

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO**  
**CIRUJANO**

**IMPACTO EN LA SEXUALIDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS**  
**POR CÁNCER DE MAMA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III**  
**ESSALUD JOSÉ CAYETANO HEREDIA – PIURA, DURANTE EL AÑO**  
**2018**

**AUTORA: QUIROGA TABOADA ANABELLA**

**ASESOR: ALIAGA CAJÁN JORGE EDUARDO**

**PIURA – PERÚ**

**2020**

**MIEMBROS DEL JURADO:**

---

Dr. Omar Palacios Alburqueque  
**PRESIDENTE**

---

Dr. Ciro García Vilela  
**SECRETARIO**

---

Dra. Victoria Ramírez Coronado  
**VOCAL**

## DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso,  
por darme la fortaleza para concretar mis  
proyectos personales y profesionales.

A mi padre: Pascual y a mi madre: Fresia;  
que fueron mis primeros maestros y lo serán por  
siempre.

A mi hermano, Pierre;  
que con su ejemplo ha permitido que logre mi objetivo.

“Familia, donde empieza  
la vida y el amor nunca termina”. A la memoria de mi  
abuelo Hugo y Mamá Toto, que estarán por siempre en  
mi corazón.

Anabella

## **AGRADECIMIENTO**

Mi gratitud:

A mis padres y hermano por apoyarme con su tiempo y comprensión durante la realización de mis estudios y la ejecución de esta tesis.

A mi asesor de tesis, Dr. Jorge Eduardo Aliaga Caján, por su dedicación y ayuda profesional durante el diseño y desarrollo de la investigación.

A mis maestros y maestras de la Universidad Privada Antenor Orrego, por sus sabias enseñanzas brindadas a lo largo de mi carrera profesional.

A las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018 por su colaboración durante el proceso de recolección de datos.

A todos... ¡Muchas gracias!

La autora

**IMPACTO EN LA SEXUALIDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR  
CÁNCER DE MAMA, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD JOSÉ  
CAYETANO HEREDIA – PIURA, DURANTE EL AÑO 2018**

**IMPACT ON SEXUALITY IN WOMEN MASTECTOMIZED BY BREAST CANCER,  
ATTENDED IN THE HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA - PIURA, DURING  
THE YEAR 2018.**

**AUTORA:** Anabella Quiroga Taboada

**ASESOR:** Dr. Jorge Eduardo Aliaga Caján

**INSTITUCIÓN DE ESTUDIO:** Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia de Piura

**CORRESPONDENCIA:**

Nombre: Anabella Quiroga Taboada

Dirección: Mz C1 lote 24 Urbanización Ignacio Merino I etapa - Piura

Teléfono: +(51) 990214289

Email: [a.quirogataboada@gmail.com](mailto:a.quirogataboada@gmail.com)

## ÍNDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>7</b>
<b>Summary .....</b>	<b>8</b>
<b>I. Introducción.....</b>	<b>9</b>
1.1 Enunciado del problema.....	11
1.2 Objetivo general.....	12
1.3 Objetivos específicos.....	12
1.4 Hipótesis.....	12
<b>II. Material y métodos .....</b>	<b>13</b>
2.1 Diseño de estudio.....	13
2.2 Población, muestra y muestreo .....	13
2.3 Procedimientos y técnicas:.....	15
2.4 Plan de análisis de datos.....	15
2.5 Aspectos éticos .....	17
2.6 Limitaciones .....	18
<b>III. Resultados .....</b>	<b>18</b>
<b>IV. Discusión:.....</b>	<b>27</b>
<b>V. Conclusiones: .....</b>	<b>31</b>
<b>VI. Recomendaciones: .....</b>	<b>32</b>
<b>VII. Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>32</b>
<b>VIII. Anexos .....</b>	<b>37</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el impacto en la sexualidad en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se estudiaron pacientes de sexo femenino sometidas a mastectomía por cáncer de mama, que fueron atendidas por consultorio externo de oncología clínica y quirúrgica. Se identificó a las participantes de los registros de atenciones por cáncer de mama y mastectomía. Se les seleccionó de manera aleatoria para ser luego entrevistadas, aplicándoles un cuestionario para recolección de datos y el Índice de función sexual femenina. Se realizó el análisis estadístico univariado y bivariado en el programa STATA v.14.

**Resultados:** La prevalencia de disfunción sexual fue de 64%, siendo el principal dominio afectado el deseo sexual (57,3%). Las características asociadas a disfunción sexual fueron: edad, estado civil, número de hijos, orientación sexual, frecuencias de relaciones sexuales antes de la mastectomía, momento de reinicio tras la mastectomía, disminución del interés en el sexo, disminución del placer sexual, angustia física acerca de la presión en el pecho durante las relaciones sexuales, relaciones sexuales dolorosas, sensación de incomodidad cuando se toca alrededor de la cicatriz quirúrgica, tipo de mastectomía y radioterapia postoperatoria.

**Conclusiones:** Es necesario realizar un estudio que permita mejorar el manejo médico de estas pacientes, debido a la alta tasa de disfunción sexual en mujeres mastectomizadas tal como se reportó en el presente estudio.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, oncología, sexualidad, mujeres peruanas.

## SUMMARY

**Objective:** To evaluate the impact on sexuality in women mastectomized by breast cancer, attended in the Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia - Piura, during the year 2018.

**Methods:** An observational, cross-sectional, prospective and analytical study was conducted. Female patients undergoing mastectomy for breast cancer were studied and attended by an outpatient clinic for clinical and surgical oncology. Participants were identified from the breast cancer and mastectomy care registries. They were randomly selected and then interviewed using a data collection questionnaire and the Female Sexual Function Index. Univariate and bivariate statistical analysis was performed in STATA v.14.

**Results:** The prevalence of sexual dysfunction was 64%, with sexual desire being the main domain affected (57.3%). The characteristics associated with sexual dysfunction were: age, marital status, number of children, sexual orientation, frequency of sexual intercourse before mastectomy, time of restart after mastectomy, decreased interest in sex, decreased sexual pleasure, physical distress about chest pressure during sexual intercourse, painful sexual intercourse, uncomfortable sensation when touching around the surgical scar, type of mastectomy and postoperative radiation therapy

**Conclusions:** It is necessary to carry out a study to improve the medical management of these patients, due to the high rate of sexual dysfunction in mastectomized women as reported in our findings.

**Key Words:** Breast cancer, oncology, sexuality, peruvian women.

## INTRODUCCIÓN:

A nivel mundial, de acuerdo al reporte de la organización mundial de la salud en el año 2018, el cáncer de mama ocupó el segundo lugar entre los cánceres más comunes y se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres con un estimado de 2.09 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados. En 2018, este cáncer ocupa el quinto lugar en la mortalidad por cáncer en general (627,000 muertes).(1) Según el estudio Global Burden of Disease (GBD), 2017, en América Latina, la incidencia de casos de mama en el año 2017 fue 8.3 (7.3–9.6) por cada 100000 habitantes .(2)

En Perú de acuerdo a la Dirección General de Epidemiología, al analizarse los tipos de cáncer por localización topográfica y sexo, se determinó que, entre los cánceres con mayor frecuencia reportados, el cáncer de mama ocupó el tercer lugar (10.3%) y en el sexo femenino predominó en segundo lugar el cáncer de mama (16.6%)(3), sin embargo en mortalidad de acuerdo al registro de Lima Metropolitana, se estimó que entre los cánceres con el mayor porcentaje de supervivencia observada a los cinco años estuvo en segundo lugar el cáncer de mama, con 69.6% (4)

En países con programas de detección de cáncer de mama establecidos, la mayoría de las pacientes se presentan debido a una mamografía anormal, sin embargo, en países en desarrollo como es Perú, se puede detectar inicialmente con características clínicas de una lesión cancerosa, es decir una lesión dura, inamovible, dominante única con bordes irregulares, posteriormente mientras la enfermedad avanza dentro del curso natural de la enfermedad, se mostrarán signos de enfermedad locorregional como adenopatía axilar (que sugiere enfermedad locorregional) o hallazgos en la piel como eritema, engrosamiento o formación de hoyuelos en la piel suprayacente (piel de naranja), lo que sugiere cáncer de mama inflamatorio; posteriormente las pacientes desarrollarán metástasis y los síntomas dependerán de los órganos involucrados, los sitios más comúnmente involucrados son el sistema óseo, por lo cual las pacientes tendrán signos clínicos tales como dolor de espalda, miembros inferiores, si la metástasis es al hígado se presentará dolor abdominal, náuseas, ictericia y a los pulmones se presentará con falta de aliento o tos.(5-7)

Dentro de las medidas utilizadas para tratar y prevenir el cáncer de mama, la mastectomía es una de las opciones, ésta es la extirpación completa del tejido mamario y está indicada para pacientes que no son candidatos para la terapia conservadora de la mama, pacientes que prefieren la mastectomía y con fines profilácticos para disminuir el riesgo de cáncer de mama, sin embargo ésta presenta complicaciones como seroma, infección de la herida, necrosis del colgajo cutáneo, dolor en la pared torácica, síndrome del seno fantasma y morbilidad del brazo(8), la mortalidad en 10 años por mastectomía unilateral y bilateral es de 20,1% y 18,8% respectivamente(9).

La región Piura, ocupa el quinto lugar en prevalencia con 5.54% en promedio de cáncer de mama por año,(3) además es la segunda región con mayor incidencia de muertes con 13.9 por cada 100000 habitantes,(10) por lo cual es importante el manejo de las pacientes que fueron mastectomizadas de una manera integral considerando el aspecto de sexualidad, por ello se realizó el presente trabajo de investigación, para obtener datos que permitan ser usados en la atención multidisciplinaria de las pacientes.

La sexualidad tiene múltiples dimensiones identidad de género, orientación, deseo, orgasmo, satisfacción sexual, si alguna de estas áreas es alterada por factores psicológicos/físicos, se producirá disfunción sexual (11), es así que en el estudio de Kingsberg muestran que los cambios en el estado de la relación y la salud física de una pareja también pueden influir en la sexualidad tras haberse alterado la función sexual.(12), si bien es cierto la sexualidad es multidimensional y está influenciada por muchos factores,(13) en los estudios se evalúa la disfunción sexual como un indicador objetivo, debido a que es en base a ello que se realizan las intervenciones para mejorarla.

En un estudio que evaluó la sexualidad en pacientes de sexo femenino con cáncer de mama se informó que el 60% presentaba disminución de la calidad de la misma(14). En otro estudio se informó que el 70% de 1 011 mujeres con cáncer de mama presentaron disfunción en su vida sexual, posterior al tratamiento(15). Se indica, además, que el principal factor contribuyente a esto fue la imagen corporal de las pacientes(15). Se ha relacionado además que la vida sexual insatisfactoria en estas pacientes guarda relación con menores índices de

calidad de vida en las pacientes jóvenes(16, 17), tratamiento con quimioterapia(18), mastectomía total(19), angustia emocional y dificultades con su pareja debido a relaciones sexuales(20).

La mayor parte de los estudios en mujeres mastectomizadas se han enfocado en complicaciones orgánicas y calidad de vida, sin embargo, pocos estudios han estudiado complicaciones con respecto a la sexualidad(19, 21-31), además no han sido enfocados en países de medianos ingresos y en donde existen creencias religiosas y culturales como el machismo, por lo cual la mujer se siente subordinada, lo que limita su libertad de expresión en este tema de sexualidad.

Las mamas son primordialmente un elemento importante en la concepción de la belleza femenina y como un símbolo de sexualidad, maternidad y principal zona erógena. En las pacientes con cáncer de mama la imagen corporal y el funcionamiento sexual de la mujer se ve alterado. Estos cambios originan una fuente de estrés que trasciende de forma directa en el estado emocional, la calidad de vida y las funciones sexuales y sociales de la mujer.

Las mujeres que han sido mastectomizadas pueden estar sometidas a procesos estresantes que afectan su calidad de vida, los resultados serán de interés para quienes tienen a su cargo el tratamiento de estas pacientes pues sabrán específicamente qué contenidos educativos brindarles y qué temores tienen que aclarar a sus pacientes. Otro grupo de interés por los resultados de esta investigación son las mismas pacientes, pues serán mejor asesoradas para superar los impactos en su vida sexual que puedan derivar al verse amputada una parte importante de su esquema mental femenino.

La relevancia de este estudio está en que será más corto el periodo de adaptación a su nuevo esquema corporal, por lo que la completa inserción a la sociedad y a su vida económicamente activa será beneficioso tanto para la paciente, su familia y la sociedad, además que podrá tenerse en cuenta para el abordaje integral y multidisciplinario de las pacientes mastectomizadas.

### **1.1 Enunciado del problema:**

¿Cuál es el impacto en la sexualidad de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018?

## **1.2 OBJETIVOS GENERAL:**

- Evaluar el impacto en la sexualidad de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.

## **1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.
- Describir las características de la sexualidad de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.
- Evaluar los dominios (deseo sexual, excitación sexual, lubricación vaginal, orgasmo, satisfacción sexual y dolor en el acto sexual) del Índice de Función Sexual Femenina en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.
- Clasificar la función sexual como con o sin disfunción sexual en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.

## **1.4 HIPÓTESIS**

### **Hipótesis alterna (Ha):**

La mastectomía causa impacto en la sexualidad en mujeres con cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.

### **Hipótesis nula (Ho):**

La mastectomía no causa impacto en la sexualidad en mujeres con cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1 DISEÑO DE ESTUDIO:**

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico.

### **2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

#### **2.2.1. POBLACIÓN:**

La población del estudio estuvo formada por pacientes de sexo femenino con diagnóstico de cáncer de mama que se les haya realizado mastectomía como mínimo hace 1 año y que sean atendidas por consultorio externo de oncología clínica y quirúrgica del Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia, Piura, durante Julio – Diciembre del año 2018.

##### **2.2.1.1. Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que se les haya realizado mastectomía, y que son entrevistadas como mínimo después de un año de haberse realizado la mastectomía.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, mayores con edad entre 18 a 65 años.
- Pacientes que autorizaron mediante un consentimiento informado, la realización de la entrevista, explicándoles inicialmente el estudio, sus objetivos, sus derechos como participantes y el uso de sus datos.

### **2.2.1.2. Criterios de Exclusión**

- Pacientes con patologías diagnosticadas de causa ginecológica como: enfermedad de transmisión sexual, endometriosis y dolor pélvico crónico.
- Paciente con patologías diagnosticadas de causa endocrina como: diabetes mellitus, disfunción del eje hipotalámico-hipofisario, tumor pituitario e hipotiroidismo.
- Paciente con patologías diagnosticadas de causa neurológica como: trastornos neuromusculares, lesión de la médula espinal, Parkinson, demencia y lesión craneal.
- Pacientes que tengan problemas neurocognitivos que le impidan desarrollar el cuestionario.
- Pacientes que consuman diariamente sustancias como drogas, alcohol y tabaco.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento con medicamentos cardiovasculares y antihipertensivos (antilípidos, bloqueadores beta, clonidina, digoxina, metildopa y espironolactona), inhibidores de la monoaminoxidasa (trazodona y venlafaxina) y psicotrópicos (antipsicóticos, barbituates, benzodiazepinas, litio, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antidepresivos tricíclicos).

### **2.2.2. MUESTRA Y MUESTREO**

#### **Unidades de análisis y de muestreo**

Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama a las que se les realizó mastectomía como mínimo hace 1 año y que son captadas en consultorio externo de oncología clínica y quirúrgica del Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, y entrevistadas en el periodo Julio – Diciembre del año 2018, además que cumplan los criterios de inclusión.

#### **Tamaño muestral:**

La muestra del presente estudio será de tipo censal, debido a que el tamaño de la población es pequeño, por lo cual será necesario estudiar a toda la población.

### **Marco muestral:**

Conjunto de cuestionarios administrados a las pacientes que acudan a atención por consultorio externo de oncología clínica y quirúrgica del Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el periodo Julio –Diciembre del año 2018, a las que se le haya realizado mastectomía por cáncer de mama hace 1 año a más, que cumplan los criterios de inclusión.

### **2.3. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:**

#### **PROCEDIMIENTOS:**

Se solicitó al Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura el acceso a las historias clínicas de todas las pacientes que hayan sido sometidas a mastectomía de 1 año a más por cáncer de mama y que en el sean atendidas y/o acudan a sus controles en dicho hospital.

Una vez obtenido este permiso, se encuestó a las pacientes que cumplan los criterios de inclusión durante la atención por consultorio externo de oncología clínica y quirúrgica, fueron entrevistadas durante el período julio a diciembre del año 2018.

Se identificó a las pacientes y se les solicitó el consentimiento informado, se les explicó sus derechos, y el uso de los datos, tras el cual una vez aceptado se les aplicó las fichas de recolección de datos y el Índice de función sexual femenina. Se consultó el nombre y DNI de las pacientes para poder realizar la ubicación de las historias clínicas de cada paciente y poder recabar los adicionales necesarios para completar cada ficha de recolección de datos.

### **2.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Los instrumentos utilizados en el presente trabajo son los siguientes:

- Ficha de recolección de datos: En esta ficha se recolectó la información de las pacientes, siendo administrada por la entrevistadora a cada paciente, así como de la información presente en las historias clínicas de cada uno. Está formada por las siguientes secciones:

- Datos demográficos: comprende edad de las pacientes, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación y número de hijos.
- Características de la sexualidad: comprende si tenía pareja sexual durante el período en que se encuestó, orientación sexual, frecuencia de relaciones sexuales, momento de reinicio de estas luego de la mastectomía, cambios en su frecuencia, y molestias/problemas relacionados a las relaciones sexuales luego de la mastectomía.
  - Características clínicas: Tipo de mastectomía realizada, radioterapia postmastectomía.
  - Índice de función sexual femenina: consiste en un test auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Este cuestionario está formado por 19 preguntas y se agrupan en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta está conformada por 5 a 6 opciones, a las cuales se asigna un puntaje de 0 a 5. Este cuestionario fue validado en español por Blümel JE et al(32), con alfa de Cronbach para cada dominio:
    - Deseo (Preguntas: 1 – 2): 0,71
    - Excitación (Preguntas: 3 – 6): 0,87
    - Lubricación (Preguntas: 7 – 10): 0,85
    - Orgasmo (Preguntas: 11 – 13): 0,74
    - Satisfacción (Preguntas: 14 – 16): 0,88
    - Dolor (Preguntas: 17 – 19): 0,85

Se utilizó un puntaje de 26 o menos como un indicador de disfunción sexual, según lo definido en los criterios del DSM-IV(33, 34).

## **ANÁLISIS DE DATOS:**

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico STATA v.14, con el cual se realizó un análisis univariado y bivariado.

En el análisis univariado se realizó la descripción de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables categóricas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes, a las variables cuantitativas se les aplicó la prueba de Shapiro Wilk o Shapiro Francia o histograma para evaluar su normalidad, si fueron normales se expresaron en media y desviación estándar, si no fueron normales se expresaron en medianas y rangos.

En el análisis bivariado, la variable dependiente se cruzó con las independientes y se aplicó pruebas paramétricas y no paramétricas, si la variable independiente fue cuantitativa se evaluó su normalidad, si fue normal se aplicó el test de T de Student y si no fue normal se aplicó el test de la U de Mann-Whitney, las variables independientes categóricas se evaluaron mediante valores esperados, si el 20% de los valores esperados fueron menores o iguales de 5, se aplicó el test de Chi<sup>2</sup>, si es mayor de 20% se aplicó el test de Exacta de Fisher. Los valores  $p < 0,05$  fueron considerados como significativos.

## **2.5. ASPECTOS ÉTICOS:**

El presente estudio contó con la certificación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego y tuvo como finalidad cumplir con los principios éticos fundamentales:

- Principio de Justicia: Se realizó a todos los posibles participantes, sin discriminación ni exclusión que no sea relacionada a los criterios de exclusión propios de este trabajo.
- Principio de autonomía: La decisión de participar en el estudio recayó directamente en los participantes, sin que hubiera ningún tipo de coacción de por medio.
- Principio de beneficencia/no maleficencia: El presente estudio no comprometió la vida, la salud o el honor de las personas. Se mantuvo de manera confidencial los datos de los participantes.

## **2.6. LIMITACIONES:**

Las limitaciones de este trabajo se presentaron en la calidad de la información en las historias clínicas como de la accesibilidad de las pacientes para responder a las preguntas realizadas en la ficha de recolección de datos.

Para contrarrestar estas limitaciones, se hizo una revisión de las historias clínicas como revisión de registros auxiliares (registro de operaciones de centro quirúrgico), además es importante mencionar la limitante del número de pacientes en el estudio.

No se tomó variables de importancia tales como tratamiento con medicamentos como tamoxifeno que pueden influir de manera importante en la sexualidad, sin embargo, el presente trabajo es un primer acercamiento a un problema no tomado de manera frecuente por los profesionales de la salud y permitirá orientar a los profesionales de salud a tener pautas de manejo integral incluyendo la sexualidad en estas pacientes.

## **III. RESULTADOS**

El presente estudio se ha realizado con 75 mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.

La edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 48,7 años (30 a 63 años), de las cuales 42 (56%) procedían de zonas urbanas. El estado civil predominante fue el ser casada o conviviente, en 26 (34,7%) y 34 (45,3%) mujeres; mientras que sólo 11 (14,7%) de estas fueron solteras. El nivel educativo de las encuestas fue superior universitaria en 31 (41,3%) encuestadas. La ocupación principal de las mujeres encuestadas fue ser ama de casa en 29 (38,7%). Las mujeres encuestadas no tuvieron hijos en 18 (24%) y solo 7 (9,3%) tuvieron más de 3 hijos. En la **Tabla N°1** se muestra la distribución de estas características.

**TablaN°1. Características demográficas de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad*</b>	48.7*	30 – 63+
<b>Procedencia</b>		
Urbano-marginal	14	18,7
Rural	19	25,3
Urbano	42	56
<b>Estado civil</b>		
Divorciada	2	2,7
Viuda	2	2,7
Soltera	11	14,7
Casada	26	34,7
Conviviente	34	45,3
<b>Nivel educativo</b>		
Ninguno	3	4
Primaria	11	14,7
Secundaria	18	24
Superior no universitaria	12	16
Superior universitaria	31	41,3
<b>Ocupación</b>		
Trabajador asalariado	19	25,3
Trabajador independiente	27	36
Ama de casa	29	38,7
<b>Número de hijos</b>		
0	18	24
1	36	48
2	14	18,7
≥3	7	9,3

\*Media y rango

Fuente: Cuestionario

Se encontró que 64 (85,3%) presentaban pareja sexual durante el período de estudio. La orientación sexual predominante entre las encuestadas fue ser heterosexual, en 72 (96%) de las mujeres. La frecuencia con la cual mantenían relaciones sexuales fue de 1 a 3 veces por semana antes de ser mastectomizadas en 51 (68%) mujeres. La mayoría de las mujeres encuestadas reiniciaron sus relaciones sexuales en los primeros tres meses tras haber realizado la mastectomía, en 51 (68%) encuestadas. Además, la mayoría de las mujeres refirió haber disminuido la frecuencia de relaciones sexuales tras la mastectomía, lo cual ocurrió en 45 (60%) encuestadas. Respecto a las molestias y problemas relacionados a las relaciones sexuales las principales fueron la

disminución del interés en el sexo y vacilación por estar desnudo frente a la pareja, lo que se manifestó en 38 (50,7%) y 30 (40%) mujeres. Estas características pueden revisarse en la **TablaN°2**.

**TablaN°2. Características referentes a la sexualidad de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Pareja sexual en el período de estudio</b>		
No	11	14,7
Si	64	85,3
<b>Orientación sexual</b>		
Bisexual	1	1,3
Homosexual	2	2,7
Heterosexual	72	96
<b>Frecuencia de relaciones sexuales antes de la mastectomía</b>		
Ninguna	12	16
1 - 3 por semana	51	68
3 - 4 por semana	8	10,7
> 4 por semana	4	5,3
<b>Momento de reinicio de estas luego de la mastectomía</b>		
No recuerda	8	10,7
0 - 3 meses	31	41,3
4 - 6 meses	23	30,7
7 - 9 meses	3	4
10 - 12 meses	9	12
> 12 meses	1	1,3
<b>Cambios en la frecuencia de las relaciones sexuales luego de la mastectomía</b>		
Aumento	7	9,3
Sin cambios	23	30,7
Disminuyo	45	60
<b>Molestias/problemas relacionadas a las relaciones sexuales luego de la mastectomía</b>		
Relaciones sexuales dolorosas	17	22,7
Sensación de incomodidad cuando se toca alrededor del cicatriz quirúrgica	18	24
Angustia física acerca de la presión en el pecho durante las relaciones sexuales	19	25,3
Disminución del placer sexual	22	29,3
Vacilación por estar desnudo frente a la pareja	30	40
Disminución de la interés en el sexo	38	50,7

Fuente: Cuestionario

El principal tipo de mastectomía practicado fue la conservadora en 72(96%) de mujeres. La radioterapia fue aplicada en 19 (25,3%) mujeres. En la **TablaN°3** se presentan las características antes mencionadas.

**TablaN°3. Características relacionadas a la mastectomía de las mujeres encuestadas con cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de mastectomía</b>		
Mastectomía radical	3	4
Mastectomía conservadora de la piel/pezón-areola	72	96
<b>Radioterapia postmastectomía</b>		
No	56	74.7
Si	19	25.3

Fuente: Cuestionario

La función sexual femenina se evaluó mediante el Índice de Función Sexual Femenino. En el dominio de deseo sexual, 43 (57.3%) de las mujeres encuestadas presentaron insatisfacción. En el dominio de excitación se encontró insatisfacción en 42 (56%) mujeres. Respecto al dominio referente a la lubricación en las mujeres, se encontró que 32 (42,7%) presentaron insatisfacción. Respecto a la función orgásmica se encontró que 24 (32%) manifestaron insatisfacción. En 26 (34,7%) mujeres se encontró insatisfacción sexual, al evaluarse este dominio. En el dominio de dolor, 7 (9,3%) mujeres refirieron insatisfacción. Al evaluar la disfunción sexual, esta se presentó en 48 (64%) de las mujeres encuestadas. Los resultados del Índice de Función Sexual Femenino se presentan en la **TablaN°4** y **GraficoN°1**.

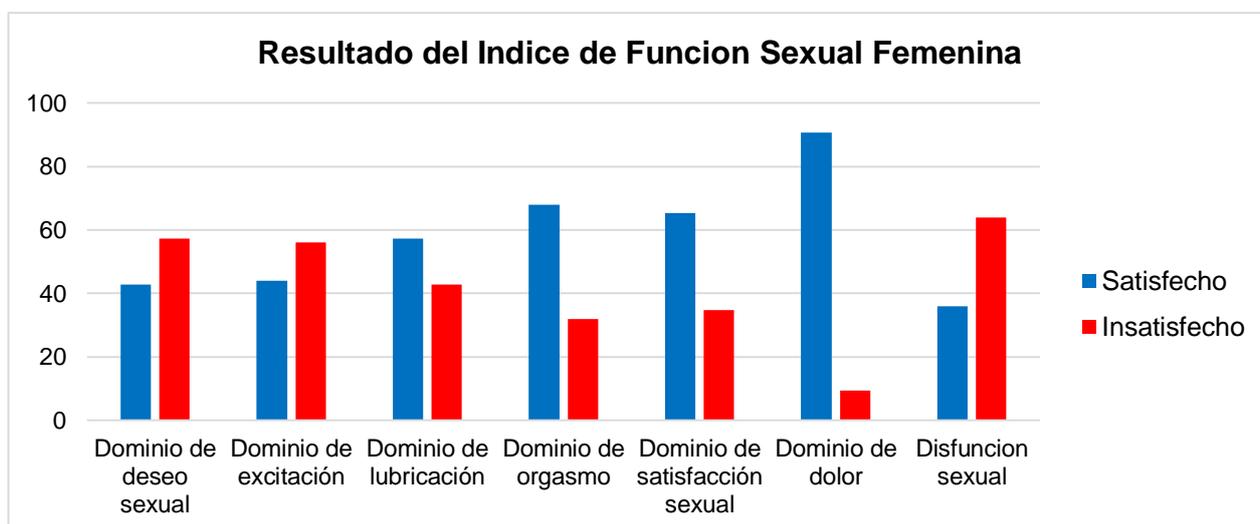
**TablaN°4. Impacto en la sexualidad por dominios y presencia de disfunción sexual de la mastectomía en las mujeres encuestadas con cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Dominio de deseo sexual</b>		
Satisfecho	32	42,7
Insatisfecho	43	57,3

<b>Dominio de excitación</b>		
Satisfecho	33	44
Insatisfecho	42	56
<b>Dominio de lubricación</b>		
Satisfecho	43	57,3
Insatisfecho	32	42,7
<b>Dominio de orgasmo</b>		
Satisfecho	51	68
Insatisfecho	24	32
<b>Dominio de satisfacción sexual</b>		
Satisfecho	49	65,3
Insatisfecho	26	34,7
<b>Dominio de dolor</b>		
Satisfecho	68	90,7
Insatisfecho	7	9,3
<b>Disfunción sexual</b>		
No (IFSF>26 puntos)	27	36
Si (Impacto negativo) (IFSF≤26 puntos)	48	64

Fuente: Cuestionario

**Grafico N°1. Impacto en la sexualidad por dominios y presencia de disfunción sexual de la mastectomía en las mujeres encuestadas con cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.**



Fuente: Cuestionario

En el análisis bivariado de las características demográficas, se encontró que la edad estaba asociada con la presencia de disfunción sexual ( $p < 0,001$ ), las mujeres con disfunción sexual tenían mayor promedio de edad  $52.15 \pm 7.35$ , comparado a las pacientes sin disfunción sexual que fueron más jóvenes

42.63+/-9.52. Las mujeres que presentaron disfunción sexual fueron principalmente aquellas con pareja 43(89.58%), encontrándose asociación entre esta variable y la presencia de disfunción sexual ( $p=0,042$ ), además se encontró un RP (0.47, IC 95%: 0.22-0.97) de las pacientes sin pareja comparadas a las que tenían pareja. En cuanto a la residencia se encontró que las pacientes de la zona urbana tuvieron mayor prevalencia de disfunción sexual 22(45.83%), comparando a los de zona rural con respecto a zona urbana fue de (RP: 1.51, IC 95%: 1.04-2.19, valor  $p=0.031$ ), y para urbano-marginal con (RP=1.50; IC 95%: 1.01-2.24; valor  $p=0.047$ ). Ver tabla 5, en cuanto a ocupación se encontró que la mayor prevalencia de disfunción sexual fue de trabajadores asalariados 23(47.92), además se encontró diferencia significativa con respecto a trabajadores independientes RP: 1.67, IC 95%: 1.00-2.80, valor  $p=0.049$ , con respecto al número de hijos, aquellos que no tuvieron hijos presentaron como prevalencia de disfunción sexual fue 15(31.25%), además se presentó diferencia significativa con tener 1 hijo, con RP=1.76, IC 95%: 1.18-2.65, valor  $p=0.006$ , además se encontró diferencia significativa de 2 hijos con respecto a 1 hijo, RP=1.66, IC95%: 1.07-2.59, valor  $p=0.024$ . En la **TablaN°5** se muestra estos resultados.

**TablaN°5. Análisis bivariado de las características demográficas y la presencia de disfunción sexual en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.**

<b>VARIABLES</b>	<b>Sin disfunción sexual N (%)</b>	<b>Disfunción sexual N (%) (Impacto negativo)</b>	<b>RP crudo</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>
<b>Edad*</b>	42.63+/-9.52	52.15+/-7.35	1.04	1.02-1.06	$p<0.001$
<b>Procedencia</b>					
Urbano	20(74.07)	22(45.83)	Categoría de comparación		
Rural	4(14.81)	15(31.25)	1.51	1.04-2.19	0.031
Urbano-marginal	3(11.11)	11(22.92)	1.50	1.01-2.24	0.047
<b>Estado civil</b>					
Con pareja	17(62.96)	43(89.58)	Categoría de comparación		
Sin pareja	10(37.04)	5(10.42)	0.47	0.22-0.97	0.042

<b>Nivel educativo</b>					
Secundaria	4(14.81)	14(29.17)	Categoría de comparación		
Ninguna	0(0)	3(6.25)	1.29	1.00-1.65	0.048
Primaria	6(22.22)	5(10.42)	0.58	0.29-1.17	0.131
Superior universitaria	10(37.04)	21(43.75)	0.87	0.61-1.23	0.437
Superior no universitaria	7(25.93)	5(10.42)	0.54	0.26-1.10	0.089
<b>Ocupación</b>					
Trabajador independiente	10(37.04)	9(18.75)	Categoría de comparación		
Trabajador asalariado	6(22.22)	23(47.92)	1.67	1.00-2.80	0.049
Ama de casa	11(40.74)	16(33.33)	1.25	0.71-2.22	0.443
<b>Cantidad de hijos</b>					
1	19(70.37)	17(35.42)	Categoría de comparación		
0	3(11.11)	15(31.25)	1.76	1.18-2.65	0.006
2	3(11.11)	11(22.92)	1.66	1.07-2.59	0.024
3 o más	2(7.41)	5(10.42)	1.51	0.84-2.72	0.166

Fuente: Cuestionario

Modelo lineal generalizado: Familia Poisson. Valor p significativo menor a 0.05. \*Media y desviación estándar.

Las mujeres heterosexuales presentaron mayor prevalencia de disfunción sexual tras la mastectomía, 24 (88,9%) vs 48 (100%). No se encontró asociación con la frecuencia de relaciones sexuales comparado a 1-3 por semana. En la variable de reinicio de las relaciones sexuales, se encontró que las que tenían disfunción sexual 17(35.42%) reiniciaban entre los 0-3 meses, no se encontró diferencias significativas de entre 4-6 meses RP: 1.43, IC 95%: 0.97-2.10, valor p=0.072, pero si con mayor de 6 meses con RP=1.82, IC 95%: 1.32-2.52, valor p<0.001.

Las mujeres con disminución de la frecuencia de relaciones sexuales tras la mastectomía tuvieron una prevalencia más elevada de disfunción sexual, 3 (11,1%) vs 42 (87,5%) mujeres, se encontró diferencias al compararlo con pacientes sin cambios en la frecuencia, RP: 0.23, IC 95%: 0.11-0.51, valor p<0.001.

En cuanto a las molestias/problemas relacionados, se encontró que la mayor prevalencia fue en las pacientes con disfunción sexual fue la disminución del interés en el sexo 38(79.2%), vacilación por estar desnudo frente a la pareja 23(47.9%) y disminución del placer sexual 22(45.8%). En la **Tabla N°6** se presentan las características de las pacientes con y sin disfunción sexual.

**Tabla N°6. Análisis bivariado de las características referentes a la sexualidad y la presencia de disfunción sexual en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.**

<b>Variables</b>	<b>Sin disfunción sexual N(%)</b>	<b>Disfunción sexual (Impacto negativo) N (%)</b>	<b>RP crudo</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor p</b>
<b>Orientación sexual</b>					
Heterosexual	24(88.89)	48(100)			
Homosexual	2(7.41)	0(0)		No convergente	
Bisexual	1(3.7)	0(0)			
<b>Frecuencia de relaciones sexuales al mes antes de la mastectomía</b>					
1 - 3 por semana	12(44.44)	39(81.25)		Categoría de comparación	
Ninguna	7(25.93)	5(10.42)	0.54	0.27-1.09	0.085
3 - 4 por semana	5(18.52)	3(6.25)	0.49	0.20-1.22	0.126
> 4 por semana	3(11.11)	1(2.08)	0.33	0.06-1.82	0.202
<b>Momento de reinicio de estas luego de la mastectomía</b>					
0 - 3 meses	14(51.85)	17(35.42)		Categoría de comparación	
No recuerda	8(29.63)	0(0)		No convergente	
4 - 6 meses	5(39)	18(39)	1.43	0.97-2.10	0.072
7 - 9 meses	0(0)	3(6.25)	1.82	1.32-2.52	p<0.001
10 - 12 meses	0(0)	9(18.75)	1.82	1.32-2.52	p<0.001
> 12 meses	0(0)	1(2.08)	1.82	1.32-2.52	p<0.001
<b>Cambios en la frecuencia de las relaciones sexuales luego de la mastectomía</b>					
Disminuyó	3(11.11)	42(87.5)		Categoría de comparación	
Sin cambios	18(66.67)	5(10.42)	0.23	0.11-0.51	p<0.001
Aumentó	6(22.22)	1(2.08)	0.15	0.02-0.95	0.044
<b>Molestias/problemas relacionadas a las relaciones sexuales luego de la mastectomía</b>					
Vacilación por estar desnudo frente a la pareja	7(25.9)	23(47.9)			
Disminución del interés en el sexo	0(0.0)	38(79.2)			
Disminución del placer sexual	0(0.0)	22(45.8)		No convergente	
Angustia física acerca de la presión en el pecho durante las relaciones sexuales	1(3.7)	18(37.5)			

Relaciones sexuales dolorosas	0(0.0)	17(35.4)
Sensación de incomodidad cuando se toca alrededor de la cicatriz quirúrgica	2(7.4)	16(33.3)

No convergente a los modelos lineales generalizados: familia Poisson; debido a que algunas categorías no tienen datos:

Valor  $p < 0.05$ .

Fuente: Cuestionario

Las pacientes sometidas a mastectomía conservadora presentaron prevalencia más alta de disfunción sexual, 48(100%). El uso de radioterapia no presentó disfunción sexual 0(0%). No se pudieron establecer asociaciones debido a datos insuficientes en la distribución de los casos. Estos resultados se muestran en la **Tabla N°7**.

**Tabla 7: Análisis bivariado de las características referentes a la mastectomía y la presencia de disfunción sexual en las mujeres con cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.**

Variables	Sin disfunción sexual N(%)	Disfunción sexual N (%)	RP crudo	IC 95%	Valor p
<b>Tipo de mastectomía</b>					
Mastectomía radical	3(11.11)	0(0)			No convergente*
Mastectomía conservadora de la piel/pezón-areola	24(88.89)	48(100)			
<b>Radioterapia postmastectomía</b>					
No	24(88.89)	48(100)			No convergente*
Si	3(11.11)	0(0)			

No convergente a los modelos lineales generalizados: familia Poisson; debido a que algunas categorías no tienen datos:

Fuente: Cuestionario

#### **IV. DISCUSIÓN:**

Para este trabajo se encuestaron 75 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, las cuales fueron sometidas a mastectomía. En las pacientes estudiadas encontramos una prevalencia de disfunción sexual del 64%. Esta prevalencia se encuentra en el rango de las cifras reportadas por algunos estudios internacionales en las que la prevalencia se encuentra por encima del 60%.(19, 22, 24) Un estudio prospectivo realizado en 277 pacientes iraníes encontró que la prevalencia de disfunción sexual fue de 84% tras la mastectomía, encontrándose además un incremento de 32% de la prevalencia después de que se realizaran la mastectomía.(23) Una cohorte de 126 pacientes con cáncer de mama canadienses encontró que tras realizarse la mastectomía la prevalencia de disfunción sexual medida mediante el Índice de Función Sexual Femenino fue de 82,5%. Un estudio realizado en 378 paciente francesas encontró que el 29% de estas no tenían actividad sexual debido a problemas relacionados a la mastectomía. En los estudios peruanos, la prevalencia de disfunción sexual en este tipo de pacientes se ha reportado de forma similar a lo encontrado internacionalmente. Un estudio realizado en 300 mujeres atendidas en un hospital de la ciudad de Lima, reportó que la prevalencia de algún grado de disfunción sexual tras ser sometidas a mastectomía fue de 62,3%, resultado similar a lo encontrado en este estudio.(35) Otro estudio realizado en 65 mujeres con mastectomía unilateral encontró que la prevalencia de disfunción sexual fue de 89,2%.(36) Un tercer estudio realizado en 110 pacientes limeñas atendidas en un hospital público encontró que el 95,7% de las pacientes mastectomizadas presentaba disfunción sexual, mientras que en las pacientes sin mastectomía se presentó sólo en 43,8%.(37) Las discrepancias entre los estudios nacionales y la prevalencia de disfunción sexual en estudios internacionales, se puede originar por el tamaño de muestra evaluado o el subgrupo de pacientes mastectomizadas estudiado, otra explicación de la variación en estos estudios podría ser debido a que la sexualidad en pacientes con cáncer depende de varios factores como las dimensiones corporales, la construcción social y relacional de la sexualidad y la enfermedad (38) las cuales son medidas de distintas formas para cada estudio, sin embargo, la información disponible orienta a generar

información más precisa sobre la epidemiología y plantear intervenciones multidisciplinarias para mejorar la sexualidad en este grupo de pacientes

Al evaluar los dominios del Índice de Función sexual Femenina se encontró que los dominios con función alterada con una prevalencia superior al 50% de pacientes fueron los dominios de deseo sexual (57,3%) y excitación (56%), mientras que el dominio menos afectado fue el dominio de dolor (9,3%). Estudios realizados en pacientes peruanas, han informado que el dominio evaluado más afectado es el referente al deseo, estando alterado en un 60% de las pacientes encuestadas.(35) De forma similar, en un estudio realizado en pacientes canadienses, se encontró que las puntuaciones más bajas correspondieron al dominio de deseo sexual (1,2 a 6 puntos).(24) En un estudio realizado en mujeres iraníes, se encontró también que los dominios más afectados tras realizar la mastectomía, eran los correspondientes a deseo sexual y excitación.(23), esto podría ser explicado por distintos factores, tales como psicológicos de los sobrevivientes como dificultad para sobrellevar el estrés de la enfermedad, también podría haber sido causado por efectos secundarios de medicamentos que reciben los pacientes tales como tamoxifeno (39).El tamoxifeno es un modulador selectivo de los receptores de estrógenos (SERM) con propiedades agonistas y antagonistas, tiene actividad antiestrogénica en el tejido mamario, lo que reduce la proliferación de células epiteliales, el tamoxifeno también se asocia con otros efectos secundarios, incluidos los sofocos, por un efecto antagonista de estrógenos; lubricación insuficiente, irregularidades menstruales, flujo vaginal, dispareunia, cefalea intensa y coágulos sanguíneos, lo que conlleva a dificultades durante el acto sexual, afecta la calidad de vida, causando un impacto negativo en la sexualidad.(40-42). El presente estudio tiene como limitante que no evaluó el uso de los presentes tratamientos.

La edad promedio de las pacientes fue de 48,7 años; oscilando en un rango de 30 a 63 años. Este promedio de edad es similar a lo encontrado en pacientes iraníes (29 a 64 años),(23) franceses (45 a 61 años)(19) o japoneses (40 a 50 años)(22). En los estudios peruanos, las poblaciones de mujeres incluidas en estudios similares han tenido edades comprendidas entre 18 a 60 años y con promedio de edad menor a 50 años, tal como el presente estudio.(35, 37) De forma similar a este estudio, la mayoría de estudios citados han señalado

asociación entre el deseo sexual y la edad de las pacientes,(37) señalándose que en pacientes menores de 50 años la prevalencia es más alta.(19, 23) En un estudio peruano, que incluyó 300 pacientes mastectomizadas por cáncer de mama encontró que la edad estaba asociada con alteraciones en todos los dominios del Índice de Función Sexual Femenino.(35), es importante mencionar sin embargo la edad como único factor que modifica la respuesta sexual, independientemente de presentar enfermedades asociadas,(43) por lo cual estas pacientes con disfunción sexual podrían no solo haberse influenciado por la enfermedad sino también del proceso fisiológico del envejecimiento.

En este estudio, se ha encontrado que las pacientes con disfunción sexual eran principalmente aquellas con un nivel educativo superior al nivel secundario. De forma similar, el estudio de Jiménez et al encontró que las mujeres mastectomizadas con disfunción sexual tenían un nivel educativo de nivel secundario o superior.(35) De forma similar a nuestro estudio, estudios realizados en poblaciones de otros países han encontrado que las mujeres estudiadas eran principalmente amas de casa.(22, 23) La prevalencia de disfunción sexual es más alta entre mujeres con una menor cantidad de hijos en este estudio. En un estudio realizado en 85 pacientes japonesas mastectomizadas, se encontró que el 84,7% de estas presentaba al menos un hijo, resultado similar al presente estudio.(22)

En el presente estudio, al momento de la entrevista se encontró que las mujeres con disfunción sexual tenían en 89,6% pareja sexual estable. En un estudio realizado en 188 mujeres canadienses mastectomizadas con disfunción sexual tenían en el 76,2% una pareja sexual de forma regular, resultados similar al presente estudio.(24) De forma similar, en otro estudio realizado en mujeres francesas mastectomizadas se encontró que el 76% tenían una pareja sexual. Aunque nosotros reportamos una mayor proporción de mujeres con pareja sexual, estos resultados son cercanos a lo reportado en la literatura sobre mujeres mastectomizadas.(19) De forma similar a nuestro estudio, un estudio realizado en 216 mujeres iraníes mastectomizadas reportó que el 90,7% de estas presentaban una frecuencia de relaciones sexuales de 1 a 2 veces por semana.(23) Estudiamos el momento del reinicio de las relaciones sexuales tras a mastectomía, encontrándose que en las mujeres con disfunción sexual el

tiempo de reinicio era mucho más prolongado. La mayoría de las mujeres (41,3%) estudiadas reportaron un periodo de hasta tres meses para el reinicio de las relaciones sexuales, de forma similar a lo encontrado por Takahashi et al en mujeres japonesas, quienes encontraron que en 43,8% el tiempo para el reinicio de las relaciones sexuales fue menor a tres meses tras la cirugía.(22) La mayoría de las mujeres estudiadas manifestó disminución de las relaciones sexuales tras la mastectomía, con 87,5% de las mujeres que manifestaron disminución de las relaciones sexuales y disfunción sexual. De forma similar a nuestros resultados, un estudio realizado en mujeres japonesas reportó que la mayoría de mujeres estudiadas (58,9%) tuvieron disminución de la frecuencia de relaciones sexuales tras la mastectomía.(22) Los motivos relacionados de forma significativa con la presencia de disfunción sexual fueron la disminución del interés en el sexo, disminución del placer sexual, angustia física acerca de la presión en el pecho durante las relaciones sexuales, relaciones sexuales dolorosas y sensación de incomodidad cuando se toca alrededor del cicatriz quirúrgica, con mayor frecuencia de mujeres (50,7%) que manifestaron tener disminución del interés sexual, lo que concuerda con los hallazgos en otros estudios realizados en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.(22)

Al evaluar las características de la mastectomía, se encontró que aquellas sometidas a mastectomía conservadora presentaron mayor prevalencia de disfunción sexual. Estos hallazgos muestran que a pesar de que la mayor prevalencia fue conservadora existe un grado de afectación de la imagen personal en las mujeres tras la cirugía, lo cual afecta la manera en la cual estas se relacionan con sus parejas y su perspectiva de sí mismas y autoestima.(24) La radioterapia se asoció además también con la presencia de disfunción sexual, aunque esta relación ha sido señalada en otros estudios, no ha sido significativa a diferencia de nuestros hallazgos.(23, 24), existe un estudio de Gandhi C. y colaboradores, en 278 mujeres que menciona que la radioterapia tampoco fue significativa para presentar disfunción sexual.(44) Es importante mencionar que el presente estudio al ser las pacientes con mastectomía radical las de menor proporción pudo haber un sesgo de observación, motivo por el cual es necesario estudios que involucren mayor cantidad de muestra o estudios que comparen la misma cantidad de pacientes y se evalúe de manera específica si esta

asociación se cumple para ambos grupos de mastectomía, de manera similar puede ser explicado en el caso de las pacientes con radioterapia, otra explicación que podría ser es un proceso de adaptabilidad de las pacientes con mastectomía radical que probablemente hayan sido las pacientes que se les realizó hace varios años, en comparación a las de mastectomía conservadora, debido a que recientemente se está optando principalmente por la mastectomía conservadora, es importante además mencionar que no se evaluó si había reconstrucción de la mama, ya que se ha observado mejoras en la función sexual tras la reconstrucción.(45) En cuanto a los estadios de cáncer en el presente estudio no se evaluó diferencias por estadios, sin embargo, el estudio de Panjari M. y colaboradores en un estudio de cohortes con 1684 mujeres encontró que no había diferencias significativas entre presentar disfunción sexual siendo 46.5% para estadio I y 53% para estadios mayores con valor  $p=0.35$ .(46)

## **V. CONCLUSIONES:**

1. La mastectomía tuvo impacto negativo alto en la sexualidad de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, este impacto fue medido de por la prevalencia de disfunción sexual que fue de 64%, siendo el principal dominio afectado el relacionado al deseo sexual.
2. La mastectomía debido a cáncer de mama estuvo presente en mujeres con edad promedio de 48,7 años, las pacientes con impacto negativo en la sexualidad tuvieron como edad promedio 52 años, respecto a las pacientes sin alteración; con una mayor frecuencia de mujeres de zonas urbanas. El estado civil más prevalente fue el ser casada o conviviente. El nivel educativo más prevalente fue el nivel secundario o superior, con una ocupación principal de ama de casa y con al menos un hijo en la mayoría de las mujeres.
3. La mastectomía por cáncer de mama fue más común entre mujeres con pareja sexual al momento de la entrevista. La orientación sexual primordial fue la heterosexual, con una frecuencia de relaciones sexuales antes de la mastectomía de 1 a 3 semanas. La mayoría de mujeres reiniciaron las relaciones sexuales tras los primeros tres meses de haber realizado la mastectomía, con una mayor proporción de mujeres que

refirieron disminución de las relaciones sexuales. La molestia más importante manifestada por las mujeres fue la disminución del interés en el sexo.

4. Las características asociadas a aumento de disfunción sexual fueron: edad, procedencia rural y urbano marginal, nivel educativo secundaria, trabajador asalariado, momento de reinicio tras la mastectomía mayor a 6 meses, disminución del interés en el sexo, disminución del placer sexual. Mientras que la característica asociada a disminución de disfunción sexual fue el no aumento o frecuencia de relaciones tras la mastectomía sin cambios.

## **VI. RECOMENDACIONES:**

1. El presente estudio encontró una alta prevalencia de disfunción sexual en las pacientes, sin embargo, es necesario realizar estudios con un mayor nivel de pacientes para poder identificar y caracterizar más ampliamente a las pacientes y los factores que guardan asociación con el desarrollo de disfunción sexual en estas.
2. Las mujeres con cáncer de mama y mastectomizadas deben ser intervenidas de manera multidisciplinaria por los profesionales de la salud, se debe tomar en cuenta su sexualidad como parte de la calidad de vida que deben recibir.
3. Es necesario desarrollar estudios que permitan evaluar y reconocer la disfunción sexual de la mujer antes y después de la mastectomía, para poder identificar y gestionar mejor a estas mujeres y reducir el impacto que pueda tener la mastectomía en mujeres que ya presenten disfunción sexual en el preoperatorio y poder brindar una atención más integral a las pacientes, además que evalúen específicamente asociaciones con el tipo de mastectomía y terapia, se controle el tipo de tratamiento recibido.

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Cancer: World Health Organization; 2018 [21/02/2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

2. Li N, Deng Y, Zhou L, Tian T, Yang S, Wu Y, et al. Global burden of breast cancer and attributable risk factors in 195 countries and territories, from 1990 to 2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *J Hematol Oncol.* 2019;12(1):140-.
3. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013 [Internet]. Dirección General de Epidemiología; [citado 4 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf).
4. Stenning-Persivale K, Franco MJS, Cordero-Morales A, Cruzado-Burga J, Poquioma E, Nava ED, et al. The mortality-incidence ratio as an indicator of five-year cancer survival in metropolitan Lima. *ecancermedicalscience.* 2018;12:799.
5. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol.* 2019;30(8):1194-220.
6. Tyagi NK, Dhesy-Thind S. Clinical practice guidelines in breast cancer. *Curr Oncol.* 2018;25(Suppl 1):S151-S60.
7. Cardoso F, Senkus E, Costa A, Papadopoulos E, Aapro M, André F, et al. 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4)†. *Ann Oncol.* 2018;29(8):1634-57.
8. Munhoz AM, Montag E, Filassi JR, Gemperli R. Immediate nipple-areola-sparing mastectomy reconstruction: An update on oncological and reconstruction techniques. *World Journal of Clinical Oncology.* 2014;5(3):478-94.
9. Kurian AW, Lichtensztajn DY, Keegan TH, Nelson DO, Clarke CA, Gomez SL. Use of and mortality after bilateral mastectomy compared with other surgical treatments for breast cancer in California, 1998-2011. *Jama.* 2014;312(9):902-14.
10. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017- 2021. Plataforma digital única del Estado Peruano.: Ministerio de Salud; 2017.
11. First MB, Tasman A. *Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*: Wiley BlackWell.
12. Kingsberg SA. Postmenopausal sexual functioning: a case study. *Int J Fertil Womens Med.* 1998;43(2):122-8.

13. Schmitt DP, Buss DM. Sexual Dimensions of Person Description: Beyond or Subsumed by the Big Five? *Journal of Research in Personality*. 2000;34(2):141-77.
14. Beckjord E, Campas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*. 2007;25(2):19-36.
15. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *The journal of sexual medicine*. 2011;8(1):294-302.
16. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1998;16(2):501-14.
17. Marsden J, Baum M, A'Hern R, West A, Fallowfield L, Whitehead M, et al. The impact of hormone replacement therapy on breast cancer patients' quality of life and sexuality: a pilot study. *British Menopause Society Journal*. 2001;7(2):85-91.
18. Makar K, Cumming CE, Lees AW, Hundleby M, Nabholtz J-M, Kieren DK, et al. Sexuality, body image and quality of life after high dose or conventional chemotherapy for metastatic breast cancer. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 1997;6(1).
19. Bredart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenet C, This P, Giami A, et al. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psycho-oncology*. 2011;20(8):841-50.
20. Malinowszky KM, Gould A, Foster E, Cameron D, Humphreys A, Crown J, et al. Quality of life and sexual function after high-dose or conventional chemotherapy for high-risk breast cancer. *British Journal of Cancer*. 2006;95(12):1626-31.
21. Cornell LF, Mussallem DM, Gibson TC, Diehl NN, Bagaria SP, McLaughlin SA. Trends in Sexual Function After Breast Cancer Surgery. *Annals of surgical oncology*. 2017;24(9):2526-38.
22. Takahashi M, Ohno S, Inoue H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchida Y, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-oncology*. 2008;17(9):901-7.

23. Harirchi I, Montazeri A, Zamani Bidokhti F, Mamishi N, Zendehtdel K. Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*. 2012;31(1):20.
24. Boquiren VM, Esplen MJ, Wong J, Toner B, Warner E, Malik N. Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psycho-oncology*. 2016;25(1):66-76.
25. Aerts L, Christiaens MR, Enzlin P, Neven P, Amant F. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *Breast (Edinburgh, Scotland)*. 2014;23(5):629-36.
26. Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, Kentli S, Kinay M, Alanyali H, et al. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori*. 2009;95(2):212-8.
27. Dalton EJ, Rasmussen VN, Classen CC, Grumann M, Palesh OG, Zarcone J, et al. Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS): a new measure for breast cancer patients. *The breast journal*. 2009;15(3):287-90.
28. Karabulut N, Erci B. Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *Journal of psychosocial oncology*. 2009;27(3):332-43.
29. Keskin G, Gumus AB. Turkish hysterectomy and mastectomy patients - depression, body image, sexual problems and spouse relationships. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2011;12(2):425-32.
30. Mroczek B, Kurpas D, Grochans E, Kuszmar G, Rotter I, Zultak-Baczkowska K, et al. [Psychosexual functioning of women after breast cancer therapy]. *Psychiatria polska*. 2012;46(1):51-61.
31. Rojas K, Onstad M, Raker C, Clark MA, Stuckey A, Gass J. The impact of mastectomy type on the Female Sexual Function Index (FSFI), satisfaction with appearance, and the reconstructed breast's role in intimacy. *Breast cancer research and treatment*. 2017;163(2):273-9.
32. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2004;69(2):118-25.

33. M. BV, Jane EM, Jiahui W, Brenda T, Ellen W, Noorulain M. Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psycho-Oncology*. 2016;25(1):66-76.
34. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005;31(1):1-20.
35. Jiménez Tejada JJ, Jara Rojas AN. Factores asociados a la disfunción sexual femenina en pacientes con cáncer de mama en un hospital especializado en Lima, Perú. Lima, Perú: Universidad Católica; 2014.
36. Puican M, Josselyn K. 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. Lima, Perú: Universidad San Juan Butista; 2019.
37. Rivera P, Manuel Y. Función sexual en pacientes mastectomizadas por cáncer de mama. Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2014-2016. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2019.
38. Perz J, Ussher JM, Gilbert E. Constructions of sex and intimacy after cancer: Q methodology study of people with cancer, their partners, and health professionals. *BMC Cancer*. 2013;13:270-.
39. Shankar A, Prasad N, Roy S, Chakraborty A, Biswas AS, Patil J, et al. Sexual Dysfunction in Females after Cancer Treatment: an Unresolved Issue. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2017;18(5):1177-82.
40. Mortimer JE, Boucher L, Baty J, Knapp DL, Ryan E, Rowland JH. Effect of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1999;17(5):1488-92.
41. Ljungman L, Ahlgren J, Petersson L-M, Flynn KE, Weinfurt K, Gorman JR, et al. Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with breast cancer: Type, prevalence, and predictors of problems. *Psycho-oncology*. 2018;27(12):2770-7.
42. Zhu Y, Cohen SM, Rosenzweig MQ, Bender CM. Symptom Map of Endocrine Therapy for Breast Cancer: A Scoping Review. *Cancer Nurs*. 2019;42(5):E19-E30.
43. Dominguez LJ, Barbagallo M. Ageing and sexuality. *European Geriatric Medicine*. 2016;7(6):512-8.

44. Gandhi C, Butler E, Pesek S, Kwait R, Edmonson D, Raker C, et al. Sexual Dysfunction in Breast Cancer Survivors: Is it Surgical Modality or Adjuvant Therapy? Am J Clin Oncol. 2019;42(6):500-6.
45. Neto MS, de Aguiar Menezes MV, Moreira JR, Garcia EB, Abla LEF, Ferreira LM. Sexuality after breast reconstruction post mastectomy. Aesthetic Plast Surg. 2013;37(3):643-7.
46. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. The journal of sexual medicine. 2011;8(1):294-302.

## VIII. ANEXOS

### CUESTIONARIO

**IMPACTO EN LA SEXUALIDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA, ATENDIDAS EN HOSPITAL III ESSALUD JOSÉ CAYETANO HEREDIA. PIURA, 2018.**

**Autora: Quiroga Taboada Anabella**

### SECCION 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

#### **Instrucción: Entrevista a la paciente**

1. Se le ha diagnosticado o presenta alguno de los siguientes problemas de salud:
  - Enfermedades de causa ginecológica como: enfermedad de transmisión sexual, endometriosis y dolor pélvico crónico → No – Si
  - Enfermedades de causa endocrina como: diabetes mellitus, disfunción del eje hipotalámico-hipofisario, tumor pituitario e hipotiroidismo → No – Si
  - Enfermedades de causa neurológica como: trastornos neuromusculares, lesión de la médula espinal, Parkinson, demencia y lesión craneal → No – Si
  - Problemas neurocognitivos que le impidan desarrollar el cuestionario → No – Si
  - Consume de manera diaria sustancias como drogas, alcohol y tabaco → No – Si
  - Está recibiendo tratamiento con:
    - medicamentos cardiovasculares y antihipertensivos (antilípidos, bloqueadores beta, clonidina, digoxina, metildopa y espirolactona) → No – Si
    - inhibidores de la monoaminoxidasa (trazodona y venlafaxina) → No – Si
    - psicotrópicos (antipsicóticos, barbitúates, benzodiazepinas, litio, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antidepresivos tricíclicos) → No – Si

Si la encuestado respondió de forma afirmativa alguna de las preguntas, dar por terminada la encuesta. De lo contrario pasar a las siguientes preguntas.

2. Edad: \_\_\_\_ años.
3. Procedencia: Urbano - Rural
4. Estado civil: Soltera - Divorciada - Viuda - Casado - Conviviente
5. Nivel educativo: Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior no universitaria - Superior universitario incompleto - Superior universitario completo
6. Ocupación: A tiempo completo (8 a más horas) - Medio tiempo (menos de 8 horas) - Licencia por enfermedad - Desempleado - Ama de casa - Jubilado/Retirado
7. Número de hijos: \_\_\_\_\_
8. Tiene pareja sexual actualmente (al momento de la encuesta): No - Si
9. Orientación sexual: Heterosexual - Homosexual - Bisexual -  
Otros(especificar): \_\_\_\_\_
10. Frecuencia de relaciones sexuales antes de la cirugía:  
\_\_\_\_ veces/semana o \_\_\_\_ veces/mes
11. Momento de reiniciar de las relaciones sexuales después de la cirugía: \_\_\_\_ meses
12. Cambios en la frecuencia del sexo: Aumento - Disminuyo - Sin cambios
13. Ha presentado molestias o problemas relacionados con el sexo después de la mastectomía:  
Disminución del interés sexual  
Vacilación por estar desnudo frente a la pareja  
Disminución del placer sexual  
Desorden físico por la presión en el pecho durante el sexo  
Relaciones sexuales dolorosas  
Sensación incómoda al tocar la cicatriz de la operación  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Instrucción: Revisar historia clínica de la paciente**

14. Intervalo entre el diagnóstico de cáncer de mama y la inclusión en el estudio: \_\_\_\_ meses
15. Tipo de mastectomía realizada:  
Mastectomía radical  
Mastectomía conservadora de la piel/ pezón-areola
16. Radioterapia postmastectomía: No - Si

**SECCION 2: INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

**Instrucciones**

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales. Ante cualquier duda para responder el presente cuestionario, puede realizar las preguntas que considere pertinente.

### **Definiciones**

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

### **Marque sólo una alternativa por pregunta**

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

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

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

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

- Moderada confianza
  - Baja confianza
  - Muy baja o nada de confianza
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?
    - No tengo actividad sexual
    - Siempre o casi siempre
    - La mayoría de las veces (más que la mitad)
    - A veces (alrededor de la mitad)
    - Pocas veces (menos que la mitad)
    - Casi nunca o nunca
  7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
    - No tengo actividad sexual
    - Siempre o casi siempre
    - La mayoría de las veces (más que la mitad)
    - A veces (alrededor de la mitad)
    - Pocas veces (menos que la mitad)
    - Casi nunca o nunca
  8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
    - No tengo actividad sexual
    - Extremadamente difícil o imposible
    - Muy difícil
    - Difícil
    - Poco difícil
    - No me es difícil
  9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
    - No tengo actividad sexual
    - Siempre o casi siempre la mantengo
    - La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
    - A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
    - Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
    - Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
  10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
    - No tengo actividad sexual
    - Extremadamente difícil o imposible
    - Muy difícil
    - Difícil
    - Poco difícil
    - No me es difícil
  11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?
    - No tengo actividad sexual
    - Siempre o casi siempre
    - La mayoría de las veces (más que la mitad)
    - A veces (alrededor de la mitad)
    - Pocas veces (menos que la mitad)
    - Casi nunca o nunca
  12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
  - Extremadamente difícil o imposible
  - Muy difícil
  - Difícil
  - Poco difícil
  - No me es difícil
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
  - Muy satisfecha
  - Moderadamente satisfecha
  - Ni satisfecha ni insatisfecha
  - Moderadamente insatisfecha
  - Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- No tengo actividad sexual
  - Muy satisfecha
  - Moderadamente satisfecha
  - Ni satisfecha ni insatisfecha
  - Moderadamente insatisfecha
  - Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?
- Muy satisfecha
  - Moderadamente satisfecha
  - Ni satisfecha ni insatisfecha
  - Moderadamente insatisfecha
  - Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?
- Muy satisfecha
  - Moderadamente satisfecha
  - Ni satisfecha ni insatisfecha
  - Moderadamente insatisfecha
  - Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
  - Siempre o casi siempre
  - La mayoría de las veces (más que la mitad)
  - A veces (alrededor de la mitad)
  - Pocas veces (menos que la mitad)
  - Casi nunca o nunca
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?
- No tengo actividad sexual
  - Siempre o casi siempre
  - La mayoría de las veces (más que la mitad)
  - A veces (alrededor de la mitad)
  - Pocas veces (menos que la mitad)
  - Casi nunca o nunca
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

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

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El objetivo que se pretende conseguir con este proyecto es: Evaluar el impacto en la sexualidad en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, atendidas en el Hospital III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el año 2018.

Para ello se le realizará una entrevista para obtener detalles sobre su información demográfica (comprende edad, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación y número de hijos), características de la sexualidad (comprende la presencia de pareja sexual al momento de la entrevista, orientación sexual, frecuencia de relaciones sexuales, momento de reinicio de estas luego de la mastectomía, cambios en su frecuencia, y molestias/problemas relacionadas a las relaciones sexuales luego de la mastectomía), características clínicas (comprende el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de cáncer de mama y la inclusión en el estudio, criterio por el cual se optó por realizar la mastectomía, tipo de mastectomía realizada, radioterapia postmastectomía, quimioterapia postmastectomía y rerapia hormonal postmastectomía) e Índice de función sexual femenina; el cual será resuelto por usted y los investigadores que la encuestan están prestos a resolver cualquier duda que usted presente. Además, se revisará su historia clínica para poder obtener información referente al diagnóstico y tratamiento que usted ha llevado.

Su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a participar del estudio, respuesta del cuestionario o resolución del Índice de función sexual femenina cuando lo desee.

La información que nos suministre y obtengamos será confidencial. Ninguna documentación que lleve su nombre podrá ser suministrada a otras personas que no sean los investigadores implicados en este estudio. Usted no será identificado en ningún informe de este estudio.

A los investigadores de este estudio, le podrá pedir toda la información que necesite, se contestarán sus dudas y preguntas al teléfono \*\*\*\*\*. Si usted acepta participar en este estudio le ruego firme el “consentimiento del paciente por escrito” que se adjunta.

Yo: ....., declaro bajo mi responsabilidad que:

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He sido informado por el investigador: \_\_\_\_\_

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera
- 2.- Sin tener que dar explicaciones
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha: .....

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: .....

Firma del investigador \_\_\_\_\_