

CUANDO EL CÁNCER DE SENO NO SIGNIFICA INSATISFACCIÓN SEXUAL. UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES Y UN GRUPO DE MUJERES SANAS EN COLOMBIA

Carolyn Finck¹, Susana Barradas¹, Diana Agudelo¹ y Jairo Moyano²

¹ Departamento de Psicología, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

² Clínica de Dolor, Fundación Santafé de Bogotá, Bogotá, Colombia

Resumen

El cáncer de seno es considerado un problema de salud pública, en la medida en que actualmente se presenta como uno de los factores más comunes de morbilidad y mortalidad en mujeres de países de todo el mundo, y de Colombia. Aunque se haya verificado un aumento importante en el número de sobrevivientes de cáncer de seno, la vivencia de esta enfermedad puede comprometer aspectos relacionados con la sexualidad, lo que implica atribuir mayor relevancia a los procesos de adaptación psicosocial, y a su impacto en la calidad de vida de estas mujeres. Este estudio busca evaluar los niveles de satisfacción sexual de pacientes con cáncer de seno. Para esto, se recolectaron datos de 100 mujeres sanas y de 84 pacientes con diagnóstico de cáncer de seno, en un hospital universitario en la ciudad de Bogotá. Se aplicó el *Index of Sexual Satisfaction* (ISS) y el *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (EORTC, QLQ BR-23). Los resultados mostraron que existen diferencias significativas en el nivel de insatisfacción sexual en los dos grupos ($t_{(156)}=9,33$, $p<0,001$), pero contrario a lo que se esperaba, las pacientes se encuentran menos insatisfechas con su sexualidad ($M=24,6$, $SD=17,5$), en comparación con el grupo de mujeres sanas ($M=46,9$, $SD=12,4$). Los tratamientos que más

Abstract

Breast cancer is currently considered a public health problem, since it is one of the most common factors of morbidity and mortality in women in countries around the world, and also in Colombia. Although there has been an increase in the number of breast cancer survivors, the experience of the disease may compromise sexuality aspects, which highlights the importance of the process of psychological adaptation, and its impact on the quality of life of these women. This study aims to assess the levels of sexual dissatisfaction in patients with breast cancer. For this purpose, 100 healthy women were interviewed and their answers were compared to those of 84 patients diagnosed with breast cancer, contacted through a university hospital in Bogotá. The *Index of Sexual Satisfaction* (ISS) and the *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (EORTC QLQ BR-23) were applied. The results showed significant differences in the level of sexual dissatisfaction in both groups ($t_{(156)}= 9.33$, $p<0.001$), where the group of patients was less dissatisfied with their sexuality ($M=24.6$, $SD=17.5$), compared with the group of healthy women ($M=46.9$, $SD=12.4$). The treatments that are mostly associated with sexual dissatisfaction are

Correspondencia:

Dr. rer. med. Carolyn Finck
Departamento de Psicología
Universidad de los Andes
Cra 1 Nr. 18A-12
Bogotá Colombia
E-mail: cfinck@uniandes.edu.co

se asocian con la insatisfacción sexual son la radioterapia ($M=26,2$, $SD=16,6$) y la terapia hormonal ($M=26,3$, $SD=16,8$) pero los resultados no fueron estadísticamente significativos. El disfrute ($r=-0,542$, $p=0,01$), el interés en el sexo ($r=-0,285$, $p=0,015$) y la vida sexual activa ($r=-0,240$, $p=0,04$) parecen ser aspectos protectores en cuanto al nivel de satisfacción sexual en las mujeres. El proceso de ajuste a la enfermedad puede variar de acuerdo a las características de la paciente, de la enfermedad, y del transcurso de la misma, lo que lleva a concluir que un diagnóstico de esta naturaleza es de carácter multidimensional. Asimismo, la reinterpretación de los acercamientos entre la pareja, el ofrecimiento de apoyo y la valoración de la relación como satisfactoria, pueden mediar la interpretación de la vida sexual. Más allá de los aspectos físicos presentes en el nivel de satisfacción sexual, existen otros aspectos de orden emocional que pueden llegar a predecir la satisfacción reportada por la persona.

Palabras clave: Cáncer de seno, satisfacción sexual, auto-imagen, calidad de vida.

radiation ($M=26.2$, $SD=16.6$) and hormone therapy ($M=26.3$, $SD=16.8$). The enjoyment of sex ($r=-0.542$, $p<0.001$), interest in sex ($r=-0.28$, $p=0.015$) and sexual activity ($r=-0.240$, $p=0.040$) appear to be protective regarding the level of sexual satisfaction in women. The process of adjustment to the disease may vary according to characteristics of the patient, the disease and its course, which leads to the conclusion that a diagnosis of this nature is multidimensional. Moreover, the reinterpretation of the approaches between the couple, the offering of support and the appreciation of the relationship as satisfactory may mediate the interpretation of the sexual life. Beyond the physical aspects of the sexual satisfaction, there are other aspects of emotional order that can predict the satisfaction reported by the individual.

Keywords: Breast cancer, sexual satisfaction, self-image, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Cada vez más mujeres enfrentan el desafío de vivir con un cáncer. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en un estudio llevado a cabo en el 2005, el cáncer más común en las mujeres es el cáncer de mama, el cual también es considerado el de mayor mortalidad⁽¹⁾. En Colombia, el cáncer representa un problema creciente de salud pública y abordar la situación actual del cáncer en el país implica describir la situación epidemiológica del mismo⁽²⁾. Para el año 2004, el cáncer de mama ocupó el tercer lugar como causa de muerte por cáncer entre mujeres (con 1.853 muertes registradas), después del cáncer del cuello uterino y el del estómago⁽³⁾. Adicionalmente, según un estudio sobre las tendencias en la mortalidad por cáncer en Colombia, entre el año 1985 y el año 2006, el cáncer de mama muestra

una trayectoria de aumento, mientras que para el cáncer de estómago y el de cuello uterino se observa un lento descenso⁽²⁾. Los últimos datos de la encuesta de salud sexual en Colombia, apuntan a que la incidencia de cáncer de mama es de 31,2 casos nuevos por cada 100.000 mujeres, y se estima que aparecen 7.000 nuevos casos por año en el país⁽⁴⁾.

En las evaluaciones epidemiológicas que tienen en cuenta las variaciones demográficas por tipo de cáncer, se observa que el mayor riesgo de cáncer de mama coincide con los grandes centros urbanos⁽⁵⁾, lo que parece estar en concordancia con una mayor prevalencia de factores de riesgo conocidos, como son el sedentarismo, el incremento en el índice de masa corporal, la menor fecundidad, y el mayor uso de hormonas exógenas^(5,6). En la misma línea, el estudio de Salas y Grisales (2010), en relación con la calidad de vida

en mujeres con cáncer de seno indica que condiciones como el estrato socioeconómico y la escolaridad se asocian con peores niveles de calidad de vida, al igual que el pobre apoyo social percibido, lo cual estaría marcando de alguna manera, una relación con factores de riesgo en este grupo poblacional⁽⁷⁾.

A partir del conocimiento de que el pronóstico de un cáncer de mama depende en gran parte del estadio de la enfermedad, es decir, el punto hasta donde la enfermedad se ha extendido al momento del diagnóstico⁽⁸⁾, vale la pena anotar que cerca de 60% de los cánceres recientemente diagnosticados en Bogotá se encuentran en estadios avanzados presentando un mal pronóstico y contribuyendo a las cifras de mortalidad⁽⁹⁾. Con relación a este punto, Robledo et al. (2005) encontraron diferencias con relación al estadio de cánceres avanzados entre el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y los centros privados, las cuales pueden ser atribuidas a que las mujeres asistidas en los centros privados tienen mayor acceso a programas de diagnóstico precoz y tamizaje oportuno con mamografía, lo cual refuerza el impacto de factores socioeconómicos no sólo en relación con el pronóstico de manejo del cáncer, sino con el grado en que éste afectará la calidad de vida de la paciente en sus múltiples esferas⁽¹⁰⁾.

Aunque las cifras de mortalidad son altas, es importante mencionar que existen muchos casos de éxito y la lucha contra el cáncer ha llevado a un aumento importante del número de sobrevivientes. Se estima que 50% de las mujeres sobreviven a esta enfermedad 5 años después de haber sido realizado el diagnóstico⁽¹¹⁾. Por esta razón, cobran cada vez más relevancia los procesos de adaptación psicosocial y su impacto en la reducción de las alteraciones en la calidad de vida de la paciente y de su familia^(12,13).

Antes de hablar de sexualidad en pacientes con cáncer es importante contex-

tualizar de manera más general la sexualidad, la cual no se limita simplemente a una competencia física para llevar a cabo el acto sexual. Según Hordern (2000), la definición de sexualidad va más allá del alcance de la función sexual física, ya que es conceptualizada por cada individuo de forma singular y como una experiencia de vida que afecta la mente, el cuerpo y el espíritu⁽¹⁴⁾. Es multifacética y envuelve la integración de la personalidad, cultura, intelecto e imagen corporal⁽¹⁴⁾. En este sentido, se podría definir salud sexual como la habilidad del sujeto para disfrutar de su actividad sexual, sin ningún tipo de molestias físicas o emocionales^(15,16).

La relación entre diagnóstico de cáncer de mama y la sexualidad (y disfunción sexual) problematiza una serie de áreas, como son la psicológica, la física, la relacional y la fisiológica. Los estudios al respecto son muchos y muy diversos, y la evidencia con la que se cuenta a partir de ellos resulta contradictoria.

EVIDENCIA QUE SUGIERE DIFICULTADES EN LA SEXUALIDAD

El tema de la sexualidad y sus posibles complicaciones es transversal a las fases de diagnóstico, tratamiento y supervivencia del cáncer de mama. Entre los factores etiológicos pueden nombrarse la fatiga experimentada, la menopausia temprana, la sensación de sofoco, el dolor en la relación sexual (dispareunia), cambios en el estado de ánimo, así como la sequedad vaginal que pueden disminuir las respuestas sexuales consideradas normales y alterar la percepción de intimidad en la mujer^(17,18).

En un estudio de Schag et al. (1993), donde se evaluaron las características de mujeres en riesgo de sufrir de malestar psicológico un año después del diagnóstico de cáncer de mama, se encontró que más de un tercio de estas mujeres se quejan de

alteraciones en su vida sexual⁽¹⁹⁾. Este dato se confirma en el estudio de Markopoulos et al. (2009), con una muestra de pacientes sobrevivientes de cáncer de seno y sometidas a diferentes tipos de tratamiento (quimioterapia, cirugía reconstructiva, cirugía de choque, radioterapia)⁽²⁰⁾. Sin embargo, en este estudio, los autores encontraron que en general las dificultades sexuales disminuyen con el tiempo (más de un año del tratamiento), pero son peores los resultados informados cuando el tratamiento empleado fue la mastectomía sin reconstrucción de la mama⁽²⁰⁾.

Los tratamientos utilizados contra el cáncer son varios, y aplicables según el tipo de variables presentes en un caso particular: tipo de células, estadio de la enfermedad, lugar y tamaño del tumor y existencia o no de metástasis. Esta variedad de tratamientos, así como sus efectos secundarios (e.g., náuseas, vómitos, amenorrea temporal, alteraciones del estado de ánimo, resequedad vaginal, anemia, alopecia, aumento de peso, y alteraciones hormonales, entre otros) están asociados de forma negativa con la dimensión sexual y la auto-imagen⁽²⁰⁻²³⁾. Además, en las sociedades occidentales existe una veneración del seno femenino, como algo central en la identidad sexual femenina, por lo tanto, la pérdida total o parcial de este órgano puede conducir a una auto-imagen alterada y causar interferencias en la vida sexual de la mujer⁽²⁴⁾.

Aunque algunas mujeres experimentan los cambios en su sexualidad de forma positiva después del diagnóstico de cáncer de mama, la evidencia sugiere que hay otras que perciben cambios emocionales negativos como resultado de estos cambios sexuales, incluyendo el miedo por la pérdida de la fertilidad, imagen corporal negativa, sentimientos de falta de atractivo^(11,25), pérdida de la femineidad⁽²⁶⁾, depresión y ansiedad⁽²⁷⁾, así como alteraciones en su *self* sexual⁽²⁸⁾.

Con relación a los factores psicológicos, la depresión es un determinante importante en lo que respecta la disminución del deseo sexual. Esta parece relacionarse con una menor frecuencia de la actividad sexual y, en algunos casos, con la disfunción sexual⁽²⁹⁾.

La pérdida de la fertilidad puede ser un asunto particularmente difícil, porque cada vez más se encuentran casos en los que el diagnóstico se realiza en edad fértil de la mujer. A esto se suma la tendencia socio-demográfica de que cada vez más mujeres retrasan su primer embarazo hasta después de los treinta años⁽³⁰⁾, lo cual resulta en que muchas mujeres estarán enfrentando problemas relacionados con su fertilidad, al tiempo que afrontan el problema de salud⁽³¹⁾. Por esto, autores como Andersen et al. (2007) y Hahn (2008) plantean que la alteración de la sexualidad en mujeres con diagnóstico de cáncer suele ser mayor cuando las mujeres son más jóvenes y sienten de alguna manera comprometida su función femenina y materna por efecto de la enfermedad o del tratamiento^(32,33). Además, la combinación de los cambios en la imagen corporal y la pérdida prematura de la función sexual y/o reproductiva parece resultar especialmente devastadora para las mujeres jóvenes, especialmente si la mujer no se encuentra en una relación de pareja estable al momento del diagnóstico, puede tener preocupaciones relacionadas con la reacción de un potencial compañero ante la ausencia de un seno o ante un seno reconstruido⁽³⁴⁾. Algunos estudios sugieren que hay una relación inversa entre la edad al momento del diagnóstico y el malestar emocional⁽³⁵⁾ ya que en una situación normal, estas mujeres no experimentarían los efectos de una menopausia en esta época de sus vidas⁽³⁶⁾. Esta situación puede llevar a una multitud de cambios físicos y emocionales los cuales pueden desencadenar una disfunción sexual^(36,37). Por otra parte, las mujeres de mayor edad también repor-

tan sentir dificultades relacionadas con la excitación y el orgasmo, pero la frecuencia de estas quejas es similar a aquella encontrada para la población saludable de edad avanzada que no ha recibido tratamiento de sustitución hormonal⁽³⁸⁾. Es decir, que si se trata de una paciente con edad avanzada, que suele involucrarse en un número reducido de relaciones sexuales, no se observarán cambios significativos antes y después de la enfermedad⁽³⁹⁾.

Algunos autores plantean que muchos de los problemas físicos y psicosociales relacionados con el tratamiento se resuelven durante el primer año^(40,41), mientras otros sugieren que estos problemas se extienden más allá de la fase aguda de tratamiento⁽³⁸⁾. En un estudio de Kornblith et al. (2003) que evaluó la adaptación de sobrevivientes de cáncer hasta 20 años después de haber recibido tratamiento, se encontró que todavía eran reportados problemas sexuales y psicológicos derivados de la enfermedad, lo que llevaría a concluir que muchas pacientes con cáncer de seno viven con las consecuencias de su enfermedad y/o tratamiento durante un largo tiempo⁽⁴²⁾.

Las consecuencias del cáncer de mama en la sexualidad de la mujer parecen ser muy diferentes en función del tratamiento al que ha sido expuesta. Estos tratamientos pueden ser más o menos agresivos con la salud sexual, y su combinación puede comprometer aun más el bienestar de la paciente. El tratamiento multimodal para el cáncer de mama mejora los resultados de supervivencia pero también contribuye a un período más largo de intervención médica, con sus consecuentes secuelas físicas y psicológicas⁽³⁸⁾.

A menudo, el tratamiento del cáncer de mama se inicia con la cirugía. Aunque generalmente se hace un esfuerzo por proceder a intervenciones lo menos invasivas posibles, la mastectomía sigue siendo lo más indicado en algunos casos⁽⁴³⁾. Independientemente de que la mujer sea

sometida a lumpectomía, mastectomía y/o reconstrucción, la cirugía tiene el potencial para alterar la imagen corporal de la mujer, en la medida en que ésta resulta en desfiguración⁽⁴⁴⁾. Conociendo la importancia que posee el seno en la formación del concepto de feminidad y auto-estima en la mujer, así como su significado en la sexualidad, algunos autores se han dedicado a estudiar los efectos de la cirugía conservadora versus de amputación, y la reconstrucción mamaria en el bienestar físico y psicológico de la paciente^(36,37,40,45-47). Los resultados al comparar las diferentes intervenciones son ambiguos y muestran una escasez de beneficios fundamentales. En principio se ha planteado que la cirugía conservadora del seno presenta ventajas a nivel de la imagen corporal⁽³⁹⁾, en la medida en que preserva la identidad corporal y disminuye la morbilidad psicológica y sexual relacionada con la mutilación del seno⁽⁴⁸⁾. Sin embargo, se ha informado que la función de la cirugía conservadora o de la reconstrucción mamaria de prevenir o aminorar los problemas sexuales es sutil y está más relacionada con la auto-percepción de la mujer, que con la frecuencia de las relaciones sexuales^(34,37,49,50). Es importante mencionar que hay otros factores positivos en la práctica de la lumpectomía, relacionados con sentirse más cómoda en una amplia gama de ropas, y la conservación de la sensibilidad en el tejido, que permite el goce de caricias en el seno^(48,49).

De los tratamientos contra el cáncer, la quimioterapia ha sido asociada con los efectos secundarios más agresivos, capaces de mermar la calidad de vida en general, y la salud sexual en particular. Los datos encontrados en la literatura son consistentes cuando plantean que las mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento con quimioterapia tienen un mayor riesgo de disfunción sexual después del tratamiento que aquellas que no han recibido este tratamiento^(22,38). Algunos ejemplos de efectos

de la quimioterapia que pueden afectar el sentimiento de ser atractiva son la alopecia, la palidez, el aumento de peso, las náuseas, vómitos y sensación de fatiga. Adicionalmente, la ocurrencia de una menopausia prematura, resultante de la insuficiencia de estrógeno, puede aumentar la probabilidad de ocurrencia de sofocos, baja lubricación vaginal e incontinencia urinaria, contribuyendo a la disfunción sexual⁽⁴⁸⁾. Igualmente, el uso coadyuvante de la terapia hormonal, con el Tamoxifen o con inhibidores de la aromataasa, puede empeorar los síntomas resultantes de la menopausia prematura, aumentando la resequeadad vaginal y la consecuente dispareunia⁽⁵²⁾. También se menciona en la literatura que las mujeres con historial de herpes vaginal o virus del papiloma humano (VPH) pueden sentir una exacerbación de los síntomas debido al tratamiento inmunosupresor⁽³⁷⁾.

Por último pero no menos importante está el tratamiento de radioterapia, responsable por cambios en la piel provocados por la radiación (e.g., eritemas y quemaduras). Estos efectos no suelen ser prolongados en el tiempo, y generalmente han desaparecido algunos meses después del procedimiento por lo que la mujer no experimenta un impacto sustancial en su calidad de vida^(18,49). Desafortunadamente, en los casos más graves existe la posibilidad de que se registren manifestaciones crónicas derivadas de la radiación en el seno, que incluyen la pigmentación de la piel, retracción, eritema, fibrosis y que resulta en una reducción de la estética del seno y de la movilidad del brazo^(42,52,53). Esto tiene impacto a nivel sexual, entre otras cosas, debido a una limitación física de posicionamiento durante el acto sexual⁽⁴³⁾.

Más allá de los factores fisiológicos asociados la enfermedad y sus tratamientos, las reacciones psicológicas que el cáncer ocasiona pueden servir de base para la disfunción sexual. En este sentido, es inte-

resante que el predictor más consistente de problemas sexuales después de enfrentarse a un cáncer de mama es una baja percepción del atractivo sexual propio⁽⁵⁴⁾, y que las mujeres que muestran una devaluación de su imagen corporal después de un episodio de cáncer presentan menores índices de satisfacción sexual y están menos satisfechas con sus relaciones sexuales, en comparación con mujeres que presentan una imagen corporal positiva⁽⁵⁴⁾.

Un diagnóstico de esta naturaleza va más allá de una vivencia personal, y la familia también debe acomodarse a las nuevas exigencias que le son impuestas por la enfermedad. Northouse et al. (2000) añaden que el ajuste de los miembros de la familia ante la situación juega un papel importante en el ajuste de la propia paciente, donde el compañero tiene un papel primordial⁽⁵⁵⁾. La enfermedad no es sólo una amenaza al bienestar psicoemocional y psicosexual de la mujer, sino que requiere un gran ajuste por parte de la pareja como una díada⁽⁵⁶⁾. Algunos estudios muestran que existe evidencia considerable para decir que tanto la mujer como su pareja son afectados por el estrés causado por el cáncer, y que por eso necesitan aprender a enfrentarlo juntos⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾.

Con respecto a los problemas matrimoniales o sexuales, algunos autores^(58,59) plantean que estos cambios son predominantes en mujeres con episodios previos de ansiedad, depresión o disfunción sexual. Sin embargo, otros autores sostienen la idea de que las evaluaciones acerca de la vida sexual hechas por la paciente no se predicen tanto por los problemas matrimoniales previos, sino por la percepción de alteración de la imagen corporal⁽⁶⁰⁾. Adicionalmente, las dificultades de orden sexual parecen ser más probables en parejas que ya presentaban problemas antes del diagnóstico⁽⁴⁸⁾ entre las mujeres que atribuyen gran importancia a la apariencia de sus senos y entre

aquellas que tienen mayor sensibilidad al tacto⁽⁶¹⁾.

La comunicación sobre la enfermedad también es un área donde suele haber dificultades. Algunas mujeres pueden percibir que sus compañeros se sienten poco cómodos al hablar de la enfermedad. Adicionalmente los hombres pueden abstenerse de hacer peticiones de tipo sexual, en respuesta a la ansiedad, depresión e imagen corporal alterada de su pareja⁽⁶²⁾ y por miedo a lastimar a su cónyuge⁽⁵⁰⁾. La investigación indica que las parejas que mantienen una comunicación abierta reportan un mejor ajuste después del diagnóstico de cáncer de mama^(63,64).

EVIDENCIA QUE NO RELACIONA EL CÁNCER DE MAMA CON DIFICULTADES EN LA SEXUALIDAD

La literatura anteriormente presentada sugiere que el cáncer de mama tiene importantes implicaciones en la sexualidad femenina. No obstante, autores como Barton y Gustasson (2007)⁽⁶⁵⁾; Wilmoth y Sanders (2001)⁽⁶⁶⁾; Ashing et al. (2004)⁽⁶⁷⁾, Lamdan y Siegel (2002)⁽⁶⁸⁾, Taylor et al. (2002)⁽²⁹⁾ y Adams et al. (1997)⁽⁶⁹⁾, muestran cómo la alteración de la sexualidad en la condición de cáncer es un asunto altamente influenciado por la cultura y las creencias extendidas acerca de la satisfacción y el deseo sexual en general. En la misma línea Barton y Gustason (2007)⁽⁶⁵⁾ en su revisión acerca del tema coinciden en que si bien es cierto que tanto el cáncer como el tratamiento del mismo pueden afectar la sexualidad, esto depende enormemente de las condiciones previas de satisfacción, las cuales normalmente no se miden y por lo tanto es difícil saber si efectivamente hay o no un deterioro atribuible a las condiciones de la enfermedad. Asimismo, insisten en la importancia de valorar la satisfacción con la vida sexual dentro de un entramado

más general que incluye la satisfacción y la calidad de vida.

En este sentido, Ring (2007)⁽⁷⁰⁾, en su revisión sobre calidad de vida y enfermedad crónica destaca que las personas con enfermedades crónicas suelen reportar niveles de calidad de vida iguales o superiores incluso, a los de personas no enfermas. Este dato se explica a partir del carácter dinámico de constructos como calidad de vida, satisfacción o bienestar, los cuales cambian de significado como consecuencia de la modificación interna en los estándares de medida o en los valores que redefinen el constructo. Lo anterior concuerda con lo expresado por Bowling (2007) acerca de la influencia que tienen los factores cognitivos en la percepción de la calidad de vida⁽⁷¹⁾. En este orden de ideas, la satisfacción sexual suele ser definida como un aspecto de la calidad de vida en general. Los datos indican a este respecto que, a pesar que las mujeres reportan niveles de alteración en su sexualidad como consecuencia del diagnóstico o el tratamiento del cáncer, su valoración general de calidad de vida y de satisfacción con su sexualidad no difiere de la expresada por mujeres sanas apareadas en edad con el grupo de sobrevivientes de cáncer^(32, 72).

En la misma línea Meyerowitz et al., (1999), plantean que hasta una tercera parte de las mujeres con cáncer de seno que fueron evaluadas reportaron algún tipo de alteración en la sexualidad, sin embargo, no se observaron diferencias con mujeres sanas en medidas de satisfacción y función sexual, específicamente en el *Watts Sexual Function Questionnaire* (WSFQ) y en el *Sexual History Form* (SHF)⁽⁷²⁾.

En este sentido, aunque la tendencia es la de atribuir una mayor atención a los asuntos relacionados con la sexualidad de la mujer, reconociéndose su especificidad en este contexto⁽⁷³⁾, existen factores que en la práctica pueden llevar a relegar

la dimensión sexual a un segundo plano. En primer lugar, porque el objetivo primario es el combate de la enfermedad y en segundo lugar, porque puede existir una dificultad de comunicación entre la paciente y el cuidador, donde uno de los dos se puede sentir incómodo al abordar un tema tan delicado como la sexualidad. A este respecto, autores como Sheppard y Ely (2008)⁽²³⁾ y Wilmoth, (2007)⁽⁷⁴⁾, rescatan el impacto de la relación entre las pacientes y el equipo médico y de enfermería, mostrando que la dificultad de estos últimos para asumir una conversación con las pacientes, acerca de su satisfacción y funcionamiento sexual, inciden directamente en los reportes que las pacientes hacen de su satisfacción y limitan además una orientación clara que les ayude a resolver mitos y dudas acerca de su sexualidad, lo cual puede contribuir al deterioro en la percepción de la calidad de vida.

El hecho de que la sexualidad sea un tema evitado con frecuencia por los profesionales de la salud y por los cuidadores, dificulta su expresión y las posibilidades de enfrentarlo⁽⁷⁴⁾. Aunque el impacto positivo de la comunicación en la reducción de la ansiedad, la depresión y el malestar emocional de la paciente con cáncer de mama haya sido presentado en varios estudios^(75,76), esto es inversamente proporcional a la facilitación de la comunicación por parte del médico. Según Lerman et al. (1993)⁽⁷⁶⁾ pese a la importancia que se ha otorgado a las necesidades de información y soporte en las pacientes, siguen existiendo quejas respecto a la dificultad de comprensión del discurso del médico (49,5% de las mujeres reportan no entender en su totalidad lo que les dice el médico). Por otro lado también se verifican dificultades por parte de las pacientes en expresar sus sentimientos y preocupaciones (46,3% de las pacientes sienten dificultad en revelar sentimientos a su médico), y dificultades en el momento de hacer preguntas al

médico (42,6% de las pacientes sienten dificultad o no son capaces de hacer preguntas relacionadas con el tratamiento y curso de la enfermedad)⁽⁷⁶⁾. En todo caso, la información compartida, la relación construida con el médico y la importancia de esta interacción en la restauración del sentido de control de la mujer sobre su vida y su salud pueden ayudarla a vivir mejor con el diagnóstico y son particularmente pertinentes en lo que respecta a una práctica educacional y de asesoramiento a la paciente⁽⁷⁷⁾.

Por su parte, la calidad de relación de pareja, de acuerdo con Emilee, Ussher y Perz (2010), predice en gran medida, la salud sexual después del cáncer, lo cual refuerza la naturaleza intersubjetiva de la percepción de la sexualidad más allá de los factores puramente orgánicos y toca directamente con el sistema de valores y creencias asociadas con la feminidad y la sexualidad⁽⁷⁸⁾.

A su vez Burwell, Case, Kaelin y Avis (2006), confirman este hallazgo y muestran que la alteración de la sexualidad suele evidenciarse más en el interés por el sexo que en la satisfacción sexual en sí misma, y atribuyen, en gran medida este aspecto, a la alteración hormonal propia de los tratamientos para el cáncer⁽⁷⁹⁾.

Por su parte, según Northouse (1994) se estima que entre un cuarto y un tercio de las parejas en esta situación pasan por dificultades sexuales, relacionadas con: (1) factores somáticos, (2) factores psicológicos o (3) problemas matrimoniales o sexuales previos al episodio de cáncer de mama⁽⁴⁸⁾, lo cual reitera la importancia de considerar factores previos que pueden afectar la satisfacción sexual y que no son atribuibles necesariamente a la enfermedad ni al tratamiento^(31, 80). No obstante, otros autores advierten sobre estas conclusiones, aludiendo a dificultades metodológicas en los estudios que reportan datos de satisfacción sexual en parejas que viven

con una situación de cáncer y que se refieren a la no disponibilidad de datos de historia sexual previa al cáncer, lo cual puede dar cuenta de un sesgo al momento de la evaluación que implique la atribución de causalidad de la disfunción o el malestar al cáncer y no a una historia previa de dificultades sexuales⁽⁷⁹⁾. Sin embargo, parece que el compañero tiene un papel mediador en estas dificultades, y que cuando este se encuentra emocionalmente conectado, es probable que exista un mayor ajuste sexual, marital y emocional en la pareja⁽⁸¹⁾. En este sentido, Hahn (2008)⁽³²⁾, Emilee et al. (2010)⁽³³⁾ y Andersen et al. (2007)⁽⁷⁸⁾ refuerzan el valor otorgado por las mujeres al apoyo de sus parejas como un factor protector de la relación afectiva, el cual correlaciona positivamente, con menores complicaciones en la vida sexual. Así, el estudio de Andersen, et al., (2007), llevado a cabo con un grupo de mujeres sobrevivientes de cáncer de seno en un seguimiento a un año y comparadas con un grupo control pareado y sin cáncer, mostró que los grupos no difirieron significativamente en la satisfacción y la función sexual, aunque sí se evidenció un mayor riesgo en aquellas mujeres con cáncer y especialmente, las más jóvenes, tal como lo señalaran Casso, Burst y Taplin (2004); Kroenke, Posner y Chen (2004); Arndt, Merx y Stepmaier (2005)⁽⁸²⁻⁸⁴⁾.

A pesar de que para muchas mujeres esta es una experiencia de vida, muchas enfrentan esta crisis sin desarrollar trastornos psiquiátricos o sexuales graves⁽⁴⁸⁾. Algunos estudios informan que la mayoría de las parejas se ajustan bien al episodio de cáncer, y hay casos donde se reporta incluso una mejora en la calidad general de la relación^(49,63). Desde un punto de vista más positivo, la experiencia de cáncer o de cualquier otra enfermedad grave puede constituir una oportunidad para aprender nuevas habilidades y revalorar ciertos aspectos de la relación. Este tipo

de situación puede ser encarado como una oportunidad de crecimiento y maduración de la pareja.

En síntesis, podría decirse que la evidencia acerca de la alteración de la satisfacción sexual en mujeres con cáncer es diversa y toca aspectos relacionados con el diagnóstico, de un lado, y con el tratamiento por el otro, que esta alteración suele ser mayor en las mujeres jóvenes y durante el primer año de tratamiento, pero que suele remitir con el tiempo. Asimismo la evidencia muestra que la alteración de la sexualidad parece relacionarse más con el interés por el sexo, que con la satisfacción sexual en sí misma, valorada dentro de un concepto más amplio como sería la calidad de vida y que, en este punto, no parece haber diferencias marcadas entre los reportes de mujeres afectadas y de mujeres sanas pareadas en edad y demás condiciones demográficas. Además, la relación de pareja previa y la satisfacción sexual anterior al diagnóstico y al tratamiento, parecen ser los mejores predictores de la satisfacción o la alteración posteriores al tratamiento.

MÉTODO

Participantes

La muestra clínica está conformada por 84 mujeres, pacientes de la unidad de oncología de un hospital universitario en la ciudad de Bogotá, seleccionadas por conveniencia. Como criterios de inclusión se definieron que las mujeres hayan recibido un diagnóstico formal de cáncer de seno, y que estuvieran asistiendo a una consulta oncológica en el momento del estudio. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta algún tipo de psicopatología previamente diagnosticada (asociada a depresión y/o ansiedad), y la incapacidad para entender y poder responder al cuestionario. Adicionalmente, se tomaron

los datos de un grupo control pareado en género, estrato socioeconómico y edad, compuesto por 100 mujeres seleccionadas igualmente por conveniencia.

Instrumentos

Para medir el nivel de satisfacción sexual se utilizó el *Index of Sexual Satisfaction* (ISS)⁽⁸⁵⁾, que en español se puede traducir como Índice de Satisfacción Sexual. Este es un instrumento unidimensional que evalúa la satisfacción sexual en el contexto de una relación de pareja, presentando un formato de auto-reporte. El ISS consta de 25 ítems de escala de Likert (de 1 a 5 o de 1 a 7, según la versión del instrumento) que miden los sentimientos del individuo en cuanto a algunos comportamientos, actitudes, eventos, estados afectivos y preferencias que están asociados a la relación sexual de la pareja. Un puntaje alto en la escala significa un nivel mayor de insatisfacción sexual⁽⁸⁶⁾. Según los autores, la confiabilidad de la escala total registra un índice Alfa de Cronbach de 0,93, 0,91 y 0,92 calculado en tres muestras heterogéneas diferentes. Asimismo, la confiabilidad *test-retest* fue de 0,93, en una muestra de 79 personas⁽⁸⁵⁾.

Para el presente estudio, se hizo la adaptación del instrumento al español, con el proceso de traducción y re-traducción y se hizo un pretest cognitivo para evaluar la calidad de los ítems. En cuanto a la instrucción, se pidió a aquellas personas que no tuvieran actualmente una relación de pareja estable contestar el instrumento pensando en la última relación de pareja que tuvieron.

También se utilizó en esta investigación el *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module* (QLQ BR-23)⁽⁸⁷⁾ compuesto por 23 ítems, en formato de escala de Likert que miden la calidad de vida relacionada con la salud. Este instrumento es un módulo complementario del EORTC QLQ-C30, instrumento desarrollado por la

Organización Europea para la investigación y el tratamiento del cáncer (EORTC, por sus siglas en inglés). Para el presente estudio, los ítems tenidos en cuenta fueron únicamente aquellos que indagan por cuestiones de auto-imagen y por la vida sexual de las mujeres con cáncer de seno (8 ítems en total). El instrumento presenta una alta consistencia interna ($p > 0,70$) para las diferentes poblaciones con las que ha sido utilizado⁽⁸⁸⁾. Fue realizada una adaptación transcultural del instrumento en pacientes con cáncer en Colombia⁽⁸⁹⁾, donde no resultaron cambios dentro de las opciones de respuesta. También los verbos, conjugaciones y tiempos se mantuvieron sin modificaciones.

Con el objetivo de crear una nueva dimensión relacionada con la auto-imagen en las pacientes, en el presente estudio se agruparon los ítems de la escala BR-23 que estaban relacionados con la percepción del atractivo físico, femineidad, reacción frente a la desnudez y apreciación del cuerpo (ítems 39-42) en una escala de auto-imagen.

Adicionalmente, una parte del cuestionario buscaba explorar aspectos sociodemográficos (edad, estado civil, grado de escolaridad, actividad profesional, entre otros) y se diseñaron algunas preguntas con el objetivo de obtener información sobre la situación clínica de las pacientes (estadio de la enfermedad, tiempo desde el diagnóstico, tratamientos recibidos, etc.).

Procedimiento

El estudio fue de tipo exploratorio de naturaleza correlacional y transversal. Para el grupo de pacientes, se realizó un muestreo por conveniencia tanto en la Unidad de Oncología, como en la Clínica de Seno de un hospital universitario de la ciudad de Bogotá, Colombia. Las participantes del grupo de mujeres sanas también fueron seleccionadas por conveniencia.

Después de obtener la autorización y el aval ético de las entidades hospitalarias y universitarias para llevar a cabo la investigación, y de obtener el consentimiento informado de las participantes en este estudio, se administraron los cuestionarios, los cuales fueron codificados por los investigadores de manera que se garantizaba el anonimato de las participantes.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el programa SPSS para Windows (versión 18.0). Se emplearon tests como el coeficiente de correlación de Pearson (r) y ANOVAs de un factor. Para los análisis estadísticos, fueron consideradas las relaciones significativas que presentaran un nivel de significancia menor a 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Caracterización demográfica de la muestra

Las pacientes participantes en el estudio fueron en su mayoría colombianas, con un promedio de edad de 55,6 ($SD=11,2$) variando entre los 29 y los 90 años. El 67,9% de las pacientes reportaban tener una relación de pareja estable, siendo la duración media de la relación 19 años ($SD=17,6$) Con respecto al estado civil, el 58,3% de las pacientes estaban casadas, representando el porcentaje más alto para esta variable. Con relación al grupo de mujeres sanas, el promedio de edad fue de 49,8 años ($SD=9,9$) y el 51% estaban casadas (ver Tabla 1).

Tal como se puede observar en la Tabla 1, la mayoría de las participantes en el estudio, tanto del grupo de pacientes como del grupo de mujeres sanas mostraron un nivel educativo igual o superior al universitario y un nivel socioeconómico medio-alto. En cuanto a la ocupación, los

grupos difieren, encontrándose una mayor concentración de mujeres empleadas en el grupo de mujeres sanas, y en cambio mayor número de amas de casa en el grupo de pacientes. En cuanto a tener o no pareja estable, los grupos estuvieron pareados. Por su parte, la totalidad de las pacientes estaban siendo sometidas a diferentes tratamientos para el cáncer, siendo el más frecuente la quimioterapia.

Satisfacción sexual

Para la Escala de Satisfacción Sexual (ISS), se encontró que las pacientes presentaron un menor nivel de insatisfacción sexual ($M=24,6$; $SD=17,5$), en comparación con las mujeres sanas ($M=46,9$; $SD=12,4$), y que estos resultados tienen significancia estadística ($t_{(156)}=9,33$; $p < 0,001$). Si se tiene en cuenta el valor de punto de corte del instrumento ISS (30 puntos), se podría considerar que el grupo de mujeres sanas en promedio presentó un problema clínico con relación al nivel de insatisfacción sexual presentado, mientras las pacientes no (ver Tabla 2).

Estar involucrado en una relación estable no mostró tener relación estadísticamente significativa con los resultados en la Escala de Satisfacción Sexual (ISS). De la misma manera, la correlación entre los resultados en esta escala y el tiempo de duración de la relación no presenta significancia estadística en las pacientes ($r=-0,027$; $p=0,840$). No obstante, las pacientes que no tienen una relación de pareja expresan un menor nivel de insatisfacción sexual ($M=20,0$; $SD=16,8$), comparadas con el nivel de insatisfacción de las mujeres sanas que no tienen pareja ($M=43,3$; $SD=17,6$) aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($F_{(1,71)}=1,797$; $p=0,184$).

Por su parte, al realizar los análisis con el grupo de pacientes en relación con la satisfacción sexual y las variables clínicas,

Tabla 1. **Características socio-demográficas del grupo de participantes y de mujeres sanas (n=184)**

	Mujeres sanas	Pacientes		Mujeres sanas	Pacientes
<i>Edad (años)</i>	<i>Porcentaje</i>		<i>Ocupación</i>		
Media	49,8	55,6	Empleada	65,0	28,6
SD	9,9	11,2	Independiente	16,0	11,9
			Desempleada	9,0	1,2
			Ama de Casa	2,0	34,5
			Retirada/Pensión	8,0	20,2
			Informal	-	2,4
<i>Nivel Educativo</i>			<i>Estrato Socioeconómico</i>		
Primaria	2,0	4,8	1-2	5	7,4
Secundaria	9,0	13,1	3-4	46	47
Técnico/Tecnol.	16,0	16,7	5-6	49	45,6
Universitario	45,0	39,3	<i>Pareja estable</i>		
Postgrado	25,0	23,8	Si	69,0	67,9
Otros	3,0	2,4	No	31,0	32,1
			<i>Tratamientos Oncológicos</i>		
<i>Estado Civil</i>			<i>Cirugía</i>		
Soltera	22,0	13,1	Sí		81,9
Casada	51,0	58,3	No		18,1
Separada/divorciada	15,0	14,3	<i>Radioterapia</i>		
Unión libre	7,0	3,6	Sí		45,1
Viuda	5,0	10,7	No		54,9
			<i>Terapia Hormonal</i>		
			Sí		41,5
			No		58,5

Tabla 2. **Mujeres que puntuaron más de 30 puntos en la Escala de Satisfacción Sexual (ISS)**

	M (SD)	%
Puntaje en el ISS > 30 (Insatisfacción sexual) (n=108)		
Pacientes	44,32 (8,94)	33%
Mujeres sanas	49,18 (8,05)	80%

Tabla 3. Diferencia de medias entre los resultados en la Escala de Satisfacción Sexual (ISS) y las variables clínicas en estudio.

Variables	M (SD)	F	p
<i>Estadio Enfermedad</i>			
Inicial	25,53 (18,66)	0,114	0,893
Intermedio	23,48 (16,75)		
Avanzado	25,86 (18,31)		
<i>Cirugía</i>			
Sí	24,7 (17,83)	0,003	0,995
No	25,07 (17,53)		
<i>Quimioterapia</i>			
Sí	23,61 (16,89)	1,912	0,171
No	32,62 (21,35)		
<i>Radioterapia</i>			
Sí	26,28 (16,64)	0,288	0,593
No	24,02 (18,38)		
<i>Terapia Hormonal</i>			
Sí	26,31 (16,89)	0,325	0,571
No	23,90 (17,98)		

como el tipo de tratamiento, se encontró que los tratamientos que más se asocian con la insatisfacción sexual son la radioterapia (M=26,2, SD=16,6) y la hormonoterapia (M=26,3, SD=16,8). Sin embargo, es importante mencionar que estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Con respecto a la influencia del tiempo de diagnóstico en la insatisfacción sexual de las pacientes, la correlación tampoco fue significativa ($r=-0,064$, $p=0,559$). Sin embargo a nivel descriptivo, se observa que para el estadio inicial y avanzado de la enfermedad, hay mayores niveles de insatisfacción sexual en las pacientes de la muestra. Estos resultados se presentan en la Tabla 3.

Al analizar los datos discriminando entre las pacientes que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante el último mes y aquellas que no, se observa que las pacientes que habían tenido relaciones sexuales en el último mes presentaron niveles de insatisfacción significativamente menores ($F_{(1,71)} = 6,327$; $p=0,014$), compa-

radas con las mujeres que no han tenido relaciones sexuales. Las personas con vida sexual activa en el último mes (“bastante” y “mucho”) presentaron un menor nivel de insatisfacción sexual (M=13,9; SD=8,8) que las mujeres que reportaron haber tenido poca o ninguna actividad sexual (M=26,9; SD=18,1). De hecho, el nivel de insatisfacción del primer grupo es dos veces menor que en el segundo, y sus respuestas tienden a ser más homogéneas con respecto al grado de insatisfacción.

Es importante señalar que el 83% de las pacientes reportaron haber tenido una vida sexual poco activa en el último mes, en comparación con el 17% de las mujeres que afirmaron haber tenido actividad sexual durante ese periodo.

Por otra parte, se realizó un análisis comparando los resultados obtenidos en el Índice de Satisfacción Sexual (ISS) con las respuestas dadas a los ítems que evalúan sexualidad en el BR-23. Los resultados de la correlación pueden apreciarse en la Tabla 4.

Tabla 4. **Matriz de correlación entre ISS e ítems de sexualidad del BR-23 para el grupo de pacientes**

Variables	Coefficiente de correlación	Significación bilateral
Disfrutó la actividad sexual	-0,542***	0,000
Auto-imagen	0,045	0,704
Se preocupó por su salud en el futuro	0,085	0,473
Tuvo interés sexo	-0,285*	0,015
Vida sexual activa	-0,240*	0,040

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

***. La correlación es significativa al nivel 0,001 (bilateral)

La correlación entre el ítem “disfrutó del sexo” en el instrumento BR-23 se correlacionó de forma significativa y negativa con los resultados en el ISS ($r=-0,542$; $p<0,001$). Esto significa que cuanto más la paciente informe disfrutar de la relación sexual con su pareja, menor será el nivel de insatisfacción con su vida sexual en general. Resultados similares se encontraron para las variables “interés en el sexo” ($r=-0,285$; $p=0,015$) y “vida sexual activa” ($r=-0,240$; $p=0,040$) con respecto a los resultados en el ISS.

Con el objetivo de realizar una comparación entre altos y bajos niveles de auto-imagen en las pacientes, se utilizó el valor de la mediana (5) como punto de corte para establecer diferencias entre alta auto-imagen (valores inferiores a 5) y baja auto-imagen (valores superiores a 5). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la relación entre auto-imagen y nivel de insatisfacción sexual ($X^2=0,742$; $p=0,463$).

DISCUSIÓN

El padecer cáncer de seno ha sido una variable estudiada en asociación con reportes de satisfacción sexual y como se mencionó previamente, los hallazgos reportados en la literatura son contradictorios. En el presente estudio se

evidenciaron puntuaciones de satisfacción sexual superiores en las mujeres con cáncer frente al grupo de mujeres sanas, quienes compartieron la mayoría de las características demográficas. Sin embargo, un dato de diferencia importante entre los grupos fue la ocupación, así, mientras las pacientes en un mayor porcentaje eran amas de casa, el grupo de mujeres sanas en su mayoría eran empleadas y un porcentaje muy bajo se ocupaba de labores del hogar. Esta diferencia es importante toda vez que los reportes de satisfacción general con la vida, dentro de los cuales se cuenta la satisfacción sexual, suelen mostrar diferencias de acuerdo con la ocupación de las personas. Así, estudios como el de Bodenmann (2000) y Randall y Bodenmann (2009), afirman que el estrés laboral suele asociarse de manera directa con la satisfacción en la relación de pareja^(90,91), lo cual podría explicar, en algún modo, las diferencias en las puntuaciones obtenidas en la presente muestra, aunque cabe señalar que variables relacionadas con el estrés laboral no fueron evaluadas, pero podrían sugerir una línea de explicación que requiere futuros estudios.

Ahora bien, existen estudios que han revelado que la satisfacción conyugal reportada por las parejas después de la vivencia de un diagnóstico de cáncer no se diferencia significativamente de la de

la población en general⁽⁹²⁾ y se ha podido constatar que muchas veces existe incluso una mejora general en la calidad de la relación, y una aproximación entre los dos elementos de la pareja ⁽⁹³⁾. Estos datos ayudarían a explicar los hallazgos del estudio donde de hecho se observan mayores puntuaciones en satisfacción sexual en las mujeres con cáncer de mama, lo cual confirma los hallazgos de Andersen, et al. (2007); y Meyerowitz et al. (1999)^(32,72).

Por su parte, los datos relacionados con tener una pareja estable o no, fueron similares en ambos grupos y cercanos al 70%, lo cual permite obtener datos acerca de la satisfacción sexual de acuerdo con lo evaluado a través del ISS y el BR-23. Estos hallazgos mostraron niveles mayores de insatisfacción en las mujeres sanas, incluso con valor clínico (superiores al punto de corte). Estos hallazgos son llamativos, sobre todo cuando autores como Dias, Xavier, Manuel y Costa (2001), plantean que las preocupaciones personales de la mujer y el impacto de la enfermedad a nivel de su auto-imagen son capaces de generar miedos y fantasías que pueden llegar a comprometer la vivencia de la sexualidad⁽⁹⁴⁾. Sin embargo, lo observado en esta muestra es que no se presentó alteración de la sexualidad, a pesar que un porcentaje importante de las pacientes (superior al 50%) había sido sometida a intervención quirúrgica, considerada una de las condiciones de tratamiento con mayor nivel de afectación en la imagen corporal y por ende en la sexualidad.

Lo anterior ha sido reportado por investigaciones previas que muestran cómo la satisfacción sexual y la calidad de vida, son constructos que se modifican en función de las condiciones de contexto que vive la persona y que por lo tanto explican la variación en las puntuaciones en los instrumentos utilizados para medirlas^(70,71) y explican además que los reportes de satisfacción sexual no difieran significati-

vamente entre mujeres afectadas y mujeres sanas^(32,72). Así mismo, varios estudios han comprobado la importancia de recibir soporte de la pareja para un adecuado ajuste al episodio de cáncer^(63,95-97), y los resultados de un estudio llevado a cabo por Fuller y Swensen (1992) con pacientes con cáncer presentaron el factor proximidad entre los miembros de la pareja como el mejor predictor de la calidad de vida y adaptación de la mujer a la enfermedad de cáncer de mama y la calidad de la relación de pareja como un importante predictor de la salud sexual⁽⁹²⁾. Con respecto a los resultados de esta investigación, es posible que la implementación de cambios positivos, como la mayor proximidad de la paciente con su pareja, y el posible aumento del acuerdo y cohesión en la misma relación, contribuyan a la mayor satisfacción de la mujer en relación con su sexualidad. Sin embargo, esta afirmación debe tratarse con cuidado, ya que no se evaluó el nivel de satisfacción con la pareja en condiciones diferentes a la sexualidad. No obstante y siguiendo la línea de lo indicado antes acerca de la modificación del concepto de calidad de vida y satisfacción general y sexual, en función de los ajustes propios de las enfermedades crónicas, podría hacer suponer que la valoración de demostraciones de afecto mediadas por el acompañamiento y proximidad de la pareja alrededor del diagnóstico y el tratamiento podrían tener una influencia en la revaloración de las relaciones y el nivel de satisfacción sexual^(70,71).

Por su parte, si bien no se reportaron datos de alteración en la satisfacción sexual general en el grupo de pacientes, si se vio afectada la frecuencia de ocurrencia de las relaciones, lo cual corrobora lo expresado por Burwell et al. (2006) acerca de la afectación del interés por el sexo, más que de la satisfacción sexual como tal⁽⁷⁹⁾. Este aspecto también debe entenderse a la luz de los hallazgos reportados previamente-

te^(79,31) que indican que la afectación en el interés o en la excitación sexual pueden obedecer incluso a razones hormonales derivadas del tratamiento y que para el caso del grupo evaluado fue una variable presente en un 41% de las pacientes.

Adicionalmente, se ha planteado que la insatisfacción con las relaciones sexuales después de un episodio de cáncer está asociado con la caracterización de la relación misma antes de la enfermedad, donde la calidad de la relación de pareja parece tener un papel fundamental⁽⁹⁸⁾, actuando como variable mediadora de la satisfacción. En el presente estudio, esta condición pudo estar presente. Además, es importante mencionar la dificultad para obtener un reporte objetivo de la vida sexual previa al episodio de la enfermedad, y la conocida tendencia de las personas a responder de acuerdo con la experiencia actual⁽⁷⁹⁾ las cuales se constituyen en una debilidad metodológica de este y otros estudios.

No se descarta la posibilidad de la ocurrencia de alteraciones en los hábitos sexuales, ya sea por limitaciones de orden físico o psicológico, sino que el cambio de estos hábitos puede haberse dado en un contexto de negociación y comprensión por parte del compañero y, por lo tanto, no son percibidos como negativos en la vivencia de la sexualidad por parte de la mujer, lo cual reafirma lo propuesto por Emilee, Ussher y Perz (2010), con respecto a la negociación y construcción intersubjetiva de la experiencia sexual⁽⁷⁸⁾. En la misma línea y congruente con hallazgos previos⁽⁷⁾, la percepción de apoyo social suele asociarse con mejores indicadores de satisfacción sexual y de calidad de vida en general, lo que en este estudio podría inferirse a partir de la duración de las relaciones de pareja (media de 19 años) y la probable valoración de la misma por parte de las pacientes.

Otro dato para comprender los resultados del estudio hace referencia a

la edad promedio de las pacientes (56 años). A este respecto, autores como Andersen et al. (2007) y Hahn (2008) plantean que el mayor impacto del cáncer sobre la satisfacción sexual se da en mujeres jóvenes, ya que incluso puede comprometerse la maternidad^(32,33). Esto podría explicar también en alguna medida el por qué no se vio significativamente afectada la satisfacción sexual en esta muestra.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el concepto de satisfacción sexual no es claro ni consensual, y eso se ha visto reflejado tanto en la operacionalización del concepto como en las conclusiones que se pueden formular al respecto. En este sentido, DeLamater (1991) propone la definición de satisfacción sexual como el grado en el cual la actividad sexual de una persona corresponde a sus expectativas⁽⁸⁶⁾. Por otra parte, Davidson, Darling y Norton (1995) consideran que el sentimiento de (in)satisfacción con la vida sexual se relaciona directamente con las experiencias sexuales pasadas de individuo, sus expectativas actuales y aspiraciones futuras⁽⁹⁹⁾. También Pinney, Gerrard y Denney refinaron el concepto identificando dos dimensiones en la sexualidad: la satisfacción sexual general (relativa a los tipos y frecuencia de la actividad sexual), y la satisfacción con el compañero actual⁽⁸⁶⁾. Es decir, que según estos autores la satisfacción tendría un componente personal y un componente interpersonal, dependiendo por un lado de los deseos de las personas por determinados tipos y frecuencia de actividades sexuales y, por otro lado, de las conductas del compañero. Por lo anterior, parece existir evidencia de que la satisfacción sexual se relaciona con dos tipos de bienestar, uno que es de nivel individual y otro que tiene un carácter más diádico, y que no es ajeno a la forma cómo se establece la relación de pareja. Según Manne y Badr (2008), en la literatura ha existido

un descuido al momento de comprender el cáncer y sus vivencias desde una perspectiva de pareja, y como una experiencia de nivel relacional. Implícita a esta perspectiva está la noción de que la enfermedad es algo que afecta a la pareja, y que el foco en la paciente y en su compañero por separado puede no ser tan beneficioso desde una perspectiva teórica y clínica, en comparación con un enfoque en la pareja y en la relación como un todo⁽¹⁰⁰⁾.

Algunos autores consideran que la forma como la pareja enfrenta la situación de enfermedad está determinada, en gran medida, por el funcionamiento anterior⁽¹⁰¹⁾. Es decir, por la manera en la cual acostumbraban comunicar y compartir sus sentimientos, por el grado de flexibilidad que mostraban en la organización y distribución de actividades y responsabilidades, y por las condiciones de respeto, indiferencia o agresión que ya eran una característica de la relación. Una mala adaptación conyugal en el momento del diagnóstico permite predecir una mayor probabilidad de experimentar dificultades a este nivel ^(102,103).

Por otro lado, hay autores que incluso sugieren que pueden ocurrir mejoras en la calidad de la relación, y una mayor aproximación emocional entre la pareja, después de un diagnóstico de cáncer^(102,104). Esta mejora general puede constituirse como una oportunidad para el desarrollo de una relación caracterizada por niveles superiores de intimidad conyugal ⁽¹⁰⁰⁾. En este sentido, una posible explicación para los resultados encontrados, está relacionada con el proceso de reaprendizaje de las conductas sexuales. Es decir, que estas parejas pueden hacer un esfuerzo en el sentido de descubrir y poner en práctica estrategias alternativas para expresar su afecto⁽¹⁰⁵⁾, y esto puede traducirse en altos niveles de satisfacción sexual en las pacientes. Adicionalmente, se sabe que el proceso de ajuste a la enfermedad puede

variar de acuerdo a las características de la paciente, de la enfermedad, y del transcurso de la misma⁽⁸⁾, lo que lleva a concluir que un diagnóstico de esta naturaleza es de carácter multidimensional. Asimismo, la reinterpretación de los acercamientos entre la pareja, el ofrecimiento de apoyo y la valoración de la relación como satisfactoria, pueden mediar la interpretación de la vida sexual.

En resumen, de la gran cantidad de estudios que han surgido en esta línea de investigación, parece existir un acuerdo en lo que respecta a la influencia de una relación conyugal de calidad en la adaptación de la paciente al diagnóstico y a los tratamientos para el cáncer de mama ⁽¹⁰⁶⁾. De la misma manera, se podría llegar a inferir que también a nivel de la sexualidad, los antecedentes cobran su importancia en la adaptación y/o percepción de la misma en una situación de enfermedad crónica.

Adicionalmente, se podría decir que más allá de los aspectos físicos presentes en el nivel de satisfacción sexual sentido por la persona, existen otros aspectos de orden emocional que pueden llegar a predecir esa satisfacción. En este sentido, Ganz et al. (1996) han mencionado que aunque el episodio de cáncer pueda tratarse de una experiencia desagradable y desafiante, este no implica necesariamente un trayecto emocionalmente desajustado⁽¹⁰⁷⁾. Por consiguiente, la adaptación exitosa de una pareja a las circunstancias de la enfermedad parece estar relacionada con la capacidad de la pareja para integrar el cáncer en sus vidas, superando los desafíos que este impone en la relación de pareja⁽¹⁰⁰⁾.

Los resultados encontrados en esta investigación contradicen los estudios que refieren una disminución en la satisfacción sexual en mujeres con cáncer de mama^(19,29,61). Por tanto, estos resultados podrán contribuir a desmitificar la creencia de que el diagnóstico y la vivencia del

cáncer de mama aportan a la disminución de la satisfacción en la relación de pareja. Si se tiene en cuenta que la sexualidad es un dominio importante en la vida íntima de la pareja, la cual representa uno de los ingredientes principales en una relación interpersonal próxima se entiende que un buen nivel de satisfacción en esta área puede contribuir a aumentar el nivel de satisfacción marital en general⁽¹⁰⁸⁾. Así, estos resultados pueden servir para empoderar las parejas que están atravesando una condición de enfermedad similar, en el sentido en que brinda algún entendimiento sobre la posibilidad de acercamiento que la experiencia de cáncer puede llegar a tener en la relación.

No obstante la importancia documentada del soporte de la pareja en la mejor adaptación al cáncer de mama^(63,95-97), sería importante indagar las características particulares que posee ese apoyo crucial.

Al analizar los resultados, no debería olvidarse un aspecto que igualmente puede tener impacto en el autorreporte de las pacientes y que obedece a lo destacado por autores como Sheppard y Ely (2008) y Wilmoth (2007)^(23,109), acerca de la influencia de la relación médico paciente, en el reporte de las preocupaciones asociadas con la sexualidad y que podría indicar la tendencia a sobrevalorar o a infravalorar la percepción debido a mitos, temores o creencias asociadas con la sexualidad y que reclaman por lo tanto, la pertinencia de tener en cuenta el acercamiento a este importante evento en la vida de las personas.

Finalmente, el estudio permite concluir que en la muestra evaluada, el cáncer y su tratamiento no correlacionaron de manera directa con la insatisfacción sexual y que esto puede llamar la atención sobre el impacto que tiene la calidad de la relación de pareja así como la experiencia sexual previa sobre la manera en que una pareja afronta su relación, incluida la sexualidad a partir del diagnóstico de cáncer de mama.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a los instrumentos empleados, específicamente aquellos relativos a los aspectos sexuales estudiados, se considera que hubiera sido valioso poder comprender qué aspectos de la sexualidad de la mujer afectada por el cáncer de mama han cambiado con la noticia del diagnóstico y con la vivencia de la enfermedad. Desafortunadamente, los instrumentos empleados en este estudio no dan indicios sobre el nivel de satisfacción sexual antes del diagnóstico, de modo que se pudiera realizar una comparación entre los dos momentos. Esto limita de forma importante las conclusiones aquí planteadas.

Una segunda limitación se refiere a la fuente de obtención de datos. Considerando que la sexualidad es una construcción altamente influenciada por la relación de pareja, los datos sobre satisfacción sexual deberían obtenerse por ambos informantes. Mucho más cuando la Escala de Satisfacción Sexual (ISS) utilizada en esta investigación, está compuesta de ítems que se caracterizan por tener una dimensión relacional. Adicionalmente, existen otros aspectos relativos al período a que se remonta la evaluación de las pacientes, ya que por un lado la Escala de Satisfacción Sexual (ISS) evalúa el nivel de satisfacción sexual con respeto al pasado en general, mientras la escala BR-23 hace una solicitud explícita para que la persona informe sobre las últimas 4 semanas. El tiempo puede estar afectando el juicio y la valoración que la mujer hace de su sexualidad.

Otra limitación importante de este estudio tiene que ver con los problemas metodológicos de investigar asuntos relacionados con la sexualidad humana⁽¹¹⁰⁾. En este sentido, se ha planteado que existe una tendencia a adaptar las respuestas en los auto-informes con el fin de exhibir una buena imagen o, si se quiere, una respuesta socialmente deseable. Particularmente,

la influencia de las respuestas socialmente deseables sobre las medidas de auto-informe de la conducta sexual, han sido motivo de especial preocupación dado el carácter privado que caracteriza el tópico⁽¹¹⁾. La tendencia de los participantes de presentarse a sí mismos bajo una luz favorable puede debilitar la validez de los índices de auto-informe sobre sexualidad. Así, la suposición de que la utilización de respuestas socialmente deseables y otros estilos de respuesta pueden, invariablemente, distorsionar la precisión de medidas de auto-informe, ha llevado algunos críticos a cuestionarse sobre si estos pueden proporcionar información significativa sobre la sexualidad humana⁽¹¹⁾.

En suma, los resultados de este estudio así como los planteamientos de diversos autores en el tema, subrayan la necesidad de ampliar y entender el concepto de sexualidad más allá de la respuesta sexual en sí misma, lo que supone una comprensión de la sexualidad como una construcción derivada de los valores y creencias de una cultura y frente a los cuales los equipos médicos deben mostrar especial sensibilidad para acercarse a estas pacientes y reducir los riesgos de alteración en esta importante área de la vida de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Global infobase. [En línea] [Acceso 1 de marzo de 2012] Disponible en: <http://www.who.int/infobase/report.aspx?iso=PRT&rid=119&goButton=Go>.
2. Instituto Nacional de Cancerología. El cáncer en cifras [En línea] 2010 [Acceso 1 de marzo de 2012] Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/cancerencifras>
3. República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones por grupos de edad y sexo, según lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10. [En línea] 2010 [Acceso 1 de marzo de 2012] Disponible en URL: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/defun_2005/CUaDRO5.xls
4. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2010.
5. Piñeros M, Ferlay J, Murillo R. Cancer incidence at the national and district levels in Colombia. *Salud Publica Mex* 2006; 48(6):455-65. Doi: 10.1590/S0036-36342006000600003
6. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast cancer. *Lancet* 2005;365:1727-41. Doi:10.1016/S0140-6736(05)66546-4
7. Salas C, Grisales H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia-Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2010;28:9-18.
8. Hewitt M, Herdman R, Holland J. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington DC: The National Academies Press, 2004
9. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García OA. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev Colomb Cancerol* 2008;12(4):181-90.
10. Robledo JF, Caicedo JJ, de Antonio R. Análisis de sobrevivida en una cohorte de 1328 pacientes con carcinoma de seno. *Rev Colomb Cir* 2005; 20(1): 4-20.
11. Bertero C, Chamberlain Wilmoth M. Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self. *Cancer Nurs* 2007; 30(3): 194-202. Doi: 10.1097/01.NCC.0000270707.80037.4c
12. Dow KH. A Review of late effects of cancer in women. *Semin Oncol Nursing* 1995;11(2):128-36.
13. Huber C, Ramnarace T, McCaffrey R. Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(6):1163-7. Doi:10.1188/06.ONF.1163-1167
14. Hordern A. Intimacy and sexuality for the women with breast cancer. *Cancer Nurs*

- 2000; 23:230-6. Doi:10.1097/00002820-200006000-00011
15. Bruner DW, Boyd CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy: Checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nurs* 1999; 22:438-47. Doi:10.1097/00002820-199912000-00007
 16. Mick J, Cohen MZ. Sexuality and cancer: A better approach to nursing assessment of oncology patients' sexuality concerns. *Hematology Oncology News & Issues*, 2(10), 30-31
 17. Hordern AJ, Currow DC. A patient-centered approach to sexuality in the face of life-limiting illness. *Med J Aust* 2003; 179 (suppl): 8-11.
 18. Wilmoth MC, Coleman EA, Smith SC. Fatigue, weight gain, and altered sexuality in patients with breast cancer: exploration of a syndrome cluster. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31:1069-75. Doi:10.1188/04.ONF.1069-1075
 19. Schag CAC, Ganz PA, Polinsky ML, Fred C, Hirji K, Petersen L. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *J Clin Oncol* 1993; 11: 783-93.
 20. Markopoulos C, Tsaroucha A, Kouskos E, Mantas D, Antonopoulou Z, Karvelis S. Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *The J Int Med Res* 2009; 37:182-8.
 21. Bertero C. Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psychooncology* 2002; 11:356-64. DOI: 10.1002/pon.577
 22. Ganz, OA, Desmond, KA, Berlin, TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999; 17:2371-2380.
 23. Sheppard L, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J* 2008; 14:176-81. Doi:10.1111/j.1524-4741.2007.00550.x
 24. Rogers M, Kristjanson LJ. The impact of sexual functioning chemotherapy-induced menopause in women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2002; 25:57-65. Doi:10.1097/00002820-200202000-00011
 25. Graziottin A, Rovei V. Sexuality after breast cancer. *Sexologies* 2007; 16:292-8. Doi:10.1016/j.sexol.2007.06.008
 26. Archibald S, Lemieux S, Byers ES, Tamlyn K, Worth J. Chemically induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors. *Women Ther* 2006; 29(1/2):83-106. Doi:10.1300/J015v29n01_05
 27. Garrusi B, Faezee H. How do Iranian women with breast cancer conceptualize sex and body image? *Sex Disabil* 2008; 26:159-65. Doi:10.1007/s11195-008-9092-x
 28. Wilmoth MC. The aftermath of breast cancer: An altered sexual self. *Cancer Nurs* 2001; 24(4): 278-86. Doi:10.1097/00002820-200108000-00006
 29. Taylor C, Basen-Engquist K, Shinn E, Bodurka D. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol* 2004; 22(5): 881-9.
 30. Lee SJ, Schover LR, Partridge AH, Patrizio P, Wallace WH, Hagerly K, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *J Clin Oncol* 2006; 24:2917-31.
 31. Dizon DS. Quality of life after breast cancer: Survivorship and sexuality. *Breast J* 2009; 15(5): 500-4. Doi:10.1111/j.1524-4741.2009.00766.x
 32. Andersen B, Carpenter K, Yan H, Shapiro Ch. Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *J Clin Oncol* 2007; 25: 151-7.
 33. Hahn K. Sexuality and breast cancer survivorship. En: Hunt K, Robb J, Strom E, Ueno N, editores. *Breast cancer* (second edition). New York: Springer, 2008. p.525-34.
 34. Anllo LM. Sexual life after breast cancer. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 241-8. Doi:10.1080/00926230050084632

35. Mor V, Malin M, Allen S. Age differences in psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; 16:191-7. Doi:10.1002/1097-0142(19941001)74:7+<2118::AID-CNCR2820741720>3.0.CO;2-N
36. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Zibecchi, L, Khan B, Belin TR. Managing menopausal symptoms in breast cancer survivors: Results of a randomized control trial. *J Nat Inst* 2000; 92:1054-64. Doi:10.1093/jnci/92.13.1054
37. Schover, L. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1994; 16:177-82.
38. 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. *J Clin Oncol* 1998; 16: 501-4.
39. Ganz PA. Sexual functioning after breast cancer: A conceptual framework for future studies. *Ann Oncol* 1997; 8(2):105-7. Doi:10.1023/A:1008218818541
40. Ganz PA, Schag CAC, Lee JJ, Polinsky ML, Tan S. Breast conservation versus mastectomy: Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer* 1992; 69: 1729-38. Doi:10.1002/1097-0142(19920401)69:7<1729::AID-CNCR2820690714>3.0.CO;2-D
41. Levy SM, Haynes LT, Herberman RB, Lee J, McFeeley S, Kirkwood J. Mastectomy versus breast conservation surgery: Mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychol* 1992; 11(6): 349-54. Doi:10.1037/0278-6133.11.6.349
42. Kornblith, AB, Herndon, JE 2nd, Weiss, RB, Zhang C, Zuckerman EL, Rosenberg S. et al. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer* 2003; 98:679-89. Doi:10.1002/cncr.11531
43. Taquet A. Cancer du sein et sexualité. *Rev Francoph Psychooncol* 2005; 3:170-4. Doi:10.1007/s10332-005-0078-y
44. Bakewell RT, Volker, DL. Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2005; 9(6): 697-702. Doi:10.1188/05.CJON.697-702
45. Pozo C, Carver CS, Noriega V, Harris SD, Robinson DS, Ketcham AS, et al. Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of the first year postsurgery. *J Clin Oncol* 1992; 10(8):1292-8.
46. Dorval M, Maunsell E, Deschenes L, Brisson J. Type of mastectomy and quality of life for long-term breast carcinoma survivors. *Cancer* 1998; 83:2130-8. Doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19981115)83:10<2130::AID-CNCR11>3.0.CO;2-8
47. Yurek D, Farrar W, Andersen, BL. Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 697-709. Doi:10.1037//0022-006X.68.4.697
48. Schover LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA Cancer J Clin* 1991; 41: 112-20. Doi:10.3322/canjclin.41.2.112
49. Schover LR. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparasion of their effects on psychological adjustment, body image, and sexuality. *Cancer* 1995; 75(1): 54-64. Doi:10.1002/1097-0142(19950101)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I
50. Henson HK. Breast Cancer and Sexuality. *Sex Disabil* 2002; 20(4): 261-75. Doi:10.1023/A:1021657413409
51. Kornblith AB, Ligibel J. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol* 2003; 30(6): 799-813. Doi:10.1053/j.seminoncol.2003.08.025
52. Burdwell SR, Case DL, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* 2006; 24(18):2815-21.

53. Northouse L, Mood D, Templin T, Mellon S, George T. Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Soc Sci Med* 2000; 50: 271-84. Doi:10.1016/S0277-9536(99)00281-6
54. Burdwell SR, Case DL, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* 2006; 24(18): 2815-21.
55. Northouse L, Mood D, Templin T, Mellon S, George T. Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Soc Sci Med* 2000; 50: 271-84. Doi:10.1016/S0277-9536(99)00281-6
56. Picard L, Dumont S, Gagnon P, Lessard G. Coping strategies among couples adjusting to primary breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2005; 23(2/3): 115-35.
57. Kayser K, Sormanti M, Strainchamps E. Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychol Women Q* 1999; 23:725-739. Doi:10.1111/j.1471-6402.1999.tb00394.x
58. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Bank PJ, Bloom RJ. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15:579-94. Doi:10.1002/pon.991
59. Can G, Oskay U, Durna Z, Aydiner A, Saip P, Disci R, et al. Evaluation of sexual function of Turkish women with breast cancer receiving systemic treatment. *Oncol Nurs Forum*, 35, 471-476. Doi: 10.1188/08.ONF.471-476
60. Andersen B, Jochimsen P. Sexual functioning among breast cancer, gynecologic cancer, and healthy women. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53(1): 21-32. Doi: 10.1037/0022-006X.53.1.25
61. Northouse, LL. Breast cancer in younger women: Effects on interpersonal and family relations. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; 16: 183-90.
62. Stillerman AH. Sexual adjustment to mastectomy: Description comparison with partner's perspective and prediction of sexual adjustment. *Dis Abstr Northwestern Univ.* 1984.
63. Lichtman R, Taylor SE, Wood J. Social support and marital adjustment after breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 1987;5:47-72.
64. Christensen A, Shenk JL. Communication, conflict, and psychological distance in non-distressed, clinic, and divorcing couples. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:458-63. Doi: 10.1037/0022-006X.59.3.458
65. Barton-Burke M, Gustason C. Sexuality in women with cancer. *Nurs Clin North Am* 2007;42: 531-54. doi:10.1016/j.cnur.2007.08.001
66. Wilmoth MC, Sanders LD. Accept me for myself: African-American women's issues after breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 2001;28: 875-9.
67. Ashing-Giwa K, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wright K, Cascarelli A, et al. The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative multiethnic study. *Psychooncology* 2004; 13,709-28. Doi:10.1002/pon.785
68. Taylor KL, Lamdan RM, Siegel JE, Shelby R, Hrywna M, Moran-Klimi K. Treatment regimen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among African American breast cancer patient. *Psychooncology* 2002; 11:505-17. DOI: 10.1002/pon.616
69. Adams J, DeJesus Y, Trujillio M. Assessing sexual dimensions in Hispanic women: Development of an instrument. *Cancer Nurs* 1997; 20: 251-9. Doi:10.1097/00002820-199708000-00004
70. Ring L. Quality of life. En: Ayers S, Baum A, McKanus Ch, Newman S, Wallston K, Weiman J, West R, editores. *Cambridge handbook of psychology health and medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 2007. p. 178-81.
71. Bowling A. Quality of life assessment. En: Ayers S, Baum A, McKanus Ch., Newman S, Wallston K, Weiman J, West R, editores. *Cambridge handbook of psychology health and medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 2007. p. 319-21.

72. Meyerowitz B, Desmond K, Rowland J, Wyatt G, Ganz P. Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther* 1999; 25: 237-50. Doi:10.1080/00926239908403998
73. Thomas-MacLean, R. Beyond dichotomies of health and illness: Life after breast cancer. *Nurs Inq* 2005; 12(3):200-9. Doi:10.1111/j.1440-1800.2005.00268.x
74. Wilmoth MC, Ross JA. Women's perception. *Breast cancer treatment and sexuality. Cancer Pract* 1997; 5: 353-9.
75. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire CP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Br Med J* 1990; 301:575-80.
76. Larman C, Daly M, Walsh WP, Resch N, Seay J, Barsevick A, et al. Communication between patients with breast cancer and health care providers: Determinants and implications. *Cancer* 1993; 2(9):2612-20.
77. McWilliam CL, Brown JB, Stewart M. Breast cancer patient's experiences of patient-doctor communication: A working relationship. *Patient Educ Couns* 2000; 39:191-204. Doi:10.1016/S0738-3991(99)00040-3
78. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas* 2010; 66: 397-407. Doi:10.1016/j.maturitas.2010.03.027
79. Burwell S, Case D, Kaelin C, Avis N. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* 2006; 18: 2815-21.
80. Graziottin A, Rovei V. Sexuality after breast cancer. *Sexologies* 2007; 16: 292-8.
81. Wimberly SR, Carver CS, Laurenceau JP, Harris SD, Antoni MH. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 300-11. Doi:10.1037/0022-006X.73.2.300
82. Casso D, Burst D, Taplin S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2: 25-33. Doi: 10.1186/1477-7525-2-25
83. Kroenke C, Posner B, Chen W. Functional impact of breast cancer by age of diagnosis. *J Clin Oncol* 2004; 22:1849-56.
84. Arndt V, Merx H, Stepmaier C. Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23:4945-53.
85. Hudson W, Harrison D, Crosscup P. A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *J Sex Res* 1981; 7(2):157-74. Doi:10.1080/00224498109551110
86. Pechorro P, Diniz A, Almeida S, Vieira R. Validação de uma versão feminina do Índice de Satisfação Sexual (ISS). *Laboratório de Psicologia* 2009; 7(1): 45-56.
87. Fayers PM, Aaronson N, Bjordal K, Curran D, Groevold M. EORTC QLQ-C30 Scoring manual (2nd ed.). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Study group, 1999.
88. Kawatkar A, Gwardy-Sridhar F. A systematic review of the EORTC QLQ-BR23: Descriptive health related quality of life instrument used in breast cancer. *Value in Health* 2006; 9(3): 117. Doi:10.1016/S1098-3015(10)64667-0
89. Sánchez R, Venegas M, Otero, J, Sánchez, O. Adaptación transcultural de dos escalas para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia: EORTC-QLQ-C30 y QLQ-BR23. *Rev Colomb Cancerol* 2009; 13(4): 205-12.
90. Bodenmann, G. Stress und coping bei paaren [Stress and coping in couples]. Göttingen, Germany: Hogrefe; 2000.
91. Randal, AK, Bodenmann, G. The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clin Psychol Rev* 2009; 29:105-15.
92. Fuller S, Swensen C. Marital quality of life among cancer patients and their spouses. *J Psychosoc Oncol* 1992; 10:41-56.
93. Dorval M, Guay S, Mondor M, Masse B, Falardeau M, Robidoux A, et al. Couples

- who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *J Clin Oncol* 2005; 23(15): 3588-96.
94. Dias MR, Manuel P, Xavier P, Costa A. O cancro da mama no "seio" da família. In MR. Dias, & Durá, editores. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi, 2001. p. 303-20.
95. Jamison KR, Wellisch DK, Pasnau, RO. Psychosocial aspects of mastectomy: The man's perspective. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 432-6.
96. Northouse LL, Dorris G, Charron-Moore C. Factors affecting couples adjustment to recurrent breast cancer. *Soc Sci Med* 1995; 41: 69-76. Doi:10.1016/0277-9536(94)00302-A
97. Pistrang N, Barker C. The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Soc Sci Med* 1995; 40: 789-97. Doi:10.1016/0277-9536(94)00136-H
98. Ramos AS, Patrão I. Imagem corporal da mulher com cancro da mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Anál Psicol* 2005; 3 (XXIII): 295-304.
99. Davidson J, Darling C, Norton L. Religiosity and the sexuality of women: Sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *J Sex Res* 1995; 32(3): 235-43. Doi:10.1080/00224499509551794
100. Manne S, Badr H. Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer* 2008; 112(11 Suppl): 2541-55. Doi:10.1002/cncr.23450
101. Senosian EA, Maraña MG. Una oportunidad de vida: el papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2008.
102. Dorval M, Maunsell E, Taylor-Brown J, Kilpatrick M. Marital stability after breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 54-9. Doi:10.1093/jnci/91.1.54
103. Manne S. Couples coping with cancer: Research issues and recent findings. *J Clin Psychol Med Settings* 1994; 1 (4): 317-30. Doi:10.1007/BF01991076
104. Taylor-Brown, J, Kilpatrick, M, Maunsell E, Dorval, M. Partner abandonment of women with breast cancer: myth or reality? *Cancer Pract* 2000; 8: 160-4. Doi:10.1046/j.1523-5394.2000.84004.x
105. Speer J, Hillenberg B, Sugrue D, Blacker C, Kresge C, Decker V, et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J* 2005; 11(6): 440-7. doi:10.1111/j.1075-122X.2005.00131.x
106. Giese-Davis J, Hermanson, K, Koopman C, Weibel D, Spiegel, D. Quality of couple's relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *J Fam Psychol* 2000;14: 251-66.
107. Ganz P, Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky M, Petersen L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat* 1996; 38(2): 183-99. Doi:10.1007/BF01806673
108. Manne SL, Ostroff J, Rini C, Fox K, Goldstein L, Grana G. The interpersonal process model of intimacy: The role of self-disclosure, partner disclosure, and partner responsiveness in interactions between breast cancer patients and their partners. *J Fam Psychol* 2004; 18(4): 589-99. Doi:10.1037/0893-3200.18.4.589
109. Wilmoth M. Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nurs Clin North Am* 2007, 42, 507-14. Doi:10.1016/j.cnur.2007.08.008
110. Catania JA. A Framework for conceptualizing reporting bias and its antecedents in interviews assessing human sexuality. *J Sex Res* 1999; 36(1): 25-38. Doi:10.1080/00224499909551964
111. Meston CM, Heiman JR, Trapnell PD, Paulhus DL. Socially desirable responding and sexuality self-reports. *J Sex Res* 1998; 35(2):147-157. Doi:10.1080/00224499809551928