the group of sexual dysfunction, the sociodemographic characteristics were age 46-50 years (47.7%) and 41-45 years (23.1%). With respect to educational level, primary (50.87%) and secondary (35.4%), and marital status, cohabiting (33.8%) and married (27.7%); Regarding the staging of breast cancer, it was obtained in stages III (44.6%) and II (43.1%), and they continued receiving chemotherapy (58.5%).

Conclusion: Women undergoing a unilateral mastectomy have alterations in sexual function in desire, excitement, satisfaction and orgasm, whose ages range from 46-50 years with a primary-secondary level of education, married and cohabiting, in stages of cancer. of breast II and III, and that continue with chemotherapy treatment.

Keywords: Sexual function, unilateral mastectomy, breast cancer.

INTRODUCCIÓN

La función sexual en mujeres con mastectomía unilateral se ve afectada por la misma intervención quirúrgica, que produce alteraciones en la imagen corporal, y los tratamientos adyuvantes que reciben esta población. Sin embargo, la sexualidad en la mujer es un tema poco estudiado sobre todo en pacientes oncológicas, donde el enfoque mayoritario se encuentra en la enfermedad de fondo, olvidándose las otras esferas que abarca salud.

En el presente estudio busca determinar la función sexual en pacientes de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora.

La metodología aplicada al estudio fue observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

A continuación se realiza una descripción del contenido de la investigación: En el primer capítulo del estudio se encuentra el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, delimitación del área de estudio, limitaciones de la investigación, objetivos y propósito del estudio.

En el segundo capítulo se abordan los antecedentes bibliográficos, bases teóricas, marco conceptual, hipótesis, variables y definición de términos operacionales.

En el tercer capítulo se describe la metodología de la investigación, explicando el diseño metodológico aplicado, población y muestra en estudio, así como las técnicas usadas para la recolección de datos.

En el cuarto capítulo se describen los resultados obtenidos así como las discusiones correspondientes.

Finalmente, el quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones para el abordaje del tema.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESORA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. GENERAL.....	3
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.6. OBJETIVOS.....	5
1.6.1. GENERAL.....	5
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	5
1.7. PROPÓSITO.....	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.3. MARCO CONCEPTUAL	21
2.4. HIPÓTESIS	22
2.5. VARIABLES	22
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	23
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	26
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	26
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	26
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	28
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	29
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	30
4.1. RESULTADOS	30
4.2. DISCUSIÓN	40
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
5.1. CONCLUSIONES	44
5.2. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	52

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: PUNTUACIONES DE LOS DOMINIOS DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL.	27
TABLA N°2: CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.	30
TABLA N°3: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.	32
TABLA N°4: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.	36
TABLA N°5: FUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.	39

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N°1:** CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019. 31
- GRÁFICO N° 2:** FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN INTERVALOS DE EDAD EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019. 33
- GRÁFICO N°3:** FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019. 34
- GRÁFICO N°4:** FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019. 35
- GRÁFICO N° 5:** FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN ESTADIO DE LA ENFERMEDAD EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019. 37

GRÁFICO N°6: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN TRATAMIENTO MÉDICO EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019. 38

GRÁFICO N°7: FUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019 39

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
ANEXO N°2: INSTRUMENTO	55
ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS	63
ANEXO N°4: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO-ESTUDIO PILOTO	67
ANEXO N°5: MATRIZ DE CONSISTENCIA	69
ANEXO N°6: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	74

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mundialmente el cáncer de mama es una de las enfermedades oncológicas más frecuentes en el sexo femenino; en las Américas se producen más de 462,000 casos nuevos y casi 100,000 muertes por dicha enfermedad. Se espera que haya un ascenso de dichas cifras para el 2030 siendo estas 572,000 y 130,000, respectivamente¹.

En el Perú, ocupa el segundo puesto de neoplasias más frecuente en mujeres, representando el 14,3%² y es la tercera causa de mortalidad con 8,1%³. Según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana⁴, esta patología abarca segundo lugar en Lima Metropolitana con un 17.6% con referencia a todas las neoplasias de carácter maligno.

El diagnóstico de carcinoma de mama en muchas ocasiones se da en estadios avanzados (85%) y en menor cuantía en estadios iniciales (15%), lo que podría variar el tratamiento y sobrevida según sea el caso². Sin embargo, el curso de la enfermedad trae diversas complicaciones a la persona en las diferentes esferas de su vida (familiar, social y personal), desde el momento del diagnóstico hasta la elección del tratamiento. Mucho de los procedimientos oncológicos (cirugía radical, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y terapia biológica) pueden ser muy útiles para el control y manejo de esta patología como también pueden ser muy agresivos, provocando cambios bruscos como caída del cabello, pérdida de peso, dolor crónico, cansancio, depresión, ansiedad, dispareunia, sequedad vaginal, disminución en el apetito sexual, pérdida de una o ambas mamas, entre otros, llevando posiblemente a una modificación de la

imagen corpórea percibida y autoestima, influyendo en sus relaciones sociales amorosas o amicales⁵.

Las mamas, en muchos estudios han sido consideradas como parte esencial de la construcción del cuerpo femenino, formando parte de la identidad de la mujer y al ser extirpadas conllevan a una disminución de la autoestima y esta a su vez a inseguridad, por lo que se observa un descenso en el número de veces con que se practica las relaciones sexuales y sentimientos de vergüenza al mostrar la zona amputada. Schevers *et al.*⁶ realizó un estudio donde analizó a 218 pacientes de los cuales 72 habían sido sometidas a mastectomía parcial y 146 a reconstrucción mamaria, reportándose las siguientes alteraciones: 28 % en interés sexual, 37 % sequedad vaginal, 15 % alteración en excitación, 22 % anorgasmia clitorídea y 37 % anorgasmia vaginal. Asimismo 47 % no tenía inclinación con respecto a su sexualidad y 49% no se percibían atractivas para el acto sexual. Grau A *et al.*⁷ describió en su investigación que los diferentes tratamientos oncológicos producen daños en las diferentes fases de la respuesta sexual; coincidiendo con el estudio realizado por López *et al.*⁸ en el cual menciona que el 50% de féminas con cáncer de mama han sufrido de disfunciones sexuales por alteraciones en diferentes sistemas como en el eje hipotálamo-pituitario-gonadal, vascular y nervioso. Wang *et al.*⁹ en su investigación demostró que 88.9% de las pacientes presentaron alteraciones sexuales de las cuales 63.9% correspondían a ausencia del deseo sexual, 83.3% imagen corporal incompleta (posterior a la mastectomía) y 50% sequedad vaginal; asimismo refirió que 70.6% de las mujeres que enfrentaban estos problemas buscó ayuda externa.

Las mujeres que han sido intervenidas quirúrgicamente para una mastectomía unilateral, se exponen a transformaciones muy significativas en su sexualidad, se ha evidenciado que una vida sexual satisfactoria en pacientes oncológicos puede ser beneficios ya que disminuye la ansiedad, depresión y ayuda a tener mayor tolerancia a los efectos colaterales del cáncer, sin embargo, la existencia de brechas en comunicación médico-paciente para el tema de función sexual aún prevalecen.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

- ¿Cuál es la función sexual en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cómo son las características de la función sexual en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019?
- ¿Cómo es la función sexual según características sociodemográficas en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019?
- ¿Cómo es la función sexual según características clínicas en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio

de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Tras una mastectomía radical, se presentan importantes impactos en los diferentes ámbitos de la vida de las féminas con carcinoma de mama pues la pérdida de un seno muchas veces constituye un duelo para la persona, provocando a futuro una incomodidad con la imagen corporal repercutiendo en alteraciones en la función sexual, sin embargo muchas de estas alteraciones pasan desapercibidas ante el médico tratante y/o paciente, ya sea por desconocimiento del tema o por vergüenza a comunicarlo, por lo que no se toma en cuenta las opciones de rehabilitación al momento de valorar y decidir la terapéutica, buscando un abordaje integral para intervenir en dicho tema, y no solo tratarse la enfermedad de fondo, desvalorizando la importancia de la sexualidad. Es así que se aborda el tema desde una perspectiva diferente y poco usual: la función sexual posterior a la mastectomía unilateral.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial: Servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora.
- Delimitación temporal: Un trimestre del 2018-2019 (Diciembre-Enero-Febrero)
- Delimitación social: Mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral.
- Delimitación conceptual: Mastectomía unilateral, cáncer de mama, función sexual.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- La veracidad de la información brindada por el grupo de estudio.
- Al momento de seleccionar a la muestra de estudio no se consideró el tiempo que había transcurrido posterior a la mastectomía ya que posiblemente la muestra hubiera quedado más reducida.
- El tamaño muestral al ser pequeño produce que los resultados no se puedan generalizar.
- El acceso a antecedentes nacionales, los estudios realizados en nuestro país sobre la función sexual en pacientes mastectomizadas son limitados,
- La mayoría de los estudios internacionales se abocan de forma general a pacientes con cáncer de mama y la función sexual posterior al tratamiento de esta neoplasia, entendiéndose que incluyen a pacientes con mastectomía, cirugía conservadora, diferentes tipos de tratamientos médicos, mas no a pacientes específicamente con mastectomía unilateral.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

- Determinar la función sexual en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Describir las características de la función sexual en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de

oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018-2019.

- Identificar la función sexual según las características sociodemográficas en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019.
- Determinar la función sexual según las características clínicas en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019.

1.7. PROPÓSITO

Se pretende determinar la función sexual en mujeres con mastectomía unilateral mediante el índice de función sexual femenina, evaluando la satisfacción, deseo, lubricación, excitación, orgasmo y disconfort sexual para valorar si existen alteraciones en la respuesta sexual de dichas pacientes. Buscando un enfoque global en el tratamiento de pacientes oncológicas, teniéndose en cuenta la sexualidad de la mujer, presentándole así al médico tratante en oncología, ginecología, psicología o psicoterapeuta, una mejor perspectiva de evaluación integral, implementándose una educación sexual adecuada y consejos para recuperar el funcionamiento sexual a través de técnicas de minimización de limitaciones físicas. Asimismo se trata de ampliar mayor información nacional sobre la existencia de modificaciones o no de la función sexual en mujeres mastectomizadas unilateralmente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Internacionales

Cobo *et al.*¹⁰ realizaron un estudio en la Federación española de Cáncer de Mama (FECMA) buscando determinar cambios en la sexualidad posterior al cáncer de mama. Fue un estudio descriptivo transversal. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario de función sexual femenina (WSF). La muestra estuvo conformada por 514 mujeres con un intervalo de edad de 21 a 66 años. Los resultados obtenidos fueron que las pacientes con mastectomía presentaban alteraciones en la función sexual en un 42% mientras que las pacientes con cirugía conservadora un 35%. Además se demostró que 66.9% de las mujeres no presentaba mala función sexual antes del diagnóstico del cáncer de mama, sin embargo 91.2% mujeres sufrió de mala función sexual posterior al diagnóstico, las alteraciones más frecuentes fueron: 50.6% dolor a la penetración, 44.6% dificultad para la lubricación y 44.6% dificultad en la excitación. Asimismo demostraron que las mujeres que recibían tratamiento con quimioterapia, terapia hormonal y/o radioterapia presentaban mayor mala función sexual (50.7%). En el estudio concluyen que la alteración en la función sexual está relacionada con el tipo de intervención quirúrgica, el tratamiento médico, la edad y el estado civil; la probabilidad de presentar alteraciones en la función sexual aumenta con la intervención quirúrgica de mastectomía.

Morais *et al.*¹¹ realizaron un estudio en el Hospital Araujo Jorge de Brasil en las unidades de ginecología y de mama, buscando evaluar los variables sociodemográficas y clínicas en la imagen corpórea, función sexual y satisfacción sexual en la mujer que se encontraba en seguimiento con cáncer de mama. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de

calidad de vida específica para el cáncer de mama (QLQ BR23). La muestra estuvo conformada por 77 mujeres con un promedio de edad de 50 años, 66% casadas, 59.7% educación primaria, 66% habían sido sometidas a cirugía (mastectomía unilateral, cirugía conservadora), el principal tratamiento con un 90% fue la radioterapia, las puntuaciones del cuestionario que se registraron fueron bajas para los ítems de frecuencia de actividad sexual, deseo sexual y satisfacción sexual; sin embargo las puntuaciones de imagen corpórea fue mayor, asimismo demostró que a pesar de presentar puntajes bajos el deseo y la actividad sexual fue mejor en pacientes con una pareja no estable y en mujeres con grado de instrucción superior.

Irarrázaval *et al.*¹² hicieron una investigación en el Instituto Oncológico Fundación Arturo López de Chile buscando analizar la calidad de vida en sobrevivientes de cáncer de mama. Los instrumentos utilizados fueron los cuestionarios de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC), Quality of Life Questionnaire of Cancer (QLQ-C30) y el Quality of Life Questionnaire of Breast (QLQ-BR23) el cual comprende escalas de imagen corporal, funcionamiento sexual, preocupación por el futuro y goce/disfrute sexual, además de: síntomas de la mama a consecuencia del tratamiento radioterápico, signos/síntomas en el brazo como efecto de la cirugía, preocupación por alopecia y efectos adversos del tratamiento sistémico. Los resultados obtenidos son: En QLQ-C30, la calidad de vida global fue de 73,6 la cual fue estimada como alta para los valores de referencia de la EORTC (siendo todos sus puntajes menores a 64). Se identificaron puntajes sumamente altos en todas las escalas evaluables funcionales; más de 75% de las personas de la muestra tuvo una puntuación de 100 en funcionamiento de rol y social, mientras que el funcionamiento emocional fue el de más bajo puntaje sin embargo no fue diferente a los valores referenciales. Con respecto al QLQ-BR 23, 48% de las mujeres presentaban algún interés o actividad sexual, y de estas solo el 40,9% disfrutaban bastante o mucho. Se concluye en el estudio que en la

muestra de evaluación hubo afectaciones en la imagen corporal, preocupación por el futuro y en el funcionamiento sexual.

Rodríguez *et al.*¹³ llevaron a cabo un estudio en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional de Chile con el fin de conocer las vivencias en la sexualidad de las mujeres tratadas por carcinoma ductal invasor en el hospital regional de Chile. Fue un estudio exploratorio de muestreo intencional con entrevista semiestructurada. Los resultados encontrados fueron afectaciones en la comunicación e interacción con la pareja debido a las transformaciones corporales efectuadas por la cirugía y quimioterapia, también se evidenció el distanciamiento y separación entre las parejas lo cual se debió al grado de impacto que provoca el tratamiento. Sin embargo, en otros casos se manifestó el apoyo y compañía de las parejas durante el proceso de salud enfermedad lo que repercutió de forma positiva en la vida de estas. Se concluye que las féminas sometidas a mastectomía, quimioterapia o radioterapia demuestran tener conflictos con sus parejas por el cambio corporal existente debido a los tratamientos realizados, lo que genera en ellas limitaciones en la participación del ámbito sexual.

Pintado¹⁴ realizó un estudio en la Fundación de Puebla en México, buscando analizar el vínculo entre la complacencia con la pareja y el funcionamiento sexual en mujeres con neoplasia mamaria, basándose en el Índice de Función Sexual Femenina y la Escala de Satisfacción Marital. La muestra estuvo conformada por 154 mujeres, encontrándose una media de edad de 50.6 años, de las cuales 49% habían sido sometidas a cirugía conservadora y 51% a mastectomía radical. La media en la escala total FSFI fue de 18.150, lo que demostró que el funcionamiento sexual de la muestra fue bajo, siendo su valor máximo 36. Con respecto al tipo de cirugía se evidenció la existencia de significancia estadística en todos los dominios de la escala: deseo, lubricación, dolor, excitación, satisfacción y disconfort sexual, lo que nos expresa que las pacientes con cirugía conservadora presentaron

mejor actividad sexual que las mastectomizadas radicalmente. Concluyéndose así que existe una alteración en el funcionamiento sexual mayor en las pacientes sometidas a mastectomías radicales que en las de cirugía conservadora, además se afirma que el funcionamiento sexual está influenciado por la complacencia con la relación de pareja.

Coady *et al.*¹⁵ elaboraron en Estados Unidos un artículo de revisión en el cual mencionaban que las diferentes modalidades de tratamiento oncológico producen afectación en la función sexual causando dolor sexual por diversos mecanismos siendo estos dependientes del tratamiento utilizado. Además demuestran que en 171 estudios mundiales recientemente publicados, relacionados a la medición de la función sexual en mujeres con cáncer, dos tercios de dichos estudios la prevalencia de dolor sexual estuvo entre el 29% a 64%

Bueno *et al.*¹⁶ llevaron a cabo un estudio en Colombia con el fin de establecer la influencia del estado de ánimo (depresión y ansiedad) en la sexualidad y el efecto de este en aquellas mujeres sometidas a algún tratamiento para cáncer mamario. La muestra estuvo compuesta por 103 mujeres (25-64 años) que se sometieron a tratamientos de neoplasia mamaria. Se basaron en el cuestionario de Función Sexual en mujeres (SFQ-W), la escala de impacto de los tratamientos sobre la salud sexual, el perfil de estados de ánimo (POMS-A) y el cuestionario de ansiedad de Beck. Las variables a evaluar fueron: salud sexual, estado anímico, efecto de los tratamientos, depresión y ansiedad. Los resultados encontrados fueron: Edad media 48 años, 71 casadas (69%), 51 amas de casa (49.5%), 39 nivel educativo secundaria (37.9%), 71 mujeres con tres o más tratamientos combinados (68.9%); la salud sexual, medida con el SFQ, demostró 2.32 de media, siendo la oscilación de las puntuaciones para dicha variable entre 0 y 3, quedando demostrado que existe una alteración de la salud sexual en la muestra. Con respecto al efecto de los tratamientos, esta tuvo 2,27 de

media. El 13.6% presentó un grave impacto mientras que el 61,2% obtuvo un impacto moderado de los tratamientos. Se logró detectar a través de una regresión lineal una significancia del estado anímico sobre la sexualidad de la muestra trabajada, siendo así que a una menor excitación, deseo, satisfacción, interés, orgasmo y relaciones se estableció un mayor impacto. Se concluye que los tratamientos oncológicos deterioran el bienestar sexual en mujeres con cáncer de mama.

Andrzejczack *et al.*¹⁷ en el 2014 realizó un estudio donde evaluó a 60 mujeres del Centro de Rehabilitación de oncología las cuales habían sido tratadas con mastectomía unilateral. La muestra presentaba un rango de edad de 34 a 75 años, el 60% tenía como grado de instrucción primaria completa y estaban casadas. Los resultados obtenidos posterior a la administración del cuestionario de felicidad marital fueron 80% de las mujeres cubrían su cuerpo durante las relaciones sexuales, 77% tuvo una disminución en la capacidad de la obtención del placer sexual, 71% tuvo un deterioro de la satisfacción sexual, 71% tuvo disminución en la frecuencia de actividad sexual, 33% experimentaron un impacto en sus relaciones de pareja posterior a la cirugía. Se concluyó en el estudio que la mastectomía condujo a un deterioro en la calidad de la vida sexual.

Martínez *et al.*¹⁸ elaboraron un artículo de revisión en México con el objetivo de detallar los cambios psicológicos producidos por la mastectomía, en el cual se menciona que los senos son estimados como símbolos de sensualidad, feminidad, erotismo y reproductividad volviéndose una concepción significativa por las mujeres, por lo tanto ante la pérdida de uno o ambos senos, las consecuencias en el ámbito psicológico repercuten en la propia imagen percibida, tanto visual y físicamente creando una alteración de la misma; evidenciándose una mayor probabilidad de desarrollar problemas psicosociales en aquellas que presenta mayor disfunción o deformidad corporal. Así mismo se producen sentimientos de mutilación,

frustración, pérdida o infravaloración de la imagen corporal, entre otros tras una mastectomía. Además, el ámbito cognitivo se ve distorsionado ya que las pacientes llegan a tener una atención selectiva sobre la zona afectada y el tamaño de la cicatriz, relacionando con pérdida de identidad sexual y atractivo personal, logrando influenciar en las relaciones de intimidad con sus parejas.

Sabino *et al.*¹⁹ realizaron un estudio en la Universidad Federal de Sao Paulo, donde buscó evaluar y comparar la sexualidad en mujeres que se sometieron a una mastectomía unilateral con las que se sometieron a una reconstrucción de mama posterior a la mastectomía radical. El instrumento que se utilizó fue el índice de función sexual femenina (IFSF). La muestra estuvo conformada por 17 mujeres con mastectomía unilateral y 19 mujeres con reconstrucción de mama postmastectomía. Los resultados arrojados fueron que el score total del IFSF fue de 10.15 para las pacientes con mastectomía radical, mientras que para el grupo de cirugía reconstructiva fue de 22.44. Concluyéndose que las mujeres sometidas a mastectomía unilateral tienen un mal funcionamiento sexual comparado con las mujeres que tuvieron reconstrucción mamaria.

Harirchi *et al.*²⁰ realizaron un estudio en el Instituto de Cáncer de Irán, buscando determinar la presencia de alteración en la función sexual en mujeres con cáncer de mama antes de la intervención quirúrgica y posterior a esta. El instrumento que utilizó fue el índice de función sexual femenina (IFSF). El grupo de estudio estuvo conformado por 216 pacientes, de las cuales el puntaje del IFSF resultó 26.6 antes del tratamiento y 22.1 posterior al tratamiento, indicándose que existe un deterioro significativo en la función sexual post tratamiento, siendo los ítems con mayor alteraciones el deseo y lubricación. Concluyendo que el 84% de las pacientes posterior a la intervención quirúrgica presentaron una mala función sexual, y que existen predictores de disfunción sexual como edad temprana (jóvenes), terapia

hormonal, quimioterapia y edad al momento del diagnóstico de cáncer de mama.

Sbitti *et al.*²¹ realizaron un estudio en el Hospital de División de Oncología médica de Marruecos, con el objetivo de evaluar el impacto de los tratamientos en la sexualidad e imagen corporal en mujeres marroquíes. Los instrumentos que utilizaron fueron la escala de imagen corporal y el índice de función sexual femenina. La muestra del estudio fue 120 mujeres, con edad promedio de 45 años ± 5.2 , grado de instrucción primaria 16%, universitario 5%, bachiller 12.5% y 34% analfabeta; 100% estaban casadas antes del manejo del cáncer de mama y 20% se divorciaron posterior a este, 65% fueron mastectomizadas y 33.5% de cirugía conservadora en estadios tempranos del cáncer, los tipos de tratamiento adyuvantes fueron la quimioterapia con un 100%, radioterapia 91.5% y hormonoterapia 75%. Los resultados de los instrumentos utilizados fueron: 50% presentaban problemas con la imagen corporal los cuales estuvieron relacionados con la mastectomía y efectos secundarios de los tratamientos adyuvantes, las disfunciones sexuales más frecuentes fueron dispareunia con 65%, dificultades de lubricación con 54% y ausencia o disminución del deseo sexual con 48% y 64% respectivamente. Concluyen que las pacientes con cáncer de mama presentan afectación en su sexualidad.

Vázquez *et al.*²² llevaron a cabo un trabajo en la Asociación Oncológica Extremeña de España, con el fin de determinar si la mastectomía influye en la imagen corpórea de las féminas y en su ajuste psicosexual. Fue un estudio de casos controles. Se tomó tres grupos muestrales: 30 mujeres que habían sido operadas en menos de un año, 30 mujeres que llevan de dos a cinco años de operadas, y 30 mujeres grupo control. Para la evaluación de la imagen corporal se usó el indicador del auto concepto físico (Escala de Autoconcepto físico de Tennessee y Entrevistas sobre relaciones afectivas, imagen corpórea y sexualidad) mientras que en el ajuste sexual (Escala de

excitación y satisfacción - Hoon) sus indicadores fueron: nivel de excitación, satisfacción, número de veces actividad sexual y número de veces que logran el orgasmos. Los resultados obtenidos fueron: Con respecto a la imagen corporal se encuentran problemas para verse desnuda ante el espejo en un 30-37%. En relación al auto concepto físico, un 45% y un 50% se sienten menos atractivas físicamente con respecto a otras mujeres de edades similares. Con referente al ajuste sexual se evidenció que el interés sexual había disminuido en un 53% postmastectomía, las caricias en la región del pecho por parte de su pareja posterior al año de operación no se evidenciaron en 40% de la muestra de estudio, la frecuencia de relaciones coitales disminuyó posterior a la operación- solo el 36.6% tenía relaciones sexuales con sus parejas, 85% de las pacientes no percibió cambios negativos en las frecuencias de orgasmo. Se concluye que las alteraciones en la imagen corpórea percibida y en la sexualidad duran aun pasado el primer año post mastectomía.

Bueno *et al.*²³ realizaron un artículo de revisión en Colombia donde se trataba de caracterizar la salud sexual en féminas con neoplasia de mama. En las diferentes revisiones se encontró que la quimioterapia como tratamiento produce problemas sexuales a largo y corto plazo, como: discomfort (18%); disminución del interés o deseo sexual (23-64%) y lubricación vaginal (20-57%); anorgasmia (16-36%) y dispareunia (35-38%); cambios en la autoestima y autoeficacia; atrofia vulvovaginal y síntomas menopáusicos en mujeres jóvenes (30-40 años). Además se menciona que el tratamiento quirúrgico ocasiona alteraciones en la imagen corporal, descenso de la libido (80%), falta de interés por la pareja (54%) y insatisfacción sexual (59%). Se hizo una comparación entre la mastectomía y la cirugía conservadora en la cual se evidencio que las dos producían grandes dificultades en la salud sexual. Es así que se concluye que cualquier tratamiento quirúrgico para el carcinoma de mama produce

repercusiones en la sexualidad de la mujer que lo padece y de la pareja u acompañante de esta persona.

Burwell *et al.*²⁴ realizaron un estudio en ocho hospitales de Estados Unidos, en el cual buscaron examinar los problemas sexuales en mujeres jóvenes con cáncer de mama durante el primer año posterior a la cirugía. La muestra estuvo compuesta por 209 mujeres activas sexualmente. Los instrumentos utilizados fueron: escala de satisfacción sexual, índice de satisfacción marital, escala de calidad de vida e índice de imagen corporal. Las características de la muestra fueron que 76% habían alcanzado niveles superiores de estudio y 69% tenían un trabajo de horas completas, con respecto a la cirugía 45% eran mastectomizadas, 56% recibían quimioterapia, 47% radioterapia y 28% hormonoterapia, 57% estaban en el estadio I y 26% en el estadio II de la enfermedad. Los resultados reportados fueron que 42% de mujeres presentaron problemas con el interés sexual, 33% alteraciones en la excitación, 33% dificultad para disfrutar las relaciones sexuales y 23% dificultad para alcanzar el orgasmo, concluyendo que las mujeres jóvenes experimentan mayores problemas sexuales en los meses inmediatos posterior a la cirugía y tratamientos médicos.

2.2. BASES TEÓRICAS

Función sexual femenina:

Proceso funcional y orgánico, en el cual intervienen factores emocionales, físicos y hormonales, que conllevan a una actividad sexual por medios de las fases de respuesta sexual³⁵.

Respuesta sexual

Cambios hormonales y físicos que experimentan la persona ante el estímulo sexual. La respuesta sexual es variable de acuerdo a la edad del

ser humano, es una respuesta integral ya que todo el organismo responde ante el estímulo ³⁶.

William Masters y Virginia Johnson, ginecólogo y sexóloga respectivamente, elaboraron una investigación en 1966, en el cual analizaron la actividad sexual en mujeres y hombres con el objetivo de caracterizar científicamente las modificaciones físicas que se daba como resultado de la actividad sexual. Es así que ellos, detallaron la curva de respuesta sexual humana, en la que se describe cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Sin embargo, actualmente se considera al deseo sexual como una fase de la respuesta sexual, dicha fase fue introducida por Helen Singer Kaplan, quien buscó modificar el modelo de la respuesta sexual antes mencionada ^{35,36}.

Fases de la respuesta sexual

- Deseo sexual

El apetito sexual se origina en una zona especial del cerebro: en la ínsula y núcleo estriado, las cuales se activan frente a estímulos que causen algún tipo de placer. Un acrecentamiento en la producción de andrógeno produce activación en los centros sexuales del cerebro, actuando como estímulo para esta fase. Sin embargo diversas causas psíquicas y físicas pueden afectar los centros sexuales repercutiendo en el deseo sexual. El estímulo de algún impulso sexual es diferente para el sexo femenino y masculino a pesar de que compartan un origen en común para la activación de la respuesta sexual, algunas de estos estímulos pueden ser: percepciones sensoriales mediante la visión (fantasías). De igual forma, existen la comunicación con puntos centrales hormonales, que secretan su producto (Ej. Hormona luteinizante, testosterona) incrementando el deseo sexual en la persona. En esta fase y durante ella no se evidencia ni observan cambios corporales notorios. Cabe mencionar que para la

predisposición a la actividad sexual debe acaecer esta fase de apetito sexual³⁶.

– Excitación

En esta fase se dan cambios psicológicos y corporales que impulsan o predisponen a realizar/iniciar la relación sexual. Durante esta fase, se da un incremento del aporte sanguíneo en los órganos genitales, Produciéndose erección del clítoris, vasocongestión vaginal, lo que determina la presencia de lubricación vaginal y dilatación de la vulva. Asimismo existen reacciones extragenitales como la erección de los pezones y aumento de la frecuencia cardíaca³⁶.

– Meseta

Es aquí donde se evidencia la respiración intermitente (entrecortada), la frecuencia cardíaca se mantiene incrementada y las manifestaciones de la fase anterior se siguen desarrollando. Además, se puede observar la aparición del rubor sexual (enrojecimiento en zona facial o pectoral). Existe un aumento en la tensión muscular. Durante esta fase, la excitación debe permanecer activa ya que si esta desapareciera o se interrumpiera podría producir sensaciones molestas, como leve dolor^{35,36}.

– Orgasmo

En esta fase, el pulso cardíaco y la frecuencia respiratoria llegan a un nivel máximo de intensidad. Produciéndose contracciones involuntarias y tensiones musculares de suelo pélvico. Con respecto a la respuesta emocional esta puede estar presente o ausente, suelen ser variadas según el individuo (gritos, suspiros, etc). En el caso de las mujeres, 70-80% de ellas requieren una estimulación directa clitorirana para llegar al orgasmo, dicha estimulación puede ser de diversas formas (manual, oral, etc)³⁶.

– Resolución

En esta fase se regresa progresivamente a la normalidad psíquica y física. Esta fase se acompaña de un periodo refractario, lo cual dura minutos, algunas féminas pueden tener un tiempo refractario corta por lo que puede presentar diversos y frecuentes orgasmos^{35,36}.

Salud sexual (OMS)

Completo confort físico, social y mental asociado a la sexualidad. Comprende una orientación respetuosa y positiva de esta última, teniendo experiencias sexuales con seguridad y placer, sin violencia, imposiciones ni discriminaciones³⁷.

Epidemiología de alteraciones en la función sexual en pacientes con cáncer de mama:

- La mayoría de los pacientes con neoplasia de mama en estadios tempranos son elegibles para mastectomía o cirugía conservadora, dichos tratamientos son equivalentes en términos de tasa supervivencia, pero difieren en la estética³⁸.
- Las alteraciones de la función sexual en pacientes oncológicos se manifiestan en un 90% y 50% posiblemente sean pacientes con una neoplasia ginecológica^{38,39}.
- Las intervenciones quirúrgicas de mama producen efectos a la función sexual de la mujer, encontrándose entre el 30 % y 70% de alteraciones en la función sexual. Diversos estudios indican que la función sexual de la mujer después de una intervención quirúrgica se ve alterada en el deseo sexual, excitación y frecuencia de actividades sexuales³⁹.
- El tipo de intervención quirúrgica se asocia a la presencia de modificaciones a nivel sexual. Las mujeres con cirugía conservadora presentan menos alteraciones que las que tienen una mastectomía

unilateral o bilateral. Las mujeres sin reconstrucción mamaria tienen mayor probabilidad de afectación en la esfera sexual^{40,41}.

- Los tratamientos médicos posterior a una mastectomía generan efectos secundarios dirigidos a la función sexual de la fémina es así que las terapias asociadas con radio/quimioterapia y terapia hormonal presentan seis veces más riesgo a problemas en la lubricación y satisfacción sexual⁴².

Estatificación carcinoma mama

Acción y efecto de estadificar, determinar la extensión y gravedad del cáncer de mama.

- Estadio 0: Carcinoma in situ. No diseminación ganglionar. No metástasis (Tis N0 M0) ²⁷.
- Estadio I: Tumor < 2cm. Ausencia o micrometastasis en ganglios linfáticos. No metástasis a otras regiones (IA –IB) ²⁷.
- Estadio II: No hay tumor (T0), tumor ≤ 2cm (T1) o tumor > 2 cm y < 5 cm (T2). Diseminación a ganglios regionales (IIA y IIB). No metástasis ²⁷.
- Estadio III: Cualquier tamaño tumoral (incluyendo tumor >5 cm =T3). Ganglios regionales positivos. No metástasis a otras zonas (IIIA-IIIB-IIIC) ²⁷.
- Estadio IV: Cualquier tamaño tumoral, compromiso ganglionar y metástasis a otros órganos ²⁷.

Modalidades de tratamiento

- Quimioterapia: Se hace uso de fármacos citostáticos buscando la detección directa del crecimiento celular tumoral, con mayor frecuencia se asocian dos o más fármacos. Asimismo su administración es dado por ciclos permitiendo un periodo de tiempo de descanso. Sus objetivos son controlar de forma temprana la

enfermedad micrometastásica, disminuir el tamaño tumoral (downstaging) y testar la quimiosensibilidad del tumor in vivo. Sus indicaciones son los tumores >2cm, compromiso de ganglios axilares y terapia neoadyuvante. Efectos secundarios: menopausia prematura, alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, cambios defecatorios), pérdida o ganancia de peso, sequedad de mucosas, caída de cabello, pérdida de densidad ósea, artralgias, mialgias²⁸.

- Radioterapia: Tratamiento por el cual se utiliza altos rangos de radiación para conseguirla destrucción de células cancerosas. El uso de esta terapia puede darse como terapia neoadyuvante y/adyuvante para reducir las recidivas y/o cuando existe diseminación a otras zonas corporales. Los efectos que produce son: eritema cutáneo de áreas irradiadas (cuya resolución sea en uno o dos meses tras finalizado el tratamiento), astenia, odinofagia y fibrosis en el lecho quirúrgico²⁹.
- Terapia hormonal: Basado en la hormono dependencia del cáncer de mama. Compuesto por dos grupos: tratamientos competitivos (antiestrógenos) y tratamientos inhibidores de la síntesis (inhibidores de aromatasa). Duración del tratamiento es 5 años. Efectos secundarios: menopausia precoz, sequedad vaginal, disminución de la libido, astenia, alteraciones óseas³⁰.
- Terapia biológica: Llamado también inmunoterapia, se utilizan anticuerpos monoclonales (trastuzumab), citoquinas, inhibidores de la tirosina kinasa. Efectos secundarios: náuseas, vómitos, pérdida de peso, alteraciones en la percepción de sabores, dolor muscular y fatiga³¹.
- Cirugía: Sus objetivos son el control loco-regional de la enfermedad, proporcionar el establecimiento de un estadiaje correcto, tratando de producir mínimas secuelas o mutilaciones³².

- Conservadora: Extirpación masa tumoral y márgenes libres/sanos²⁶. Presenta dos modalidades: Tumorectomía (incisión elíptica/radial/circular dependiente del cuadrante comprometido buscando extirpar un margen de seguridad sano circundante al tumor) y cuadrantectomía (extirpación de un cuadrante de la mama). Indicada para enfermedad localizada, siendo valorada por estudios de imágenes y clínica^{32,33}.
- Mastectomía:
 - M. Simple o total: Extracción completa de mama, areola y pezón²⁶. Indicado para carcinomas intraductales extensos, multifocales y en los cuales está contraindicado la cirugía conservadora³³.
 - M. Radical o Halsted: Extirpación completa de mama, músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares. Indicado en recidiva local sin o posterior a procedimiento conservador cuando hay compromiso del músculo pectoral³³.
 - M. Radical modificada: Extirpación de mama, piel circundante, pezón areola y ganglios linfáticos axilares, conservando los músculos pectorales. Actualmente es el tipo de mastectomía más utilizado por que produce menos secuelas funcionales y ser menosdeformante³³.
 - M. subcutánea (glandulectomía): Extirpación de sólo la glándula conservando areola, pezón y piel ^{33,34}.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- Mastectomía unilateral: Extirpación del tejido mamario (pezón y areola) de un seno con la disección de ganglios axilares³³.

- Función sexual femenina: Conjunto de cambios fisiológicos, emocionales y mentales que se llevan a cabo mediante las fases de la respuesta sexual de la fémina³⁵.
- Respuesta sexual: Son las modificaciones hormonales y físicas que la persona perciben ante un estímulo sexual. Presenta fases: deseo sexual, excitación, meseta, orgasmo, resolución³⁵.
- Deseo sexual: Interés por realizar un acto sexual^{35,36}.
- Excitación: Primera fase de respuesta sexual, donde sus principales manifestaciones son: aumento de tensión muscular y frecuencia cardíaca. Asimismo, se produce la lubricación vaginal^{35,36}.
- Lubricación: Producción de un viscoso líquido a cargo del cuello uterino y paredes vaginales³⁶.
- Orgasmo: Tercera fase de la respuesta sexual, se produce contracciones rítmicas de útero, aumento de la frecuencia respiratoria/ cardíaca/ tensión arterial^{35,36}.
- Dolor/discomfort sexual: Sensación desagradable que es originada por la activación de terminales nerviosas^{35,36}.
- Grado de satisfacción sexual: Grado de complacencia durante y posterior a la actividad sexual^{35,36}.

2.4. HIPÓTESIS

El presente trabajo de investigación no incluye hipótesis general ni específicas debido a que es un estudio descriptivo.

2.5. VARIABLES

- Variable principal: Función sexual femenina:
 - Deseo sexual
 - Excitación
 - Lubricación
 - Orgasmo

- Satisfacción
- Dolor/disconfort
- Variables intervinientes:
 - Sociodemográficas:
 - Edad
 - Grado de instrucción
 - Estado civil

 - Clínicas
 - Estadio de la enfermedad
 - Tratamiento médico

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- Mastectomía unilateral: Exéresis de todo el tejido mamario + pezón + areola de un seno.
- Función sexual femenina: Procesos orgánicos y funcionales que resultan en una respuesta sexual en la mujer.
 - Buena función sexual femenina: Puntaje en el índice de función sexual femenino ≥ 26.55 .
 - Mala función sexual femenina: Puntaje en el índice de función sexual femenino <26.55 .
- Respuesta sexual: Se divide en fases: deseo sexual, excitación, meseta, orgasmo, resolución.
- Deseo sexual: Interés por realizar un acto sexual.
 - Alterado: Puntaje total del dominio <3.6
 - Sin alteración: Puntaje total del dominio $\geq 3,6$
- Excitación: Primera fase de respuesta sexual, donde sus principales manifestaciones son: erección de los pezones y lubricación vaginal.

- Alterado: Puntaje total del dominio <3
- Sin alteración: Puntaje total del dominio >3
- Orgasmo: Nivel máximo de placer sexual.
 - Alterado: Puntaje total del dominio <3
 - Sin alteración: Puntaje total del dominio >3
- Grado de satisfacción sexual: Nivel de satisfacción en la actividad sexual.
 - Alterado: Puntaje total del dominio <3.4
 - Sin alteración: Puntaje total del dominio >3.4
- Lubricación: Producción de líquido vaginal que produce disminución de fricción entre el genital del varón y el introito²³.
 - Alterado: Puntaje total del dominio <3
 - Sin alteración: Puntaje total del dominio >3
- Dolor/disconfort sexual: Dolor al momento del coito.
 - Alterado: Puntaje total del dominio <3
 - Sin alteración: Puntaje total del dominio >3
- Edad: Años de vida que tiene la usuaria al momento de la aplicación de la encuesta
- Grado de instrucción: Nivel máximo de educación logrado.
 - Sin nivel
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
- Estado civil: Vínculo que posee con la persona que presenta actividad sexual.
 - Casada
 - Soltera
 - Conviviente
 - Viuda

- Estadio de la enfermedad: Clasificación del cáncer según la extensión del tumor, afectación o no de ganglios y la presencia o no de diseminación.
 - I
 - II
 - III
 - IV
- Tratamiento médico: Terapéutica que está recibiendo al momento de la aplicación de la encuesta:
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Terapia hormonal
 - Terapia biológica

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional ya que se limitará a medir las variables del estudio, no habrá intervención del investigador. Descriptivo, ya que se pretende describir la variable en estudio. Transversal, todas las variables fueron medidas en una sola ocasión y según el periodo que se capta la información es prospectivo.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según su naturaleza, esta investigación es de nivel descriptivo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 65 Mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Tamaño muestral: 65 Mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 30 - 50 años que hayan sido sometidas a mastectomía unilateral y estén en tratamiento de cáncer de mama
- Mujeres con deseo y/o actividad sexual en las últimas cuatro semanas.

Criterios de exclusión:

- Mujeres menores de 30 años con mastectomía unilateral.
- Mujeres mayores de 50 años con mastectomía unilateral.
- Mujeres que hayan sido sometidas a mastectomía bilateral.
- Mujeres con mastectomía unilateral que presenten metástasis.
- Mujeres embarazadas, histerectomizadas, ooforectomizadas o que se encuentren en periodo de postparto.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario que contenía 19 preguntas sobre la función sexual femenina, asimismo se describió la edad de la paciente, grado de instrucción, estado civil, estadio de la enfermedad y tratamiento médico actual.

Los datos fueron recolectados a través del instrumento de Índice de función Sexual Femenina (IFSF) de Rosen *et al.*⁴³; el cual cuenta con 19 preguntas que evalúan seis dominios: excitación, deseo, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor/disconfort, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5 (escala de Likert). Los componentes del cuestionario son: deseo (pregunta 6 y 7), excitación (preguntas 8, 9, 10 y 11), lubricación (preguntas 12, 13, 14 y 15), orgasmo (preguntas 16, 17 y 18), satisfacción (preguntas 19, 20 y 21), y dolor (preguntas 22, 23 y 24). Los puntajes se obtienen sumando las preguntas de cada dominio, luego se multiplican por el factor correspondiente a dicho dominio y dan un puntaje ponderado (tabla n°1). La puntuación final: puntaje total- mínimo 2 y máximo 36. Asimismo, la prueba cuenta con un punto de corte para definir una mala función sexual, que implica tener un puntaje menor a 26.55 y buena función sexual un puntaje mayor a 26.55⁴³. Además en cada dominio para establecer si presentaba alteración o no se trabajó con un punto de corte: excitación, lubricación, orgasmo y dolor el puntaje fue > 3 (sin alteración); deseo $\geq 3,6$ (sin alteración) y satisfacción >3,4(sin alteración). Asimismo se añadió características sociodemográficas (edad, grado de instrucción y estado civil) y características clínicas (estadio de la enfermedad y tratamiento actual), las cuales no presentaron puntajes.

TABLA N°1: PUNTUACIONES DE LOS DOMINIOS DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	6,7	1-5	0.6	1.2	6.0
Excitación	8,9,10,11	0-5	0.3	0	6.0

Lubricación	12,13,14,15	0-5	0.3	0	6.0
Orgasmo	16,17,18	0-5	0.4	0	6.0
Satisfacción	19,20,21	0-5	0.4	0	6.0
Dolor	22,23,24	0-5	0.4	0	6.0

Fuente: Índice de función sexual femenina. Rosen et al.

Validación y confiabilidad: El instrumento fue validado por un juicio de expertos (metodóloga, estadista, médico oncólogo y psicólogo). Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en 20 pacientes mujeres con intervención quirúrgica del servicio de oncología que presentaban semejanza con la muestra de estudio, la prueba estadística alfa de Cronbach resultó: 0.985, siendo una confiabilidad alta.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de los datos se realizó coordinación con la oficina de apoyo a la docencia e investigación del Hospital María Auxiliadora y con la jefa del servicio de oncología, exponiéndose la finalidad de realizar esta investigación.

La aplicación de la encuesta a la muestra indicada, fue realizada previa explicación del abordaje y objetivo del estudio, así como su aceptación voluntaria de cada individuo reflejada en el consentimiento informado, la duración de la encuesta fue de 25 min aproximadamente.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida a partir del instrumento, se registró en una base de datos de Microsoft Excel 2010, posteriormente los datos fueron analizados por el programa SPSS versión 25 para obtener la información estadística descriptiva. Los resultados fueron reflejados en tablas con las frecuencias y porcentajes correspondientes.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se realizó bajo confidencialidad, respeto a la privacidad, protección de los derechos y bienestar de la paciente. Se obtuvieron los permisos para la elaboración del estudio de acuerdo a los estándares de la Declaración de Helsinki. Asimismo fue evaluado por el comité de ética del Hospital María Auxiliadora y de la Universidad Privada San Juan Bautista. Se entregó un consentimiento informado a los participantes en el estudio, mencionándoseles el título, objetivos y propósito de la investigación. De igual forma se informó que las únicas personas responsables al acceso de base de datos era la investigadora a cargo. El autor declara no conflictos de interés en este trabajo.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

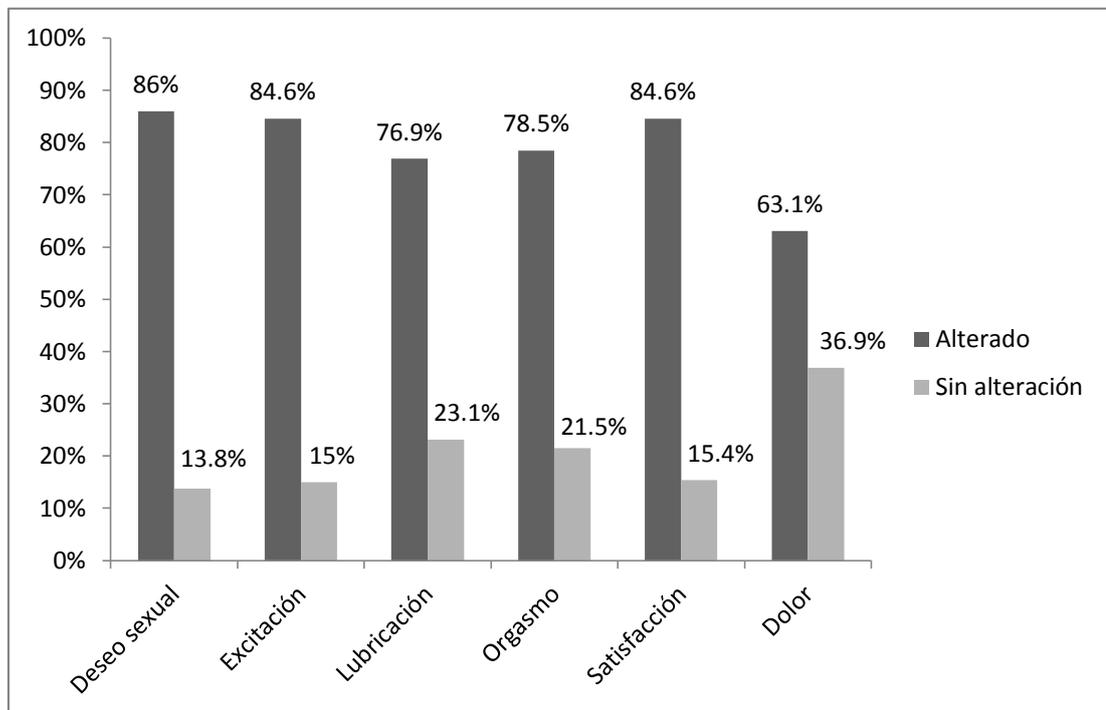
4.1. RESULTADOS

TABLA N°2: CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.

Características de la función sexual	MASTECTOMIZADAS	
	Frecuencia	%
DESEO SEXUAL		
Alterado	56	86%
Sin alteración	9	13.8%
EXCITACIÓN		
Alterado	55	84.6%
Sin alteración	10	15%
LUBRICACIÓN		
Alterado	50	76.9%
Sin alteración	15	23.1%
ORGASMO		
Alterado	51	78.5%
Sin alteración	14	21.5%
SATISFACCIÓN		
Alterado	55	84.6%
Sin alteración	10	15.4%
NIVEL GENERAL DE DOLOR		
Bajo/nada de dolor	24	36.9%
Mayor dolor	41	63.1%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta de investigación

GRÁFICO N°1: CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.



Fuente: Encuesta de investigación

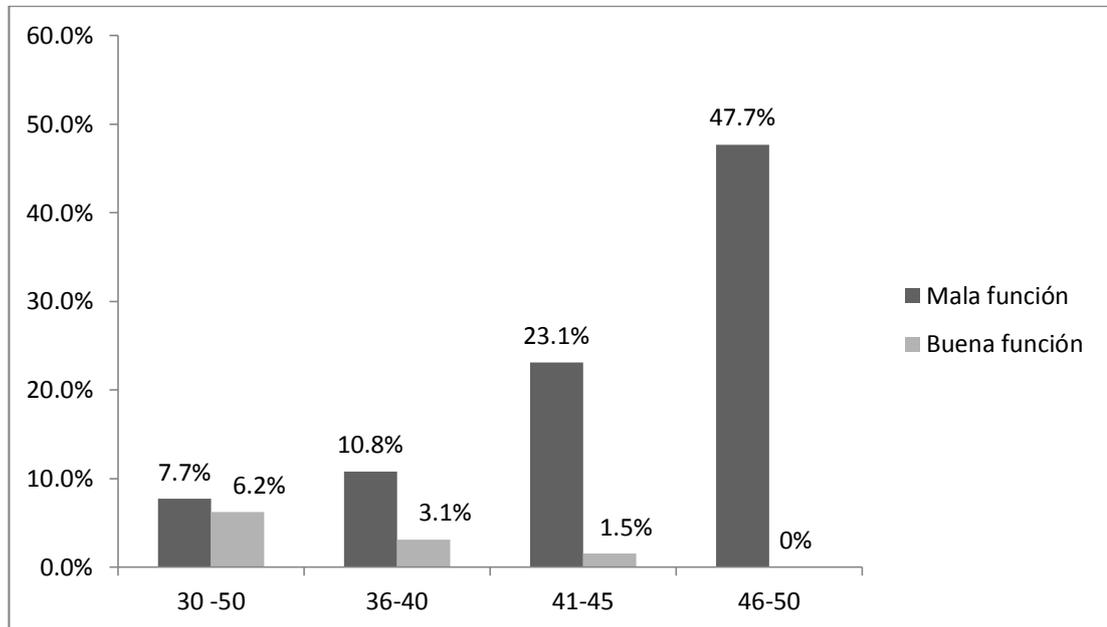
Interpretación: En la tabla n°2 y gráfico n°1 se observa que todas las características de la función sexual, evaluados por los dominios de la IFSF, en pacientes con mastectomía unilateral presentaron alteraciones siendo estos: deseo sexual con 86%, excitación con 84.6%, satisfacción con 84.6%, orgasmo con 78.5%, lubricación con 76.9% y discomfort sexual con 36.9%.

TABLA N°3: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.

Características sociodemográficas		FUNCIÓN SEXUAL				
		Mala función sexual	%	Buena función sexual	%	Total
Edad	30-35	5	7.7%	4	6.2%	9
	36-40	7	10.8%	2	3.1%	9
	41-45	15	23.1%	1	1.5%	16
	46-50	31	47.7%	0	0%	31
Grado de instrucción	Sin nivel	0	0%	0	0%	0
	Primaria	33	50.8%	0	0%	33
	Secundaria	23	35.4%	1	1.5%	24
	Superior	2	3.1%	6	9.2%	8
Estado civil	Casada	18	27.7%	2	3.1%	20
	Soltera	12	18.5%	2	3.1%	14
	Conviviente	22	33.8%	3	4.6%	25
	Divorciada	6	9.3%	0	0%	6
	Viuda	0	0%	0	0%	0
Total		58	89.3%	7	10.8%	

Fuente: Encuesta de investigación

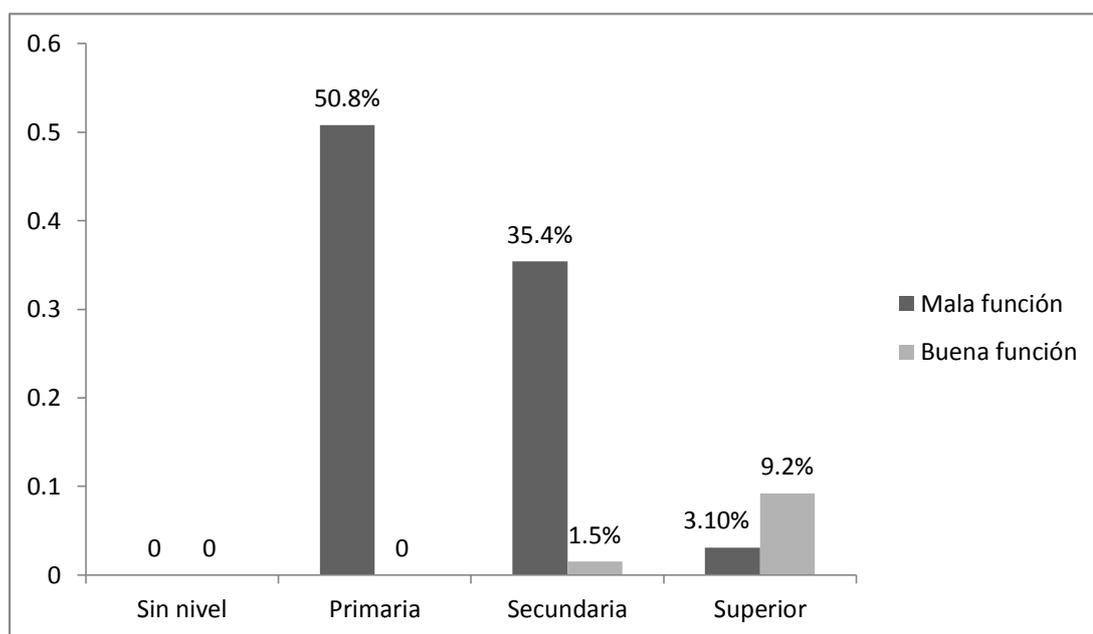
GRÁFICO Nº 2: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN INTERVALOS DE EDAD EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.



Fuente: Encuesta de investigación

Interpretación: En la tabla nº3 y gráfico nº2 se observa que el rango de edad que presentó mayor frecuencia de mala función sexual fue el que se encontró entre 46-50 años con un total de 47.7% (31) mujeres, seguida del rango de edad de 41-45 años con 23.1% (15) mujeres y los rangos de edad que presentaron menor frecuencia de mala función sexual fueron los de 36-40 años y de 30-50 años con un total de 10.8%(7) y 7.7%(5) mujeres respectivamente. Sin embargo, los rangos de edad para una buena función sexual, fueron de menor cuantía siendo el intervalo de edad de 30 a 35 años quien presentó 6.2% (4) mujeres, 36-40 años con 3.1% (2), 41-45 años con 1.5%(1).

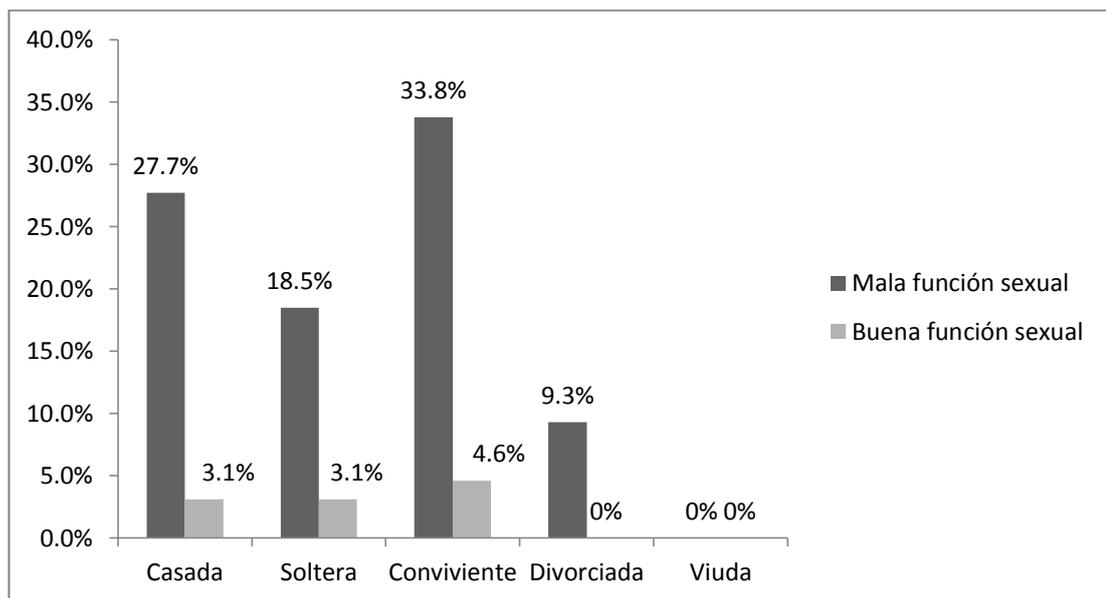
GRÁFICO N°3: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.



Fuente: Encuesta de investigación

Interpretación: En la tabla n°3 y gráfico n°3 se encontró que la mayoría de mujeres mastectomizadas unilateralmente con mala función sexual tenían un nivel de estudios alcanzados en primaria y secundaria siendo estas 50.87% (33) mujeres y 35.4% (23) mujeres respectivamente, se observó que de 10.8%(8) mujeres que presentaban buena función sexual, 9.2%(6) mujeres de este grupo tenían estudios superiores.

GRÁFICO N°4: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN ESTADO CIVIL EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.



Fuente: Encuesta de investigación

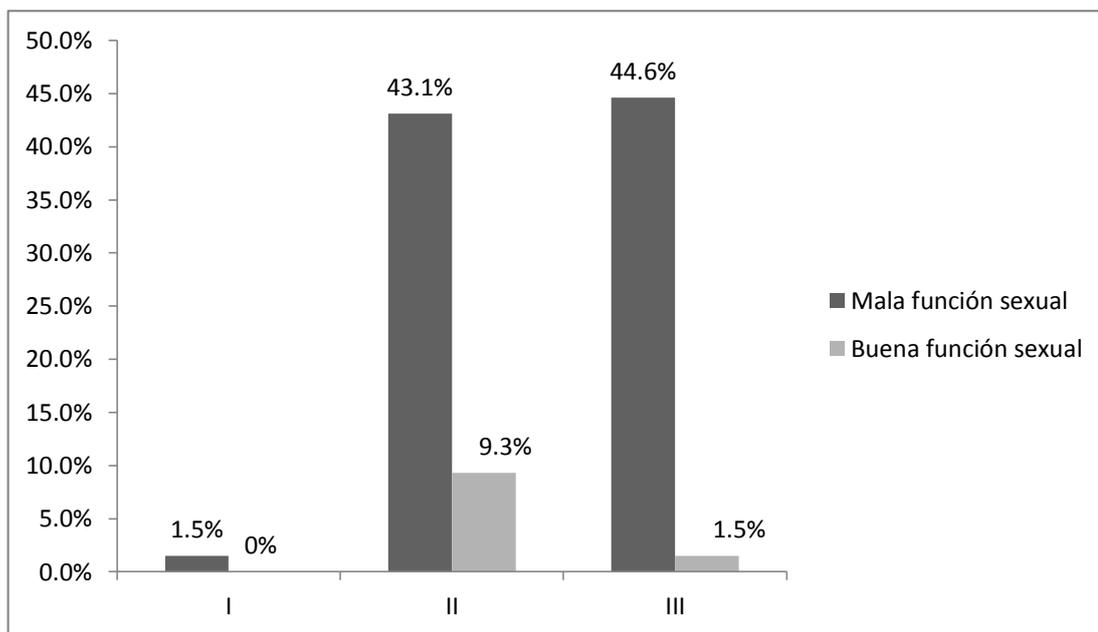
Interpretación: En la tabla n°3 y gráfico n°4 se observa que 33.8%(22) mujeres eran convivientes y presentaban mala función sexual, seguida de las mujeres casada con un porcentaje de 27.7%(18), solteras con un 18.5%(12) y divorciadas con un 9.3%(6), mientras que las mujeres con buena función sexual obtuvieron un porcentaje mucho menor siendo estas 4.6% (3) convivientes, 3.1% (2) casadas y 3.1% (2) solteras.

TABLA Nº4: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.

Características clínicas		FUNCIÓN SEXUAL				
		Mala función sexual	%	Buena función sexual	%	Total
Estadio de la enfermedad	I	1	1.5%	0	0%	1
	II	28	43.1%	6	9.3%	34
	III	29	44.6%	1	1.5%	30
Tratamiento médico	Quimioterapia	38	58.5%	0	0.0%	38
	Radioterapia	1	1.5%	0	0.0%	1
	Terapia hormonal	15	23.1%	7	10.8%	22
	Terapia biológica	4	6.2%	0	0.0%	4
Total		58	89.3%	7	10.8%	

Fuente: Encuesta de investigación

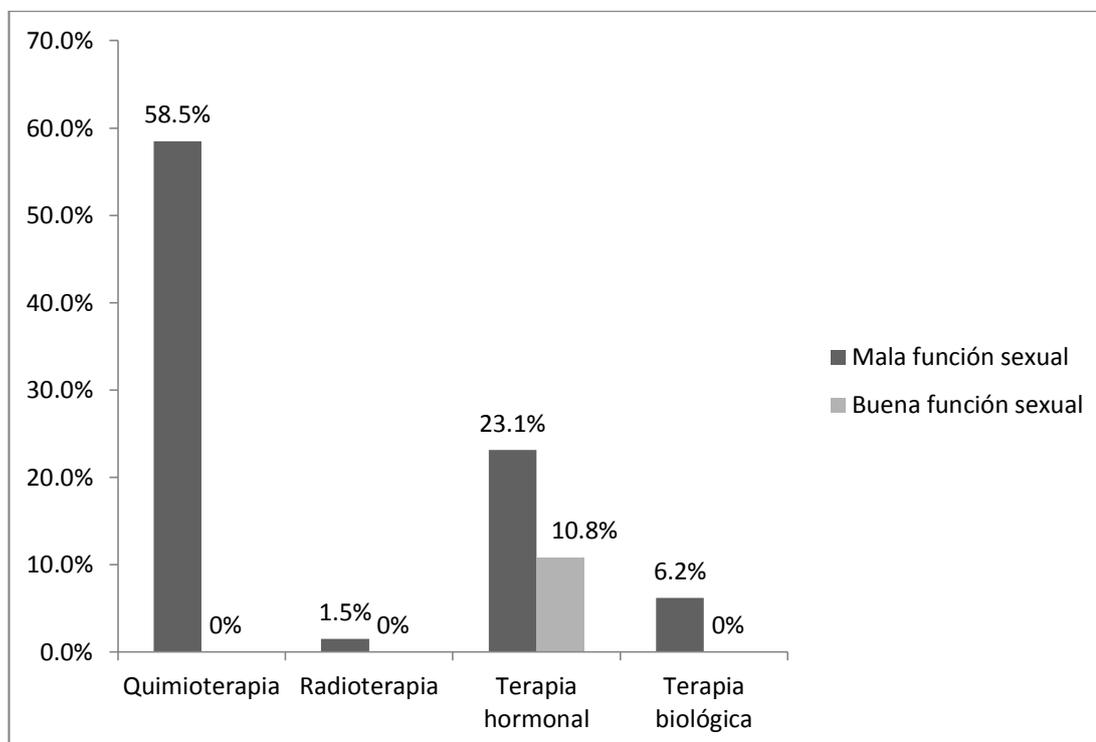
GRÁFICO Nº 5: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN ESTADIO DE LA ENFERMEDAD EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.



Fuente: Encuesta de investigación

Interpretación: En la tabla nº4 y gráfico nº5 se observa que los estadios de cáncer III y II, obtuvieron porcentajes altos para una mala función sexual siendo sus valores 43.1% (28) y 44.6%(29) respectivamente, mientras que el estadio I presentó 1.5%(1). De las mujeres que presentaron buena función sexual, 9.3% (6) estaban en estadio II y 1.5%(1) en estadio III.

GRÁFICO N°6: FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN TRATAMIENTO MÉDICO EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018- 2019.



Fuente: Encuesta de investigación

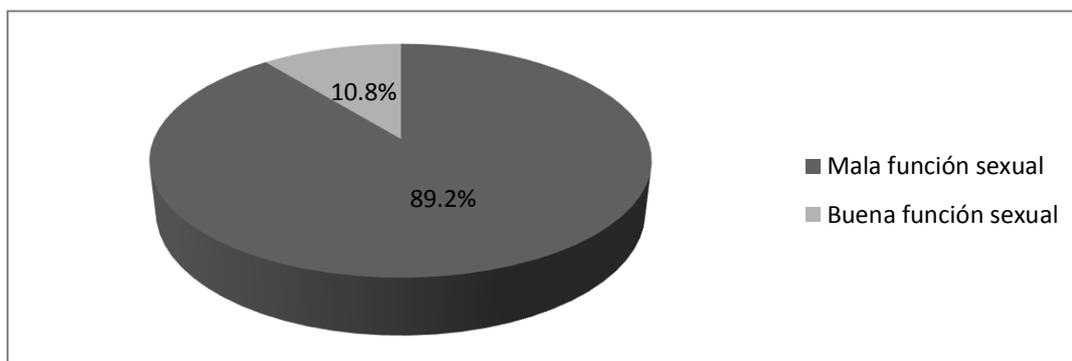
Interpretación: En la tabla n°4 y gráfico n°6 se evaluó la función sexual y el tratamiento médico, es así que todas las mujeres con mastectomía unilateral en tratamiento con quimioterapia presentan una mala función sexual obteniendo un porcentaje de 58.5%(38), y con terapia hormonal un 23.1%(15), mientras que las pacientes que reciben terapia biológica y radioterapia, representan el 6.2%(4) y 1.5%(1) respectivamente En contraposición las mujeres que presentaron una buena función sexual fueron el 10.8%(7) que recibían terapia hormonal .

TABLA N°5: FUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018-2019.

	FUNCIÓN SEXUAL				
	Mala función sexual	%	Buena función sexual	%	Total
MASTECTOMIZADAS	58	89.2%	7	10.8%	65
PUNTAJES DEL IFSF	10.8 ±6.34		27.34 ±1		

Fuente: Encuesta de investigación

GRÁFICO N°7: FUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES DE 30 A 50 AÑOS CON MASTECTOMÍA UNILATERAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN UN TRIMESTRE DEL 2018-2019.



Fuente: Encuesta de investigación

Interpretación: En la tabla n° 5 y gráfico n° 7 se observa que del 100% (65) de mujeres con mastectomía unilateral, 89.2%(58) de ellas presentó mala función sexual mientras que 10.8%(7) una buena función sexual. Al evaluar los 6 dominios del índice de función sexual femenina, se realizó la suma aritmética de estos para obtener el puntaje final, evidenciándose que el promedio del IFSF en pacientes con mastectomía unilateral con mala función

sexual fue de 10.8 con una desviación estándar de ± 6.34 , mientras que las pacientes con una buena función sexual fueron de 27.34 con una desviación estándar de ± 1 .

4.2. DISCUSIÓN

- La mastectomía en mujeres produce una afectación en la sexualidad como consecuencia de diferentes variables. Al evaluar las características de la función sexual según los dominios del IFSF en la muestra estudiada (n=65) se encontró que todos los dominios del IFSF estaban alterados en las pacientes mastectomizadas, presentando mayor porcentaje el deseo sexual, la excitación y satisfacción sexual (86%, 84.6% y 84.6% respectivamente). Lo cual coincide parcialmente con Adrzejczak *et al.*⁷ quien reportó en su estudio que el 71% mujeres tratadas con mastectomía presentaron deterioro en la satisfacción con la vida sexual, 77% disminución del deseo o interés en la actividad sexual, 70% disminución en la frecuencia de la actividad sexual, 31% de mujeres mastectomizadas presentó deterioro en el atractivo físico y 30% informó que la cercanía emocional con sus parejas había disminuido posterior a la mastectomía. Asimismo Harirchi *et al.*²⁰, al evaluar a pacientes con cáncer de mama antes y posterior al tratamiento quirúrgico, con el mismo instrumento de nuestro estudio, demostró que hubo un deterioro de la función sexual (IFSF pre tratamiento=26.6 y post tratamiento=22.1), observó que los dominios más afectados posterior al tratamiento quirúrgico fueron el deseo sexual y lubricación. Sbitti *et al.*²¹ encontró que las alteraciones sexuales más frecuentes en pacientes con mastectomía fueron dispareunia (65%), lubricación (54%), ausencia (48%) y disminución (64%) del deseo sexual, además otros dominios se vieron alterados como nivel de orgasmo inhibido (40%), falta de satisfacción (37%) y alteración en la excitación

(38%). Sin embargo Schover *et al.*⁴⁴ menciona que la satisfacción sexual y la frecuencia de actividad sexual no difiere según la intervención quirúrgica.

- En este estudio se observó que la mayoría de las participantes mastectomizadas unilateralmente presentan una inadecuada función sexual femenina, a predominio de las edades entre 46-50 años, lo cual coincide con lo reportado por Pintado *et al.*¹⁴, Cobo *et al.*¹⁰, y Andrzejczack *et al.*¹⁷, siendo este último quien justifica dicho resultado con el hecho de que las mujeres mayores tienen mayor dificultad de aceptar su imagen corporal posterior a la cirugía lo cual las cohibe de tener relaciones sexuales con su pareja, a comparación de las mujeres jóvenes (70% de ellas se miraban al espejo sin problema alguno); sin embargo hay estudios donde las mujeres jóvenes presentan mayores alteraciones en el funcionamiento sexual, como lo evidencia Harirchi *et al.*²⁰ ya que los efectos endocrinos de la terapia adyuvante, especialmente la quimioterapia, en estas pacientes causan una menopausia prematura influyendo en la disminución del funcionamiento sexual y un malestar psicosocial relacionado con la infertilidad.

El grado de instrucción que presentó mejor función sexual fue el de las pacientes con estudios superiores mientras que las que presentaron alteración en la función sexual se encontraban con un nivel de escolaridad de primaria y secundaria, esto se debe a que mayor escolaridad mayor será el desarrollo de una vida sexual satisfactoria, como lo demuestra Sanchez *et al.*⁴⁵ y Manganiello *et al.*⁴⁶ en el cual indica que al tener un mayor grado de estudios alcanzados, las alternativas de las pacientes se incrementan por contar con mayor acceso a la información, considerándose probablemente como un factor protector. Asimismo, Morais *et al.*⁴⁷ menciona que el desarrollo de una actividad sexual placentera es más frecuente en mujeres con un nivel de educación superior. Al evaluarse

el estado civil, en nuestro estudio, se obtuvo que las pacientes casadas y convivientes resultaron tener mayor porcentajes de mala función sexual, aunque no se encontraron estudios donde clasificaban al estado civil de la forma como lo hicimos, se encontró que Harirchi *et al.*²⁰ demostraron que las mujeres sin pareja no tenían problemas con el orgasmo y la penetración, mientras las mujeres con pareja estable pero no cohabitantes tienen menos alteraciones en relación con el deseo, la emoción y lubricación en contraposición a las mujeres casadas o convivientes. Sin embargo, Morais *et al.*¹¹ menciona que la función sexual fue mejor en las mujeres sin pareja estable; este resultado podría reflejar la pobre calidad de relaciones maritales y/o de afrontamiento conyugal.

- En este estudio se observó que los estadios con mayor porcentaje de mala función sexual fueron los estadios II y III, lo cual podría coincidir con un estudio realizado en Perú por Tejada⁴⁷ quien demostró que se producía mayor alteración a nivel del deseo sexual, trastorno del orgasmo, problemas de penetración vaginal mientras aumenta el estadio de la enfermedad. Asimismo, que las pacientes con un estadiaje III y IV tienen mayor riesgo a presentar un trastorno de orgasmo en contraposición a las pacientes en estadio I y II. Con referente al tratamiento médico, las mujeres que presentaban mayor porcentaje de mala función sexual en la población objetivo fueron las que recibían quimioterapia (58.5%) y terapia hormonal (23.1%), lo cual coincide con Harirchi *et al.*²⁰ quien menciona que la quimioterapia y terapia hormonal producen como consecuencia una insuficiencia ovárica prematura, por la privación de estrógenos y así la aparición de síntomas menopáusicos, del mismo modo se debe tener en cuenta que los medicamentos usados en terapia hormonal (por ejemplo: inhibidores de la aromatasa o tamoxifeno) causan problemas tales como sequedad vaginal, pérdida de satisfacción e interés sexual. Ganz *et al.*⁴⁸ en su estudio corroboraron que el funcionamiento sexual

empeoraba para las pacientes que recibían quimioterapia de las que no lo hacían independientemente del tipo de cirugía al que fueron sometidas. Además, los estudios han sugerido que la quimioterapia está asociada con la disfunción sexual y que esta disfunción puede persistir durante un tiempo considerable y empeorar a medida que la mujer envejece. Sin embargo, existen reportes de investigaciones que describen que la terapia hormonal y quimioterapia no producen alteración en la función sexual como lo demuestra Panjari *et al.*⁴⁹ y Morais *et al.*¹¹ respectivamente.

- El impacto negativo sobre la vida sexual puede llegar a afectar a un número considerable de pacientes tratadas por cáncer de mama. Al evaluar la función sexual en mujeres mastectomizadas unilateralmente se obtuvo que 89.2% (58) mujeres presentaba mala función sexual y 10.8%(7) buena función sexual. El puntaje total del IFSF con mala función sexual fue de 10.8 ± 6.34 , lo cual coincide con los resultados arrojados por Pintado¹⁴, quien aplicó el mismo instrumento (IFSF) de nuestro estudio a pacientes con intervención quirúrgica obteniendo un puntaje del IFSF de 18.15 (puntaje bajo). Asimismo Sabino *et al.*¹⁹ demostró que las pacientes con mastectomía radical presentaban un score del IFSF de 10.15. lo cual demostraba que las pacientes con mastectomía poseían alteraciones en el funcionamiento sexual. En contraposición, Schover *et al.*⁴⁴ demostró que no existe diferencias en la vida sexual e imagen corporal entre mujeres mastectomizadas y mujeres con reconstrucción de mama.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se concluye que las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral presentan alteración en su función sexual. Evidenciándose que la mayoría de la muestra presentó una mala función sexual con 89.2% (puntaje de IFSF: $10.8\% \pm 6.34$) y solo el 10.8% (puntaje de IFSF: 27.34 ± 1) obtuvo una buena función sexual.
- Las características de la función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral presentan alteraciones a predominio del deseo sexual (86%), excitación (84.6%), satisfacción (84.6%) y orgasmo (78.5%).
- La función sexual según las características sociodemográficas varía de acuerdo a la edad, grado de instrucción, y estado civil, evidenciándose que las que presentaron mala función sexual se encontraban entre 46-50 años (47.7%) y 41-45 años (23.1%), con un grado de instrucción de primaria (50.87%) y secundaria (35.4%), teniendo un estado civil de convivientes (33.8%) y casadas (27.7%).
- Se concluye que la función sexual según las características clínicas varía de acuerdo al estadio de la enfermedad y tratamiento médico, observándose que las que presentaron mala función sexual se encontraban en estadios del cáncer III (43.1%) y II (44.6%), recibiendo tratamiento quimioterápico (58.5%) y terapia hormonal (23.1%).

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un manejo multidisciplinario (oncología, psicología y ginecología) y así incluir a todas las mujeres con mastectomía unilateral a intervenciones psicoterapéuticas (antes, durante y posterior a las intervenciones quirúrgicas). De esta forma podría trabajarse las percepciones y sentimientos asociados a la identidad sexual aun cuando estas son incipientes. Además de implementar encuestas antes del tratamiento quirúrgico y posterior a este, para poder reconocer, cuan afectado se ve la salud sexual de la paciente, logrando identificar qué características de su función sexual se deben trabajar o reforzar.
- Se recomienda instruir a las pacientes con cáncer de mama, desde el momento del diagnóstico, sobre las posibles alteraciones a nivel de la sexualidad, especificándoles las alteraciones en la imagen corporal/ físico y emocional posterior a una indicación de cirugía. Asimismo se recomienda realizar charlas de capacitación al personal de salud sobre salud sexual para que sepan reconocer o distinguir alteraciones en la función sexual y así buscar alternativas de manejo.
- Se recomienda realizar charlas educativas sobre el tema de alteraciones en el funcionamiento sexual y afrontamiento de la imagen corporal a todas las pacientes sometidas a intervención quirúrgica incluyendo a todos los rangos de edad. Asimismo, se recomienda que las pacientes con mastectomía se incluyan en terapias psicológicas y sexuales de pareja fomentando las técnicas de habituación y sensibilización, siendo aplicadas poco tiempo posterior a la operación, buscando conseguir que la paciente y su pareja se acostumbren a las nuevas sensaciones táctiles de la zona operada. Además de enseñarles que existen diferentes zonas corporales erógenas que podrían sustituir al seno.

- Se recomienda anticipar a la paciente con mastectomía unilateral que existirán posibles consecuencias sobre el estadio de enfermedad en el cual se encuentren, ya sea por el tratamiento quirúrgico en sí o por la combinación de los tratamientos médicos que ellas reciban, pudiéndolas introducir en algunas técnicas de Kaplan (focalización sensorial), buscando conductas alternativas sexuales de amor genuino. En la práctica médica, es importante tener en cuenta la calidad de vida de cada paciente y evaluar los impactos que se desprenden posterior a los tratamientos médicos, por lo que se recomienda mencionar los efectos secundarios procedentes de la quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, etc a las pacientes antes de prescribirlos. Del mismo modo se debe valorar las opciones de rehabilitación al momento de disponer un tratamiento médico, promoviendo la educación sexual, consejos para obtener un sexo agradable, minimización de las limitaciones físicas y resolución de conflictos maritales relacionados con el tratamiento del cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de Salud. Cáncer de mama en las Américas [sede Web]. Washington: OPS; 2018-[acceso10 enero del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org>
2. Ramos M. Situación epidemiológica del cáncer de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios. *Boletín Epidemiológico del Perú*. 2018; 27 (31): 703-705
3. Poma P. Women affected by breast cancer follow up recommendations. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet (Perú)*. 2017; 63 (1): 35-51.
4. Vilca T, Correa L, Quispe M, Vega F. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en estudiantes de medicina humana. *Rev. Fac. Med. Hum (Perú)* 2017; 17(2):45-54.
5. Goldman A. Introducción a la oncología. En: Viniegra M, coordinador. *Manual de enfermería oncológica*. 1º ed. Argentina: INC; 2014.p.8-39
6. Schevers et al. Million Women Study Collaborators. *Lancet* 1995; 362: 419-427.
7. Grau A, Llantá A, Chacon R, Fleites G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol* 1999; 15(1):49-65.
8. Lopez R, González F. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamiento de soporte. *Rev. Oncología (España)* 2005; 28 (3):164-169.
9. Da Silveira O, Lopes D, Valadares G, Vleira F. La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer de mama. *Enfermería Global (España)* 2016; 15 (3):350-368.
10. Cobo A, Martín N, Sampietro A, Rodriguez M, Carmona J. Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. *PLOS ONE(España)* 2018; 13(8): 1- 13.
11. Morais F, Freitas R, Souda R, Reis C. Sociodemographic and clinical factor affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in

- women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing (Brasil)* 2015; 25, 1557–1565.
12. Irarrázaval E, Pascale K, Silva F, Fernández G, Torres C, Fritis M, Barriga C, Waintrub H. Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev Med (Chile)* 2016; 144: 1567-1576.
 13. Rodríguez P, Pino J. Cáncer de mama y sexualidad: ¿Una discapacidad emergente? *Rev Chil Salud Pública (Chile)* 2016; 20 (2): 122-130.
 14. Pintado S. Funcionamiento sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Ginecol Obstet (Mex)*. 2016; 84(11):679-683.
 15. Coady D, Kennedy V. Salud sexual en las mujeres afectadas por cáncer. *Obstet Gynecol (EEUU)* 2016; 128: 775–791.
 16. Bueno R. Soto L. Salud sexual y alteraciones emocionales en mujeres colombianas con cáncer de mama. *Psicooncología (Colombia)* 2015; 12 (2,3): 405-416.
 17. Andrzejcack E, Markocka K, Lewandowski A. Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psycho-Oncology (Polonia)* 2013; 22: 1653-1657.
 18. Martínez A, Arrazola A, Rodríguez A, Galindo O, Alvarado S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología (Mex)* 2014;13(1):53-58.
 19. Sabino M, Vinicius M, Moreira R, Bueno E, Felipe L, Masako L. Sexuality after breast reconstruction post mastectomy. *Aesth Plast Surg (Brasil)* 2013; 37:643–647.
 20. Harirchi I, Montazeri A, Zamani F, Mamishi N, Zendehtdel K. Sexual function in breast cancer patients: a prospectiv study from Iran. *Journal of Experimental and clinical cancer research (Iran)* 2012; 31 (20): 1-6.

21. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, Fadoukair Z. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception (Marruecos) 2011; 11, 2-5.
22. Vázquez J, Antequeran R, Blanco A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología (España)* 2010; 7(2-3):433-451.
23. Bueno L, Virginia L. Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Rev Enferm.(Colombia)* 2010; 34(1):79-87.
24. Burwell S, Case D, Kaelin C, Avis N. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of clinical oncology (EEUU)* 2006; 24(18): 2815 – 2819.
25. American Cancer Society. Breast cancer: Facts & Figures 2017-2018 (EEUU) 2017; 2:1-41.
26. Alvarez C, Vich P, Brusint, Cuadrado C, Díaz, N, Robles D. Actualización del cáncer de mama en atención primaria. *Semergen (España)* 2014; 40(8) :460-472.
27. American Joint Committee on Cancer. Cancer Staging Manual. 8va edición. EEUU. Springer; 2017.
28. Ferreiro J, García J, Bárcelo R, Ruvio I. Quimioterapia: efectos secundarios. *Gac Med Bilbao (España)* 2003; 100: 69-74
29. Sánchez R, Schneider E, Martínez G, Fonfach C. Cáncer de mama: Modalidades terapéuticas y marcadores tumorales. *Cuad. Cir. (Chile)* 2008; 22: 55-63.
30. Caicedo J, Quintero E, Robledo J, Perry F, Ramírez C, Duarte. Cáncer de seno y hormonoterapia: Estado actual. *Rev Colombia Cir. (Colombia)* 2007; 22(1): 47-71.
31. Castellanos S, Soto M, Galarreta J, Valledor A. Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica. *Nutr Hosp. (España)* 2014; 29(2):259-268.

32. Losada J, Fernandez V, Iturriaga M, Pinedo R. Cirugía del cáncer de mama. *Gac Med Bilbao (España)* 2000; 97: 73-77.
33. Román J. La cirugía en el cáncer de mama. *Psicooncología (España)* 2007; 4 (2): 301-310.
34. Huicochea C, González B, Tovar C, Olarte C, Vasquez L. Cáncer de mama. *Anales de Radiología (México)* 2009; 1:117-126.
35. Gutierrez T. La respuesta sexual humana. *AMF(Madrid)* 2010;6(10):543-546.
36. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int Androl. (España)* 2007; 5(1):11-21.
37. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual [sede Web]. WHO; 2019 [acceso 12 de enero del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
38. Hamelinck V, Bastiaan E, Pieterse A, Merkus J, Jannink I. A prospective comparison of younger and older patients' preferences for breast-conserving surgery versus mastectomy in early breast cancer. *Journal of Geriatric Oncology (Países bajos)* 2017; 9(2): 170-173.
39. Pino C. Disfunción sexual en pacientes con cáncer. *Med.Uis.(Canadá)*2010;23:126-33.
40. Sell L, Padrón D, García A, Torres B, Función sexual y hormonas de la reproducción en mujeres con menopausia precoz. *Rev Cubana Salud Pública (Cuba)* 2001;27(2):116-125
41. Aerts L, Christiaens M, Rnzlin P, Neven P. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast coserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast(Bélgica)* 2014; 23(5): 629-636.
42. Casquero F, Ruis B, Bilbao P. Cáncer de mama- Tratamiento radioterápico. *Gac Med Bilbao(España)* 2000; 97: 79-82.
43. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leilblum, Meston, Shabsigh R. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-repor

- instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital therapy (EEUU)* 2000; 26: 191-208
44. Schover L, Yetman R, Tuason L, Meisler E, Caldwell B. Partial mastectomy and breast reconstruction. *Cancer (EEUU)* 1995; 75(1): 54-64.
45. Sanchez C, Morales F, Carrelo, Martinez S. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y asertividad. *Perinatol Reprod Hum (México)* 2005; 19: 152-160.
46. Manganiello A, Hoga L, Reberte L, Miranda C, Rocha C. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal Oncology Nursing (Brasil)* 2011; 15, 167–172
47. Tejada J(dir). Factores asociados a la disfunción sexual femenina en pacientes con cáncer de mama en un hospital especializado en Lima, Perú [trabajo final de grado]. Perú: Universidad Católica Sapientiae; 2014. 1-28.
48. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH & Meyerowitz BE .Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of National Cancer Institute (Reino Unido)*; 2004; 96: 376–387.
49. Panjari M, Bell R, Davis S. Sexual function after breast cáncer. *J Sex Med (Australia)* 2011; 8:294–302.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Mosquera Puican, Karen Josselyn.

ASESORA: MSc. Vizcarra Zevallos Karla Alejandra

LOCAL: SAN BORJA

TEMA: Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital

María Auxiliadora en un trimestre del 2018 -2019

53

VARIABLE: FUNCIÓN SEXUAL			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
<ul style="list-style-type: none">- Deseo- Excitación- Lubricación- Orgasmo- Satisfacción- Dolor/Disconfort	<ul style="list-style-type: none">- Buena función sexual- Mala función sexual	Nominal	Encuesta

VARIABLES INTERVINIENTES			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Grado de instrucción - Estado civil 	Ordinal Ordinal Nominal	Ficha de recolección de datos
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> - Estadio de la enfermedad - Tratamiento médico 	Ordinal Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO Nº 2: INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

INSTRUMENTO - ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018 -2019

Instrucciones: Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales. Marque y/o rellene la respuesta para cada pregunta

|

1. Edad : 30-35 () 36-40 () 41-45 () 46-50 ()
2. Grado de instrucción:
 - a) Sin nivel ()
 - b) Primaria ()
 - c) Secundaria ()
 - d) Superior ()
3. Estado civil:
 - a) Casada ()
 - b) Soltera ()
 - c) Conviviente ()
 - d) Divorciada ()
 - e) Viuda ()

4. Estadio de la enfermedad: 0() I() II () III () IV ()
5. Tratamiento actual: Quimioterapia ()
Radioterapia ()
Terapia hormonal ()
Terapia biológica ()

CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

DESEO SEXUAL

6. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?
- a) Siempre o casi siempre
 - b) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - c) A veces (alrededor de la mitad)
 - d) Pocas veces (menos que la mitad)
 - e) Casi nunca o nunca
7. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
- a) Muy alto
 - b) Alto
 - c) Moderado
 - d) Bajo
 - e) Muy bajo o nada

EXCITACIÓN SEXUAL

8. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca
9. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Muy alto
 - c) Alto
 - d) Moderado
 - e) Bajo
 - f) Muy bajo o nada
10. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Muy alta confianza
 - c) Alta confianza
 - d) Moderada confianza
 - e) Baja confianza
 - f) Muy baja o nada de confianza

11. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca

LUBRICACIÓN

12. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca
13. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Extremadamente difícil o imposible
 - c) Muy difícil
 - d) Difícil
 - e) Poco difícil
 - f) No me es difícil

14. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre la mantengo
 - c) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
 - d) A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

15. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Extremadamente difícil o imposible
 - c) Muy difícil
 - d) Difícil
 - e) Poco difícil
 - f) No me es difícil

ORGASMO:

16. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca

17. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Extremadamente difícil o imposible
- c) Muy difícil
- d) Difícil
- e) Poco difícil
- f) No me es difícil

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy satisfecha
- c) Moderadamente satisfecha
- d) Ni satisfecha ni insatisfecha
- e) Moderadamente insatisfecha
- f) Muy insatisfecha

SATISFACCIÓN:

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy satisfecha
- c) Moderadamente satisfecha
- d) Ni satisfecha ni insatisfecha
- e) Moderadamente insatisfecha
- f) Muy insatisfecha

20. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- a) Muy satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Ni satisfecha ni insatisfecha
- d) Moderadamente insatisfecha
- e) Muy insatisfecha

21. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- a) Muy satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Ni satisfecha ni insatisfecha
- d) Moderadamente insatisfecha
- e) Muy insatisfecha

DOLOR/DISCONFORT SEXUAL

22. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente disconfort o dolor durante la penetración vaginal?

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

23. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Siempre o casi siempre
 - c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - d) A veces (alrededor de la mitad)
 - e) Pocas veces (menos que la mitad)
 - f) Casi nunca o nunca
24. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- a) No tengo actividad sexual
 - b) Muy alto
 - c) Alto
 - d) Moderado
 - e) Bajo
 - f) Muy bajo o nada

ANEXO Nº 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante: Vizcarra Zevallos, Karla Alejandra

1.2 Cargo e institución donde labora: Asesora de tesis/ San Borja

1.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Índice de función sexual femenina

1.5 Autor del instrumento: Rosen et al (2000) modificado por Mosquera (2019)

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Buena (41-60%)	Muy buena (61-80%)	Excelente (81-100%)
Claridad	Esta formulado con un lenguaje claro					95%
Objetividad	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
Actualidad	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre: Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018-2019					95%
Organización	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					95%
Suficiencia	Comprende aspectos en calidad y cantidad					95%
Intencionalidad	Adecuado para establecer relación entre mastectomía unilateral en mujeres de 30 a 50 años y su función sexual					95%
Consistencia	Basados en aspectos teóricos y científicos					95%
Coherencia	Entre los índices e indicadores					95%
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación: relacional					95%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplicable* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y fecha: Lima, 18 Del 2019

Karla Vizcarra Z
Firma del Experto informante

D.N.I N°: 445247686

Teléfono: 926 546 720

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante: Bazán Rodríguez, Elsi

1.2 Cargo e institución donde labora: Estadístico / Chorrillos

1.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Índice de función sexual femenina

1.5 Autor del instrumento: Rosen et al (2000) modificado por Mosquera (2019)

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Buena (41-60%)	Muy buena (61-80%)	Excelente (81-100%)
Claridad	Esta formulado con un lenguaje claro					85%
Objetividad	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
Actualidad	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre: Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018-2019					85%
Organización	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					85%
Suficiencia	Comprende aspectos en calidad y cantidad					85%
Intencionalidad	Adecuado para establecer relación entre mastectomía unilateral en mujeres de 30 a 50 años y su función sexual					85%
Consistencia	Basados en aspectos teóricos y científicos					85%
Coherencia	Entre los índices e indicadores					85%
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación: relacional					85%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y fecha: Lima, 14 de febrero del 2019

Elsi Bazán Rodríguez *Eli Bazán*
DPE N° 444

Firma del Experto informante

D.N.I N°: 19209983

Teléfono: 977 414 879

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: *Mónica Elena Zurita Villegas*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Psicóloga / Hospital María Auxiliadora*
 1.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Índice de función sexual femenina
 1.5 Autor del instrumento: Rosen et al (2000) modificado por Mosquera (2019)

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Buena (41-60%)	Muy buena (61-80%)	Excelente (81-100%)
Claridad	Está formulado con un lenguaje claro					95%
Objetividad	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
Actualidad	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre: Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un recorte del 2018-2019					96%
Organización	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					96%
Suficiencia	Comprende aspectos en calidad y cantidad					95%
Intencionalidad	Adecuado para establecer relación entre mastectomía unilateral en mujeres de 30 a 50 años y su función sexual					96%
Consistencia	Basados en aspectos teóricos y científicos					97%
Coherencia	Entre los ítems e indicadores					97%
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación: relacional					97%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplicable* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

96.7%

Lugar y fecha: Lima, *16* *Ene* Del 2019

Firma del Experto informante

D.N.I N°: *0 8 0 8 1 2 7 6*

Teléfono: *9 4 3 0 4 7 1 6 9*

Mónica Elena Zurita Villegas
 PSICÓLOGA
 C. P. N. 10000

- INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante: Mosquera Paican Helene Jacqueline

1.2 Cargo e institución donde labora: Asistente del servicio de Oncología/ Hospital María Auxiliadora

1.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Índice de función sexual femenina

1.5 Autor del instrumento: Rosen et al (2000) modificado por Mosquera (2019)

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Buena (41-60%)	Muy buena (61-80%)	Excelente (81-100%)
Claridad	Esta formulado con un lenguaje claro					95%
Objetividad	No presenta sesgo ni induce respuestas					96%
Actualidad	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre: Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en la ciudad de Lima del 2018-2019					97%
Organización	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					98%
Suficiencia	Comprende aspectos en calidad y cantidad					97%
Intencionalidad	Adecuado para establecer relación entre mastectomía unilateral en mujeres de 30 a 50 años y su función sexual					97%
Consistencia	Basados en aspectos teóricos y científicos					97%
Coherencia	Entre los índices e indicadores					98%
Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación: relacional					97%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

96.67

Lugar y fecha: Lima, 16 de mayo Del 2019

Helene
Firma del Experto informante

D.N.I. N°: 43068342

Teléfono:

HELENE
PAICAN MOSQUERA

ANEXO Nº4: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS – ESTUDIO PILOTO

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.985	19

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Frecuencia del deseo sexual	47.90	354.832	.775	.985
Nivel de deseo sexual	48.00	349.789	.931	.984
Frecuencia de excitación	47.85	341.818	.929	.984
Nivel de excitación	47.80	350.379	.882	.985
Grado de confianza de excitación	47.90	349.568	.882	.984
Frecuencia de satisfacción en la excitación	47.70	344.326	.876	.984
Frecuencia de lubricación durante la actividad sexual	47.70	345.168	.901	.984
Grado de dificultad para lubricar	47.20	336.905	.818	.985
Frecuencia de mantenimiento de lubricación hasta el final	47.80	344.695	.884	.984
Grado de dificultad de mantenimiento de lubricación hasta el final	46.95	333.734	.927	.984
Frecuencia de alcance de orgasmo	47.70	342.326	.930	.984

Grado de dificultad para alcanzar el orgasmo	46.75	331.461	.941	.984
Grado de satisfacción de alcance de orgasmo	47.70	334.011	.909	.984
Grado de satisfacción de cercanía emocional con pareja	47.30	333.695	.928	.984
Grado de satisfacción de relación sexual con la pareja	47.40	336.568	.852	.985
Grado de satisfacción en general	47.55	338.471	.863	.984
Frecuencia de dolor durante la penetración	46.65	336.134	.858	.985
Frecuencia de dolor posterior a la penetración	46.65	330.555	.897	.984
Grado de dolor o discomfort	46.40	337.411	.895	.984

La encuesta fue aplicada a 20 pacientes mujeres con intervención quirúrgica del servicio de oncología que presentaban semejanza con la muestra de nuestro estudio, se analizaron las 19 preguntas relacionadas a la función sexual femenina, dicho análisis se realizó mediante el software SPSS 25, la prueba estadística alfa de Cronbach resultó: 0.985, siendo una confiabilidad alta.

ANEXO Nº 5: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNA: Karen Josselyn Mosquera Puican.

ASESOR: MSc. Karla Alejandra Vizcarra Zevallos

LOCAL: San Borja

TEMA: Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018 -2019

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES
<p style="text-align: center;">General:</p> <p>PG: ¿Cuál es la función sexual en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019?</p>	<p style="text-align: center;">General:</p> <p>OG: Determinar la función sexual en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019</p>	<p style="text-align: center;">General:</p> <p>El estudio no presenta hipótesis por ser de nivel descriptivo.</p>	<p>Variable:</p> <p>Función sexual femenina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deseo sexual - Excitación - Lubricación - Orgasmo - Satisfacción - Dolor/discomfort

<p style="text-align: center;">Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cómo son las características de la función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019?</p> <p>PE2: ¿Cómo es la función sexual según las características sociodemográficas en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019?</p>	<p style="text-align: center;">Específicos:</p> <p>OE1: Describir las características de la función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019.</p> <p>OE2: Describir la función sexual según las características sociodemográficas en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019.</p>		<p>Variables intervinientes:</p> <p>Sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Grado de instrucción - Estado civil <p>Clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estadio de la enfermedad - Tratamiento médico
---	---	--	--

<p>PE3: ¿Cómo es la función sexual según características clínicas en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019?</p>	<p>OE3: Describir la función sexual según las características clínicas en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019.</p>		
<p>Diseño metodológico</p>	<p>Población y Muestra</p>		<p>Técnicas e Instrumentos</p>
<p>- Nivel : Descriptivo - Tipo de Investigación: Observacional ya que se limitará a medir las variables del estudio, no habrá intervención del investigador. Descriptivo, ya que se pretende describir la variable en estudio. Transversal, la recolección de información fue tomada</p>	<p>Población: N = 65 mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral del servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora. Muestra: 65 Mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral.</p>		<p>Técnica: Cuestionario Instrumentos: Encuesta.</p>

<p>en un solo momento. Prospectivo, ya que se captará la mayor información mediante encuestas(datos primarios)</p>	<p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mujeres de 30 - 50 años que hayan sido a sometidas a mastectomía unilateral y estén en tratamiento de cáncer de mama- Mujeres con deseo y/o actividad sexual en las últimas cuatro semanas. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mujeres menores de 30 años con mastectomía unilateral.- Mujeres mayores de 50 años con mastectomía unilateral.- Mujeres que hayan sido sometidas a mastectomía bilateral o a cirugía conservadora.- Mujeres con mastectomía unilateral que presenten metástasis.- Mujeres embarazadas, hysterectomizadas, ooforectomizadas o se encuentren en periodo de postparto.	
--	--	--

	<p>N= 65 Mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral (Población Objetiva)</p> <p>Tamaño de muestra: 65 mujeres con cáncer de mama</p> <p>Muestreo: No probabilístico por conveniencia</p>	
--	--	--

ANEXO Nº 6: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado de participación en proyecto de investigación

Mediante el presente documento, se le solicita su autorización para participar del estudio titulado: *Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018 -2019*, conducido por la investigadora Mosquera Puican Karen, perteneciente a la Universidad Privada San Juan Bautista.

Dicho proyecto tiene como objetivo principal: Determinar la función sexual en las mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018- 2019. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, se le solicita su consentimiento informado.

Si usted accede a participar en el estudio, se le pedirá completar una encuesta, lo cual posiblemente tome 20 minutos de su tiempo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si presenta dudas sobre el proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo.

Desde ya se le agradece su participación



Consentimiento Informado de participación en proyecto de investigación

Yo _____, de _____ años de edad, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación: "*Función sexual en mujeres de 30 a 50 años con mastectomía unilateral en el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora en un trimestre del 2018 -2019*", conducida por la investigadora Mosquera Puján Karen, quien pertenece a la Universidad Privada San Juan Bautista.

He sido informado de los objetivos, alcances y resultados esperados de este estudio. Reconozco que la información recolectada de esta investigación será estrictamente confidencial y anónima.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento se me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando este haya concluido.

Firma del participante

Fecha _____