

Función Sexual Femenina, Afrontamiento e Imagen Corporal en Mujeres con
Cáncer. Un Estudio con Pacientes del Instituto de Oncología “Ángel H.
Roffo” por Mirta Alicia Di Pretoro

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No
comercial - Sin obra derivadas - 4.0 Internacional.



UNIVERSIDAD de PALERMO
FACULTAD de CIENCIAS SOCIALES

Tesis de Doctorado (PhD)

**Función Sexual Femenina, Afrontamiento e Imagen Corporal en
Mujeres con Cáncer. Un Estudio con Pacientes del Instituto de
Oncología “Ángel H. Roffo”**

Doctoranda: Lic. Mirta Alicia Di Pretoro

Directora: Dra. Rosa Inés Colombo

Buenos Aires, marzo de 2016

DEDICATORIAS

A Guido, mi compañero de aventuras

A nuestros hijos, Julián y Alejandro

A mi mamá Lita, por su comprensión

A la memoria de Marcelo, que sin saberlo se convirtió en el inspirador de mi vocación

A mis hermanos, Raúl, Carlos y Mónica

A la memoria de la Lic. Noemí Fisman, por su amistad e inserción en la Argentina de la

Psico-Oncología

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rosa Inés Colombo, por su acompañamiento académico y afectivo.

Al Dr. Alejandro Castro Solano, por el nivel académico del Doctorado a su cargo.

Al Dr. Alejandro Cosentino, quien colaboró activamente en el inicio de este desafío.

Al Académico Prof. Dr. Roberto Pradier y Prof. Dr. Nicolás Romeo, por ser mis maestros institucionales.

A mi amiga y compañera Dra. Adriana Romeo, por compartir los desvelos que ocasionó llegar a este fin.

A las Lics. Susana Handelsman, Romina Infantino, Silvana Leites y Mercedes Califano, por la incondicional y desinteresada colaboración y especialmente a la Dra. Diana Bequelman por sus observaciones críticas, su sostén y aliento en momentos que temía claudicar.

A la Dra. Melina Crespi por su acompañamiento y guía en el campo estadístico y metodológico.

Al Lic. Carlos Manfredi, amigo de la vida y excelente escritor, quien me aportó sus conocimientos leyendo borradores de un tema tan complejo como es el cáncer.

A mis amigos Lics. Cristina Coscione, María del Carmen Bermúdez, Liliana Lofrano, Jorge Zuviría, Isabel Píriz, Nancy Ferro y Dra. María del Carmen Vidal y Benito, por el “aguante”.

A colegas, compañeros y amigos del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo” que me estimularon y apuntalaron en la confección y finalización de esta ardua tarea.

A todos y cada uno de los pacientes, quienes a lo largo de estos años, son y fueron mis mejores maestros.

ÍNDICE GENERAL	Página
RESUMEN	16
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	17
INTRODUCCIÓN	18
Capítulo 1. ¿QUÉ ES EL CÁNCER?	23
1. 1. Descripción y tipos de cáncer	24
1. 2. Análisis de la situación del cáncer en la Argentina:	
Incidencia y mortalidad	27
1. 3. Estadificación. Sistema de estadificación	33
1. 4. Procedimientos y estudios para el diagnóstico,	
tratamiento y pronóstico del cáncer	34
1. 5. Tratamientos contra el cáncer	37
1. 5. 1. Tratamientos Locales	37
<i>1. 5. 1. 1. Tratamiento quirúrgico</i>	37
<i>1. 5. 1. 2. Tratamiento radioterapéutico</i>	39
1. 5. 2. Tratamientos Sistémicos	39
<i>1. 5. 2. 1. Quimioterapia</i>	40
<i>1. 5. 2. 2. Terapias biológicas</i>	40
<i>1. 5. 2. 3. Tratamiento hormonal</i>	41
<i>1. 5. 2. 4. Transplante de médula ósea</i>	41
1. 6. Efectos secundarios y secuelas de los tratamientos	
contra el cáncer	42
1. 7. Psico-oncología	43
1. 7. 1. Tratamiento psico-oncologico	45
Capítulo 2. LA MUJER ENFERMA DE CÁNCER	48

2. 1. Representaciones sociales de la enfermedad y sus tratamientos	50
2. 2. Estrés y cáncer	53
2. 3. Incidencia de cáncer en la mujer argentina	56
2. 4. Climaterio	57
2. 5. Chemobrain	62
2. 6. Asesoramiento genético oncológico	64
2. 6. 1. Cirugía profiláctica	66
Capítulo 3. FUNCIÓN SEXUAL Y CÁNCER	69
3. 1. Sexo y sexualidad	70
3. 2. Fases del ciclo completo de la respuesta sexual en la mujer	71
3. 3. Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas	71
3. 3. 1. Disfunción del Deseo	73
3. 3. 2. Disfunción de la Excitación	73
3. 3. 3. Disfunción del Orgasmo	75
3. 3. 4. Dolor	75
3. 3. 5. Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos	75
3. 4. Los tratamientos oncológicos y sus repercusiones en la adaptación psicosexual de la mujer	75
Capítulo 4. AFRONTAMIENTO Y CÁNCER	82
4. 1. Concepto de estrés, distrés y eustrés	83
4. 2. Afrontamiento: ¿estilo o estrategia?	84
4. 3. El cáncer como estresor	85

Capítulo 5. IMAGEN CORPORAL Y CÁNCER	93
5. 1. Definiciones	94
5. 2. Modificaciones corporales como consecuencia de los tratamientos oncoespecíficos	97
5. 2. 1. Linfedema	97
5. 2. 2. Mastectomía	98
5. 2. 3. Ostmías digestivas (colostomía, ileostomía) y urológicas (cistectomía)	101
5. 2. 4. Deformidades de cabeza y cuello	103
Capítulo 6. EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA SEXUALIDAD, AFRONTAMIENTO E IMAGEN CORPORAL EN LA MUJER CON CÁNCER	104
6. 1. Instrumentos de evaluación de la sexualidad	105
6. 2. Instrumentos de evaluación del afrontamiento	107
6. 3. Instrumentos de evaluación de la imagen corporal	109
SEGUNDA PARTE: INVESTIGACION APLICADA	112
Capítulo 7. PROPÓSITOS Y SUPUESTOS DE LA INVESTIGACIÓN	113
7. 1. Planteo del Problema	114
7. 2. Relevancia de la Investigación	116
7. 3. Objetivos	117
7. 3. 1. Objetivos Generales	117
7. 3. 2. Objetivos Específicos	117
7. 4. Hipótesis	119
Capítulo 8. METODOLOGIA	121
8. 1. Diseño y Tipo de Estudio	122

8. 2. Conceptualización de las Variables	122
8. 3. Contextualización del ámbito de estudio	124
8. 4. Participantes	124
8. 4. 1. Características de las Participantes	126
8. 5. Procedimiento	131
8. 6. Instrumentos de Recolección de Datos	132
8. 6. 1. Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)	133
8. 6. 2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)	135
8. 6. 3. Versión Española Reducida del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ®)	138
8. 7. Análisis Estadístico	142
Capítulo 9. RESULTADOS	144
9. 1. La Función Sexual en mujeres con cáncer	145
9. 1. 1. Características de la Función Sexual en mujeres con cáncer antes del diagnóstico y durante el/los tratamiento/s	145
9. 1. 2. Características de la Función Sexual en las mujeres con cáncer al finalizar el/ los tratamientos	146
9. 1. 2. 1. <i>Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) según variables relacionadas a la enfermedad y a variables socio-demográficas</i>	153
9. 1. 2. 2. <i>Análisis de los Dominios y total del IFSF según tipo de patología oncológica</i>	155
9. 1. 2. 3. <i>Análisis de los Dominios y total del IFSF según tipo de tratamiento</i>	156
9. 1. 2. 4. <i>Asociación entre el IFSF y las variables edad y nivel</i>	

<i>educativo de las mujeres con cáncer</i>	156
9. 2. Descripción de los Eventos Estresantes referidos por las mujeres con cáncer	156
9. 2. 1. Descripción de las Estrategias de Afrontamiento implementadas por las mujeres con cáncer	158
9. 2. 2. Estudio de las de las Estrategias de Afrontamiento según variables socio-demográficas y variables relacionadas con la enfermedad	159
9. 3. Autopercepción de la Imagen Corporal en mujeres con cáncer	159
9. 3. 1. Estudio descriptivo de cada una de las Escalas y total del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire MBSRQ®	160
9. 3. 2. Estudio comparativo de los factores del MBSRQ® según tipo de patología oncológica y tipo de tratamiento	161
9. 4. Análisis de la Función Sexual y las Estrategias de Afrontamiento en mujeres con cáncer	163
9. 4. 1. Relación entre las Estrategias de Afrontamiento y la conformidad con la Función Sexual durante los tratamientos y luego de su finalización	163
9. 4. 2. Asociación entre Dominios y total del IFSF y las Estrategias de Afrontamiento en las mujeres con cáncer	164
9. 5. Análisis de la Función Sexual y su relación con la Autopercepción de la Imagen Corporal en las mujeres con cáncer	164

9. 6. Asociación entre la Autopercepción de la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento en mujeres con cáncer	167
9. 7. Análisis de la relación entre la Autopercepción de la Imagen Corporal, Estrategias de Afrontamiento y Función Sexual en mujeres con cáncer	168
9. 8. Comparación de la Función Sexual entre mujeres con cáncer y mujeres sanas según el análisis del IFSF	169
9. 8. 1. Análisis de los Dominios y total del IFSF en mujeres con cáncer y mujeres sanas	174
9. 9. Comparación de los Eventos Estresantes reportados en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI por mujeres con cáncer y mujeres sanas	175
9. 9. 1. Comparación de las Escalas de Afrontamiento entre mujeres con cáncer y mujeres sanas	177
9. 10. Comparación de la Autopercepción de la Imagen Corporal entre mujeres con cáncer y mujeres sanas	178
Capítulo 10. DISCUSIÓN	180
10. 1. La Función Sexual en las mujeres con cáncer luego de la finalización de el/los tratamiento/s (hipótesis 1)	181
10. 2. Función Sexual y Estrategias de Afrontamiento en las mujeres con cáncer (hipótesis 2)	185
10. 3. Función Sexual y Autopercepción de la Imagen Corporal en las mujeres con cáncer (hipótesis 3)	190
10. 4. Estrategias de Afrontamiento y Autopercepción de la	

Imagen Corporal en las mujeres con cáncer (hipótesis 4)	194
10. 5. Función Sexual, Estrategias de Afrontamiento y Autopercepción de la Imagen Corporal en las mujeres con cáncer (hipótesis 5)	196
10. 6. Función Sexual en las mujeres con cáncer y mujeres sanas (hipótesis 6)	197
10. 7. Estrategias de Afrontamiento en las mujeres con cáncer y mujeres sanas (hipótesis 7)	199
10. 8. Autopercepción de la Imagen Corporal en las mujeres con cáncer y las mujeres sanas (hipótesis 8)	200
Capítulo 11. CONCLUSIONES	202
11. 1. Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación	210
REFERENCIAS	213
Anexos:	243
Anexo 1. Consentimiento Informado	244
Anexo 2. Instrumentos de Evaluación:	246
<i>A. Entrevista Estructurada</i>	246
<i>B. Índice de Función Sexual Femenina</i>	247
<i>C. Inventario de Estrategias de Afrontamiento</i>	252
<i>D. Cuestionario de Imagen Corporal</i>	255

ÍNDICE ICONOGRÁFICO

<u>Figuras</u>	Página
Figura 1. Pérdida del control del crecimiento normal celular	24
<u>Gráficos</u>	
Gráfico 1. Tasas estimadas por la IARC de incidencia de cáncer en mujeres para las principales localizaciones, ajustadas por edad según población mundial. Argentina, 2012.	28
Gráfico 2. Tasas estimadas por la IARC de incidencia de cáncer en hombres para las principales localizaciones, ajustadas por edad según población mundial. Argentina, 2012.	28
Gráfico 3. Mortalidad por cáncer de mama en mujeres según provincias. Tasas estandarizadas por edad según población mundial por 100.000 habitantes. Argentina, 2012.	31
Gráfico 4. Ocupación de las mujeres que han padecido cáncer.	127
Gráfico 5. Ocupación de las mujeres sanas.	128
Gráfico 6. Nivel de instrucción de las mujeres que han padecido cáncer.	128
Gráfico 7. Nivel de instrucción de las mujeres sanas.	129
Gráfico 8. Residencia de las mujeres que han padecido cáncer.	129
Gráfico 9. Residencia de las mujeres sanas.	130
Gráfico 10. Tratamientos oncológicos realizados por las mujeres de la muestra.	131
Gráfico 11. Conformidad con la actividad sexual antes, durante y luego de los tratamientos.	145
Gráfico 12. Factores asociados a la disconformidad con la actividad sexual durante los tratamientos.	146
Gráfico 13. Pregunta 1 del IFSF.	147

Gráfico 14. Pregunta 2 del IFSF.	147
Gráfico 15. Pregunta 3 del IFSF.	148
Gráfico 16. Pregunta 4 del IFSF.	148
Gráfico 17. Pregunta 5 del IFSF.	148
Gráfico 18. Pregunta 6 del IFSF.	148
Gráfico 19. Pregunta 7 del IFSF.	149
Gráfico 20. Pregunta 8 del IFSF.	149
Gráfico 21. Pregunta 9 del IFSF.	149
Gráfico 22. Pregunta 10 del IFSF.	149
Gráfico 23. Pregunta 11 del IFSF.	150
Gráfico 24. Pregunta 12 del IFSF.	150
Gráfico 25. Pregunta 13 del IFSF.	150
Gráfico 26. Pregunta 14 del IFSF.	151
Gráfico 27. Pregunta 15 del IFSF.	151
Gráfico 28. Pregunta 16 del IFSF.	151
Gráfico 29. Pregunta 17 del IFSF.	152
Gráfico 30. Pregunta 18 del IFSF.	152
Gráfico 31. Pregunta 19 del IFSF.	152
Gráfico 32. Distribución de Problemas reportados en el Inventario de Afrontamiento por las mujeres oncológicas.	157
Gráfico 33. Valores Medios: Estrategias de Afrontamiento de las mujeres con cáncer luego de la finalización de los tratamientos.	159
Gráfico 34. Comparación deseo/interés sexual.	169
Gráfico 35. Comparación intensidad de deseo.	169

Gráfico 36. Comparación frecuencia excitación.	170
Gráfico 37. Comparación nivel de excitación.	170
Gráfico 38. Comparación confianza en excitarse.	170
Gráfico 39. Comparación satisfacción excitación.	170
Gráfico 40. Comparación frecuencia lubricación.	171
Gráfico 41. Comparación dificultad lubricación.	171
Gráfico 42. Comparación frecuencia de lubricación hasta finalizar actividad sexual.	171
Gráfico 43. Comparación frecuencia de lubricación hasta finalizar actividad sexual.	171
Gráfico 44. Comparación orgasmo.	172
Gráfico 45. Comparación dificultad orgasmo.	172
Gráfico 46. Comparación satisfacción orgasmo.	172
Gráfico 47. Comparación satisfacción con la cercanía emocional a la pareja.	172
Gráfico 48. Comparación satisfacción con la pareja.	173
Gráfico 49. Comparación satisfacción con vida sexual en general.	173
Gráfico 50. Comparación dolor durante la penetración vaginal.	173
Gráfico 51. Comparación dolor después de la penetración vaginal.	173
Gráfico 52. Comparación de intensidad de dolor durante o después de la penetración	174
Gráfico 53 Comparación de Problemas reportados en el Inventario de Afrontamiento	176

Tablas

Tabla 1. Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) para Argentina en 2012 según localizaciones tumorales más frecuentes.	27
Tabla 2. Mortalidad por cáncer en hombres y mujeres de Argentina 2012.	

Distribución absoluta y porcentaje acumulado según las principales localizaciones tumorales a nivel país y regiones geográficas.	29
Tabla 3. Estadios del cáncer y su significado.	34
Tabla 4. Media de edad de mujeres que han padecido cáncer.	127
Tabla 5. Media de edad de mujeres sanas.	127
Tabla 6. Tipos de cáncer de la muestra.	130
Tabla 7a. Consistencia Interna del IFSF.	133
Tabla 7b. Matriz factorial del IFSF.	134
Tabla 8a. Matriz factorial del CSI	137
Tabla 8b. Consistencia Interna del CSI.	138
Tabla 9a. Matriz factorial del MBSRQ®	140
Tabla 9b. Consistencia Interna del MBSRQ®.	142
Tabla 10. Valores medios y desvíos estándares de los Dominios y Total del IFSF.	153
Tabla 11. Conformidad con la actividad sexual antes del diagnóstico de cáncer.	154
Tabla 12. Chi-Cuadrado: asociación entre las variables tipo de cáncer y conformidad/ no conformidad con la actividad sexual antes del diagnóstico.	154
Tabla 13. Conformidad/disconformidad con la actividad sexual durante los tratamientos.	155
Tabla 14. Asociaciones entre IFSF y las variables edad y nivel educativo de las mujeres con patologías oncológicas.	156
Tabla 15. Problemas específicos por área.	157
Tabla 16. Estadística descriptiva de las escalas del MBSRQ®.	160
Tabla 17. Comparación de los factores del MBSRQ® según tipo de cáncer.	161
Tabla 18. Comparación de los factores del MBSRQ® según presencia/ausencia de cirugía.	162

Tabla 19. Valores medios en las escalas y total del MBSRQ® según tipo de tratamiento.	162
Tabla 20. Relación entre las estrategias de afrontamiento y conformidad de la actividad sexual durante los tratamientos oncológicos.	163
Tabla 21. Relación entre las estrategias de afrontamiento según satisfacción o no con la vida sexual luego de los tratamientos onco-específicos.	164
Tabla 22. Comparación de los dominios y total del IFSF y las estrategias de afrontamiento.	164
Tabla 23. Comparación de las escalas y total del MBSRQ® según tipo Satisfacción con la Vida Sexual post tratamiento.	165
Tabla 24. Correlaciones entre escalas del MBSRQ® y del IFSF.	167
Tabla 25. Correlaciones de Pearson entre escalas del MBSRQ® y las escalas del Inventario de Afrontamiento (CSI).	168
Tabla 26. Comparación de los dominios y total del FSF en mujeres con patologías oncológicas y no oncológicas.	174
Tabla 27. Comparativo de Problemas específicos.	176
Tabla 28. Comparación de las escalas de afrontamiento entre mujeres con y sin patologías oncológicas.	178
Tabla 29. Comparación de las escalas y total del MBSRQ® entre mujeres con y sin patologías oncológicas.	179

Función sexual femenina, Afrontamiento e Imagen corporal en mujeres con cáncer. Un Estudio con Pacientes del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”

Resumen

El cáncer es una situación crítica que puede afectar diferentes áreas de la vida de la persona. Por tanto, el objetivo de este estudio ha sido analizar y determinar asociaciones significativas entre la Función Sexual, las Estrategias de Afrontamiento y la Autopercepción de la Imagen Corporal en mujeres con cáncer y en mujeres sanas, estableciendo una comparación entre ambos grupos. A tal fin se realizó un estudio descriptivo correlacional, transversal y comparativo y se utilizaron: el Índice de Función Sexual Femenino (IFSF), de Rosen et al. (2000) validado por Blümel et al. (2004); El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), de Tobia et al. (1989) adaptado por Cano García et al. (2007); y la versión reducida del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ®), de Ribas Rabert et al. (2008). Los resultados obtenidos señalan que las mujeres sin patología presentaban valores medios elevados en todos los dominios y en el total del IFSF, excepto en el dominio de Dolor. Sin embargo, al evaluar el nivel de satisfacción con la actividad sexual, no se registraron variaciones en lo que respecta a la relación sexual con la pareja resultando alto el nivel de satisfacción percibido en ambos grupos. Asimismo, las mujeres oncológicas obtuvieron puntuaciones medias más elevadas en las estrategias de afrontamiento correspondientes a Evitación del Problema y a Reestructuración Cognitiva. También, las mujeres con cáncer tuvieron puntuaciones más elevadas en el Cuidado del Aspecto Físico mientras que las sanas presentaron valores medios más altos en la satisfacción con el propio Atractivo Físico. Los resultados reflejan la importancia de generar intervenciones psicológicas que permitan a las mujeres con cáncer un funcionamiento pleno sin olvidar la inclusión de las parejas ya que, estas últimas, se constituyen en uno de los ejes fundamentales de la recuperación emocional de la mujer

Palabras claves: Psico-Oncología- Mujeres con cáncer- Función Sexual- Estrategias de Afrontamiento- Autopercepción de la Imagen Corporal.

The female sexual function, coping with body image for women with cancer. A study with patients from the Institute of Oncology “Angel H Roffo”

Abstract

Cancer is a critical situation that can effect different areas of a persons life. Therefore, the objective of this study has been to analyze and establish the significant associations between the Sexual Function, the Strategies of Coping, and Body Self Image for women with cancer as well as healthy women, and comparing the two groups. With this aim, a descriptive, correlative, transversal, comparative study took place using: The Female Sexual Function Index (IFSF), by Rosen et al. (2000) validated by Blumel et al. (2004); The Inventory of Strategies for Coping (CSI), by Tobia et al.(1989) adapted by Cano García et al.(2007); and the reduced version of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ®) by Ribas Rabert et al. (2008). The results obtained show that women with no pathology showed a high median rates in all areas and in the total IFSF with an exception in the area of Pain. Nonetheless, the evaluation of the level of satisfaction with a sexual activity, there were no variations in relation to the sexual relations with their partner, resulting in high levels of satisfaction obtained in both groups. Also, the oncological women obtained higher median rates in strategies for coping related to Avoiding the Problem and Cognitive Restructure. Also, the women with cancer had higher rates in Caring for Their Physical Appearance while the healthy women higher rates of satisfaction with their own Physical Attractiveness. The results show the importance of generating physcological interventions that allow women with cancer to be fully functioning without forgetting the inclusion of their partners because they are one of the most fundamental elements in the emotional recovery of the women with cancer.

Key Words: Physco-Oncology- Women with cancer- Sexual Function- Strategies for Coping- Self Body Image

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Función Sexual Femenina, Afrontamiento e Imagen Corporal en Mujeres con Cáncer. Un Estudio con Pacientes del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”

INTRODUCCIÓN

El término “cáncer” designa a un amplio grupo de enfermedades que comienzan en las células, componentes básicos del organismo. Normalmente, las células crecen y se dividen para producir otras, indispensables para mantener sano el organismo. Sin embargo, en los tumores malignos o cancerosos las células tienen anomalías, se dividen sin control y sin orden, pueden invadir y destruir el tejido a su alrededor, entrar en el torrente sanguíneo o en el sistema linfático y diseminarse a otros órganos (Instituto Nacional del Cáncer de Argentina, 2015. INC).

En adición, el cáncer es una enfermedad de carácter multifactorial para la cual existen distintos factores de riesgo como los genéticos, infecciosos, radiantes y aquellos relacionados con hábitos y estilos de vida (INC de Argentina, 2015).

Al igual que en la mayoría de los países, en Argentina el cáncer es la segunda causa de muerte con una cifra de 200.000 nuevos casos diagnosticados por año (Roth, 2010), constituyéndose en un problema importante para la Salud Pública.

Según las diferentes localizaciones, la incidencia de cáncer en la mujer es -en orden decreciente- (INC de Argentina, 2015): mama, útero-cérvix, colon-recto, pulmón, ovario, tiroides, páncreas y riñón.

Los tratamientos médicos oncológicos utilizados son diversos y se aplican de acuerdo al diagnóstico, estadio, histología e invasión celular del tumor, así como al estado general del paciente (Olivares Crespo, 2004).

Asimismo, las terapéuticas pueden clasificarse en: a) tratamientos locales, -cirugía, radioterapia- y b) tratamientos sistémicos, -quimioterapia, trasplante de médula ósea, tratamiento hormonal, inmunoterapia, terapias biológicas- (Curutchet, 1997; Gómez Barral,

2012; Lee, 2009; Rafailovici, Benavente y Sansogne, 2007; Rodríguez Sánchez, 2012; Schlegel, 2007).

A su vez, la enfermedad, su/s tratamiento/s y/o secundarismos de los mismos pueden generar secuelas temporales o permanentes en el organismo y psiquismo de la persona afectada. Es decir, los principales tratamientos que se proponen para combatir la enfermedad, conllevan repercusiones significativas en los órganos afectados y en la representación que de ellos hacen las mujeres (Díaz, 2008).

De este modo, la enfermedad oncológica y sus tratamientos producen múltiples pérdidas generadoras de procesos afectivos de elaboración de distintos duelos en pos de la construcción de una nueva imagen corporal y del reencuentro con el otro (Díaz Facio Lince, 2010).

En síntesis, el diagnóstico y/o tratamiento del cáncer irrumpe en la vida de las mujeres y puede afectar su dimensión biológica, imagen corporal, vínculo con el otro y sexualidad, femineidad, maternidad, tareas cotidianas, proyectos, creencias y relaciones familiares y sociales. Por tanto y, como consecuencia, surgen distintas reacciones emocionales de acuerdo a variables médicas, psicológicas y sociales relacionadas con diferentes modalidades de afrontamiento.

Así, debido a la importancia de la repercusión emocional de esta enfermedad tan prevalente y de incidencia creciente en el mundo, se desarrolló en la interfase Psicología-Psiquiatría-Oncología una verdadera subespecialidad, la Psico-Oncología, que se dedica al estudio e investigación de los aspectos psicosociales de las personas enfermas de cáncer y de las intervenciones psiquiátricas y psicológicas orientadas sobre todo, a mejorar la calidad de la vida de dichos pacientes (Vidal y Benito, 2006).

Continuando, la mujer enferma de cáncer deberá enfrentarse a distintos tipos de estresores a lo largo del proceso de la enfermedad. Entre estos últimos, cabe mencionar

estresores agudos limitados en el tiempo como la cirugía; estresores intermitentes como la espera de resultados de las pruebas diagnósticas durante el seguimiento y estresores crónicos como la pérdida de un órgano o el temor a la recidiva (Olivares Crespo, 2004).

Al respecto, aunque se conoce que existe un aumento importante en el número de sobrevivientes al proceso oncológico, se otorga gran relevancia a los procesos de adaptación psicosocial y a su impacto en la calidad de vida (Finck, Barradas, Agudelo y Moyano, 2012).

Y, si bien la sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, Incrocci (2015) plantea una falta de comunicación activa y útil en relación a temas relacionados con la esfera sexual incluso cuando los profesionales médicos piensan que el paciente puede llegar a experimentar alguna problemática en esa área.

Además, los estudios sobre cuestiones de sexualidad y de imagen corporal en las mujeres enfermas de cáncer presentan controversias en cuanto a variables como edad, tipo de patología, tiempo del conocimiento del diagnóstico, estadio, y tipo de tratamiento realizado.

Por lo tanto, a partir de la práctica clínica realizada en el Servicio de Psicopatología del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”, la autora del presente trabajo se interroga acerca de un tema poco estudiado por la literatura científica especializada como resulta ser la interrelación entre Función Sexual Femenina, Autopercepción de la Imagen Corporal y Estrategias de Afrontamiento ante la adversidad en mujeres con cáncer, sin metástasis, que hayan finalizado recientemente el/los tratamiento/s onco-específico/s.

Con el fin de cumplir tal propósito, se lleva a cabo esta Tesis que se compone de dos partes: la Primera contempla el Marco Conceptual y consta de los siguiente seis capítulos: Capítulo 1: Qué es el Cáncer; Capítulo 2: la Mujer Enferma de Cáncer; Capítulo 3: Función

Sexual y Cáncer; Capítulo 4: Afrontamiento y Cáncer; Capítulo 5: Imagen Corporal y Cáncer, y el Capítulo 6: Evaluación Cuantitativa de la Sexualidad, Afrontamiento e Imagen Corporal en la Mujer con Cáncer; la Segunda, corresponde a la Investigación Aplicada y consta de cinco capítulos: Capítulo 7: Propósitos y supuestos de la Investigación; Capítulo 8: Metodología; Capítulo 9: Resultados; Capítulo 10: Discusión; y el Capítulo 11: Conclusiones, fruto del análisis de los resultados arrojados a partir del estudio de cada una de las variables consideradas y de las relaciones entre las mismas y, Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación en pos de optimizar la calidad de vida de las pacientes oncológicas.

En suma, este trabajo contribuye a ahondar sobre la Función Sexual Femenina, las Estrategias de Afrontamiento ante la adversidad y la Imagen Corporal en aquellas mujeres que han finalizado sus tratamientos onco-específicos y, en consecuencia, cumple con la esperanza de perfeccionar la prevención, diagnóstico y tratamiento de sus alteraciones y, así, lograr un mayor control del proceso oncológico por parte de las enfermas.

CAPÍTULO 1

QUÉ ES EL CÁNCER

Capítulo 1. QUÉ ES EL CÁNCER

1. 1. Descripción y tipos de cáncer

El término cáncer proviene del griego *karkinos* y, es posible como dice Fridman (2015), que su similitud con la palabra *cangrejo*, “se debiera al hecho de que los tumores malignos tienden a aferrarse a los tejidos que los rodean como un tozudo cangrejo.”

A su vez, el cáncer no es una sola enfermedad sino que existen más de 100 tipos de cáncer que comparten una característica fundamental: el crecimiento anormal de las células a partir del desarrollo sin control de una sola célula. Dicho crecimiento se produce a partir de cambios en el ADN –mutaciones- que afectan específicamente a genes, los cuales a partir de esta nueva forma, se encargan de estimular un crecimiento celular ilimitado (Instituto Nacional de Cáncer de España, 2015. INC).

En adición, son las células cancerosas las que crecen aún más rápido frente a la natural división celular (Siddhartha, 2012).

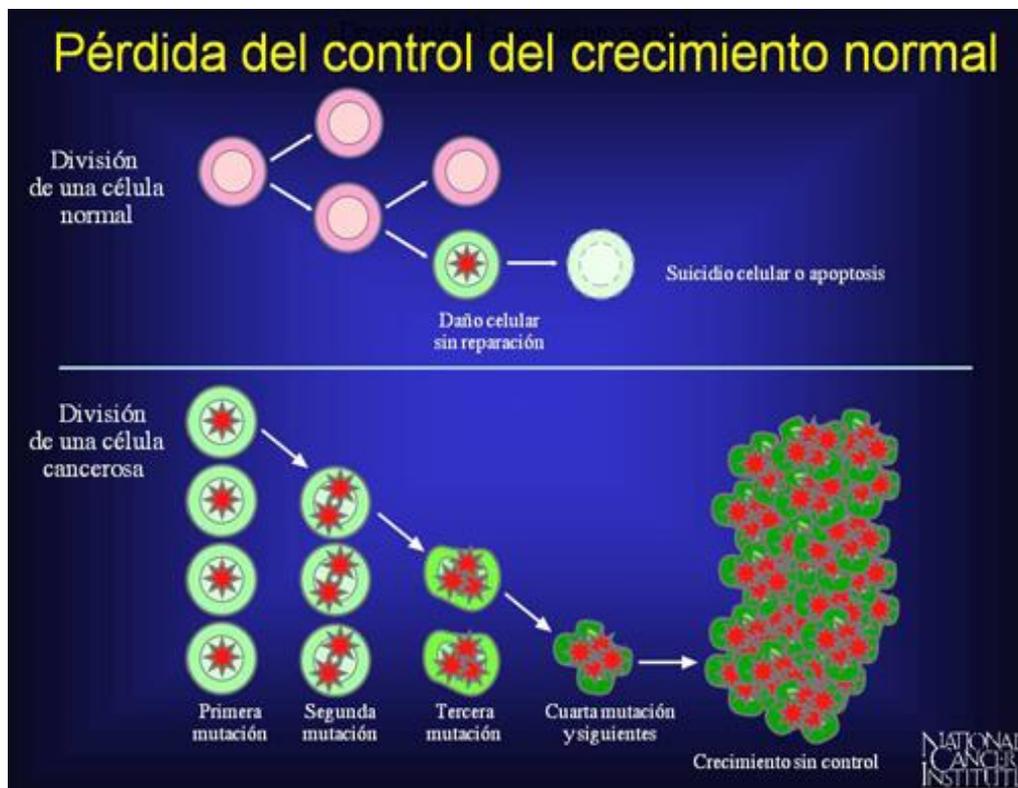


Figura 1. Pérdida del control del crecimiento normal (INC de España, 2015).

Al respecto, el cáncer se presenta como una enfermedad multifactorial en la que algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada originando problemas en su lugar de origen o en otros órganos. En otras palabras: “...un grupo de células se torna apto para escapar de los mecanismos de control de crecimiento normal y ordenado del organismo.” (Tamblay & Bañados, 2004, p.200).

Tumores malignos

Desde una explicación biológica se puede afirmar que todos los tumores, al igual que los tejidos normales, poseen dos componentes básicos: las células neoplásicas proliferantes o *parénquima*, y el tejido de sostén o *estroma* constituido por tejido conectivo y vasos sanguíneos. Para designar los tumores mesenquimáticos malignos se aplica el sufijo *sarcoma* -fibrosarcoma, leiomiomasarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma, etc.-.

A los tumores malignos epiteliales se los denomina genéricamente *carcinomas*. Así, serán *adenocarcinomas* si surgen en un epitelio glandular, o *carcinomas escamosos* o *epidermoides* si lo hacen a partir de un epitelio de revestimiento. En el caso de originarse en el epitelio del aparato urinario, se llamarán *carcinomas transicionales*.

Otros tipos de cáncer son el *melanoma* -tumor maligno de los melanocitos o células pigmentadas de la piel, el *linfoma* -neoplasia maligna del tejido linfoide- o el *glioma* -neoplasia originada en la glía, que es el estroma del sistema nervioso central- (Deves, 2007).

Tipos más frecuentes de cáncer

En un informe de comienzos de 2015, el Instituto Nacional del Cáncer de España informa acerca de los tipos de cáncer más comunes en la población general y en la población hispana en los Estados Unidos. Ellos son los originados en: mama, pulmón, colon y recto, cuello de útero, endometrio, próstata, estómago, riñón, páncreas, tiroides, órganos hematopoyéticos -leucemia- linfoma de Hodgkin- y piel -melanomas-.

El cáncer puede afectar a personas de cualquier raza, sexo, religión, situación socio-económica y la frecuencia de casos aumenta con la edad (Lowitz y Casciato, 2009).

El 15% de la población padecerá cáncer como causa de muerte, llegando al 25% en Estados Unidos, donde una de cada tres mujeres desarrollará cáncer durante su vida. Son muchos los países en los cuales el cáncer tiene una incidencia mayor que las enfermedades cardíacas en la tasa de mortalidad (Siddhartha, 2012).

Al igual que la mayoría de los países, en Argentina el cáncer es la segunda causa de muerte, con una cifra de 200.000 nuevos casos diagnosticados por año (Roth, 2010).

Según señala la Organización Mundial de la Salud (2015, OMS):

- Los cánceres diagnosticados con más frecuencia presentan variaciones según el género. Así, en el hombre los cánceres de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado son los más frecuentes mientras que en la mujer se destaca en primer lugar el de mama seguido por colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago.
- La tercera parte de las muertes por cáncer se concentra en cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado; ingesta reducida de frutas y verduras; falta de actividad física; consumo de tabaco y consumo de alcohol. El consumo de tabaco se presenta como el máximo factor de riesgo ya que causa más del 20% de las muertes mundiales por cáncer en general, y alrededor del 70% de las ocasionadas por cáncer de pulmón.
- Los cánceres causados por infecciones víricas (virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o papilomavirus humanos (PVH) son causa de cerca de un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.
- Más del 60% de los nuevos casos anuales de cáncer en el mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica.

- Los principales factores de riesgo del cáncer son: consumo de tabaco y alcohol, dieta nociva, inactividad física e infecciones crónicas en países de ingresos medios y bajos. Algunos cánceres, entre ellos las formas más comunes de cáncer de mama, cervicouterino, bucal o colorrectal, pueden tener tasas de curación más elevadas mediante una detección temprana y un correcto tratamiento.

1. 2. Análisis de la situación del cáncer en la Argentina

Incidencia (INC de Argentina, 2015)

La Argentina se encuentra dentro del rango de países con una incidencia media-alta en la aparición de cáncer (172,3 – 242,9 x 100.000 habitantes).

Tabla 1. Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) para Argentina en 2012 según localizaciones tumorales más frecuentes.

Sitio tumoral	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	Promedio anual de casos	(%)	Promedio anual de casos	(%)	Promedio anual de casos	(%)
Mama	19386	16.8			19386	32.2
Colon-recto	13558	11.8	7237	13.2	6321	10.5
Pulmón	11244	9.8	7690	14.0	3554	5.9
Próstata	11202	9.7	11202	20.4		
Cérvix	4956	4.3			4956	8.2
Riñón	4068	3.5	2650	4.8	1418	2.4
Páncreas	3988	3.5	2650	4.8	2034	3.4
Estómago	3738	3.2	2374	4.3	1364	2.3
Vejiga	3546	3.1	2701	4.9	845	1.4
Linfoma No-Hodgkin	3039	2.6	1615	2.9	1424	2.4
Leucemias	2372	2.1	1369	2.5	1003	1.7
Ovario	2274	2.0			2274	3.8
Esófago	2263	2.0	1493	2.7	770	1.3
Otros	29528	25,6	13972	25,4	14860	24,7
TOTAL*	115162	100.0	54953	100.0	60209	100.0

Fuente: SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, enero 2014.

El cáncer de mayor incidencia es el de mama, en mujeres, con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres, seguido por los cánceres masculinos de próstata (44 x 100.000 hombres) y pulmón (32,5 x 100.000 hombres).

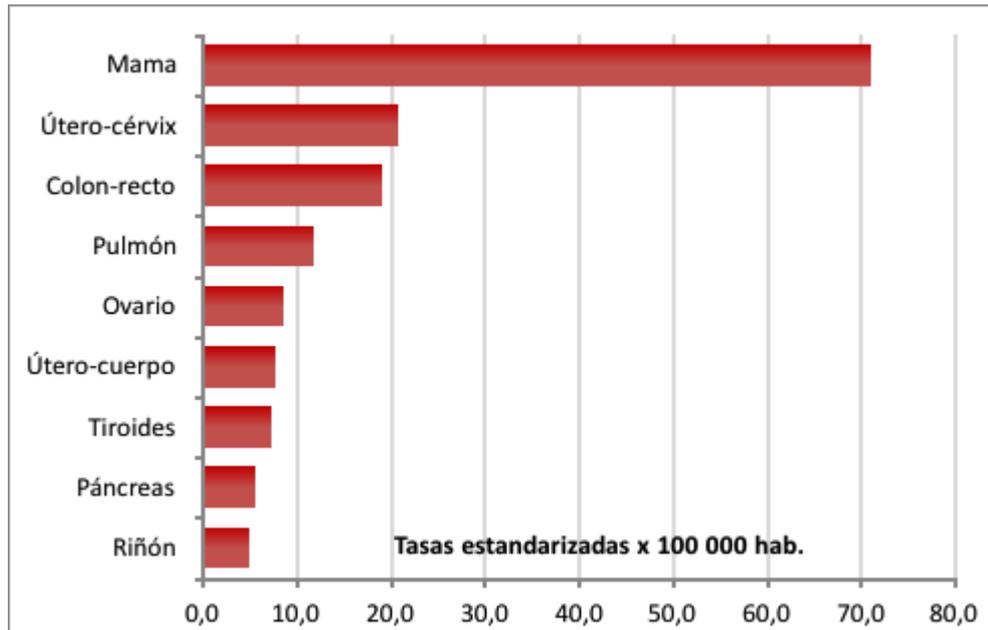


Gráfico 1. Tasas estimadas por la IARC de incidencia de cáncer en mujeres para las principales localizaciones, ajustadas por edad según población mundial. Argentina, 2012. Fuente: SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, enero 2014.

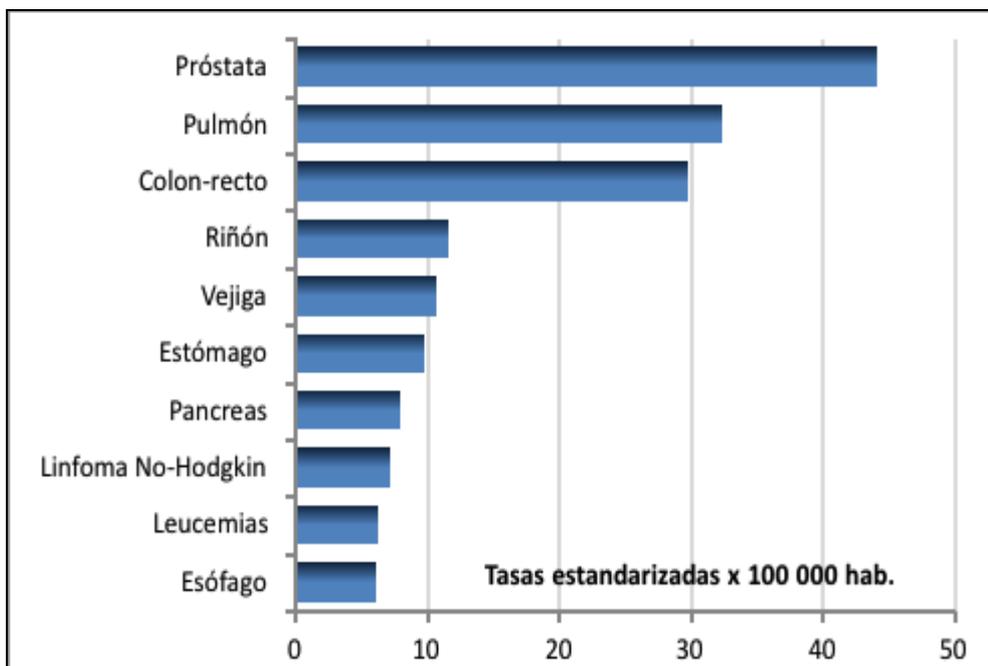


Gráfico 2. Tasas estimadas por la IARC de incidencia de cáncer en hombres para las principales localizaciones, ajustadas por edad según población mundial. Argentina, 2012. Fuente: SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, enero 2014.

Mortalidad

En Argentina, las enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables de más del 60% del total de las defunciones que se producen cada año en el país, 20% de las cuales corresponden a tumores malignos. Esto representa aproximadamente 60.000 muertes por año, de las cuales más del 90% se produce en personas mayores de 44 años de edad.

En relación, en el año 2012 murieron por cáncer casi 62.000 hombres y mujeres en Argentina. La región Centro, al ser la más poblada, registró más del 70% de estas defunciones. El cáncer de pulmón se observa en primer lugar de importancia en todas las regiones -solamente en Cuyo prevalece el cáncer de mama-. Le siguen en orden de frecuencia el cáncer colorrectal y el de mama, excepto en NOA y Sur donde se observan en tercer lugar los cánceres de próstata y estómago, respectivamente.

A su vez, el cáncer de cérvix -útero/cuello-, que no se registra dentro de los diez primeros a nivel país, se encuentra entre las cinco principales causas de muerte por cáncer de la región NEA. En la Región Centro, en tanto, desaparece del ranking seleccionado.

En línea, para medir el impacto de esta enfermedad sin discriminar por sexos, es necesario resaltar que el cáncer de pulmón fue responsable del 14,9% de estas 62.000 muertes: son 9.230 defunciones, que representan el 86,6% de los nuevos casos que se estiman por año, seguido por el de colon y recto y el de mama, con letalidad estimada en el 59,7% y 27,8% respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. *Mortalidad por cáncer en hombres y mujeres de Argentina 2012. Distribución absoluta y porcentaje acumulado según las principales localizaciones tumorales a nivel país y regiones geográficas. Fuente: SIVER / INC en base a datos de la DEIS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2014.*

Argentina	N	% Acumulado	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Sur
Pulmon	9230	14,9	Pulmon	Mama	Pulmon	Pulmon	Pulmon
Colon-recto	6958	26,2	Colon-recto	Pulmon	Colon-recto	Mama	Colon-recto
Mama	5590	35,2	Mama	Colon-recto	Mama	Próstata	Estómago
Pancreas	3933	41,6	Mal definidos	Próstata	Útero cuello	Colon-recto	Mama
Mal definidos	3866	47,8	Pancreas	Pancreas	Próstata	Hígado/Vbil.	Mal definidos
Próstata	3783	53,9	Próstata	Estómago	Mal definidos	Estómago	Pancreas
Estómago	2947	58,7	Estómago	SNC	Estómago	Pancreas	Próstata
SNC	2440	67,2	SNC	Mal definidos	Pancreas	Útero cuello	Esófago
Hígado/Vbil.	1947	70,3	Riñon	Útero cuello	SNC	Vesícula	Útero cuello
Útero cuello	1926	73,4	Hígado/Vbil.	Hígado/Vbil.	Esófago	Esófago	Riñon
Riñon	1858	76,4	Leucemia	Riñon	Leucemia	Mal definidos	SNC
Esófago	1841	79,4	Esófago	Esófago	Hígado/Vbil.	SNC	Hígado/Vbil.
Total	61866	100,0	44555 / 72,0	4502 / 7,3%	4428 / 7,2%	4831 / 7,8%	3446 / 5,6%

Mortalidad por cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón ocasiona más de 9.000 muertes por año en ambos sexos, 15% del total de defunciones por cáncer.

En la Argentina la mortalidad por cáncer de pulmón ha disminuido en los hombres desde 1980. Este descenso es más marcado a partir de 1996 con un porcentaje estimado de cambio anual (PECA) de aproximadamente 2%. Por el contrario, en las mujeres la mortalidad por este cáncer aumentó – también a un ritmo sostenido – en un promedio anual del 2% en el periodo 1996-2011 (INC de Argentina, 2015).

Mortalidad por cáncer de mama

La mortalidad por cáncer de mama en la Argentina ha disminuido en forma sostenida y estadísticamente significativa desde el año 1996.

El Porcentaje Estimado de Cambio Anual (PECA) o velocidad de cambio fue de -0.1% para el periodo 1996-2011 (-1.2; -0.6).

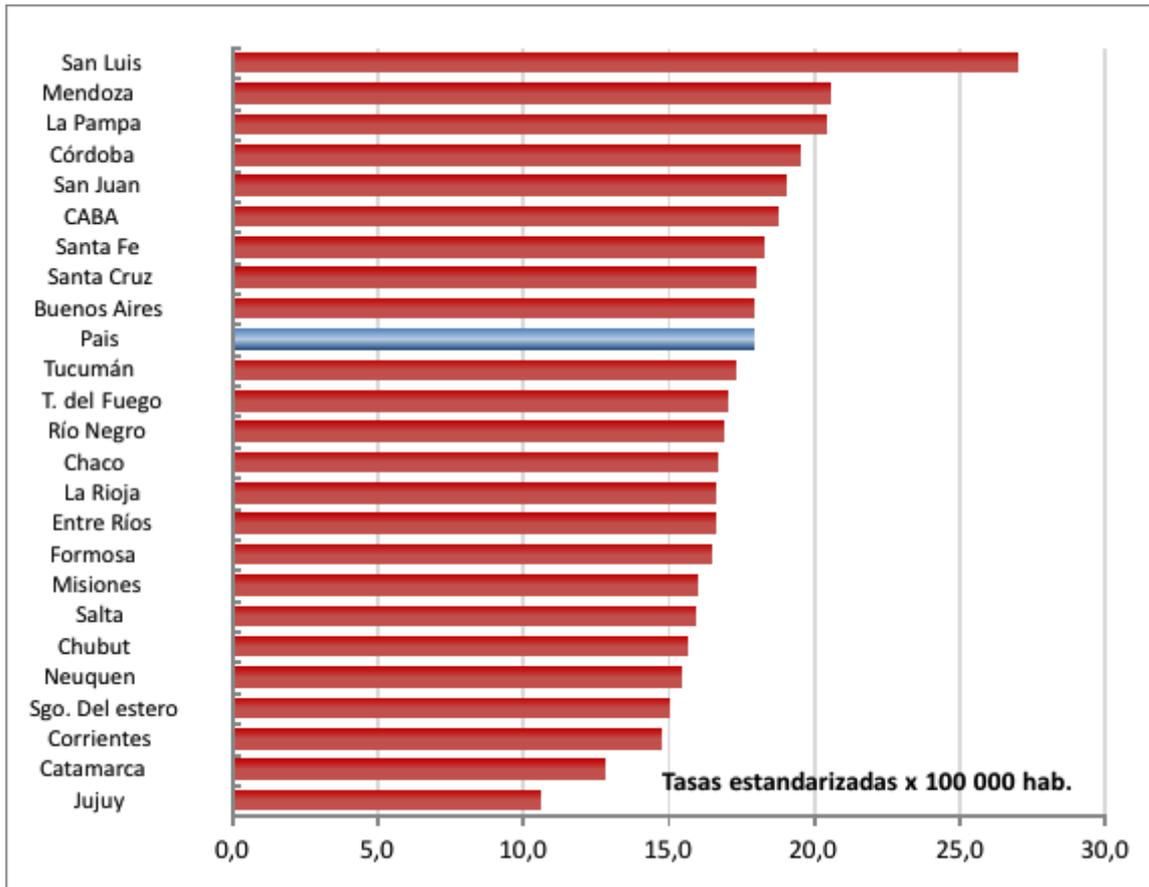


Gráfico 3. Mortalidad por cáncer de mama en mujeres según provincias. Tasas estandarizadas por edad según población mundial por 100.000 habitantes. Argentina, 2012.

Fuente: SIVER/INC- Ministerio de Salud de la Nación en base a registros de mortalidad de la DEIS- Argentina, 2014.

Al mismo tiempo, el INC de Argentina (2015) menciona las siguientes cifras en nuestro país:

- El cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en mujeres.
- Se producen 5.400 muertes por año por cáncer de mama.
- Se estima que se producirán 18.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 17,8% del total de incidencia de cáncer en Argentina.
- Argentina, luego de Uruguay, es el país de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama -con 20,1 y 24,3 defunciones cada 100.000 mujeres

respectivamente-, mientras que Bolivia, Ecuador y México tienen las tasas más bajas -con 7,6; 10 y 10,5 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente-.

- Las tasas más elevadas de mortalidad por cáncer de mama se dan entre los 50 años - 41,6 cada 100.000 mujeres- y por encima de los 80 años -215,8 cada 100.000 mujeres-.
- El cáncer de mama es el cáncer de mayor incidencia en mujeres, con una tasa de 74 casos por cada 100.000 mujeres.
- Más del 75% de las mujeres con cáncer de mama no tienen ningún antecedente familiar de dicha enfermedad.
- Para el cáncer de mama la detección temprana es fundamental, ya que los tumores de menos de 1 centímetro tienen hasta el 90% de probabilidades de curación.
- 1% de los cánceres de mama se presenta en hombres.

Por su parte, Kort et al. (2009) mencionan que entre los años 1990 y 2005, la tasa de muertes en directa relación con el cáncer disminuyó casi un 15 por ciento, una marca sin precedentes en la historia de la enfermedad. Los autores colocan a la prevención como principal agente de este descenso, en particular en el cáncer de pulmón, a partir de una sostenida reducción del hábito de fumar. En cuanto al cáncer de colon y el de cérvix, aluden a que la caída se debió al éxito de una prevención secundaria: la detección de la enfermedad en una fase más temprana de su evolución asociada a técnicas quirúrgicas menos invasivas. En adición y, en referencia al cáncer de cérvix, la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) ha contribuido a disminuir su incidencia.

En relación a la leucemia, los linfomas y el cáncer testicular, los números decrecientes reflejaban los éxitos del tratamiento con quimioterapia.

En este orden, los autores también revelan que entre 1990 y 2005 la mortalidad del cáncer de mama se redujo un 24 %, otra cifra sin precedentes. Al respecto, mencionan que

tres intervenciones fueron probables responsables de ese descenso: la mamografía -examen para detectar un cáncer de mama precoz y prevenir el cáncer invasivo-, la cirugía y la quimioterapia adyuvante -quimioterapia después de la cirugía para eliminar las células cancerosas restantes-.

1. 3. Estadificación. Sistema de estadificación.

El estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir qué tan grande es el tumor y si se ha diseminado.

Mediante el procedimiento clínico de estadificación se distribuyen los pacientes en distintas categorías, según la gravedad de sus diagnósticos. La agrupación de pacientes según su estadio tumoral, busca establecerse como pauta previa para determinar el tratamiento adecuado de cada situación clínica. Al mismo tiempo, otorga la posibilidad de comparar resultados terapéuticos interinstitucionales y realizar estudios con pacientes de distinta procedencia hospitalaria (Roth, 2010).

El sistema de estadificación de mayor difusión actual es el TNM, de la American Joint Committee on Cancer (2010, AJCC), que busca describir el cáncer a través de tres parámetros básicos:

T: tamaño del tumor primario

N: ausencia o presencia de tumor en los ganglios regionales

M: ausencia o presencia de metástasis a distancia (en otros órganos)

Todos los casos deben tener diagnóstico histológico, aplicado a un órgano o localización.

De acuerdo con la extensión pueden ser:

T0, Tis (in situ), T1, T2, T3, T4

N0, N1, N2, N3

M0, M1

Si no fuera posible obtener datos de alguna de estas categorías, se expresa como TX o NX o MX.

Así, las combinaciones TNM se corresponden con los diferentes estadios posibles (0 a IV) y ayudan a describir el cáncer más detalladamente.

Tabla 3. Estadios del cáncer y su significado. INC de España (2015)

Estadio	Lo que significa
Estadio 0	Carcinoma in situ, llamado también CIS. Significa que las células anormales están presentes pero no se han diseminado al tejido cercano. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer.
Estadio I, Estadio II y Estadio III	Cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

1. 4. Procedimientos y estudios para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer

Técnicas anatomopatológicas

Según Deves, (2007) el patólogo puede arribar a un diagnóstico mediante el análisis de diversos tipos de materiales obtenidos por el cirujano a partir de las lesiones de los pacientes.

De este modo, puede visualizar microorganismos y depósitos de materiales anómalos, estudiar tanto *citologías* -estudio de células- exfoliativas provenientes de secreciones -

mamarias, de cuello uterino o líquidos pleurales, peritoneales, etc.-, como aquellas obtenidas mediante punción aspiración con aguja fina de órganos superficiales -tiroides, mama, glándulas salivales, etc.- o profundos -hígado, pulmón, riñón, etc.- y realizar diagnósticos anatomopatológicos de fragmentos obtenidos mediante punciones con aguja gruesa, biopsias incisionales o excisionales o resecciones quirúrgicas.

Marcadores tumorales

Los marcadores tumorales son sustancias químicamente muy distintas -enzimas, hormonas, antígenos, metabolitos-, producidas por el tumor o por el huésped ante la presencia del tumor, que se detectan en el suero, en otros líquidos biológicos o en los tejidos. Su determinación permite conocer la presencia de algunas neoplasias así como la evolución y respuesta de las mismas a los tratamientos.

Al respecto, los marcadores tumorales más usados son:

Antígeno carcino embrionario (CEA) para detección y seguimiento del carcinoma colorrectal, medular de tiroides, estómago, pulmón, mama; el CA 19-9 para el carcinoma de páncreas, colon, hepatobiliar, mucinoso de ovario; el CA 15-3 para identificar el carcinoma de mama; el CA 125 para el carcinoma seroso de ovario; el (NSE) enolasa neurona específica en relación al carcinoma bronquial de pequeñas células; el antígeno prostático específico (PSA) para el cáncer de próstata o la calcitonina para diagnóstico y evolución del carcinoma medular de tiroides (Del Barco Morillo, Gómez Bernal y Cruz Hernández, 2012).

Métodos de diagnóstico por imágenes

Según Bais (2007), estos métodos contribuyen a un mejor conocimiento de las características del tumor o a asegurar su inexistencia. La elección de cada uno de ellos dependerá del órgano, del tipo de tumor y del estadio de la enfermedad.

a) Estudios radiográficos. Se basa en el empleo de una forma de energía llamada rayos X con el fin de obtener radiografías simples. Es el método más antiguo, no necesita la utilización de ninguna sustancia adicional y requiere poca o nula preparación previa. Por ejemplo: radiografía de tórax, mamografía, radiografía ósea por contraste, para lo que es necesaria la administración de una sustancia opaca a los rayos X que, al rellenar un órgano, posibilita su visualización.

b) Tomografía computada. También emplea rayos X pero las tomas son procesadas por una computadora. Permite obtener imágenes en forma de cortes de una zona del cuerpo sin la superposición estructural que se aprecia a través de una radiografía convencional. Se pueden aplicar contrastes digestivos o endovenosos y trabajar sobre cualquier área del organismo que amerite la utilización de los mismos para mejor visualización.

c) Resonancia magnética nuclear. Consiste en una exploración no invasiva, originada en la década de los años '80, que permite obtener imágenes en cualquier plano del espacio sin la emisión de radiaciones ionizantes. De este modo, se logra diferenciar las distintas estructuras anatómicas mejor que con cualquier otro método. También, para delimitar aun más algunas áreas, pueden incorporarse contrastes como el gadolinio.

d) Ecografía. Se basa en la diferencia de absorción de ultrasonido por parte de los tejidos. Este método no emplea sustancias de contraste ni radiaciones ionizantes y permite determinar las características de la lesión -sólida/quística-, su tamaño preciso y su relación con alguna estructura vecina. Si bien es un sistema de bajo costo, accesible e inocuo, no genera imágenes tan precisas como otros.

e) Estudios de medicina nuclear. Consisten en la administración de un radiofármaco, -sustancia radioactiva con propiedades químicas que le permiten distribuirse por el órgano a estudiar- cuyas radiaciones son captadas y procesadas por una cámara gamma con el fin de producir una imagen del órgano sin alterar su funcionamiento.

Algunos estudios que se realizan mediante la utilización de medicina nuclear son:

- . Centellograma óseo
- . Centellograma tiroideo
- . Centellograma paratiroideo
- . Cirugía radio-guiada o inmuno-radio-guiada

f) Tomografía por emisión de positrones -Positrón emisión tomography o PET-

Es un método diagnóstico, no invasivo, que estudia diversos procesos metabólicos a nivel molecular mediante el uso de trazadores emisores de positrones entre los cuales, la glucosa marcada con flúor (FDG), es el más usado en oncología. La FDG es útil tanto para diagnosticar tumores malignos y/o metástasis como para evaluar la respuesta terapéutica.

Con los equipos de alta resolución pueden verse nódulos de hasta 6 mm.

1. 5. Tratamientos contra el cáncer

Existen distintas terapéuticas contra el cáncer y pueden clasificarse en: 1) tratamientos locales, como la cirugía y la radioterapia y, 2) tratamientos sistémicos, como la quimioterapia, el trasplante de médula ósea, el tratamiento hormonal y la inmunoterapia o terapias biológicas.

1. 5. 1. Tratamientos locales

1. 5. 1. 1. Tratamiento quirúrgico

Según Schlegel (2007), consiste en tratar al tumor y/o sus metástasis mediante la extirpación total de la neoplasia incluyendo, si fuera necesario, a todo el órgano que la aloja y a los territorios ganglionares hacia los que se ha diseminado.

De acuerdo a los resultados, la resección puede ser categorizada en 3 niveles:

- Resección R0: extirpación completa del tumor con márgenes de tejido sano.
- Resección R1: extirpación del tumor pero dejando focos microscópicos de enfermedad.
- Resección R2: extirpación parcial del tumor dejando focos microscópicos de enfermedad.

Cirugía reparadora

La cirugía también permite recuperar la funcionalidad o la estética de alguna zona alterada por el tratamiento quirúrgico primario. Como ejemplos:

- a) Continuidad del tubo digestivo
- b) Reconstrucción mamaria: inmediata o diferida
- c) Reconstrucción tegumentaria
- d) Prótesis

Accesos vasculares

Facilitan el ingreso de medicación con fines terapéuticos o de sostén, dentro de los mismos:

- Catéteres percutáneos: se colocan con relativa facilidad por medio de la punción de una vena de grueso calibre. Dada su salida a través de la piel, presentan alto riesgo de infección y deben utilizarse durante pocas semanas.
- Catéteres implantables: Son de similar colocación que los anteriores, pero no tienen comunicación con el exterior. Se alojan debajo de la piel y uno de sus extremos está conectado a una vena de alto flujo -vena cava superior-. Pueden ser usados por varios meses.
- Catéteres arteriales: Se colocan dentro de las arterias con el objeto de administrar dosis altas de droga directamente sobre el órgano afectado. Se emplean en procesos hepáticos y a nivel de los miembros.
- Catéteres peritoneales: Se introducen dentro de la cavidad peritoneal para el suministro de drogas de baja absorción por peritoneo buscando, de esta forma, una baja irritación y una localización cercana. Se aplican, por sobre todo, en cáncer de ovario y en carcinomatosis peritoneal por cáncer de colon (Curutchet, 1997).

1. 5. 1. 2. Tratamiento radioterapéutico

Las radiaciones ionizantes asociadas o no a cirugía o quimioterapia, tal refieren Rafailovici et al. (2007) y Lee (2009), se constituyen en el tratamiento más difundido entre los pacientes oncológicos. Su eficacia se basa en la capacidad de producir radicales libres que, al interactuar con la materia y ceder la energía que vehiculizan, producen roturas de enlaces en moléculas biológicas dentro de las cuales la más sensible es el ADN.

Actualmente, las modalidades de radioterapia más utilizadas son: radioterapia externa con haces de fotones o de electrones de alta energía, la braquiterapia con fotones, la eventual combinación de las anteriores y, la radioterapia sistémica donde se utilizan materiales radioactivos como el yodo 131 y el estroncio 89.

La radioterapia puede ser conformada o modulada. La primera utiliza haces de sección irregular -campos irregulares- producidos por bloques de protección o colimadores de hojas múltiples, con el objeto de ajustar la distribución de dosis a la forma del volumen blanco y minimizar órganos de riesgo y tejido normal adyacente.

Por su parte, la radioterapia modulada es una suerte de evolución más controlada de la radioterapia conformada y brinda mejores soluciones.

A su vez, la *braquiterapia* -BQT- consiste en la colocación de fuentes radioactivas tanto dentro de una cavidad anatómica existente -BQT intracavitaria-, como directamente a través de los tejidos -BQT intersticial-.

Continuando, la *radioterapia sistémica* utiliza materiales radioactivos como el yodo 131 y el estroncio 89. Los materiales pueden tomarse por la boca o inyectarse en el cuerpo. Se reservan para el tratamiento del cáncer de la glándula tiroides y linfomas no Hodgkin en adultos (INC de España, 2015).

1. 5. 2. Tratamientos sistémicos

1. 5. 2. 1. *Quimioterapia*. Gómez Barral (2012) la define como un procedimiento terapéutico farmacológico, mediante el que se busca destruir la masa tumoral por la administración de fármacos que impedirán la reproducción celular paralizando su crecimiento, o bien lesionando los ácidos nucleicos, o bien interfiriendo en funciones biológicas propias del desarrollo celular.

En la modalidad de quimioterapia *neoadyuvante*, la administración de drogas es anterior al tratamiento localizado de tipo quirúrgico o radioterapéutico, con el objetivo de reducir al máximo el volumen tumoral.

La modalidad de quimioterapia *adyuvante* tiene como objetivo final la destrucción de la enfermedad residual subclínica y, en relación, el consecuente aumento de las posibilidades de supervivencia.

La modalidad de quimioterapia *paliativa*, que se aplica con la enfermedad ya avanzada, tiene como fin conseguir un alivio sintomático así como estabilizaciones o respuestas parciales que permiten otros abordajes terapéuticos con radioterapia o cirugía paliativa.

1. 5. 2. 2. *Terapias biológicas*

La inmunoterapia, mediante la utilización directa o indirecta del sistema inmunológico propio de cada paciente, intenta combatir el cáncer o disminuir los efectos secundarios causados por algunos tratamientos oncológicos.

No obstante, algunos de estos anticuerpos, citokinas y otras sustancias del sistema inmune, pueden ser producidos en el laboratorio y se los denomina *modificadores de la repuesta biológica*. Su función es alterar el falso equilibrio entre las defensas inmunes del cuerpo y las células cancerosas, con la finalidad de reforzar, dirigir o restaurar la habilidad del cuerpo para combatir la enfermedad por sí mismo. Dentro de los mismos cabe mencionar a los interferones -citokinas naturales o artificiales- y a los anticuerpos monoclonales específicos contra un antígeno en particular.

1. 5. 2. 3. Tratamiento Hormonal

Según Rodríguez Sánchez (2012), la hormonoterapia es un tratamiento eficaz en cánceres hormonodependientes como algunos tipos de cáncer de mama y de próstata.

Sus modalidades son:

- a) Terapéutica ablativa, extirpación de órganos endocrinos como los ovarios o los testículos al practicar la ooforectomía o la orquiectomía, respectivamente. También y con el mismo fin, puede realizarse la castración radiante o química.
- b) Terapéutica aditiva, administración de sustancias endógenas que modifican el ambiente tumoral. Como ejemplo, cabe mencionar la terapia estrogénica en el cáncer de próstata.
- c) Terapéutica competitiva, bloqueo de determinados receptores con el objeto de impedir la acción de determinadas sustancias sobre los mismos. A tal fin puede ser utilizada tanto la terapia antiestrogénica como antiandrogénica.

1. 5. 2. 4. Transplante de médula ósea

Es un tratamiento complejo, intensivo y altamente especializado que se realiza en unidades de internación que ofrecen características especiales, tanto en la técnica como en su infraestructura.

Los trasplantes de células madre son utilizados para reponer la médula ósea que ha dejado de funcionar o que ha sido destruida por la enfermedad oncológica y/o los tratamientos aplicados.

Según el American Cancer Society (2014), existen tres tipos básicos de trasplantes, categorizados según la procedencia las células madre.

- Autotrasplante o trasplante autólogo: las células madres son extraídas o recolectadas del mismo paciente, ya sea de su médula ósea o de la sangre y luego congeladas. Tras un descongelamiento, se le vuelven a suministrar al paciente después de haberle aplicado altas dosis de quimioterapia, radioterapia o ambas.

- Alotrasplante o trasplante alogénico: las células provienen de un donante cuyo tejido es compatible con el del paciente.
- Isotrasplante o trasplante singénico: las células provienen de un hermano(a) gemelo(a) del paciente. Es un tipo especial de trasplante, factible solamente cuando el donante es idéntico al receptor.

1. 6. Efectos secundarios y secuelas de los tratamientos contra el cáncer (INC de España, 2015)

Existen efectos secundarios transitorios o permanentes durante y/o luego de la finalización de los tratamientos oncológicos.

En el caso de las terapias biológicas, los efectos son variables y pueden presentarse tanto síntomas gripales como una reacción inflamatoria en el sitio de inyección.

Por otra parte, las terapias hormonales producen infertilidad.

La quimioterapia, a su vez, puede provocar infertilidad al concluir el tratamiento, y/o síntomas reversibles, a lo largo del mismo, como anemia, infecciones, alopecia, náuseas y vómitos, diarrea, alteración del gusto y el olfato y variaciones en el peso.

En relación a las cirugías, algunas prácticas ocasionan importantes modificaciones en el esquema corporal como son las ostomías -colostomías, traqueostomías, mastectomías, citostomías, gastrostomía- o las amputaciones de miembros. También, y de acuerdo al tipo de procedimiento, la infertilidad y la impotencia sexual pueden ser un efecto residual de las mismas.

En resumen, las mujeres que enfermaron de cáncer pueden padecer secuelas temporales o permanentes en su función sexual e imagen corporal, a causa de la misma enfermedad, de los tratamientos médicos indicados y /o de la utilización de estrategias de afrontamiento más o menos adaptativas en relación a su patología. Para una comprensión más abarcativa

de la relación entre los aspectos físicos y psicológicos, se desarrolló un nuevo campo de trabajo que es la Psico-oncología.

1. 7. Psico-oncología

Entre los años 1930 y 1950 EE.UU. y Europa se encontraban influidos por el modelo freudiano y, en consecuencia, las formulaciones psicoanalíticas fueron utilizadas para buscar la etiología de enfermedades como hipertensión, artritis reumatoide, asma, úlcera y cáncer. En relación, el objetivo de esos estudios radicaba en investigar y analizar eventos del pasado para identificar comportamientos que justificaran la aparición del cáncer.

Así, surgieron publicaciones en revistas médicas, como “Posible relación entre aspectos psicológicos y cáncer en el ser humano” y “Aspectos psicológicos del cáncer de mama: estudio preliminar del tipo de personalidad asociada a pacientes con cáncer de mama” de Blumberg, West y Ellis (1954) y Reznikoff (1955) respectivamente. Estos estudios, si bien fueron valorados por los profesionales de la salud mental, no generaban interés en los médicos oncólogos ya que, por lo general, tanto la colaboración de estos últimos como la de los cirujanos del área oncológica no se veía reflejada en estos trabajos científicos.

A nivel mundial, la Psico-oncología surgió alrededor de los años cincuenta del siglo pasado, en la Unidad de Psiquiatría del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* - MSKCC- de Nueva York, con el Dr. Sutherland (Alvarado Aguilar y Ochoa Carrillo, 2011). Al respecto, en el año 1955, médicos psiquiatras coordinados por el Dr. Sutherland, conjuntamente con médicos psiquiatras del Hospital General de Massachusetts coordinados por el Dr. Finesinger, realizaron con pacientes hospitalizados, el primer trabajo de adaptación psicológica al diagnóstico de cáncer y su tratamiento. En este orden, en los años 1960-1970, psicólogos clínicos y experimentales comenzaron a utilizar instrumentos adaptados o especialmente creados, escalas cuantitativas y evaluaciones, con el objeto de conocer interacciones entre la fisiología y la psicología (Die trill, 2003).

Continuando, recién en 1977, la Dra. Jimmie Holland tomó la dirección del Servicio de Psiquiatría del MSKCC y definió los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer convirtiéndose, de este modo, en una figura valiosa en el desarrollo de la Psicooncología (Alvarado Aguilar y Ochoa Carrillo, 2011).

En adición, para Die Trill (2003) y Holland y Weiss (2010), distintos factores colaboran en enfatizar los aspectos psicológicos del cáncer. Entre los mismos se mencionan como responsables: cambios sociales con actitudes menos estigmatizantes favorecidos por el número creciente de sobrevivientes de cáncer a partir de tratamientos satisfactorios; mejor control del dolor oncológico; mayor información médica brindada al enfermo; priorización de la autonomía de los pacientes; reconocimiento y prevención de comportamientos que inciden como factores de riesgo del cáncer; surgimiento de la psiquiatría de enlace y de la psicología médica que acentúan el cuidado psicológico del paciente oncológico en todas sus etapas y difusión en medios de comunicación del diagnóstico y tratamiento de enfermedades oncológicas de celebridades.

Por tanto, para Die Trill (2003) “la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y el área de enfermería contribuyeron al conocimiento científico y metodológico de esta sub-especialidad.” (p. 34).

En línea, para Cruzado (2003), la Psico-oncología:

Es un campo interdisciplinario de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. (p.11).

Además, el autor refiere que cubre cuatro grandes áreas:

- a) La asistencia clínica al paciente y sus familiares, para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, revisiones, cuidados paliativos y duelo.
- b) La docencia que incluye la formación en habilidades de comunicación, manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con el enfermo.
- c) La prevención que abarca programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección precoz, apoyo e intervención en asesoramiento genético.
- d) La investigación en aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer, sus tratamientos o el sistema de atención.

1. 7. 1. Tratamiento Psico-oncológico

Tal refiere Vidal y Benito (2012), el tratamiento psico-oncológico está constituido por la combinación de:

- a) Métodos Psicopedagógicos
- b) Métodos Psicoterapéuticos -psicoterapias de diferentes orientaciones-
- c) Métodos Psicofarmacológicos.

La autora también destaca que las intervenciones educacionales o psicoterapéuticas: están dirigidas al paciente, a la familia, al equipo médico, al empleador y/o escuela, pueden ser individuales o grupales, utilizan elementos cognitivos -razonamiento, explicación y reflexión- y se caracterizan por ser directivas y orientadas a la toma de decisiones/ resolución de problemas.

A su vez, dentro de los métodos psicoterapéuticos, la herramienta más importante para el psico-oncólogo es la psicoterapia de apoyo para los pacientes con cáncer y sus familiares. La psicoterapia de apoyo es una intervención psicoterapéutica, continua o intermitente, que busca ayudar a los enfermos a: lidiar con las emociones perturbadoras, reforzar y promover

fortalezas preexistentes y afrontar la enfermedad de manera adaptativa. Así, se propone mejorar la calidad de vida mediante la reducción o supresión de los síntomas emocionales y la elaboración de estrategias de afrontamiento. También, explora la subjetividad, la imagen corporal, y el cambio de roles siempre dentro de una relación de mutuo respeto y confianza (Lederberg y Holland, 2011).

Asimismo, cabe mencionar que se trabaja con pacientes ambulatorios, internados o en su domicilio y que el encuadre terapéutico es flexible, focalizado en los temores, preocupaciones, sentimientos, creencias, necesidades del paciente/familia y en el aquí y ahora respetando el momento de la enfermedad en que se encuentre el individuo.

Además, si bien resultan relevantes las intervenciones psicofarmacológicas mediante las cuales se intenta modificar conductas, ideas o estados de ánimo patológicos con medios químicos, la prescripción de psicofármacos no es independiente de los síntomas frente al diagnóstico y/o tratamiento/s, los estilos defensivos, la personalidad de base del enfermo, la fortaleza del Yo, la tolerancia a la frustración, el grado de adaptación a su situación y el significado que para él/ella, tenga la enfermedad (Vidal y Benito, 2012).

Finalmente, si bien el asesoramiento psicooncológico es una parte integrada a la terapéutica oncológica, se hace necesario que el entrenamiento de los profesionales que lo ejercen incluya las disfunciones sexuales ya que los pacientes informan disminución en su funcionamiento sexual y en la comunicación con sus respectivas parejas luego del cáncer (Hasenburg et al., 2011). Sin embargo, es escaso el porcentaje de mujeres que tienen información acerca de los problemas sexuales en relación a su enfermedad, lo cual influye en la calidad de vida psíquica (Perz, Ussher y Gilbert, 2014).

Así, ya que la salud sexual es relevante en la calidad de vida, es fundamental que los profesionales de la salud se comuniquen con las pacientes y sus parejas en relación al

bienestar sexual luego de los tratamientos oncológicos en orden de legitimar y normalizar la actividad sexual en este nuevo contexto (Gilbert, Ussher y Perz, 2011).

CAPÍTULO 2

LA MUJER ENFERMA DE CÁNCER

Capítulo 2. LA MUJER ENFERMA DE CÁNCER

El diagnóstico de cáncer irrumpe generalmente como un suceso que provoca un cambio violento en la vida de los sujetos. Además de ser considerado un acontecimiento traumático, (Vidal y Benito, 2012) puede constituirse en una situación psíquica disruptiva que provoca “tanto reacciones adaptativas como reacciones que culminan en un cuadro traumático.” (Benyakar y Lezica, 2005, p. 34).

Si bien existe, ante la experiencia de padecer cáncer, un cúmulo de respuestas subjetivas como desorientación, incredulidad, pánico, confusión, ira, desesperación, culpa, los seres humanos perciben, consciente o inconscientemente, su vida bajo amenaza a partir de la pérdida de la salud y de la frustración y el dolor que evidencia el contacto con su vulnerabilidad corporal.

De este modo, el diagnóstico oncológico y el sólo hecho de nombrar la palabra cáncer colocan al individuo al borde de una experiencia crítica, como resultado de una sensación de amenaza a su integridad tanto física como psíquica. Así, éste se verá desbordado y superado por innumerables acontecimientos para los cuales no está preparado (Andrés Solana, 2005).

En esa línea, el cáncer se dará como un peligro a la integridad corporal enmarcado en un proceso crónico, ya que al diagnóstico lo continúan el o los tratamiento/s y, posteriormente, los controles permanentes (Tizon, 2004). Así, estos últimos ocasionan incertidumbre y angustia, inevitables al volver a poner al paciente en contacto con la noción de temporalidad.

Al retornar a la normalidad de la vida, en ocasiones opacada por la angustia, aparece el *Síndrome de Damocles* en referencia no sólo al malestar psicológico derivado de la conciencia de vulnerabilidad a la enfermedad sino, también de la dificultad psíquica de poder desarrollar un proyecto vital a largo plazo (Die Trill, 2003).

En consecuencia, tanto las reacciones emocionales como los mecanismos defensivos y las modalidades de afrontamiento del sujeto ante la enfermedad oncológica, están determinados por variables personales -edad, momento del ciclo vital, tipo de personalidad, antecedentes psicológicos/psiquiátricos, elaboración de duelos previos-; contexto médico -información médica, estudios o procedimientos, efectos adversos-; secuelas y diferentes respuestas del tumor a los tratamientos; recursos interpersonales; apoyo familiar y social; situación económico/laboral; creencias en relación al enfermar y la enfermedad (Celerier, Oresve y Janiaud-Gouitaa, 2001).

2. 1. Representaciones sociales de la enfermedad y sus tratamientos

Garro (2000) plantea que tanto la enfermedad como el sufrimiento se representan como experiencias humanas dotadas de significado cultural. En concordancia, Giraldo (2009) refiere que tales representaciones están compuestas por creencias acerca de las causas, los síntomas, la cronología, las consecuencias y la curación de una enfermedad específica, guiando y modelando los comportamientos individuales en relación con la salud.

El autor agrega que las representaciones sociales de una enfermedad determinan los comportamientos culturales con respecto a la misma, mencionando también la confluencia tanto de conocimientos científicos como populares, valores y creencias en la determinación de la reacción de la sociedad y de cada individuo frente a una enfermedad.

En relación, diversos autores (Dany, Dudois y Favre, 2008; Veira, Lopes y Shimo, 2007) destacan que la representación social del cáncer está organizada alrededor del dolor, el sufrimiento, la muerte (González, 2006; Marie, Dany, Cannone, Dudoit y Duffaud, 2010; Rees, Fry, Cull y Sutton, 2004), la mutilación, la incapacidad y el cambio a nivel social y familiar (González, 2006). De esta forma, se constituye en una enfermedad devastadora (Insa, Monleón y Espallargas, 2010) y desestabilizadora del proyecto de vida (Giraldo, 2009), en un flagelo social (Marie et al., 2010; Rees et al., 2004) potencialmente

estigmatizante que condena al paciente al aislamiento (Babin y Grandazzi, 2010; Pujol, 2009).

A su vez, las representaciones sociales de la quimioterapia están centradas en sus efectos secundarios negativos como la alopecia, el malestar general, las náuseas, la fatiga y la hospitalización, entre otros (Insa et al., 2010; Marie et al., 2010; Soum-Pouyalet, 2007).

Para los pacientes, la quimioterapia sella la entrada efectiva en el proceso de enfermedad y la alopecia pasa a ser signo social de la misma (Marie et al., 2010; Pieron, 2007).

Sin embargo, también cabe destacar los elementos positivos de la quimioterapia, como su capacidad de controlar la enfermedad y su relación empática con los profesionales de la salud (Insa et al., 2010; Marie et al., 2010; Soum-Pouyalet, 2007).

En cuanto a la radioterapia, si bien se revela un profundo desconocimiento sobre el tratamiento y su acción sobre el cuerpo, se la imagina como un arma para luchar contra el cáncer, como un bombardeo de rayos tóxicos similar al de la bomba atómica, un veneno. Así, el temor al tratamiento es generado por la construcción social del concepto de radioactividad (Manfrin y Fontao, 2008).

Por su parte, Castaño Rodríguez y Palacios-Espinosa (2013), realizaron un trabajo sobre las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia a partir de una revisión de la literatura disponible. En el mismo concluyen que, aún en el siglo XXI y frente a la evidencia de un déficit en investigaciones referentes al tema, el cáncer y la quimioterapia continúan siendo objeto de representaciones sociales negativas.

En consecuencia, las autoras consideran un deber profesional el incentivar la investigación en esta temática para promover el cambio de dichas representaciones tanto en enfermos, cuidadores y profesionales de la salud, propiciándole al paciente oncológico una

mejor atención y una mejor adaptación a los cambios físicos y sociales que implican la enfermedad.

Para la mujer, el diagnóstico de cáncer también implica la confrontación con las consecuencias orgánicas y psicológicas de una enfermedad que afecta a partes del cuerpo llenas de significaciones subjetivas y culturales. La dolencia oncológica remite, entre otras, a su femineidad, a la maternidad e involucra la dimensión biológica de la mujer, su representación de cuerpo, su vínculo con el otro y con la sexualidad. En adición, los principales tratamientos que se proponen para combatir la enfermedad -cirugía, quimioterapia y radioterapia- conllevan repercusiones significativas en los órganos afectados y en la representación que de ellos hacen las mujeres (Díaz, 2008). Como resultado de una observación clínica exhaustiva se sabe que, a partir de las importantes secuelas orgánicas y afectivas, las pacientes vivencian los tratamientos oncológicos como intervenciones agresivas a las que deben someterse con el fin de luchar por su vida.

Mientras las cirugías cortan, extraen, modifican, mutilan y dejan cicatrices como huellas de lo perdido, la quimioterapia ataca por su parte a las células malignas al mismo tiempo que afecta a las sanas, ocasionando efectos secundarios como infertilidad y caída del cabello, claro ejemplo éste último de cómo resulta más importante la representación psíquica y social de la parte perdida que su funcionalidad.

En concordancia, tanto la sociedad como la publicidad exaltan el cabello como símbolo de femineidad y lo imponen como objeto para suscitar el deseo del otro. La mujer, por tanto, vive el cabello como un objeto significativo para su propia imagen, estimado y valorado como atributo para ganar el amor y la aceptación del otro. En consecuencia, en innumerables ocasiones, las mujeres le dan más relevancia a este efecto que al accionar del tratamiento sobre la médula ósea, el cual es de mayor importancia orgánica. No existen dudas que los efectos secundarios de los tratamientos quimioterápicos dejan marcas en la

diferenciación sexual aunque sólo perduren durante el tiempo de aplicación de las drogas (Olivares Crespo, 2004).

La radioterapia, por su parte, destruye a las células enfermas y suele ocasionar quemaduras en las zonas afectadas o en los órganos aledaños, que pueden persistir mucho tiempo después de terminado el tratamiento (Díaz, 2008).

Recapitulando, el proceso oncológico y sus tratamientos producen múltiples pérdidas en el organismo, en la representación del cuerpo y en la relación con el otro. Por consiguiente, estas pérdidas generan procesos afectivos de elaboración de distintos duelos que conducen a la construcción de una nueva imagen corporal y al reencuentro con el otro (Díaz Facio Lince, 2010). La mujer enferma de cáncer deberá enfrentarse a distintos tipos de estresores a lo largo del proceso de la enfermedad. Entre estos últimos, cabe mencionar estresores agudos limitados en el tiempo como la cirugía; estresores intermitentes como la espera de resultados de las pruebas diagnósticas durante el seguimiento y estresores crónicos como la pérdida de un órgano o el temor a la recidiva (Olivares Crespo, 2004).

2. 2. Estrés y Cáncer

Bajo presión física o emocional, los individuos manifiestan estrés psicológico. Si bien el sentir cierto grado de estrés psicológico está dentro de los parámetros de la normalidad, el presentar altos grados del mismo o su reiteración en el tiempo provocan problemas de salud ya sea físicos o mentales.

A su vez, el organismo reacciona a las presiones físicas, mentales o emocionales, secretando hormonas de estrés como la epinefrina y norepinefrina que, entre otros efectos, aumentan la presión arterial, aceleran el ritmo cardíaco y elevan las concentraciones de glucosa en sangre. Dichas hormonas son las responsables de impulsar al individuo a actuar con mayor fuerza y rapidez frente a una amenaza percibida e intentar escapar de la misma (Lutgendorf, De Geest y Dahmouh, 2011).

Sin embargo, y a pesar de que diversos estudios han demostrado que el experimentar estrés crónico puede provocar trastornos digestivos, urinarios, reproductivos, inmunológicos, infecciosos, neurológicos o psiquiátricos como depresión, ansiedad y trastornos del sueño, es débil la evidencia de que pueda ser causante de cáncer (Moreno-Smith, Lutgendorf y Sood, 2010). Y mientras aunque algunos autores indican una estrecha relación entre factores psicológicos y un mayor riesgo de afectación oncológica, otros no han hallado resultados similares (Artherholt y Fann, 2012).

Tal vez, las relaciones aparentes entre estrés psicológico y cáncer podrían manifestarse de diversas maneras. Así, frente al estrés quizás aparezcan o se intensifiquen ciertos hábitos como el tabaco o el alcohol, que a la vez pueden aumentar el riesgo del padecimiento oncológico. Entonces, los efectos físicos, sociales y emocionales pueden resultar estresantes para las personas con cáncer y quienes traten de controlarlos adoptando hábitos riesgosos o adquiriendo una actitud sedentaria, pueden tener una menor calidad de vida durante los tratamientos oncológicos y luego de los mismos (Artherholt y Fann, 2012).

Por el contrario, se evidencia que las personas que utilizan estrategias eficaces de superación para el manejo del estrés, tales como técnicas de relajación, presentan grados más bajos tanto de ansiedad como de depresión y de síntomas relacionados con la patología oncológica y sus tratamientos (Segerstrom y Miller, 2004).

No obstante, si bien no existen evidencias de que un control exitoso del estrés psicológico mejore la supervivencia del cáncer, estudios experimentales sí indican que aquél puede afectar la capacidad que tiene un tumor para crecer y diseminarse. Algunos datos indican que los pacientes oncológicos pueden presentar una sensación de impotencia y /o desesperación al volverse el estrés abrumador y presentar índices más claros de

mortalidad, aunque no existe una sólida evidencia ni está claro el mecanismo (Lutgendorf et al., 2010).

En conclusión, no todos los individuos responden de igual modo al mismo estrés, por lo que la respuesta multimodal al estresor no depende de la calidad del mismo sino de la evaluación cognitiva que cada persona realiza sobre él de acuerdo al bagaje socio-genético-cultural que posea.

Las especialidades médicas entienden a la enfermedad sólo parcialmente, producto de un pensamiento unicausal y simplista. Sin embargo, el ser humano es el resultado de una complejidad de sistemas que se dividen sólo a los fines de ser entendidos y aprendidos siendo el todo más que la suma de las partes. La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), intenta recuperar una versión holística de la medicina hipocrática sin olvidar la singularidad de cada ser, ya que sólo en la interacción del hombre biológico, psicológico y social con su medio se comprende que no existen enfermedades sino enfermos (Márquez López Mato e Illa, 2004).

Cabe aclarar que la PNIE comprende el estudio de las relaciones de los mecanismos regulatorios y de control del organismo. La comunicación entre sus componentes se conforma mediante diferentes tipos de señalización molecular que constituyen distintos idiomas biológicos. Existe un idioma neuropsíquico compuesto por neurotransmisores y neuromediadores, otro inmunitario constituido por interleuquinas e inmunomediadores y, finalmente, otro endócrino dado por las hormonas y péptidos (Márquez López Mato, 2002).

En síntesis, la PNIE aboga por sistemas comunicacionales entre las distintas partes del organismo conceptualizados en una red de trabajo interrelacionada -network- que deben funcionar armónicamente como un todo y en permanente interconexión con el medio en que se desarrollan. Es bajo esta concepción que la PNIE intenta estudiar la enfermedad oncológica como resultado de la ruptura de un sistema (Márquez López Mato e Illa, 2004).

2. 3. Incidencia de cáncer en la mujer argentina

Según las diferentes localizaciones, la incidencia de cáncer en la mujer es -en orden decreciente- (INC de Argentina, 2015): mama, útero-cérvix, colon-recto, pulmón, ovario, tiroides, páncreas y riñón. Las mujeres con cáncer ginecológico o mamario enfrentan vicisitudes que alteran su calidad de vida, entre las que se destacan aquellas relacionadas con su relación de pareja. Esta última problemática se basa en tópicos como la comunicación, las relaciones sexuales y la expresión de sentimientos, todos los cuales se encuentran afectados a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad oncológica. Los problemas de pareja están emparentados con dos aspectos fundamentales que son, por una parte, la afectación fisiológica del aparato genital a raíz de la enfermedad ginecológica y por sus tratamientos -cirugía, radioterapia y braquiterapia- (radioterapia interna) y, por la otra, ciertos mitos y creencias culturales acerca de la actividad sexual y el rol de la mujer con diagnóstico de cáncer de cérvix.

El tratamiento médico oncológico siempre se propone teniendo en cuenta tanto el diagnóstico, estadio, histología e invasión celular del tumor como el estado general del paciente. Los más utilizados para estas enfermedades son las cirugías radicales - mastectomía, histerectomía, ooforectomía, nefrectomía, tiroidectomía, neumonectomía, pancreatectomía, colectomía-; quimioterapia y radioterapia. En relación a la histerectomía, si bien no afecta ni el deseo sexual ni la capacidad de tener relaciones sexuales, la mujer puede verse afectada emocionalmente por la imposibilidad de procrear. Todo esto provoca efectos secundarios transitorios y/o permanentes. Dentro de los primeros se destacan las disfunciones sexuales, los cambios en la imagen corporal, la infertilidad y la menopausia inducida (Olivares Crespo, 2004).

2. 4. Climaterio

El climaterio se corresponde con una fase del desarrollo humano en la que se produce una importante transformación: el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de ésta. Dicha fase, dentro de la cual ocurre un evento fundamental que es la menopausia, está condicionada por factores personales, ambientales y culturales.

Esta etapa de la vida exige una preocupación especial para la mujer, en razón de vivir en plenitud los años posteriores a la menopausia y no transformarse en una simple espectadora de la vida (Pernas González y Pérez Piñero, 2004). Sin embargo, el mayor interés no reside en alcanzar una mayor longevidad sino en lograr que esta última esté acompañada de bienestar físico, mental y social, o sea, calidad de vida (Heredia Hernández y Lugones Botell, 2007).

El climaterio es un acontecimiento fisiológico de la vida de la mujer que se evidencia en el aparato genital por la pérdida de la función reproductiva, cambio que también abarca numerosos procesos que ocurren simultáneamente en diferentes órganos y sistemas. Los efectos de la insuficiencia ovárica son diferentes para cada mujer, por lo que las necesidades terapéuticas y preventivas son cambiantes en función del tiempo transcurrido, de la sensación de bienestar o malestar y del medio ambiente. En consecuencia, el preservar la salud femenina se constituye en un objetivo fundamental y cada mujer requiere durante su proceso de envejecimiento un tratamiento individualizado al margen del hecho fisiológico (Argote, Mejía, Vázquez y Villaquirán, 2008; Padró Suárez y Casas Fernández, 2004). Durante el climaterio tiene lugar el último sangrado al cual médicamente se denomina menopausia. Si bien este término se utiliza como calificativo de las mujeres, es incorrecto ya que la menopausia sólo tiene lugar cuando ocurre la última menstruación. Por ende, el climaterio es una etapa de la vida que puede durar más de 30 años, siendo la menopausia apenas un momento que sucede normalmente a la mitad de la vida.

Como parte del proceso natural de envejecimiento, la menopausia es un estado fisiológico de la mujer caracterizado por el cese de la secreción hormonal ovárica, dando lugar a cambios que afectan, entre otros, al aparato urogenital, al sistema cardiovascular y al óseo. La Organización Mundial de la Salud (2003) reporta que la menopausia es el cese permanente de la menstruación, tras un período de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica.

De este modo, se reservan los siguientes términos:

Climaterio: período de transición en la mujer, de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Cuando hay síntomas se denomina síndrome climatérico, es decir el conjunto de signos que anteceden y siguen a la menopausia como consecuencia del declinar o cese de la función ovárica.

Climaterio viene del griego "klimakter" y del latín "climacter" que significa peldaño, escalera, escalón en la vida de una persona, momento difícil de superar. Esta es una etapa del desarrollo humano que se puede dividir en a) climaterio temprano: abarca los primeros 10 años; b) climaterio perimenopáusico: involucra los segundos diez años y c) climaterio tardío: constituido por todos los años posteriores a la menopausia (Artiles Visbal, Manzano Ovies y Navarro Despaigne, 2002; Rojas Cabana, 2003).

Menopausia: cese definitivo de la menstruación. Se diagnostica tras 12 meses consecutivos de amenorrea y se subdivide en:

I) **Perimenopausia:** Establecida desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.

II) **Posmenopausia:** período inmediato posterior a la menopausia y se extiende por todos los años que siguen a esta última.

Puede ser, desde su causa:

- a) Menopausia natural: Cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario.
- b) Menopausia artificial: cese definitivo de la menstruación por daño gonadal irreversible inducido por exéresis quirúrgica, radioterapia o quimioterapia. De acuerdo con el Consejo de Sociedades Afiliadas de Menopausia (CAMS), de la *International Menopause Society*, menopausia inducida es el cese de la menstruación que sigue a la remoción quirúrgica de ambos ovarios (ooforectomía bilateral con histerectomía o sin esta) o a la resección iatrogénica de la función ovárica por quimioterapia o radioterapia. La ooforectomía bilateral es la causa más común de menopausia inducida (Heredía Hernández y Lugones Botell, 2007; Lugones Botell, 2001).

Por tanto, cuando los ovarios fallan no solamente se altera el proceso reproductivo manifestándose como trastornos menstruales, sino que también se modifica la influencia de las hormonas sexuales, especialmente estrógenos, sobre el resto del organismo. En consecuencia, la producción de hormonas por el ovario repercute en todo el organismo femenino y su falta de producción impactará a todo el cuerpo (Artiles Visbal et al., 2002; Rojas Cabana, 2003). Así, muchas mujeres experimentan bochornos o sofocos, uno de los síntomas más característicos de que se está perdiendo o se ha perdido la producción hormonal en los ovarios, lo que altera significativamente la calidad de vida de quien los padece y, si tiene vida de pareja, la de su compañero y hasta la de su familia, ya que pueden alterar la calidad del sueño al presentarse a cualquier hora del día o de la noche ocasionando incomodidad y despertar frecuentes.

El signo que a la vez es síntoma y que puede aparecer a continuación es la irregularidad menstrual ya que sólo una de cada 10 mujeres deja de menstruar súbitamente. El 90% restante atraviesa un período de irregularidad que generalmente dura 4 años, hasta que se

han acumulado 12 meses sin menstruación en cuyo caso se puede decir que ocurrió la menopausia. Por ende, la menopausia constituye un diagnóstico retrospectivo, algo que pasó, no una etapa de la vida. Lo que explica esta ausencia de menstruación es la falta de producción de hormonas sexuales que dejan de estimular el crecimiento y maduración de la capa interna del endometrio que es lo que se desprende y elimina como sangrado menstrual cada ciclo cuando no hay embarazo (Artiles Visbal et al., 2002).

En esta etapa temprana es frecuente la aparición de taquicardia y palpitaciones. Se ha encontrado que no menos de una tercera parte de las mujeres manifiesta alteraciones en su patrón de sueño que pueden llegar al insomnio. Estos trastornos del sueño se encuentran dentro de los síntomas que más frecuentemente se mencionan como elementos causales en la disminución de la calidad de vida (Artiles Visbal et al., 2002; Rojas Cabana, 2003).

Por otra parte, aunque no existe una enfermedad específica en el ámbito psicológico asociado a la deficiencia de estrógenos, se conoce toda una gama de alteraciones ligada a ésta. Se ha reportado que poco más del 40% de las mujeres en la transición a la posmenopausia cursa con diferentes grados de depresión y también pueden presentar desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución del apetito sexual, sensación de desadaptación y nerviosismo, en paralelo al rechazo de muchas mujeres a los cambios de su imagen corporal, lo que lleva al desarrollo de una autoestima baja o a perder su autoestima. En este sentido juegan un rol fundamental dos aspectos: por una parte la confrontación con el envejecimiento y la posibilidad de la muerte y, por la otra, la actitud del grupo social al que pertenece la mujer tanto con respecto al envejecimiento como a la pérdida de la capacidad reproductiva. Esta actitud de la sociedad, por lo general no muy favorable, se suma a la visión habitualmente negativa que desarrolla la mujer acerca de sí misma, y magnifica el impacto que los otros síntomas puedan tener (Navarro Despaigne, Pérez Piñero y Bayarre Vea, 2005).

Entre los cambios que se producen durante la perimenopausia aparecen las alteraciones menstruales y se manifiestan de forma más evidente los síntomas característicos del síndrome climatérico: alteraciones neurovegetativas con síntomas vasomotores, sofocos, cambios de humor, sudoración e insomnio, síntomas a nivel genitourinario como atrofia y sequedad vaginal, cambios en la sexualidad, además de algunas patologías que se deben prevenir como la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular (Amaya Navarro, 2005; Utian, 2008).

Un órgano que expresa el efecto de la carencia de estrógenos es la piel. Los estrógenos intervienen en el balance de la producción de colágeno que permite la hidratación y tersura de la piel. Como consecuencia de su deficiencia, esta última se adelgaza y se torna frágil y quebradiza, se atrofian y se acentúan las líneas de expresión dando origen a las arrugas particularmente alrededor de ojos, boca y en cara anterior del cuello lo cual, sumado al agregado de atrofas musculares regionales, favorece el cambio de apariencia. Estos cambios reafirman la percepción negativa que tiene la mujer de su imagen corporal alterándose, aún más, su estado emocional (Artiles Visbal et al., 2002).

El sistema osteoarticular también resulta afectado por la falta de estrógenos. Así, 4 de cada 10 mujeres posmenopáusicas sin tratamiento desarrolla osteoporosis, trastorno que consiste en un deterioro de los huesos por una pérdida excesiva del tejido óseo (Amaya Navarro, 2005; Utian, 2008).

Otros cambios que no se ven ni se sienten preparan el camino para la aparición de las consecuencias a largo plazo de la deprivación de estrógenos. Es así que se modifica en forma desfavorable la concentración y proporción de grasas en la sangre, aumentando el colesterol y, de esta forma, un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En las últimas tres décadas, se ha avanzado mucho en cuanto al mejoramiento de la salud femenina en esta etapa de la vida, con la aparición de múltiples opciones entre las

cuales figura el uso de la terapia hormonal de reemplazo (THR). Este mecanismo restablece el nivel de estrógenos en el organismo a fin de recuperar el equilibrio endocrino perdido y, así, disminuir o eliminar las manifestaciones dependientes de esa insuficiencia, lo que permite erradicar síntomas y signos climatéricos y prevenir la osteoporosis, la cardiopatía isquémica y la enfermedad de Alzheimer (Amaya Navarro, 2005; Utian, 2008).

Los primeros intentos fueron llevados a cabo con estrógenos solamente, pero se comprobó que esta terapia única se asociaba al desarrollo de hiperplasia y adenocarcinoma endometrial por lo que continuaron los estudios hasta que, en los años 70, se publicaron varios artículos que recomendaban el uso de tratamiento combinado- estrógenos con gestágenos- para prevenir el riesgo del cáncer endometrial (Navarro Despaigne, 2007).

En síntesis, la experiencia de la menopausia es diferente para cada mujer y entre mujeres de diferentes culturas o procedencias. No es el final de la vida sino el comienzo de una etapa que ocupa casi la tercera parte de la vida femenina. Por ende, una etapa que deja abierta las puertas al disfrute de una nueva forma que debe cursar con menos carga y tensión (Lugones Botell, 2001; Padró Suárez y Casas Fernández, 2004).

2. 5. Chemobrain

En la práctica clínica algunos pacientes oncológicos manifiestan problemas de concentración y memoria durante y después del tratamiento con quimioterapia, radioterapia, o la combinación de ambas (López-Santiago, Cruzado y Jaime Feliz, 2011), trastornos cognitivos resultantes del tumor en sí mismo, de los efectos de los tratamientos oncológicos y /o de estados de comorbilidad, a lo que se denomina *chemofog* o *chemobrain* (Gómez-Cruz, 2011). Dado que en nuestro país estas quejas pasan con frecuencia desapercibidas y, más aún, los trabajos internacionales de investigación al respecto son insuficientes, las tareas de prevención y control de este posible efecto secundario son asignaturas pendientes.

Entre el 15 y el 50% de los enfermos oncológicos que reciben quimioterapia podrían experimentar este efecto secundario caracterizado como problemas de memoria, aprendizaje, concentración, razonamiento, función ejecutiva, atención y habilidad visoespacial, durante y después de la quimioterapia (Argyriou, Assimakopoulos, Iconomou, Giannakopoulou y Kalofonos, 2010; Vardy, 2008). Se postula que el tratamiento sistémico podría producir tales efectos adversos, tanto por vía directa mediante un efecto neurotóxico como por vía indirecta, modificando otras respuestas biológicas como la modulación de la cascada inmunológica o la provocación de cambios hormonales (Hess e Insel, 2007; Vardy, 2008). No obstante, existen datos acerca de daños cognitivos previos al tratamiento con una oscilación del 20 al 40 % (Rodin et al., 2006; Wefel, Saleeba, Buzdar y Meyers, 2010) y, si bien tal deterioro suele ser sutil y tiende a desaparecer a medida que se logra la resolución del proceso oncológico, en algunos casos puede convertirse en una secuela grave (López-Santiago, Cruzado y Jaime Feliz, 2011).

Así, el deterioro cognitivo previo sumado a variables personales como edad, estados emocionales alterados, nivel de instrucción; circunstanciales como el tipo de instrumento de evaluación utilizado; y físicas como el estadio del tumor y situaciones de comorbilidad como la presencia de anemia, sugieren que el fenómeno denominado chemobrain es mucho más complejo (Hurria, Somlo y Ahles, 2007).

Se sabe que la irradiación craneal suele ser el tratamiento indicado en tumores primarios y metastásicos de cerebro, procesos tumorales de cabeza y cuello y en leucemias y linfomas del Sistema Nervioso Central, entre otros. Este procedimiento ocasiona respuestas cerebrales muy complejas dentro de las cuales son destacables el aumento de agentes oxidativos y de citoquinas inflamatorias. Se produce una inhibición de la neurogénesis endógena y se altera la diferenciación de las células precursoras neurales, lo cual se asocia con uno de los mecanismos que subyacen al deterioro cognitivo progresivo que se presenta

en estos pacientes sobrevivientes de cáncer: las alteraciones de la neurogénesis del hipocampo (Monje, 2008; Munjal et al., 2009; Schneiderman, 2004).

Nuevos estudios confirman que las funciones mentales más comúnmente afectadas durante el tratamiento radiante y luego del mismo, son la atención, la memoria, el aprendizaje, la psicomotricidad y las funciones ejecutivas. También plantean la existencia de factores de riesgo identificables para el desarrollo del deterioro cognitivo asociado a la radioterapia y, que las alteraciones cognitivas tras la radioterapia suelen aparecer luego de un largo período de tiempo (Pérez-Elvira y Clavel, 2011).

Actualmente, terapias combinadas como la radioquimioterapia o la radiocirugía asociada a radioterapia en los tumores cerebrales son objeto de estudio a los fines de identificar sus efectos sobre la cognición. Y si bien algunos autores como Brown y Cerhan (2009) sostienen que los avances en la terapia radiante ocasionan que su agresividad sea menor que en décadas pasadas, las evidencias avalan que, aún así, la aplicación de radioterapia habitualmente aumenta el riesgo de deterioro cognitivo en los pacientes que la reciben.

2. 6. Asesoramiento Genético Oncológico

El cáncer es una afección predominantemente esporádica sin existir patrones de herencia francos. Así, los tumores oncológicos pueden dividirse en tres grupos:

a) Esporádicos: ocurren a edades esperadas de aparición, son los más frecuentes aún en personas sin antecedentes familiares. Las alteraciones genéticas sólo remiten al tejido afectado como parte del proceso normal de envejecimiento celular.

b) Familiares: constituyen el 20-25% de los casos. Los factores genéticos débiles, asociados al ambiente y calidad de vida, provocan que los miembros de una familia sean más susceptibles al desarrollo de una enfermedad oncológica. Los más frecuentemente observados son el cáncer de mama y colorrectal familiar.

c) Hereditarios: son el 5 al 10% de todos los casos de cáncer y se producen por mutaciones heredadas transmisibles de padres a hijos y de generación en generación, originando de este modo, síndromes en los que una mutación en un determinado gen, aumenta el riesgo de aparición de más de un tumor. De este modo, cada síndrome posee un espectro de tumores sobre los que se focaliza la prevención. Así, el ser humano, desde el momento de su concepción puede presentar una mutación heredada que, en caso de estar presente, se expresa en todas las células del cuerpo. En consecuencia, es posible la identificación de mutaciones en pacientes no oncológicos a partir de un análisis de sangre (Nuñez, Cólica, Valdéz, Telias y Schenone, 2013). Por tanto, es recomendable que estas familias sean asesoradas en una unidad o consulta de asesoramiento genético oncológico.

El asesoramiento genético se define como un proceso en el que se evalúa el riesgo de padecer cáncer debido a su historia familiar y la posibilidad de transmitir ese riesgo a la descendencia, brindando manejo tanto médico como psicológico de estas cuestiones (Pérez Segura, 2013). Este asesoramiento tiene como finalidad brindar certidumbre, estimar el riesgo del desarrollo de cáncer hereditario, adoptar medidas preventivas y, de este modo, ayudar a pacientes y a familiares potencialmente en riesgo de padecer una patología oncológica (Cruzado, Pérez Segura y Olivera, 2007).

De esta manera, se constituye en un proceso de comunicación a través del cual se asesora a personas en riesgo de sufrir un cáncer hereditario, brindándole información sobre posibilidades de padecerlo y/o de recurrencia, colaborando en la comprensión y en la interpretación de dicho riesgo, clarificando las medidas profilácticas disponibles y evaluando las decisiones más idóneas en cada caso y las probabilidades de transmitir el riesgo a la descendencia. Siempre jugará un rol fundamental la adaptación de cada paciente y su familia a la dinámica de la situación (Berliner y Fay, 2007).

Todo esto constituirá un proceso psico-educativo de capacitación a pacientes oncológicos y familiares, potencialmente en riesgo, en la toma de decisiones acerca del test genético, del screening, de los tratamientos profilácticos disponibles y del consecuente seguimiento basado en la adecuada comprensión e integración de la información genética, médica, psicológica y social (Pérez Segura, 2005).

La meta del asesoramiento genético oncológico es lograr que los participantes del mismo estén capacitados para la óptima utilización de la información genética y, de esa forma, minimizar el malestar psicológico e incrementar el control personal. Los principios de utilización voluntaria de los servicios, la toma de decisión asesorada, la protección de la confidencialidad, la privacidad del paciente, y la atención a los aspectos psicológicos se consideran centrales tanto en la filosofía como en la práctica del Consejo Genético Oncológico (Pérez Segura, 2013).

En la actualidad, los estudios genéticos están dirigidos, principalmente, hacia dos entidades sindromáticas de cáncer familiar, Síndrome Hereditario de Cáncer de Mama y Ovario y Síndrome Hereditario de Cáncer Colorectal No-Poliposis (Gil, 2005).

2. 6. 1. Cirugía profiláctica

Dado que en la actualidad, desde el punto de vista quirúrgico, se plantea cada vez más el tratamiento oncológico conservador, resulta difícil aceptar el planteo de la extirpación de órganos sanos como una opción preventiva. Sin embargo, la hipótesis previa está avalada por la falta de eficacia de las medidas de diagnóstico precoz y el desarrollo aún incipiente de la quimioprevención. Al respecto, dos síndromes prevalentes clarifican estos conceptos:

a) Cáncer de mama-ovario hereditario: sendos trabajos científicos orientan sobre el posible beneficio de la cirugía profiláctica en las portadoras de mutaciones en los genes BRCA (Hoogerbrugge et al., 2003; Kauff et al., 2002). Se conoce que el porcentaje de reducción de riesgo oncológico tras una mastectomía o una salpingooforectomía bilateral

ronda el 90 -95% y son considerables los hallazgos histológicos de lesiones premalignas o malignas, tanto en las piezas de mastectomía como de salpingooforectomía (Pérez Segura, 2013).

b) Cáncer de colon hereditario no polipósico o síndrome de Lynch: al contrario de lo que ocurre con los casos de poliposis adenomatosa familiar, la colectomía profiláctica no es un estándar de prevención en esta población oncológica. Pero, debido a la existencia de situaciones categóricas de mal seguimiento o a la alta incidencia de lesiones polipoideas displásicas repetitivas, la posibilidad de esta técnica preventiva es considerada.

Otro aspecto destacable es el hecho de que el ser portador de cáncer colorrectal aumenta las posibilidades de aparición de otro cáncer colorrectal aproximadamente en un 30 % durante los 10-15 años posteriores al diagnóstico inicial. Por esta razón, cabe la posibilidad del planteo de la realización de una colectomía subtotal con la intención de reducir al máximo este riesgo. Además, en las mujeres con diagnóstico de cáncer colorrectal que no desean tener más descendencia, se sugiere una cirugía preventiva ginecológica - histerectomía con doble anexectomía- más aún si van a ser sometidas a cirugía por dicha afección (Pérez Segura, 2013).

En conclusión, frente a la patología oncológica existen varias opciones de manejo médico con distinta efectividad, ya que se carece de una fórmula ilusoria que oriente sobre la mejor medida en cada caso. Al mismo tiempo, se cuenta con la posibilidad de discutir dentro del equipo de salud, formando el paciente parte del mismo, las distintas ofertas de tratamiento, para adoptar así la decisión más adecuada, teniendo en cuenta los programas de vida (Pérez Segura, 2013).

Asimismo, Sánchez Sánchez (2015) observa que en el último milenio se han ido produciendo cambios en la percepción social del cáncer eliminándose su condición mortífera y estigmatizante.

Así, las respuestas de las mujeres tanto al diagnóstico como a la cirugía estaban impregnadas de pesimismo y vivencias depresivo-ansiosas sobre su cuerpo en las décadas finales del siglo XX (1980-2000), tendencia que parece estar revirtiendo en los quince años transcurridos del siglo XXI. Al respecto, la mayor autonomía, el control del proceso por parte de las enfermas y los avances de la oncología y de la medicina plástica-reconstructiva, favorecen actitudes psicológicas positivas y resilientes ante el cáncer de mama y a la vez minimizan los daños psíquicos relativos a la autopercepción, la autoestima corporal, la imagen pública y las relaciones interpersonales de las pacientes oncológicas.

Sin embargo y, en relación, Incrocci (2015) plantea una falta de comunicación activa y útil en relación a temas de sexualidad, incluso cuando los profesionales médicos piensan que el paciente puede llegar a experimentar alguna problemática en la esfera sexual.

CAPÍTULO 3
FUNCIÓN SEXUAL Y CÁNCER

Capítulo 3. FUNCIÓN SEXUAL Y CÁNCER

3. 1. Sexo y sexualidad

El término sexo proviene del latín *sexus* y está referido a una cuestión biológica externa que no está sujeta a elección, a una condición de la naturaleza humana. Por lo tanto, es todo aquello que está involucrado con los genitales y muy relacionado con la reproducción humana. A su vez, la genitalidad es un aspecto orgánico del sexo que establece una distinción entre hombres y mujeres desde el punto de vista heterogamético, es decir desde el conjunto de órganos sexuales masculinos o femeninos (Franco, 2009).

La sexualidad, por el contrario, está relacionada con la esfera psicológica. Se trata de un elemento básico del desarrollo biopsicosocial de los individuos, de un modo de ser, de manifestarse y de comunicarse con los otros. La sexualidad se elige, se ejerce, requiere exploración y búsqueda, es un componente que mueve hacia la búsqueda del placer. Si bien incluye a la anatomía sexual y reproductiva, además es la resultante de múltiples factores que influyen sobre la personalidad del sujeto. Dichos factores son: sexo biológico, género, identidad sexual, imagen corporal, deseos, filias eróticas, vida emocional y familiar, cultura y educación (Franco, 2009).

El tema de la sexualidad humana es complejo y multideterminado por su relación con disciplinas tales como biología, sociología, psicología, religión, política, medicina, derecho y diversas ramas del conocimiento humano que plantean cuestiones acerca de la misma. Y si bien el sexo se mantiene sin variantes significativas en el área biológica, la sexualidad adquiere un criterio dinámico y se asocia a factores psicológicos y a valores regidos por una sociedad cambiante de acuerdo al acontecer histórico.

Lagarde (2003) opina que aunque en todas las sociedades la sexualidad está implícita en las relaciones sexuales, la economía, las creencias, las instituciones y en los espacios fundamentales de la vida diaria de los individuos, existen dificultades para dialogar y

conducirse espontáneamente sobre esta cuestión, al igual que resulta problemático intercambiar puntos de vista acerca del sexo.

3. 2. Fases del ciclo completo de la respuesta sexual en la mujer

- a) Deseo: diversas fantasías sobre la actividad sexual y las ganas de llevarlas a cabo. Constituye un impulso hacia la actividad sexual generado por estímulos internos y/o externos. Incluye fantasías, pensamientos, receptividad para la actividad sexual e involucra una raíz biológica –hormonas- y una raíz emocional -intimidad, placer y aspectos de relación- (Franco, 2009).
- b) Excitación: sensación subjetiva de placer sexual. Se acompaña de cambios fisiológicos, siendo los más frecuentes en la mujer la lubricación de los genitales externos conjuntamente con la tumefacción de los mismos y la vasocongestión generalizada de la pelvis (Franco, 2009). Esta fase también involucra mecanismos centrales -fantasías, sueños, pensamientos-, periféricos no genitales -salivación, sudoración, erección del pezón- y, periféricos genitales -congestión vaginal, clitorídea y lubricación- (Kaplan, 1979).
- c) Orgasmo: punto culminante del placer sexual. Consiste en la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En la mujer, se producen contracciones de la pared del tercio externo de la vagina, no siempre experimentadas subjetivamente como tales (Franco, 2009).
- d) Resolución: fase de relajación muscular y de sensación de bienestar general (Franco, 2009).

3. 3. Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas

Una de las principales guías para el diagnóstico de los problemas sexuales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000) -DSM-IV-, que sigue el modelo trifásico de la respuesta sexual identificado por Master & Johnson (1966) y

elaborado por Helen Kaplan (1979), definió en 1994 a las Disfunciones Sexuales como “las alteraciones en el deseo sexual así como cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales.” (p. 72)

Sin embargo, el diagnóstico y la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas (DSF) han experimentado variaciones significativas en los últimos 50 años debido a:

- a) Cambios en la expectativa social por la conducta sexual femenina.
- b) Conocimiento disponible acerca de la psicofisiología y la práctica clínica.

Así, la actual clasificación de la DSF, basada en el DSM-IV (2000), surge de la modificación realizada por el Consenso del Consejo de Salud de la Fundación Americana para Enfermedades Urológicas –AFUD- en el año 1998 e identifica 4 categorías mayores de dificultades (Basson, Berman y Burnett, 2000; Leiblum, 1998):

1. - Dificultad en el deseo sexual o Deseo sexual hipoactivo o Aversión sexual
2. - Dificultad en la excitación sexual
3. - Dificultad en el orgasmo
4. - Dolor Sexual: dispareunia, vaginismo y/o dolor sexual no coital

A su vez, para cada uno de los ítems de la clasificación previa se suman los subtipos

- a) Primaria -de toda la vida- o Secundaria –adquirida-
- b) Generalizada o Situacional -sólo ocurre en determinadas situaciones-
- c) Psicológica, Orgánica, Mixta o Desconocida

Si bien actualmente la hipoactividad del deseo sexual es la DSF más diagnosticada, seguida de las dificultades del orgasmo, en los distintos centros de estudio de tales afecciones, las principales quejas de la mujer están enfocadas hacia el comportamiento no genital, -afectos, comunicación, resultados de la atracción y la pasión- (Bechara, 2004).

Por tanto, las nuevas clasificaciones destacan que, para considerarse tal, la disfunción debe generar aflicción personal en lugar de interpersonal. El propósito consiste en enfatizar

que sea la mujer y no su pareja quien determine si el problema es suficientemente perturbador como para establecer el diagnóstico de DSF y su consecuente tratamiento (Bechara, 2004).

3. 3. 1. Disfunción del Deseo

Las alteraciones de la fase del deseo en la respuesta sexual pueden expresarse como:

- Deseo sexual hipoactivo: deficiencia- persistente o recurrente- o ausencia de fantasías sexuales y/o deseo y/o receptividad de actividad sexual, que causa aflicción personal.
- Aversión sexual: aversión fóbica persistente o recurrente que intenta evitar el contacto sexual con una pareja, causando aflicción personal.

El énfasis está colocado en la persistente pérdida de marcadores usuales del deseo como los pensamientos sexuales o las fantasías y/o la receptividad para iniciar la actividad sexual con una pareja. De este modo, es importante la diferencia entre la pérdida persistente del deseo y el deseo intermitente, que puede en sí mismo constituir un problema.

La definición del DSM-IV (2000), refleja el hecho de que muchas mujeres nunca experimentan deseo sexual espontáneo pero, a la vez, son receptivas e interesadas en la actividad sexual cuando ésta llega. Sin embargo, si la mujer no se ve afectada por la falta de interés sexual y /o su pérdida, estas últimas no serán diagnosticadas como un problema (Bechara, 2004).

3. 3. 2. Disfunción de la Excitación

La alteración de la fase de excitación, dará lugar a una disfunción sexual definida como la persistente o recurrente incapacidad para lograr o mantener la suficiente excitación sexual provocando aflicción personal. Por su parte, puede manifestarse como una pérdida subjetiva de la excitación o bien como la pérdida de la lubricación, congestión genital u otra respuesta somática.

Tal vez esta sea la disfunción sexual más difícil de definir debido a que, en la mujer, un déficit en la excitación no siempre es fácil de identificar, más aún considerando que la lubricación no es un índice ni claro ni subjetivo de excitación sexual.

La Guía de consulta de los criterios diagnósticos (2013) -DSM-5™- agrupa el interés y la excitación sexual en el Trastorno del Interés/Excitación sexual femenino y menciona diversos Criterios en relación a esta afección.

Criterio A: el Trastorno del Interés/Excitación sexual femenino se manifiesta si se corroboran por lo menos uno de los siguientes síntomas:

1. Ausencia de interés sexual o actividad sexual reducida.
2. Ausencia o reducción de fantasías y/o pensamientos sexuales o eróticos.
3. Ausencia o reducción en el inicio de la actividad sexual y falta de recepción de los intentos de la pareja por iniciarla.
4. Ausencia o reducción de la excitación o placer sexual durante la actividad sexual en todas o casi todas las ocasiones, del 75 al 100%, en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada en todos los contextos.
5. Ausencia o reducción de la excitación o placer sexual en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica ya sea interna o externa.
6. Ausencia o reducción de sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones, del 75 al 100%, en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada en todos los contextos.

Criterio B: los síntomas del Criterio A han persistido seis meses como mínimo.

Criterio C: los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo

Criterio D: la disfunción sexual no se debe a un trastorno mental ni se explica como

consecuencia de otros factores estresantes significativos o atribuidos a los efectos de una sustancia/medicación u otra afección médica.

3. 3. 3. Disfunción del Orgasmo

La alteración de la fase del orgasmo dará lugar a una disfunción sexual que causa aflicción personal, definida como la persistente o recurrente dificultad, retraso o ausencia de llegar al orgasmo luego de una fase de excitación normal (DSM IV, 2000). El DSM-5™ (2013) agrega a la definición previa, la evidencia de una marcada reducción de la intensidad de las sensaciones orgásmicas y además considera dos variables relevantes que deben estar implícitas para lograr alcanzar el orgasmo como la suficiente estimulación sexual y la suficiente excitación.

3. 3. 4. Dolor

Dispareunia: dolor genital persistente o recurrente o asociado a la relación sexual, que causa aflicción personal.

Vaginismo: espasmo involuntario persistente o recurrente del tercio anterior de la vagina que interfiere en la penetración vaginal y que causa aflicción personal.

Dolor sexual no coital: dolor genital persistente o recurrente inducido por una estimulación sexual no coital que causa aflicción personal (DSM-5™, 2013).

3. 3. 5. Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos (DSM-5™, 2013)

Se caracteriza de este modo a la afección producida durante o luego de una intoxicación o abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, o tras alguna modificación o cambio de pauta.

3. 4. Los tratamientos oncológicos y sus repercusiones en la adaptación psicosexual de la mujer

La identidad sexual femenina, la función sexual y las relaciones sexuales pueden afectarse severamente cuando el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos irrumpen en la vida de la mujer y en la de su familia (Graziottin, 2003).

A pesar de ser las alteraciones de la función sexual del paciente oncológico un tema poco tratado en la literatura científica, existen diversos trabajos que destacan su presencia o ausencia en relación a las diferentes etapas de la enfermedad y a las distintas localizaciones tumorales.

Por un lado, Herbenick, Reece, Hollub, Satinsky y Dodge (2008) mencionan que en una población de 115 mujeres menores de 50 años con cáncer de mama, el tratamiento quimioterápico puede provocar alteraciones en la actividad sexual y generar dolor genital.

En línea, Andersen, Carpenter, Yan y Shapiro (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 comprometida su función femenina y materna por efecto de la enfermedad o del tratamiento.

Por su parte, Katz (2009) plantea que el cáncer ginecológico y sus tratamientos pueden provocar una disminución tanto del interés como de la frecuencia de la actividad sexual. En contraposición, Greenwald y McCorkle (2008) señalan que ni el diagnóstico de la enfermedad ni la edad afectan la función sexual.

Au (2010) encuentra en una muestra de adultos taiwaneses de ambos sexos con cáncer de recto que la función sexual disminuida se correlaciona con: edad avanzada, menor nivel de educación, menor espiritualidad, colostomía, etapa avanzada del tumor, mayor número de tratamientos contra el cáncer y mayor estrés.

En concordancia, Lindau et al. (2007) refieren que la actividad sexual disminuye con la edad y el avance de la enfermedad. Schmidt, Bestmann, Kuchler, Longo y Kremer (2005),

en cambio, plantean que en pacientes varones con cáncer de recto la sexualidad alterada resulta independiente de la edad.

Por otro lado, a partir del trabajo con pacientes que realizaron tratamiento quirúrgico, quimioterápico y /o radiante por cáncer ginecológico ovárico o endometrial, Dickson et al. (2015) destacan que, si bien muchas mujeres con ginecopatías malignas reportan cambios en su función sexual luego de los tratamientos oncológicos, cerca de la mitad de las mismas sienten que debe tratarse otros temas de mayor importancia que la salud sexual, durante la visita al oncólogo.

Asimismo, Guntupalli, et al. (2015) examinan la función sexual luego de los tratamientos oncológicos así como el impacto de aquella en la relación marital. Los autores concluyen que las mujeres con cáncer ginecológico, en especial las pacientes jóvenes o premenopáusicas, las que recibieron quimioterapia y las que mantienen una relación amorosa comprometida, presentan un riesgo particular de presentar una disfunción sexual.

Al respecto, Wang, Camareros y Cheung (2015) señalan que la infertilidad y la disfunción sexual resultantes de las terapias oncológicas, son a menudo enfatizadas de forma inadecuada aún cuando estas preocupaciones pueden ser causa de estrés en pacientes oncológicos adultos jóvenes. Y agregan que dado que el intercambio de opiniones acerca de estos tópicos puede modificar las expectativas de los pacientes, un compromiso apropiado y temprano tanto del oncólogo como del médico de atención primaria en estos temas, facilita el desarrollo de efectivos modelos compartidos de seguimiento de estos pacientes.

En concordancia, Incrocci (2013) sugiere que el manejo del paciente oncológico a lo largo de todas las etapas de su enfermedad, debe ser realizado con una estricta colaboración de todos los proveedores de salud incluyendo especialistas médicos, fisioterapeutas, psicólogos, médicos sexólogos y enfermeras, ya que desde el inicio del diagnóstico

oncológico hasta el tratamiento llegando luego al estadio de sobreviviente, existen variedades de estresores psicosociales para él, su pareja y demás seres queridos.

Además, el autor agrega que el cáncer afecta la cantidad y la calidad de vida y, por tanto, el desafío para los médicos y otros profesionales de la salud es aconsejar y educar al paciente y a su pareja acerca del nuevo funcionamiento sexual (Incrocci, 2011).

También, An et al. (2014) realizaron un estudio cuyo objetivo era investigar las disfunciones sexuales de pacientes oncológicas sobrevivientes en relación a las de las mujeres sin cáncer. Las primeras tienen una función sexual más pobre comparada con las mujeres no oncológicas y los problemas de vulnerabilidad sexual en las sobrevivientes oncológicas difieren según los tipos de cáncer.

En esa línea y considerando a las mujeres con diagnóstico de linfoma, Goldfarb, Jackson, Carter, Dickler y Noy (2014) aclaran que las disfunciones sexuales son prevalentes en pacientes tratadas por linfomas y deben considerarse un potencial efecto adverso de la terapia oncológica a tratarse con agentes lubricantes, cremas vaginales, dilatadores, terapia hormonal, asesoramiento médico y psicooncológico.

Badhwar, Assad, Bhama, Vakhariya, y Goodman (2014), plantean que las disfunciones sexuales son desórdenes prevalentes en las pacientes sobrevivientes con cáncer de mama, y que su aparición conjunta con el diagnóstico de la enfermedad oncológica refleja el impacto psicosocial del mismo. También mencionan que la declinación de la salud sexual, luego de los tratamientos oncológicos, enfatiza los efectos adversos importantes tanto de la quimioterapia como de la hormonoterapia en términos de distrés, pobre imagen corporal, cambios hormonales, sequedad vaginal, dispareunia y afectación del bienestar sexual.

En este orden, Wang, Chen y Cheung (2014) piensan que el riesgo tanto de infertilidad como de disfunción sexual a partir de la terapia oncológica no es adecuadamente tratado en el momento del diagnóstico de la patología, a pesar que los profesionales conocen que

dicha temática puede causar un distrés significativo a lo largo de todas las etapas de la enfermedad.

Autores como Vázquez-Ortiz, Antequera y Blanco Picabia (2010), destacan que debido a que el nivel de excitación sexual no se ve alterado de forma significativa por el cáncer de mama y sus tratamientos, las mujeres mastectomizadas no presentan más dificultades para lograr el orgasmo en sus relaciones sexuales que las mujeres sanas, presentando también niveles comparables a estas últimas en lo que respecta a placer y bienestar sexual ante los diferentes estímulos sexuales. Estos resultados se encuentran en la misma dirección que los de Gerard (1982), quién no observa diferencias en la excitación sexual entre las mujeres mastectomizadas y las del grupo control, y que los de Achte, Lindfors, Salokari, Vauhkonen y Lehvonen (1987), quienes corroboran que tanto las mujeres mastectomizadas como aquellas pertenecientes al grupo control presentan los mismos niveles de satisfacción sexual.

Sin embargo, los autores inmediatamente anteriores no concuerdan con Andersen y Jochimsen (1985) y con Karabulut y Erci (2009) dado que los primeros observan una disminución del nivel de excitación sexual en mujeres con cáncer de mama y los segundos ponen de relieve un alto porcentaje de mujeres mastectomizadas para las cuales las relaciones sexuales dejan de ser satisfactorias.

De acuerdo con los datos previos, Golden (1983) también observa una disminución del placer y la satisfacción sexual tras la cirugía por cáncer de mama.

Por su parte, Bakht y Najafi (2010) compararon disfunciones sexuales y parámetros de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama en relación a mujeres jóvenes sanas y utilizaron los cuestionarios: MBSRQ e IFSF. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en la función sexual considerada en general entre ambos grupos pero sí encontraron diferencias significativas en las subescalas de deseo sexual; excitación

sexual; satisfacción sexual y dolor. También, hallaron diferencias significativas entre todas las subescalas de imagen corporal excepto en la subescala subjetiva de peso.

Asímismo, es destacable el aporte del trabajo de Burwell, Case, Kaelin y Avis (2006), que muestran que en las mujeres con cáncer de mama la alteración de la sexualidad suele evidenciarse más en el interés por el sexo que en la satisfacción sexual en sí misma debida a la alteración hormonal propia de los tratamientos para el cáncer.

Retomando a Vázquez-Ortiz et al. (2010), los mismos constatan un elevado porcentaje de mujeres, alrededor del 50%, que perciben una disminución en su interés sexual en comparación con el período previo al diagnóstico de la enfermedad. Además, reportan que esta dificultad no mejora transcurrido el primer año tras la operación y, por el contrario, su incidencia permanece constante varios años luego de la misma.

En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, los datos referidos por los mismos autores apoyan la idea de que, a raíz de la enfermedad, la proporción de mujeres que disminuyen la frecuencia con que mantienen relaciones sexuales coitales con sus parejas es del 40%, aunque estas diferencias no llegan a ser significativas en relación con las mujeres sanas. Este dato previamente descrito, presenta semejanza con los de otros autores (Andersen y Jochimsen, 1985; Golden, 1983) que observan que las mujeres mastectomizadas tienen menos relaciones sexuales con sus compañeros y que éstas, incluso, pueden cesar por completo.

Vázquez-Ortiz et al. (2010), también señalan que tras la mastectomía es frecuente la preocupación por la reanudación de las relaciones sexuales y el miedo al rechazo por parte de la pareja más aún cuando, estos últimos, no acarician a su pareja en la zona del pecho de igual modo que antes de la cirugía.

Así, para Vidal y Benito (2012) la excitación sexual en las pacientes oncológicas puede verse afectada por los tratamientos quirúrgicos y la radioterapia, la anorgasmia está

relacionada con la patología oncológica y los factores de orden psicológico -creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y modalidades de afrontamiento- son relevantes en la aparición de las dificultades sexuales.

Por lo tanto, el cáncer impacta de manera negativa en la vida sexual de las parejas afectadas, y como un evento traumático también puede producir cambios en el funcionamiento físico, en la percepción de la femineidad y alterar la función psicosexual y la intimidad de las mujeres. En este orden, las disfunciones sexuales que continúan al tratamiento oncológico, deben ser diagnosticadas y manejadas con una aproximación sistemática y con premisas multidisciplinares (Vaziri y Lotfi Kashani, 2012).

Para finalizar, es importante mencionar que existen distintos autores que señalan el papel relevante de la pareja, en la colaboración con las conductas de autocuidado de su mujer, en las demostraciones de afecto, en preservar la intimidad, en la comprensión y en el logro de una comunicación abierta y sin prejuicios, claves todas para colaborar en la satisfacción sexual de las pacientes oncológicas durante y luego de los tratamientos onco-específicos (Finck et al., 2012; Kern de Castro y Moro, 2012; Schover, van der Kaaij, van Dorst, Creutzberg y Kiserud, 2014; Takahashi y Kai, 2005).

Sin embargo, Moreno-López, Lara-Medina y Alvarado-Aguilar (2014) mencionan que la temática relacionada con las parejas de los pacientes oncológicos no se ha constituido, hasta el momento, en un objeto de estudio habitual desconociéndose aspectos como la manera en que aquellas son afectadas por la enfermedad oncológica de sus seres queridos, los factores que inciden en su búsqueda de ayuda y en su nivel de necesidad, la forma óptima de apertura de los canales de comunicación para facilitar el acercamiento a sus respectivas parejas y las diferentes alternativas que se les puede brindar a esta población.

CAPÍTULO 4

AFRONTAMIENTO Y CÁNCER

Capítulo 4. AFRONTAMIENTO Y CÁNCER

4. 1. Concepto de estrés, distrés y eutrés

Según Selye (1978), el estrés consiste en la respuesta del organismo ante una exigencia tanto agradable como desagradable. Las continuas necesidades de ajuste interno y externo para la supervivencia movilizan recursos físicos y mentales, generando una respuesta general que se denomina estrés. Dicha respuesta es considerada inespecífica, debido a que ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos y a que siempre se experimenta algún grado de estrés. Para Kertesz y Kerman (1985) el estrés es un mecanismo innato de autopreservación de la especie y es transmitido genéticamente de generación en generación.

Por consiguiente, se utiliza el término estrés tanto para referirse a los agentes ambientales que perturban la estructura y función de un individuo como a las respuestas ante tales agentes. Desde un punto de vista fisiológico, se lo considera parte del síndrome de adaptación de Selye (1978), en tanto, desde un aspecto sociológico, como agente estresor cuando una organización o sistema social se desorganiza (Bonet y Luchina, 1998).

Lazarus (1966) investigó el estrés psicológico estableciendo una teoría cognitiva en el campo de la psicología médica, señalando que el estrés psicológico es una respuesta dominada por la forma en que el individuo interpreta y evalúa -consciente o inconscientemente- el significado amenazante, perjudicial o desafiante de un evento. Agrega que el concepto de estrés puede extenderse hacia toda un área de problemas sociológicos, psicológicos y fisiológicos debidos a que a la organización del individuo le son impuestas demandas que amenazan sus potenciales habilidades de adaptación. El estrés placentero o eutrés y el estrés displacentero o distrés, incluyen no sólo los tipos de estímulos sino, también, los mecanismos y los efectos de la respuesta.

En concordancia, Lazarus (1966) y Selye (1978), plantean que si bien resulta necesario cierto nivel de estrés para vivir y desarrollarse, un grado amenazante o desbordante del mismo se transforma en patológico.

4. 2. Afrontamiento: ¿estilo o estrategia?

Continuando con Lazarus (1966), la variable hipotética que influye en la producción de enfermedad deviene de la relación forjada entre el individuo y el entorno, expresada en el concepto de estrategia de afrontamiento, la que puede tanto aminorar o aumentar el efecto de las condiciones ambientales nocivas, así como regular la perturbación emocional del individuo frente a la situación y expresar una serie de afrontamientos que pueden ser en sí mismos perjudiciales.

Lazarus y Folkman, (1986) consideran que bajo dicho concepto se incluyen “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.” (p.164).

En esa línea, destacan que el afrontamiento: a) no es un rasgo permanente en el individuo; b) no es un tipo de conducta automática; c) no se identifica con el resultado que de él se derive; y d) no se puede vincular con el dominio del entorno.

Por lo tanto, una acción se encuentra bajo el rótulo de afrontamiento cuando supone un esfuerzo del individuo, dado que no es algo que forme parte de su personalidad.

Soriano (2002), comenta que el afrontamiento es cambiante y prefiere el término estrategias de afrontamiento al de estilos de afrontamiento, que sí alude a algo permanente en los individuos.

Por su parte Sandín (2003), hace la diferencia entre estrategias, estilos y recursos, explicando que las estrategias de afrontamiento son más específicas y llevan a cabo

acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, por ejemplo: relajarse, ver películas, buscar apoyo social. Los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores, por ejemplo, “locus” de control, percepción de control, auto eficacia, autoestima o sentido del optimismo.

El interés por el afrontamiento ante una enfermedad como el cáncer, entendida ésta como estresor, comenzó a desarrollarse durante las décadas de los sesenta y setenta, enfatizándose la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por consiguiente, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad (Nobles Montoya y Brunal Vergara, 2009).

En este contexto, un término preferencial es el de ajuste o adaptación, que incluye la reacción de ajuste ante la enfermedad, la integración de demandas cambiantes del paciente, las respuestas de ajustes en las relaciones interpersonales y la adaptación a los roles sociales.

4. 3. El cáncer como estresor

El cáncer como estresor presenta diferencias con otros estresores de naturaleza aguda. Y a su vez, en el cáncer, la naturaleza del estresor no es única sino múltiple. De este modo, se entiende la dificultad para la mujer de identificar un solo estresor-cáncer. Por ej. la mastectomía como secuela de la cirugía de mama puede alterar aspectos estéticos de la feminidad y, en consecuencia, afectar la intimidad con la pareja. En cambio, el no poder tener hijos, puede destruir una deseada identidad futura como la de ser madre.

En relación, Die Trill (2015) menciona que las diferencias en los aspectos psicosociales de diversos tipos de cáncer, en hombres y mujeres, están basadas fundamentalmente en

variables de género. Sin embargo, refiere que la forma concreta en la que influye el género en la adaptación al cáncer no está del todo definida, y desde luego, muy poco estudiada.

Aclara que las diferencias de género no sólo son evidentes en el impacto físico del cáncer sino también en la calidad de vida, en la diversidad psicosocial, en los estilos de afrontamiento y en la adaptación de las parejas de los pacientes al proceso de enfermedad.

Asimismo, algunas investigaciones reportan que con frecuencia las mujeres se enfrentan al cáncer de manera más adaptativa que los varones, tanto si son pacientes como si son cuidadoras y ésto quizás pueda atribuirse, entre otras, a que aquellas cuentan con mayores sistemas de apoyo social que los hombres (Volkers, 1999).

Por otra parte, la fuente origen del estresor en cáncer no es externa, como catástrofes o accidentes, sino interna, surge del propio cuerpo y esto puede fomentar síntomas evitativos o de hipervigilancia (Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009).

Así, el cuerpo es en gran medida el origen de la amenaza y surge el temor a que la enfermedad reaparezca.

Además, el malestar y los temores en cáncer se dirigen hacia el futuro, no son los relacionados con el diagnóstico, sino los que se imaginan podrían llegar como dolor, dependencia o la muerte.

En cáncer no existe un origen y final delimitado del estresor ya que la amenaza puede sentirse de forma permanente y constante, reactivándose especialmente en los controles y seguimientos médicos. Esto explica que algunos pacientes convivan con el *Síndrome de Damocles* (Koocher y O'Malley, 1981) que puede generar dificultades para planificar la vida más allá del periodo entre controles.

Y por último, en general existe una mayor capacidad de control percibida en relación al papel del paciente en los tratamientos, seguimientos y actividades preventivas a realizar, comparado con otros eventos más agudos. Este aspecto puede ser un camino posible a un

cambio positivo mediante la adopción de estilos de vida saludables, como mejorar la dieta alimenticia o la realización de ejercicios físicos, pero también, puede aumentar los sentimientos de culpa y de ira, si no se cambian (Ochoa, et al., 2010).

Así, el cáncer puede ser vivido como una crisis vital que pone a prueba la capacidad de adaptación del enfermo, tanto ante la nueva situación que le ha tocado vivir como a los condicionantes que la acompañan (Urquyo, Boyers, Carver y Antoni, 2005). Los pacientes oncológicos interpretan la situación como una amenaza para su vida, su integridad corporal, sus capacidades.

Dentro de éstos últimos aspectos caben destacarse diferentes tópicos que dificultan la existencia de los enfermos: el dolor físico, el enojo, la modificación de roles sociales y profesionales, la eventual separación de la familia, las hospitalizaciones y pruebas diagnósticas, los tratamientos, la comprensión de una nueva terminología médica, las decisiones en momentos de estrés, la disminución o falta de autonomía, el cambiar el concepto del tiempo, la pérdida de intimidad física y psicológica, entre otros (Matías, Manzano, Montejo, Llorca y Carrasco, 1995).

Por lo tanto, al afrontar el diagnóstico de una enfermedad oncológica se hace referencia a respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes, comprendiendo la valoración y las reacciones subsiguientes del individuo ante la amenaza que supone el cáncer (Watson y Greer, 1998).

Por su parte, Moorey y Greer (1989) plantean un modelo de funcionamiento del paciente oncológico denominado “esquema de supervivencia”, referido a la capacidad de adaptación, la respuesta emocional y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los enfermos a la hora de conocer su diagnóstico de cáncer y/o el estado de la enfermedad.

Este “esquema de supervivencia” propone una evaluación cognitiva que considera:

- a) La visión del diagnóstico “¿qué amenaza supone mi enfermedad?”

b) El tipo de control que el individuo ejerce sobre la enfermedad “¿qué puedo hacer yo para enfrentarme a la enfermedad.”

c) La visión del pronóstico “¿cuál es el pronóstico de mi enfermedad?”

En respuesta a estos tres factores, los autores plantean cinco estrategias de afrontamiento en los pacientes con cáncer:

- Espíritu de lucha
- Evitación/negación
- Indefensión/desesperanza
- Preocupación ansiosa
- Fatalismo

Se desprende que el tipo de afrontamiento determinará la morbilidad psicológica de los pacientes y, en este sentido, los pacientes que muestran niveles menores de espíritu de lucha y mayores niveles de desesperanza y preocupación ansiosa -mayor presencia de depresión y ansiedad- presentan peor adaptación a la enfermedad y peor calidad de vida. El espíritu de lucha será la estrategia que conducirá a un mejor pronóstico y adaptación a la enfermedad (Schnoll, Harlow, Brandt y Stolbach, 1998).

Por su parte Osowiecki y Compas (1999), refieren que las mujeres que usaban estrategias de afrontamiento focalizadas en la solución de los problemas como optimismo, humor y búsqueda de apoyo social, presentaban mejores niveles de ajuste al cáncer de mama y menor nivel de malestar que las mujeres que no las utilizaban. Pieterse et al. (2007), plantean que un estilo pasivo de afrontamiento se asocia con niveles altos de malestar en mujeres con cáncer de mama.

Además, en dichas mujeres, las estrategias de afrontamiento de tipo evitativo se encontraron vinculadas a menores niveles de calidad de vida mental (Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker y Mood, 2004). El estilo de afrontamiento a través de la

desvinculación también provocó mayores niveles de malestar (Culver, Arena, Antoni y Carver, 2002) y, como consecuencia, peor calidad de vida relacionada con la salud (Perry, Kowalski y Chang, 2007).

En resumen, si bien aún las evidencias no son concluyentes, el afrontamiento a través de estrategias evitativas incide en detrimento del ajuste a largo plazo, mientras que las estrategias de afrontamiento por aproximación así como las de aceptación, búsqueda de apoyo social y expresión de emociones predicen menores niveles de malestar (Hack y Degner, 2004).

Así, para Martín Muñoz, Panduro Jiménez, Crespillo Díaz, Rojas Suárez y González Navarro (2010) los comportamientos centrados en las emociones permiten disminuir la angustia pero utilizados aisladamente no pueden considerarse eficaces. Las estrategias dirigidas a la solución de problemas resultan imprescindibles para lograr la autonomía del paciente intuyéndose una buena adaptación sociofamiliar. La armonía se consigue cuando las estrategias dirigidas a las emociones complementan a estas últimas.

En línea, De Haro-Rodríguez et al. (2014) para indagar factores relacionados con diferentes estrategias de afrontamiento en relación al cáncer de mama en pacientes recién diagnosticadas, utilizaron el Inventario de Estrategias de Afrontamiento modificado y adaptado al castellano por Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez (2007). Considerando los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, las que presentaron puntaje más alto fueron: la Resolución de Problemas, el Apoyo Social, y Pensamiento Desiderativo. Y, las que presentaron puntajes más bajos, la Retirada Social y la Autocrítica. A su vez, la edad presentó una correlación negativa con la Resolución de Problemas, Autocrítica, Expresión Emocional, Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva, y positiva con Evitación de Problemas y Retirada Social.

No obstante, Suárez Vera (2005) en su estudio con mujeres con cáncer de mama, comenta la inexistencia de diferencias significativa entre las estrategias de afrontamiento y edad, tipo de tratamiento quirúrgico, ocupación, escolaridad, relación de pareja, presencia de hijos, etapa de la enfermedad y período de tiempo postquirúrgico.

En adición, De Haro-Rodríguez et al. (2014) señalan que la escolaridad presentó una correlación positiva con la Resolución de Problemas, Autocrítica, Expresión Emocional, Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva y Evitación de Problemas a excepción de la Retirada Social que fue negativa.

En relación, Cano García et al. (2007) plantean que el manejo adecuado y activo frente a una situación estresante requiere estrategias de afrontamiento que denominan adaptativas. Dentro de las mismas incluyen a la Resolución de Problemas, Reestructuración Cognitiva, Apoyo Social y Expresión Emocional. Por el contrario, mencionan que un manejo inadecuado y pasivo ante una situación adversa lo cual sugiere un afrontamiento desadaptativo involucra a las siguientes estrategias: Evitación de Problemas, Pensamiento Desiderativo, Retirada Social y Autocrítica.

Asimismo, Valderrama Torres (2003) observó en su trabajo con mujeres con cáncer de mama que el mayor nivel educativo está asociado a la utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas.

También a partir de un estudio con mujeres con cáncer de mama, Reich y Remor (2011) mencionan que la edad parece estar asociada a una menor utilización de estilos de afrontamiento focalizados en la emoción, los cuales, corroborando hallazgos previos, van apareados con niveles mayores de estrés y sintomatología emocional más severa (Bishop y Warr, 2003).

En coincidencia, Juárez y Landero (2009) plantean que los estilos de afrontamiento focalizados en el problema como aceptación, reinterpretación positiva y utilización de

apoyo social, parecen hallarse asociados a un mejor ajuste frente a la enfermedad. El optimismo fue observado aquí como predictor de salud y relacionado con estrategias de afrontamiento como aceptación, uso del humor y reformulación positiva.

Por su parte, Rodríguez Rodríguez y Gómez Enriquez (2012), comentan que los pacientes recientemente ostomizados utilizan, en su mayoría, dos tipos de estrategias de afrontamiento: a) Estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y b) Estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones.

Acerca de la utilización de las primeras, los pacientes perciben al estoma como menos amenazante y, de esta forma, la visión de éste como elemento limitante es menor que en otros enfermos. En cuanto a las segundas, su objetivo es disminuir la angustia que esta situación provoca aunque no resultan eficaces por sí solas para la adaptación a la enfermedad. Si bien disminuyen la angustia, no favorecen la autonomía del paciente. Comprenden un número elevado de actitudes entre las que destacan: aceptar la situación, expresar las emociones, percibir el apoyo de familiares y amigos, negar, evitar, restar trascendencia a la situación.

Los autores agregan que existen factores moduladores del afrontamiento como conocer otras personas ostomizadas, experiencias durante la hospitalización, información preoperatoria, relación enfermera-paciente, la escucha activa, la empatía y la presencia de personas significativas, entre otros. La persona que ha sido recientemente ostomizada se centra en los aspectos más funcionales, resultándole secundaria su imagen corporal, por lo que resulta más eficaz una combinación entre las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y aquellas dirigidas a las emociones, que la utilización de las mismas en forma aislada.

Por otra parte, considerando otras estirpes tumorales, los pacientes con cáncer de pulmón presentan respuestas cognitivas diferentes atribuidas a la culpa que sienten por no poder

sobreponerse a su voluntad de fumar, bloqueando sus recursos personales para desarrollar estrategias de afrontamiento y adaptación (Vos, Putter, van Houwelingen y de Haes, 2011).

Finalizando, en un estudio reciente Nipp et al. (2015) sobre pacientes oncológicos con cáncer avanzado de pulmón y tracto gastrointestinal, evaluaron la asociación entre la comprensión del pronóstico de enfermedad y el consecuente estilo de afrontamiento en relación a calidad de vida y estado de ánimo. Sus conclusiones fueron que la percepción de la terminalidad por parte de los pacientes se asocia con mayor distrés físico y psicológico o, por el contrario, pacientes con peor calidad de vida y estado de ánimo comprenden mejor la gravedad de su enfermedad.

CAPÍTULO 5

IMAGEN CORPORAL Y CÁNCER

Capítulo 5. IMAGEN CORPORAL Y CÁNCER

El cuerpo es una construcción cultural que tuvo sus modulaciones a través de los tiempos. En consecuencia, la forma en la que los individuos experimentan y modelan sus cuerpos responde a expectativas sociales, pautas de conducta, sentimientos vigentes en cada época, además de la influencia que los medios ejercen en la construcción de imágenes corporales y modos de vivir (Bolufer Peruga, 2001).

En la antigüedad, la belleza estaba asociada a lo masculino y, por consiguiente, el cuerpo bello y admirado era el del varón, especialmente el del varón joven. La belleza femenina, por su parte, es una creación del siglo XVI (Aguirre, 1994).

Según Hipócrates, las mujeres tenían cuerpos blandos y porosos frente a los cuerpos musculosos y perfectos de los hombres. Por tanto, la medicina en la Grecia clásica planteaba que la naturaleza física de las mujeres era básicamente inferior a la de los hombres (Fridman, 2015).

5. 1. Definiciones

El concepto de imagen corporal puede ser enfocado desde el punto de vista médico, social y psicológico (Fisher, 1990).

Así, Paul Schilder, pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal, en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* (1935), propone la primera definición del concepto de imagen corporal sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. De este modo, al conjugar aportes de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología la define como:

“La figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos.” (Schilder, 1950, p. 86)

A su vez, Pruzinsky y Cash (1990) refieren que la imagen corporal de cada individuo es una experiencia fundamentalmente subjetiva y no necesariamente tiene que existir relación con la realidad. Además, agregan que existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

a) Imagen perceptual referida a los aspectos perceptivos con respecto al propio cuerpo, que podría parecerse al concepto mental de esquema corporal. Comprendería la información sobre tamaño y forma del propio cuerpo.

b) Imagen cognitiva, que incluye creencias y pensamientos sobre el propio cuerpo.

c) Imagen emocional, conformada por los sentimientos sobre el grado de satisfacción con la propia figura y con las experiencias que proporciona el propio cuerpo.

De este modo, según los mentados autores, el concepto de imagen corporal tiene las siguientes características:

a) Es multifacético.

b) Está interrelacionado por sentimientos de autoconciencia.

c) Está socialmente determinado por lo cual, desde el nacimiento, existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.

d) No es fijo o estático sino un constructo dinámico que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

e) Influye en el procesamiento de información ya que la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que se siente y se piensa al cuerpo.

f) Influye en el comportamiento mediante sus modos consciente, preconsciente e inconsciente.

Por su parte, Thompson (1990) señala tres componentes básicos de la imagen corporal:

a) Componente perceptual: se refiere a la precisión con la que el individuo percibe o estima algunas partes de su cuerpo o la totalidad de él. La sobrestimación y la subestimación corporal son resultado de la distorsión de este componente.

b) Componente subjetivo (cognitivo-afectivo): incluye sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que provoca la percepción del cuerpo.

c) Componente conductual: conductas y sentimientos que provocan la percepción del cuerpo.

En relación, Gómez Pérez-Mitre (1997) sostiene que las alteraciones del componente perceptual de la imagen corporal, que incluyen su distorsión y la insatisfacción con la misma, son resultado de varios factores:

a) Condiciones sociales: la presión que realizan algunos agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, al promover símbolos y estereotipos de belleza, amor, roles de género, valores, etc.

b) Variables individuales objetivas: peso y forma real del cuerpo.

c) Variables psicosociales subjetivas: autopercepción y percepción de los otros acerca del peso y del tamaño corporal o la figura ideal.

d) Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.

Por su parte, Slade (1994) centra su explicación del concepto de imagen corporal en una representación mental que se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales. Al respecto, plantea que “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo.” (p. 499).

En este orden, entre otros autores Raich, Torras y Figueras (1996), opinan que “la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo.” (p. 608).

Finalmente, Raich (2000) propone una definición integradora de dicho concepto de imagen corporal, como:

Un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (p. 42).

5. 2. Modificaciones corporales como consecuencia de los tratamientos oncoespecíficos

5. 2. 1. Linfedema.

Es una afección que consiste en la hinchazón o edema de la piel y el tejido subcutáneo como consecuencia de la obstrucción de vasos o ganglios linfáticos a causa de la acumulación de fluido linfático. Suele estar localizado en las extremidades de manera uni o bilateral, pero también puede aparecer en otras regiones del cuerpo (Robles, 2006).

El denominado linfedema secundario se produce por la obstrucción o la destrucción de los vasos linfáticos normales. Por consiguiente, en las mujeres mastectomizadas, la edematización del brazo sucede por la interrupción del flujo linfático axilar debido a la exéresis de los ganglios axilares o por efecto de la radioterapia o bien, a la confluencia de ambos factores.

Al respecto, aquellas cirugías que requieren la extirpación de ganglios linfáticos -ej, melanoma, mama, ginecológica, cabeza y cuello, vejiga o cáncer de colon- colocan a los pacientes en riesgo de desarrollar linfedema secundario. Como consecuencia, los pacientes afectados presentan dolor, edema, sensación de tirantez y pesadez en la zona afectada, posibles infecciones superficiales recurrentes y un amplio espectro de síntomas psicológicos (Alitalo, Tammela y Petrova, 2005).

El linfedema secundario puede desarrollarse inmediatamente luego de la cirugía u ocurrir semanas, meses e incluso años después. Otras causas del mismo la constituyen la aplicación inadecuada de la quimioterapia y la aspiración reiterada de seromas, fluido post-

operatorio muy frecuente, con el potencial desarrollo de cuadros infecciosos y la subsecuente aparición del linfedema (Boris, Weindorf y Lasinski, 1997).

En relación al cáncer de mama, una de cada cuatro mujeres comprometidas (Brennan, De Pompolo y Garden, 1996) desarrollará linfedema después del tratamiento y de acuerdo a una revisión de Petrek y Heelan la incidencia de linfedema secundario al cáncer de mama por se oscila entre el 2% y el 24% (Petrek y Heelan, 1998).

También son relevantes las condiciones emocionales y psicosociales a consecuencia del linfedema (Williams, Moffatt, Franks, 2004), ya que pueden ocasionar una disminución en la calidad de vida de las pacientes (Kwan et al., 2002; Velanovich y Szymanski, 1999). Así, las mujeres con linfedema muestran gran morbilidad psiquiátrica y deterioro a nivel social, sexual y funcional (Dorval, Maunsell, Deschênes, Brisson y Mâsse, 1998; Passik y McDonald, 1998; Tobin, Lacey, Meyer y Mortimer, 1993).

Por todo esto, en pacientes con cáncer de mama el inicio del tratamiento rehabilitador debe ser inmediatamente posterior a la cirugía, para obtener beneficios a corto plazo tanto a nivel físico como funcional y, de este modo, provocar una mejoría en su calidad de vida (Gordon, Battistutta, Scuffham, Tweeddale y Newman, 2005).

5. 2. 2. Mastectomía

Las secuelas psicológicas de las neoplasias mamarias y sus tratamientos afectan de manera directa la autoestima, la identidad femenina, la imagen corporal y las relaciones afectivas de las pacientes.

Por lo tanto, diversos estudios tratan de determinar las ventajas de la cirugía conservadora de mama sobre la mastectomía, constatándose que las mujeres sometidas a intervenciones conservadoras preservan mejor su imagen corporal en relación a aquellas sometidas a cirugías más radicales (Die Trill y Die Goyanes, 2003).

Así, en este orden, numerosos trabajos de investigación concluyen que el tratamiento conservador de la mama frente a la mastectomía protege los sentimientos de atracción y deseo sexual (Pérez, 1995; Schain, 1988; Schover, 1991).

En relación, al comparar una muestra de 100 mujeres mastectomizadas con otra de 90 mujeres sanas, Achte et al. (1987) observan un claro efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal que se manifiesta por el número de quejas de las enfermas relacionadas con los sentimientos de vergüenza y con los problemas para verse desnudas.

Asimismo, otros estudios mencionan que las mujeres mastectomizadas sin posterior reconstrucción presentan deterioro en su salud mental y una imagen corporal empobrecida respecto de aquellas a quienes se les practica cirugía conservadora o mastectomía con reconstrucción mamaria posterior (Arraras, Martínez, Manterota y Laínez, 2004; Costanzo, et al., 2007; Giroto, Schreiber y Nahabedian, 2003; Reich y Remor, 2011; Suárez y Rueda, 2007; Wapnir, Cody y Greco, 1999).

En esta línea, Rosbund-Zickert (1989) destaca en un estudio que las mujeres afectadas por cáncer de mama perciben su esquema corporal como una fuente de tensión y malestar. La autora plantea que las principales quejas de las pacientes mastectomizadas se refieren a problemas relacionados con las prendas de vestir y a sentimientos negativos por el hecho de percibirse asimétricas y sentir el propio cuerpo desfigurado.

A su vez, Vázquez-Ortiz et al. (2010) realizaron un trabajo centrando su interés principal en la determinación de las consecuencias de la mastectomía sobre la imagen corporal y el ajuste sexual de las mujeres que atraviesan la experiencia de padecer cáncer de mama. En el mismo, los datos referentes a los aspectos relacionados con la imagen corporal reflejan que las dificultades de las pacientes para verse desnudas ante el espejo - sentimientos negativos y conductas de evitación- parecen ser una complicación frecuente entre las mujeres mastectomizadas, mientras que los problemas para desnudarse delante de

la pareja son patrimonio de las mujeres sometidas a cirugía mamaria radical. En adición, los autores observan que las pacientes con cáncer de mama se consideran menos atractivas que la mayoría de las mujeres de su edad y que también están preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales tras el procedimiento quirúrgico, manifestando temor al rechazo por parte de sus parejas.

En conclusión, los autores afirman que las pacientes oncológicas con cáncer de mama presentan afectación de áreas concretas de la imagen corporal como son las actitudes ante el propio cuerpo desnudo o la autovaloración del atractivo físico. También aclaran que tales problemas se manifiestan a través de sentimientos negativos al verse desnudas ante el espejo y /o al ser vistas por sus parejas lo que implica que, en muchas ocasiones, eviten mirarse o se escondan ante las miradas de sus compañeros anticipando reacciones negativas por parte de éstos. En adición, la desfiguración resultante de la amputación de la mama, en sociedad con otros efectos negativos de los tratamientos adyuvantes, repercute negativamente en el sentimiento de atractivo de la mujer debido a la importancia que tienen estos atributos físicos en los patrones y valores de belleza femenina.

En concordancia, Fobair et al. (2006) realizaron un estudio para determinar los problemas sexuales y aquellos relacionados con la imagen corporal, en mujeres jóvenes durante los primeros meses luego del tratamiento por cáncer de mama. Los autores concluyeron que las dificultades en relación a la sexualidad y al funcionamiento sexual son frecuentes y ocurren tempranamente luego de los tratamientos quirúrgicos y adyuvantes.

A su vez, Aguilar Cordero, Neri Sánchez, Mur Villar y Gómez Valverde (2013) estudiaron la influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal en 72 mujeres mastectomizadas, de las cuales 42 eran españolas y 30 mexicanas. Concluyeron que el contexto social influyó en la percepción de la imagen corporal de las mujeres

intervenidas de cáncer de mama y que la ocupación laboral y el grado de escolaridad fueron determinantes de la percepción de la misma.

5. 2. 3. Ostomías digestivas -colostomía, ileostomía- y urológicas –cistectomía-

Se denomina ostomía a la creación de una apertura del intestino a la piel a través de la pared abdominal con la finalidad de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el tracto final del intestino (Soriano Cirugeda et al., 2007). Según sea el colon o el íleon la porción de intestino que se aboca al exterior, se designa a las ostomías con el nombre de colostomías e ileostomías respectivamente (Villajuan Reyes, 2006).

De este modo, las ostomías digestivas -colostomías e ileostomías- temporarias o definitivas, a partir del tratamiento quirúrgico para el cáncer colon y /o de recto, impactan en los ámbitos tanto psicológicos como sociales de los pacientes (Lyons, 2001).

Por consiguiente, si bien las ostomías resultan altamente eficaces, al afectar la integridad de los individuos modifican su propia imagen corporal, su capacidad funcional/ social y su calidad de vida.

En este orden, los pacientes ostomizados presentan pérdida del control esfinteriano, ruidos intestinales, incomodidad a causa del olor, dependencia en relación al llenado de la bolsa, irritación de la piel periestomal, cambios psicológicos por la modificación de la imagen corporal, falta de seguridad en sí mismos, disminución/pérdida de la autoestima, temor, depresión, estrés y aislamiento social que influyen decisivamente en su calidad de vida.

Por tanto, en el mejor de los casos, la adaptación del enfermo oncológico al estoma depende de diversos factores entre los que destacan: la enfermedad de base considerando también su pronóstico, la intervención quirúrgica y sus secuelas, los tratamientos adyuvantes, las eventuales complicaciones del estoma, las características del entorno social

y psicológico, los mitos y creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor, entre otras (Charúa-Guindic et al., 2011).

Por su parte, Hernández Fernández (2011) entre otros, ha estudiado la problemática del ostomizado dividiéndola en cuatro grupos:

Grupo 1: Problemas de salud –físicos- a consecuencia de la enfermedad de base y/o de sus complicaciones. En este punto se contemplan ítems como el ajuste técnico en el manejo de la ostomía como resultado del aprendizaje de nuevas técnicas de autocuidado y la dieta, ya que las necesidades nutricionales variarán de acuerdo a la cantidad y tracto intestinal extirpado.

Grupo 2: Problemas emocionales: alteración de la imagen corporal y de la autoestima, rechazo de la ostomía, alteraciones sexuales, estados de ánimo alterados a predominio de ansiedad y/o depresión, alteraciones somáticas.

Grupo 3: Problemas familiares: la familia ejerce un rol fundamental en la vida de las personas ostomizadas. No obstante, el cuidador principal presenta complicaciones en lo referente a su tiempo libre dada la demanda de estos enfermos, lo que compromete su calidad de vida. Además, teniendo en cuenta las dificultades en el equilibrio familiar por sobreprotección, rechazo y/o alteraciones de la esfera sexual, la psicoprofilaxis y la psicoeducación del paciente y de su entorno en relación a los ostomas se constituyen en pilares fundamentales de esta problemática oncológica.

Grupo 4: Problemática socio-laboral: el ostomizado deja de realizar actividades que normalmente eran habituales en su vida, manifestando temor en el momento de enfrentarse a la sociedad. Al respecto, numerosos trabajos enfatizan la renuncia de estos pacientes en lo referente a su vida laboral y a su vida de relación, destacando, a su vez, que estas dificultades se tornan menores cuando el enfermo se adapta al ostoma (Ruiz Fernández et al., 2003).

5. 2. 4. Deformidades

La localización de la enfermedad oncológica en cabeza y cuello es muy dolorosa desde el punto de vista anímico por la clara visualización de las deformidades a causa de la enfermedad y sus tratamientos. Así, los pacientes con tumores de cabeza presentan, a menudo, incapacidad de sus funciones mentales y los enfermos con cáncer de laringe, a partir de su cirugía, emprenden el proceso de duelo por la pérdida del órgano y de su función primordial, el habla. En consecuencia, la cotidianeidad, sexualidad, imagen corporal, conductas alimenticias y esfera laboral de estos individuos se verán afectadas con las consiguientes pérdidas económicas y el eventual aislamiento social (Andrés Solana, 2005).

Para concluir, si bien los procesos oncológicos suponen una modificación mayor o menor de la imagen corporal, los tumores con localizaciones más visibles pueden representar un estrés aún mayor, debido a la importancia que la sociedad le otorga a la apariencia física (Cunyer Comenge, 2014).

CAPÍTULO 6

**EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA
SEXUALIDAD, AFRONTAMIENTO E IMAGEN
CORPORAL EN LA MUJER CON CÁNCER**

Capítulo 6. EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA SEXUALIDAD, AFRONTAMIENTO E IMAGEN CORPORAL EN LA MUJER CON CÁNCER

6.1. Instrumentos de evaluación de la sexualidad

Para la evaluación de la Sexualidad en los diversos estudios científicos revisados, se han utilizado los siguientes instrumentos:

- *El Inventario de Satisfacción Sexual* de Álvarez-Gayou Jurgenson (2006).

Consta de 26 ítems con una escala tipo likert con 5 opciones de respuesta que van de siempre a nunca. Los niveles de satisfacción sexual asignados a cada rango de puntuación son:

28-110 Bajo

111-120 Medio

121-128 Alto

129-140 Muy alto

Los estudios de validez y confiabilidad del inventario se realizaron en la población mexicana obteniéndose una confiabilidad de .92 al aplicar una prueba alpha de Cronbach lo cual indica una estabilidad muy alta.

- *Perfil de respuesta sexual* de Pion (1975).

Es un instrumento multidimensional, aplicado en forma de entrevista estructurada, que evalúa la relación sexual y de pareja. Está constituido por 80 ítems en los que se indagan áreas centradas en el funcionamiento sexual, historia sexual y relaciones actuales.

- *Sistema de Evaluación de Rehabilitación en el Cáncer* (CARES) de Schag, Heinrich y Aadrandl (1990).

Consiste en un instrumento multidimensional que evalúa distintas áreas problemáticas. Consta de 132 ítems con formato likert y 5 opciones de respuestas. Tiene 5 grandes escalas y 31 subescalas específicas. Dentro de las 5 escalas principales se encuentran la escala

marital, sexual y psicosocial y, dentro de esta última, las subescalas de imagen corporal, interacción con los hijos y problemas en el trabajo. A su vez, la Escala Sexual del CARES, consta de dos subescalas: la subescala de Interés Sexual y la subescala de Disfunción Sexual. Presenta una consistencia interna con valores entre .60 y .85.

- *Evaluación de un ítem* de Al-Ghazal, Fallowfield y Blamey (2000).

Se presenta un único ítem ("te sientes menos atractivo/a sexualmente a raíz de tu operación?") y los pacientes han de responder SI o NO.

- *Escala de Ajuste Psicológico a la Enfermedad (PAIS)* de Derogatis (1975).

Consta de 46 ítems que miden la calidad de vida de los pacientes en seis áreas de la vida: la orientación al cuidado de la salud, el ámbito vocacional, el ámbito doméstico, las relaciones sexuales, el ámbito social y el distrés psicológico. La escala general presenta una fiabilidad de .91.

- *Escala de Conducta Sexual* de Andersen y Broffitt (1988).

Evalúa, mediante una escala de 10 puntos, la conducta sexual en los últimos dos meses.

Posee una fiabilidad test-retest de .75.

- *Ciclo de Respuesta Sexual* de Andersen, Broffitt, Karlsson y Turnquist (1989).

Es un cuestionario de 27 ítems que evalúa las diferentes fases del ciclo sexual -deseo, excitación, orgasmo/resolución- e incluye, además, una escala de satisfacción general. Se puntúa mediante una escala likert con 5 posibilidades de respuesta, donde 0 significa "nada" y 4 "siempre".

Para concluir, es interesante la propuesta Incrocci (2011) quien menciona que es necesario crear un cuestionario de la función sexual que incluya aspectos físicos, psicosociales y sociales de los pacientes oncológicos sobrevivientes para una mejor evaluación.

6. 2. Instrumentos de evaluación del afrontamiento

La evaluación del afrontamiento resulta un tema controvertido en diferentes aspectos: evaluación del afrontamiento como un rasgo o estilo y no como una estrategia; utilización de escalas generales, específicas y estables versus escalas concretas y variables entre los diversos enfermos. Además, existen claras limitaciones a la hora de evaluar mediante diseños exclusivamente cuantitativos, de manera que parece interesante el considerar el empleo de análisis cualitativos que permitan obtener más información sobre las formas de valorar y sobre los predictores del ajuste ante la enfermedad del cáncer (Soriano, 2002).

Así, para la evaluación de las Estrategias de Afrontamiento en los diversos estudios científicos revisados, se han utilizado los siguientes instrumentos:

-*Escala de ajuste mental al cáncer (MAC)* de Watson et al. (1988).

A pesar de que en la actualidad aún no existe un consenso al respecto, es la escala más empleada junto con su posterior revisión denominada “Mini MAC”. Se compone de 40 ítems y mide 5 dimensiones: espíritu de lucha (determinación de luchar ante la enfermedad y la adopción de una actitud optimista); indefensión (desamparo-desesperanza, sentimientos de renuncia, actitud pesimista y pensamientos centrados en el diagnóstico); preocupación ansiosa (temor constante al cáncer y sentimientos de devastación, ansiedad, miedo y aprensión frente al mismo); fatalismo (el paciente se pone en manos de Dios o del destino, mientras vive día a día); y la evitación (el paciente se distrae y niega o evita pensar en la enfermedad).

La versión reducida, el MINI- MAC de Watson et al. (1994), mide las mismas dimensiones, se compone de 29 ítems y se utiliza de forma más frecuente. Sin embargo, pese a ser los instrumentos más utilizados, sus críticas están enfocadas a la mezcla de ítems ya que se evalúan en forma conjunta afrontamiento y valoración o simplemente control percibido por el enfermo sobre la enfermedad.

-*La escala de estrategias de afrontamiento* de Beckham y Adams (1984).

Es un instrumento de autoreporte, consta originalmente de 142 ítems de opción dicotómica, y está diseñada para evaluar una variedad de respuestas de afrontamiento que incluyen conductas y pensamientos típicamente juzgados como intentos de afrontamiento por profesionales de la salud mental. Las escalas que incluye el instrumento original son: culpa, expresión emocional, contención emocional, búsqueda de apoyo social, afrontamiento religioso, reestructuración cognoscitiva, actividad general, evitación-rechazo, solución de problemas y pasividad.

El análisis psicométrico de este instrumento se realizó en una muestra de pacientes de consulta externa, mexicanas/os de instituciones de salud pública en la ciudad de Hermosillo, resultando una versión de 79 ítems agrupados en tres subescalas: afrontamiento activo de autogestión, afrontamiento pasivo y afrontamiento de búsqueda de apoyo. Los índices alpha de Cronbach para consistencia interna en dichas subescalas fueron de .83, .80, .81 respectivamente (Montiel, 1996).

- *El Cuestionario COPE* de Carver, Scheier y Weintraub (1989) consta de 60 ítems, con un rango de puntuación que oscila entre 1 y 4. Los aspectos del afrontamiento a medir por sus escalas son: cinco de sus escalas, de cuatro ítems cada una, miden conceptualmente distintos aspectos del afrontamiento centrados en el problema: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, búsqueda de apoyo social instrumental. Otras cinco escalas miden aspectos del afrontamiento centrado en la emoción: búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, volver a la religión; y tres escalas miden - respuestas de afrontamiento menos utilizadas: desahogo emocional, desconexión mental, desconexión emocional, y posteriormente se incluyeron, consumo de drogas y alcohol y humor.

También, existe una versión abreviada de 28 ítems denominada Brief COPE de Carver (1997). Ambos cuestionarios fueron adaptados en España por Crespo y Cruzado (1997).

- *Escala de estilos conductuales de Miller* (Miller Behavioral Style Scale, MBSS versión española de Miró, 1997). Evalúa los estilos de afrontamiento aproximativo y evitativo con una escala de 24 ítems en la que se exponen 4 situaciones, hipotéticas y potencialmente estresantes, en las que el sujeto debe responder como actuaría. Cada situación presenta 8 posibles formas de actuar, compatibles entre sí, centradas en la emoción o en las cogniciones; 4 corresponden al estilo aproximativo y 4 al evitativo.

6. 3. Instrumentos de evaluación de la imagen corporal

La imagen corporal es un factor muy importante en la calidad de vida de las pacientes que padecen cáncer. Sin embargo, como señalan Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007), su evaluación presenta dificultades tanto conceptuales como metodológicas ya que su representación está en íntima relación con la sexualidad de estas enfermas.

Al respecto, plantean los autores cada investigación incluye en su estudio distintos instrumentos para evaluar la imagen corporal, y, por ende, la generalización de los resultados puede ser inexacta.

Las escalas utilizadas por los distintos estudios científicos revisados para evaluar la imagen corporal, son las siguientes:

-*Escala de Imagen Corporal para pacientes con cáncer (BIS)* de Hopwood, Fletcher, Lee y Al Ghazal (2001).

Consta de 10 ítems con formato de respuesta tipo likert de cuatro alternativas con un rango de 0 ("nada") a 3 ("mucho"). Para la elaboración de esta escala, se construyeron 10 ítems en colaboración con la Organización Europea de Investigación y Tratamiento contra el Cáncer (EORTC), y se administró a una muestra heterogénea de 276 pacientes británicos que padecían cáncer. En una revisión posterior, la escala fue administrada a 682 pacientes

con cáncer de mama de varias regiones del Reino Unido, dividida en siete grupos en base al tratamiento recibido. El subgrupo de cáncer de mama de la primera versión presentaba una fiabilidad de .85. Y la fiabilidad de esta escala en la segunda versión fue de .93.

- *Cuestionario de Imagen Corporal (BIQ)* de Koleck, Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie, Gilliard, Quintard (2002).

Consta de 19 ítems y evalúa las percepciones, sentimientos y actitudes respecto al cuerpo en términos de satisfacción e insatisfacción. Posee una buena fiabilidad.

- *Escala de Estima Corporal (BES)* de Franzoi y Shields (1984).

Es una escala de medida de la estima corporal compuesta por 35 ítems que se agrupan en tres factores: atractivo físico o sexual, preocupación por el peso y, condición física. A mayor puntuación, mayor satisfacción con el cuerpo. Posee una fiabilidad entre .76 y .90.

- *Medida de Percepción Corporal (MBA)* de Carver et al. (1998).

Consta de 10 ítems con un formato de respuesta tipo likert de 4 alternativas, en un rango de 1 ("me desagrada mucho") a 4 ("me agrada mucho"). Evalúa dos dimensiones: las preocupaciones por la integridad física y las preocupaciones por la apariencia, con una fiabilidad de .67 y .75, respectivamente.

- *Test de inadecuación corporal (BUT)* de Cuzzolaro, Viltrone y Marano (1980), con una versión española en 1988, realizada por Ramacciotti. Propone como objetivo indagar el grado de inadecuación percibida por el sujeto en relación con su propio cuerpo. Consta de dos partes cuyo formato de respuesta consiste en una escala tipo Likert que va de 0 a 5. La primera parte tiene 34 ítems y abarca 5 factores: preocupación con la imagen física, evitación social, autocontrol compulsivo en relación a los cambios del cuerpo, despersonalización y fobia del peso -los ítems de esta última subescala fueron modificados y referidos al físico, obviando la relación con el peso corporal-. La primera parte de la prueba permite obtener el Índice Global de la Gravedad del Disturbio y la segunda se

focaliza en la identificación de los diferentes componentes de la imagen corporal que generan más inconformidad en el sujeto.

-Escala de satisfacción corporal versión corta de 10 ítems (BSS) de Andersen y LeGrand (1991).

Evalúa la satisfacción corporal después de haber recibido un tratamiento quirúrgico. El análisis factorial revela que consta de 2 factores: satisfacción con la apariencia y peso relacionado con el cuerpo. Consta de 10 ítems con un formato de respuesta tipo likert con un rango de 1 ("extremadamente satisfecho") a 6 ("extremadamente insatisfecho"), a mayor puntuación, mayor nivel de insatisfacción con el cuerpo. Posee una consistencia interna de .84.

-Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal. Diseñado por García-Tornel y Gaspá (1997) y adaptado por Raich, Torras y Sánchez-Carracedo (2001).

Está compuesto por 44 ítems mediante los cuales la paciente puede autoevaluar las diferentes partes de su cuerpo y su aspecto físico general, según un dibujo del cuerpo humano. Así, la paciente califica cada parte de su cuerpo de 0 a 10, indicando si alguna de dichas zonas corporales representa un problema estético para ella. En los estudios de fiabilidad del cuestionario, se ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach de .88, para las puntuaciones que valoran cada parte del cuerpo, así como un .81 para el resto del cuestionario. En relación con la validez del instrumento, se ha obtenido una estructura bifactorial, al analizar las puntuaciones en cada una de las distintas partes del cuerpo (Miró, 2006).

SEGUNDA PARTE:
INVESTIGACIÓN APLICADA

CAPÍTULO 7

PROPÓSITOS Y SUPUESTOS DE ESTA

INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 7

El tema de la Investigación corresponde al Área de la Psicología de la Salud: Cáncer y Psico-Oncología.

Si bien no ha disminuído la incidencia de esta enfermedad, ha aumentado la supervivencia de las pacientes debido al progreso de la tecnología, a cirugías menos mutilantes, a nuevas medicaciones y a los avances genéticos.

También, en la práctica clínica hospitalaria es frecuente escuchar quejas, temores o preguntas que plantean las pacientes sobre su sexualidad, que muchas veces no son respondidas o se piensa que no es un tema prioritario.

Por tanto, dado que el cáncer ha perdido su condición de estigma y resulta una enfermedad curable en un alto porcentaje, se ha cambiado el imaginario social e individual sobre el mismo. De este modo, a partir de los avances en oncología en asociación con las nuevas expectativas de los pacientes, la calidad de vida en general y la función sexual en particular se han transformado en temas relevantes.

Así, a la luz de estos conceptos, la autora del presente trabajo considera que uno de los elementos importantes de la calidad de vida de las mujeres con cáncer que han finalizado su/s tratamiento/s es la interrelación entre sexualidad, estrategias de afrontamiento ante la adversidad y autopercepción de la imagen corporal planteándose, al respecto, diversos problemas que se exponen a continuación.

7. 1. Planteo del Problema

¿Las mujeres que padecen algún tipo de cáncer, sin metástasis, presentan alteraciones de la función sexual luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.?

¿Qué estrategias de afrontamiento utilizan las mujeres que padecen algún tipo de cáncer, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s con el fin de hacer frente a diferentes situaciones adversas.?

¿Cómo es la autopercepción de la propia imagen corporal que tienen las mujeres que padecen algún tipo de cáncer, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.?

Por tanto, y en el mismo orden, ¿cómo se relaciona la presencia o ausencia de alteraciones de la función sexual con las estrategias de afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas y con la autopercepción de la imagen corporal en dichas mujeres.?

Además, la autora cuestiona: ¿la presencia o ausencia de alteraciones de la función sexual y su relación con las estrategias de afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas y con la autopercepción de la imagen corporal, difiere entre las mujeres que padecen algún tipo de cáncer, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s y el grupo control de mujeres adultas sanas.?

Así, en el presente trabajo se considera que uno de los elementos importantes de la calidad de vida de las mujeres con cáncer que han finalizado su/s tratamiento/s es la interrelación entre función sexual, estrategias de afrontamiento ante la adversidad y autopercepción de la imagen corporal planteándose, al respecto, diversos problemas cuyo intento de solución resultan fundamentales para aumentar la fortaleza de las enfermas ante estos cambios no deseados y favorecer su adaptación a partir de la aceptación e integración de los mismos en una nueva imagen corporal que permita minimizar las limitaciones y transformarlas en factores de superación.

En línea, la autora se plantea como foco de la presente investigación que si la sexualidad se relaciona con la feminidad la cual a su vez se corresponde con la imagen corporal, las alteraciones en esta última repercutirían en la sexualidad de las mujeres y, en consecuencia, el afrontamiento adaptativo de las mismas implicaría el tránsito del proceso oncológico con herramientas que permitirían una mejor calidad de vida, a pesar de la enfermedad.

Por último, en este trabajo, las variables consideradas fueron comparadas entre la población sana y la población oncológica con la finalidad de observar su funcionamiento en las mujeres que no están sometidas a ninguna fuente de estrés, entre ellas, el cáncer.

7. 2. Relevancia de la investigación

La sexualidad, íntimamente ligada a la autopercepción de la imagen corporal y al estado emocional de las pacientes oncológicas luego de finalizado/s el/los tratamiento/s onco-específico/s, a la vez que se constituye en un factor relevante de la calidad de vida es un área poco explorada a la que se le brinda escasa dedicación terapéutica.

Sin embargo, el creciente aumento de la sobrevida de los enfermos de cáncer impone una atención integral de los mismos con un dispositivo enfocado a recuperar al máximo la funcionalidad y la calidad de vida.

En este orden, la sexualidad al tratarse de un tema real, actual, íntimo y de difícil manejo, requiere y despierta habilidades de exploración y de tratamiento.

Por tanto, avala la presente elaboración, el hecho de que la Psico-Oncología sensibilizada de la necesidad de abordar la sexualidad y temas emparentados con la misma, como la autopercepción de la imagen corporal, entre otros, transforma en un desafío profesional el logro de consolidar una línea de trabajo basada en conocimientos científicos vastos que permitan comprender y conocer mejor la sexualidad, los problemas y demandas concomitantes con la misma y, en consecuencia, la preparación de los enfermos para el afrontamiento de las condiciones causadas por el cáncer y sus tratamientos.

Así, esta investigación brinda a la comunidad científica, a partir de datos empíricos específicos, información válida sobre las alteraciones de la función sexual y su relación con las estrategias de afrontamiento de la adversidad y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres con cáncer sin metástasis, dado que no se dispone de antecedentes bibliográficos acerca de la relación de las variables en cuestión.

7.3. Objetivos

7.3.1. Objetivos Generales

a) Describir y analizar la Función Sexual y su asociación con las Estrategias de Afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas y con la Autopercepción de la Imagen Corporal, en mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

b) Comparar la Función Sexual, las Estrategias de Afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas y la Autopercepción de la Imagen Corporal, entre las mujeres adultas sanas y las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/ los tratamiento/s onco-específico/s.

7.3.2. Objetivos Específicos

a) Analizar retrospectivamente las características de la Función Sexual previas al diagnóstico del cáncer de las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, que acaban de finalizar el/los tratamiento/s onco-específico/s.

b) Analizar retrospectivamente las características de la Función Sexual durante los tratamientos -cirugía, radioterapia y/o quimioterapia-, de las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, que acaban de finalizar el/los tratamiento/s onco-específico/s.

c) Analizar la Función Sexual de las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

d) Evaluar las Estrategias de Afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas de las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

e) Evaluar la Autopercepción de la Imagen Corporal de las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

f) Analizar la Función Sexual y su relación con las Estrategias de Afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas, en las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

g) Analizar la Función Sexual y su relación con la Autopercepción de la Imagen Corporal, en las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

h) Analizar la relación entre la Autopercepción de la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento, en las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

i) Analizar la relación entre Función Sexual, las Estrategias de Afrontamiento y la Autopercepción de la Imagen Corporal, en las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

j) Considerar si hay diferencias significativas en la Función Sexual entre las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específicos y las mujeres sanas.

k) Considerar si hay diferencias significativas en las Estrategias de Afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas, entre las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s y las mujeres sanas.

l) Considerar si hay diferencias significativas en la Autopercepción de la Imagen Corporal entre las mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s y las mujeres sanas.

7. 4. Hipótesis

1) Las mujeres adultas que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, muestran alteraciones de la Función Sexual luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s.

2) Existe asociación significativa entre la Función Sexual y las Estrategias de Afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas en las mujeres adultas que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, al finalizar recientemente el/los tratamiento/s onco-específico/s. Por tanto, la utilización de Estrategias de Afrontamiento adaptativas se asocian con mayor satisfacción en relación a la Función Sexual.

3) Existe asociación entre la Función Sexual y la Autopercepción de la Imagen Corporal de las mujeres adultas que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, al finalizar recientemente el/los tratamiento/s onco-específico/s. Así, un menor nivel de satisfacción en la Autopercepción de la Imagen corporal se corresponde con una mayor alteración de la Función Sexual y viceversa.

4) Existe asociación significativa entre las Estrategias de Afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas y la Autopercepción de la Imagen Corporal de las mujeres adultas que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, al finalizar recientemente el/los tratamiento/s onco-específico/s. De este modo, la utilización de Estrategias de Afrontamiento adaptativas se asocian con una mayor satisfacción en la Autopercepción de la Imagen Corporal.

5) Presentan mayor satisfacción de la Función Sexual cuanto mejor es la Autopercepción de la Imagen Corporal y utilizan Estrategias de Afrontamiento adaptativas, las mujeres adultas que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, al finalizar recientemente el/los tratamiento/s onco-específico/s.

6) Las mujeres adultas sanas manifiestan menor alteración de la Función Sexual en comparación con las mujeres adultas que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, y que acaban de finalizar el/los tratamiento/s onco-específico/s.

7) Existen diferencias significativas en las Estrategias de Afrontamiento ante diferentes situaciones adversas entre las mujeres adultas que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, y que acaban de finalizar el/los tratamiento/s onco-específico/s y las mujeres sanas.

8) Existen diferencias significativas en la Autopercepción de la Imagen Corporal entre las mujeres adultas que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, y que acaban de finalizar el/los tratamiento/s onco-específico/s y las mujeres sanas.

CAPÍTULO 8

METODOLOGÍA

Capítulo 8. METODOLOGIA

8. 1. Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio no experimental, descriptivo-correlacional, transversal y comparativo. Se analizó en un momento único el comportamiento de las variables propuestas –función sexual, estrategias de afrontamiento y autopercepción de la imagen corporal- en dos grupos de participantes –mujeres con distintas patologías oncológicas, sin metástasis que finalizaron recientemente los tratamientos onco- específicos y mujeres sanas-. El propósito de la investigación ha sido describir y comparar con la mayor precisión posible las variables mencionadas en los grupos de participantes, así como establecer asociaciones entre las mismas.

8. 2. Conceptualización de las variables

Para la conceptualización de las variables, se consideraron los criterios desarrollados por Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2008).

Función Sexual: “Integración armónica del sexo -netamente biológico- con la sexualidad, que se manifiesta mediante la actitud psicológica frente al sexo e implica, al mismo tiempo, la expresión de sentimientos.” (Milano Hernández, s.f.).

Dominios: Deseo; Excitación; Lubricación; Orgasmo; Dolor y Satisfacción (IFSF, Rosen et al., 2000, validado en una población chilena por Blümel et al., 2004).

Estrategias de Afrontamiento: “Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.” (Lazarus y Folkman, 1986, p.164).

Dimensiones: Resolución del Problema; Reestructuración Cognitiva; Apoyo Social; Expresión Emocional; Evitación de Problemas; Pensamiento Desiderativo; Retirada Social y Autocrítica (CSI, Cano García, et al. 2007).

Imagen Corporal:

“Un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000, p.30).

Dimensiones: Importancia Subjetiva de la Corporalidad; Conductas Orientadas a Mantener la Forma física; Atractivo Físico Autoevaluado y Cuidado del Aspecto Físico. (MBSRQ®, Ribas Rabert et al., 2008).

Edad, Ocupación, Nivel de Estudio, Lugar de Residencia. Dichas variables fueron homologadas entre el grupo de pacientes oncológicas y personas sanas.

Diagnóstico: Proceso por el que se identifica una enfermedad, como el cáncer, por sus signos y síntomas (INC de España, 2015).

Estadio: Extensión del cáncer en el cuerpo que se basa en el tamaño tumoral, diseminación ganglionar y/o hacia otras partes del cuerpo (INC de España, 2015).

Tratamientos Oncológicos:

Tratamiento Quirúrgico: Procedimiento para extirpar o reparar una parte del cuerpo, o para determinar la presencia de una enfermedad presente (INC de España, 2015).

Tratamiento Radiante: Uso de radiación de alta energía proveniente de rayos X, rayos gama, neutrones, protones y otras fuentes para destruir células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores (INC de España, 2015).

Tratamiento Quimioterápico: Tratamiento con medicamentos que destruyen las células cancerosas (INC de España, 2015).

8. 3. Contextualización del ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Instituto de Oncología “Ángel Roffo”, una institución creada por el Prof. Dr. Ángel Roffo en 1922, universitaria, monovalente, cuyas áreas abarcan en orden de primacía, la investigación, docencia y asistencia. El mismo cuenta con una Unidad de Docencia Hospitalaria –UDH- donde se cursan materias de grado y también distintos post grados y por las Áreas de Investigación – con Bioterio propio-, Patología, Radiología y Estudios por Imágenes, Medicina Nuclear, Cirugía y Clínica.

Del Área Clínica depende el Servicio de Psicopatología, donde la autora del trabajo es su Coordinadora.

Los pacientes, mayores de 18 años, arriban a la institución desde distintas partes del país y países limítrofes por ser considerado un lugar de referencia en oncología y son asistidos en consultorios externos y en áreas de internación –sala, hospital de día, guardia y Unidad de Terapia Intensiva-.

8. 4. Participantes

El procedimiento para la selección de la muestra fue no probabilístico e intencional (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2008).

Se seleccionaron 198 mujeres: 114 mujeres sanas y 84 mujeres que padecieron algún tipo de cáncer, sin metástasis, asistidas en el Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”, luego de haber finalizado el/los tratamiento/s onco-específico/s.

Para el reclutamiento de las mujeres oncológicas, la autora del trabajo concurrió a cada uno de los ateneos de los distintos servicios que conforman los Departamentos de Cirugía, Radiología y Clínica – Partes Blandas, Urología, Tórax, Patología Mamaria, Digestiva, Cabeza y Cuello, Endocrinología, Clínica Oncológica, Clínica Médica, Ginecología,

Radioterapia y Neurocirugía- a los fines de presentar a sus jefes su proyecto de tesis doctoral y solicitar a los distintos equipos la derivación, al Servicio de Psicopatología, de las pacientes con los criterios de inclusión propuestos en la investigación.

Por otra parte, las mujeres sanas incorporadas a la muestra fueron, personal de la institución, alumnas de Medicina pertenecientes a la UDH y alumnas de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en carácter de rotantes temporarias del Servicio de Psicopatología y, también, amigas y colegas pertenecientes a otros ámbitos. No se incluyeron en la muestra mujeres sanas que tuvieran un familiar con patología oncológica actual o que fueran cuidadoras principales de algún paciente con cáncer debido a la hipotética influencia que este hecho pudiera generar en la fase anímica de las participantes alterando, de este modo, sus respuestas. Tampoco fueron tenidas en cuenta mujeres sanas que estuvieran atravesando algún tipo de situación estresante para las mismas.

Criterios de Inclusión

a) Mujeres con cáncer:

- Firma voluntaria del Consentimiento Informado.
- Mujeres mayores de 18 años de edad, con pareja -estable o no-, asistidas en el Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo” con diagnóstico de cáncer, sin metástasis, y que hayan finalizado, dentro de los 12 meses, los tratamientos onco-específicos -cirugía, radio y/o quimioterapia-.

b) Mujeres sanas:

- Firma voluntaria del Consentimiento Informado.
- Mujeres mayores de 18 años de edad, con pareja -estable o no-.
- Mujeres que no padezcan ninguna enfermedad actual.

Criterios de Exclusión

a) Mujeres con cáncer:

- Mujeres mayores de 18 años de edad, asistidas en el Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo” con diagnóstico de cáncer, con metástasis y/o que se encontraran realizando tratamiento de cirugía, radio y/o quimioterapia.
- Mujeres que presentaran cualquier desorden mental o cognitivo que pudiera dificultar o impedir cumplimentar con el consentimiento informado y con los cuestionarios requeridos.
- Mujeres con otras patologías intercurrentes.

b) Mujeres sanas:

- Mujeres sin pareja.
- Familiares o cuidadoras principales.
- Con enfermedad actual.
- Que se encuentren atravesando alguna situación estresante.

8. 4. 1. Características de las Participantes

Este estudio se compone de una muestra de 84 mujeres que han padecido algún tipo de cáncer, sin metástasis, que han finalizado recientemente los tratamientos onco-específicos y que han sido asistidas en el Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”. También de 114 mujeres sanas.

Como se puede observar en las Tablas 4 y 5 la media de edad de las mujeres que han padecido cáncer es de 47 y, de las mujeres sanas es de 38.

Tabla 4. *Media de edad de mujeres que han padecido cáncer*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío estándar
Edad	84	23	63	47	10,18

Tabla 5. Media de edad de mujeres sanas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío estándar
Edad	114	21	69	38	11,97

En relación a la ocupación de las mujeres que han padecido cáncer, el 35% son amas de casa, el 29% empleadas, el 10% docentes y el 10% profesionales, como se observa en el Gráfico 4.

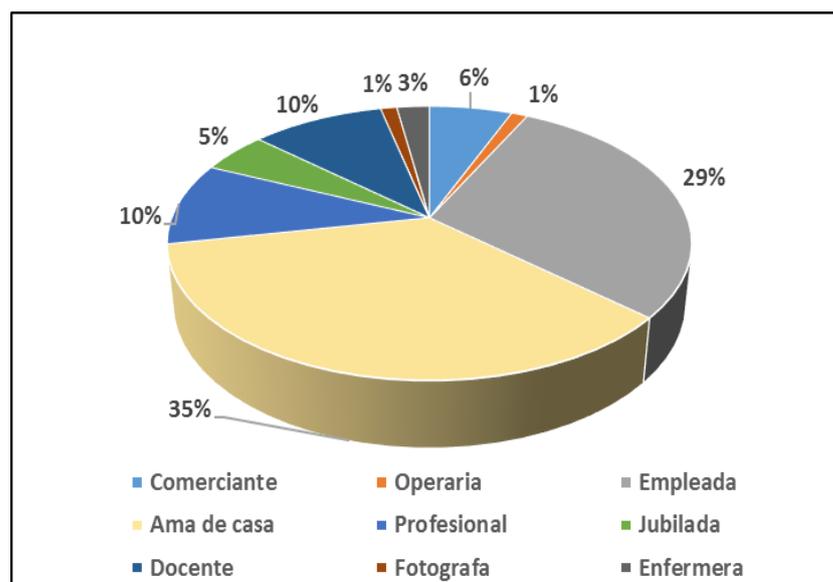


Gráfico 4. Ocupación de las mujeres que han padecido cáncer

En cuanto a la ocupación de las mujeres sanas, el 46% son empleadas, el 27% profesionales y el 10% docentes entre otras, como se observa en el Gráfico 5.

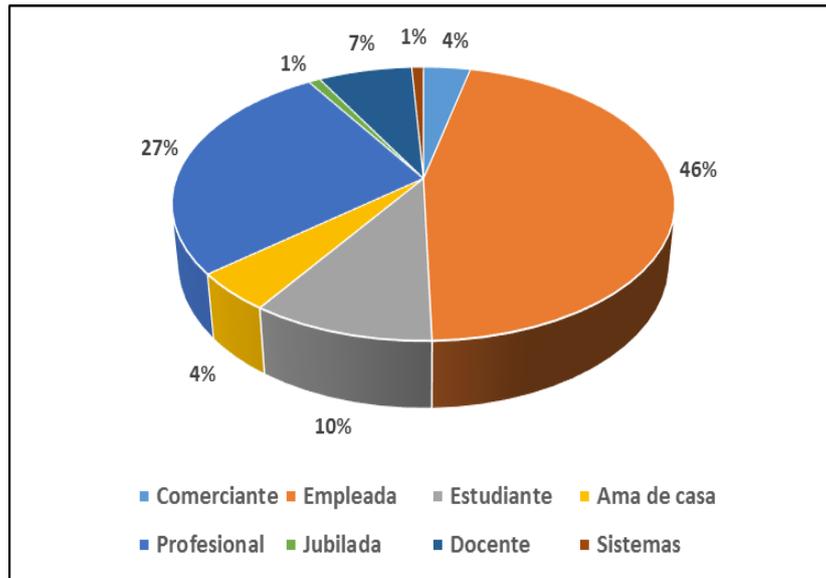


Gráfico 5. Ocupación de las mujeres sanas

En las mujeres que han padecido cáncer, se advierte que el mayor porcentaje finalizó sus estudios secundarios, mientras que el restante se polariza en las categorías de estudios terciarios, universitarios, primarios, secundario incompleto, y en menor proporción universitario, terciario y primario incompletos (Gráfico 6).

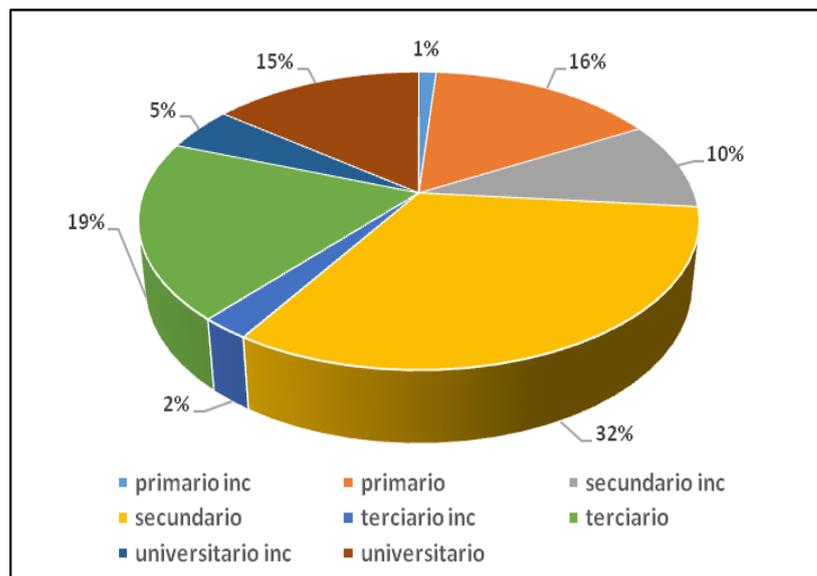


Gráfico 6. Nivel de instrucción de las mujeres que han padecido cáncer

En relación con el nivel educativo de las mujeres sanas, éste se centraliza en las categorías de universitario, secundario y terciario completos, como se advierte en el Gráfico 7.

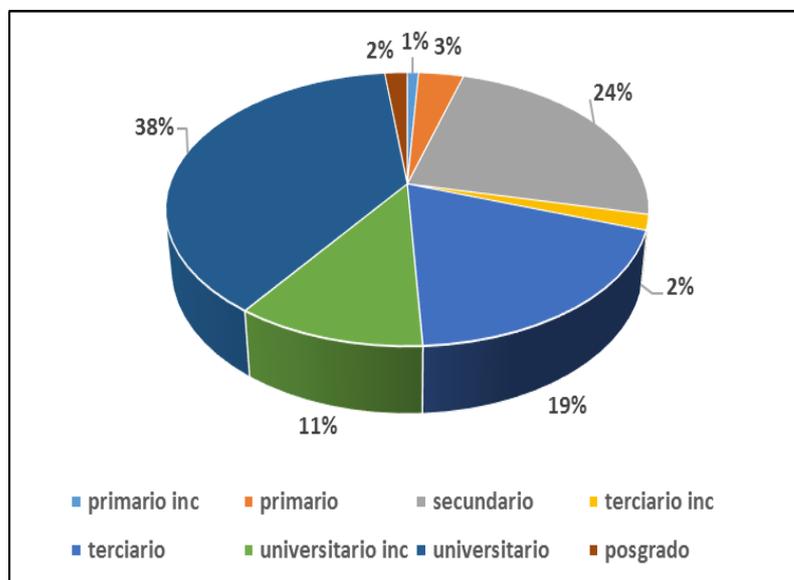


Gráfico 7. Nivel de instrucción de las mujeres sanas

El 60% de las mujeres que han padecido cáncer residen en el Conurbano Bonaerense.

(Gráfico 8)

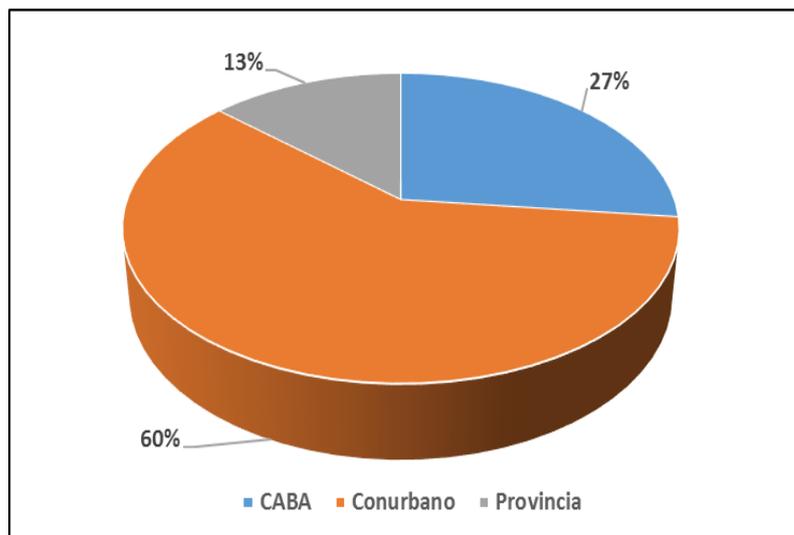


Gráfico 8. Residencia de las mujeres que han padecido cáncer

Mientras que el mayor porcentaje de las mujeres sanas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Gráfico 9).

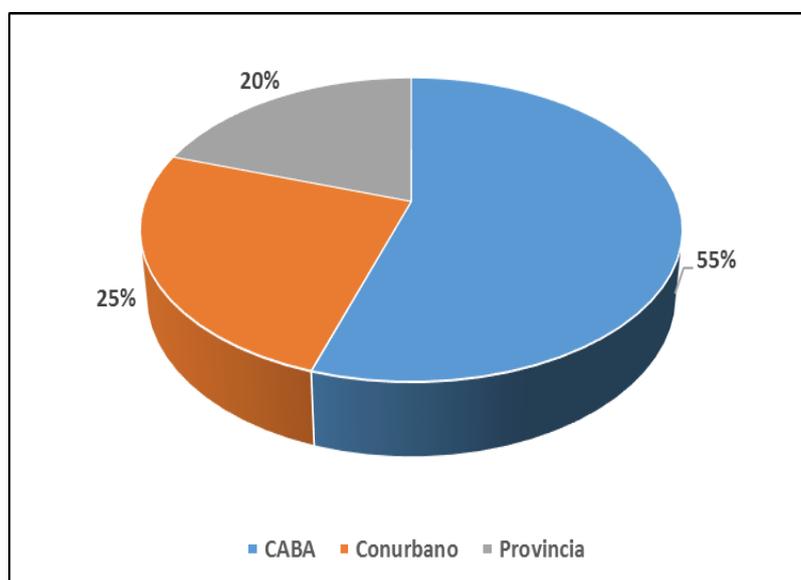


Gráfico 9. Residencia de las mujeres sanas

En la Tabla 6 se presentan los distintos tipos de cáncer de la muestra de las mujeres que han padecido cáncer correspondiendo el 51% al cáncer de mama, el 17% ginecológico y el 11% al de cabeza y cuello.

Tabla 6. Tipos de cáncer de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mama	42	50,6	50,6
ginecológico	14	16,9	67,5
cabeza y cuello	9	10,8	78,3
Gastrico	7	8,4	86,7
Piel	2	2,4	89,2
partes blandas	6	7,2	96,4
Urológico	1	1,2	97,6
Pulmón	2	2,4	100,0
Total	83	100,0	

En cuanto al estadio de la enfermedad, el 48% de las participantes se encontraban en el estadio II y el resto se distribuyó entre el estadio I y III.

En relación al tratamiento oncológico realizado por la muestra de mujeres que han padecido cáncer, el mayor porcentaje (35%) recibió cirugía más radioterapia y quimioterapia (Gráfico 10).

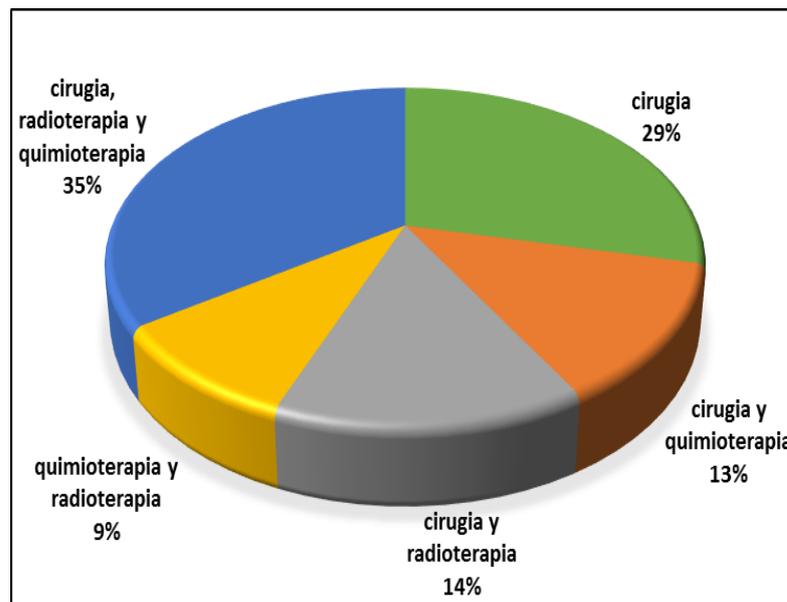


Gráfico 10. Tratamientos oncológicos realizados por las mujeres de la muestra

En cuanto a la medicación, en su mayoría hormonoterapia y ansiolíticos, el 67% de las mujeres de la muestra oncológica menciona que la ingiere.

8. 5. Procedimiento

El trabajo de campo se realizó entre mayo del 2012 y mayo de 2015. Los instrumentos fueron administrados por la autora y colaboradoras del Servicio de Psicopatología del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo” de la UBA.

El estudio cumplió con la declaración de Helsinki y fueron aprobados tanto el Proyecto, como su Consentimiento Informado, por el Comité de Ética de la Investigación de la Institución.

Así, se efectuó en primera instancia una prueba piloto con el fin de detectar dificultades en la comprensión de los ítems y consignas, interpretaciones inesperadas, etc. Para ello se administraron los instrumentos a 10 mujeres con cáncer, sin encontrar obstáculos para la iniciación del estudio.

La administración de los instrumentos osciló entre los 30 y 40 minutos.

A las mujeres que aceptaron voluntariamente participar de la muestra, se les explicó los objetivos de la investigación y se les entregó el Consentimiento Informado que, luego de leerlo, lo firmaron. También, se les aseguró que la información obtenida era estrictamente confidencial y que sus datos no serían utilizados con otro propósito sin su consentimiento.

Posteriormente, a las participantes con diagnóstico de cáncer, sin metástasis y que hubiesen finalizado recientemente los tratamientos onco-específicos, se les realizó una Entrevista Estructurada -E E- en el primer contacto mantenido. Durante la misma se las interrogó acerca de la actividad sexual y/o vínculo de pareja previos al diagnóstico de la enfermedad, durante la realización de los tratamientos onco-específicos y luego de la finalización reciente de los mismos.

Consecutivamente, se administró a cada participante los instrumentos utilizados en este estudio, los cuales serán detallados a continuación.

Finalmente, los datos socio-demográficos y médicos -clínicos y tratamientos onco-específicos-, se extrajeron de la Historia Clínica Institucional.

8. 6. Instrumentos de Recolección de Datos.

Las herramientas que se expondrán a continuación cumplen con el fin de abordar cada una de las variables aquí propuestas, presentan formato reducido y comprensible para su

administración y, a su vez, muestran la fiabilidad y validez necesaria para la recolección de los datos de esta investigación.

8. 6. 1. Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) de Rosen et al. (2000), aplicado y validado en una población chilena por Blümel et al. (2004), auto-administrable, consta de 19 preguntas agrupadas en seis dimensiones: deseo (ítems 1,2), excitación (ítems 3,4,5,6), lubricación (ítems 7,8,9,10), orgasmo (ítems 11,12,13), satisfacción (ítems 14,15,16) y dolor (ítems 17,18,19). Cada pregunta tiene de 5 a 6 opciones con un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio es la suma aritmética de los ítems que lo conforman. Para la valoración de la fiabilidad de la encuesta se aplicó el Test Alfa de Cronbach que evalúa la consistencia interna de los diferentes dominios con la obtención de valores que señalan una buena (>0,70) o muy buena correlación (>0,80) (Blümel et al., 2004).

En esta investigación, para evaluar la fiabilidad del IFSF se aplicó el Alfa de Cronbach con la obtención de valores que señalan una buena (>0,70) o muy buena consistencia (>0,80) (George y Mallery, 2003).

La consistencia interna obtenida en cada dominio y total del IFSF, considerando la muestra del estudio, fue alta en todos los casos. En la Tabla 7.a se presentan los coeficientes obtenidos.

Tabla 7.a
Consistencia Interna del IFSF

Dominios del IFSF	Coeficientes Alfa
Deseo	.88
Excitación	.93
Lubricación	.92
Orgamo	.94
Satisfacción	.91
Dolor	.87
Total IFSF	.95

A fin de evaluar la dimensionalidad del Índice de Función Sexual Femenina –IFSF- se realizó un análisis factorial exploratorio mediante el Método de Componentes Principales con rotación Varimax. Se obtuvo un índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Okin (KMO)=.94, valor adecuado según el baremo de Kaiser, y un valor de $p = .000$ en la prueba de la esfericidad de Bartlett, mostrando la adecuación del Análisis Factorial. Se obtuvo una matriz estructural de seis factores que explican el 86,39% de la varianza total. Las saturaciones factoriales obtenidas varían entre .59 y .93 (Tabla 7.b).

Tabla 7.b
Matriz factorial del IFSF

	Orgasmo	Lubricación	Satisfacción	Deseo	Dolor	Exitación
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?	0,78					
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?	0,73					
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?	0,68					
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?		0,78				
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?		0,77				
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?		0,75				
7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?		0,68				
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?			0,76			
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?			0,73			
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?			0,70			
2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?				0,84		
1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?				0,81		
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?					0,93	
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?					0,91	
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?					0,68	

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?	0,65
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?	0,59
3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?	0,59
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?	0,67

8. 6. 2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento –CSI-, de Tobía, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) adaptado a una población española por Cano García et al. (2007). Este inventario, auto-administrable, esta conformado por una parte, cualitativa, en la que el propósito es encontrar el tipo de situaciones que causan problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a los mismos y otra, cuantitativa que consta de 40 ítems donde se responde a la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento según una escala Likert que va de 0 a 4. Las estrategias de afrontamiento son:

- Resolución de problemas (REP): son estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce y están constituidas por los ítems 1, 9, 17, 25 y 33.
- Autocrítica (AUC): son estrategias basadas en la autoinculpción y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo y están constituidas por los ítems 2, 10, 18, 26 y 34.
- Expresión emocional (EEM): son estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés y están constituidas por los ítems 3, 11, 19, 27 y 35.
- Pensamiento desiderativo (PSD): son estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante y están constituidas por los ítems 4, 12, 20, 28 y 36.
- Apoyo social (APS): son estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional y están constituidas por los ítems 5, 13, 21, 29 y 37.

- Reestructuración cognitiva (REC): son estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante y están constituidas por los ítems 6, 14, 22, 30 y 38.
- Evitación de problemas (EVP): son estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante y están constituidas por los ítems 7,15, 23, 31 y 39.
- Retirada social (RES): son estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante y están constituidas por los ítems 8, 16, 24, 32 y 40.

Según los autores, los resultados mostraron propiedades psicométricas que superaron las del estudio original (coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89): ocho factores explicaron un 61% de la varianza con sólo 40 ítems frente a los 72 que explicaban un 47% en el instrumento original (Cano García, Rodríguez Franco y García Martínez, 2007).

Al analizar la dimensionalidad del Inventario de Estrategias de Afrontamiento –CSI-, en base a los datos obtenidos en este estudio, se replicó la estructura factorial de ocho factores, explicitada por los autores del instrumento (Tobía, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989) y puesta en evidencia también en la adaptación española. Con el fin de explorar la estructura interna del instrumento se realizó un análisis factorial mediante el Método de Componentes Principales y rotación Varimax, siguiendo el procedimiento implementado por los autores. Los valores de la medida de adecuación muestral Kaiser-Mayer-Olkin (.78) y de la prueba de esfericidad de Bartlett ($p = .000$) indicaron que resultaba apropiado utilizar este método. Un examen del Gráfico de Sedimentación o Scree Test evidenció la existencia de ocho factores interpretables que explicaron un 60,43% de la varianza total. Los factores identificados se corresponden con las dimensiones de: Autocrítica (AUC), Resolución de Problema (REP), Reestructuración Cognitiva (REC), Pensamiento Desiderativo (PSD),

Expresión Emocional (EEM), Evitación del Problema (EVP), Apoyo Social (APS) y Retirada Social (RES) (Tabla 8.a).

Tabla 8.a
Matriz factorial del CSI

	AUC	REP	REC	PSD	EEM	EVP	APS	RES
18. Me critiqué por lo ocurrido	0,86							
2. Me culpé a mí mismo	0,85							
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable	0,79							
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0,76							
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0,71							
1. Luché para resolver el problema		0,79						
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería		0,78						
25. Supe lo que había que hacer...		0,68						
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0,66						
17. Hice frente al problema		0,65						
41. Me consideré capaz de afrontar la situación		0,57						
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como...			0,67					
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas...			0,67					
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas			0,65					
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente...			0,64					
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas			0,61					
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera				0,81				
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado				0,80				
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación				0,77				
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido				0,71				
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes				0,57				
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron				0,42				
27. Dejé desahogar mis emociones					0,79			
11. Expresé mis emociones, lo que sentía					0,76			
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés					0,73			
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir					0,60			
31. Me comporté como si nada hubiera pasado						0,79		
15. Traté de olvidar por completo el asunto						0,68		
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más						0,63		
39. Evité pensar o hacer nada						0,56		
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado						0,55		

37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0,75
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0,67
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0,63
13. Hablé con una persona de confianza	0,61
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0,53
16. Evité estar con gente	0,68
8. Pasé algún tiempo solo	0,64
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0,58
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0,53
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0,51

Para este trabajo, la fiabilidad de la versión del cuestionario se midió a través de la consistencia interna utilizando el índice Alfa de Cronbach. La consistencia interna fue adecuada en cada una de las ocho escalas y en el total del CSI, como se expone en la Tabla

8. b.

Tabla 8.b
Consistencia Interna del CSI

Escalas	Coefficientes Alfa
Resolución de Problemas (REP)	.79
Autocrítica (AUC)	.87
Expresión Emocional (EEM)	.70
Pensamiento Desiderativo (PSD)	.74
Apoyo Social (APS)	.70
Reestructuración Cognitiva (REC)	.80
Evitación de Problemas (EVP)	.72
Retirada Social (RES)	.74
Total CSI	.80

8. 6. 3. Versión Española Validada, Reducida y Adaptada del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire -MBSRQ®- de Ribas Rabert, Botella García del Cid y Benito Ruiz (2008).

En esta versión emergen cuatro factores en lugar de siete como en la original:

1) Importancia Subjetiva de la Corporalidad (ISC), con este factor se mide tanto la importancia atribuida al aspecto físico, a la salud y a la buena forma física como el concepto que se tiene de uno mismo en esas dimensiones. Por lo tanto, cuanto mayor es la

puntuación en este factor mayor es la importancia subjetiva y mejor el autoconcepto en estos aspectos -apariencia, salud y buena forma-. Puntuaciones muy altas indicarían que quien responde le da una importancia extrema al aspecto físico, la salud y la buena forma y que al mismo tiempo tiene un excelente concepto de sí mismo en estas dimensiones.

2) Conductas Orientadas a Mantener la Forma física (COMF), mide la frecuencia y regularidad de conductas orientadas a mantener la forma física. Por lo tanto, a mayor puntuación en este factor, mayor frecuencia y regularidad de ellas. Puntuaciones muy altas indicarían que quien responde dedica una gran cantidad de tiempo y esfuerzo a mejorar y mantener su forma física.

3) Atractivo Físico Autoevaluado (AFA), mide el atractivo físico autoevaluado y especialmente el atractivo sexual. Por lo tanto, a mayor puntuación en este factor más siente la persona que es sexualmente atractiva. Puntuaciones muy altas indicarían que quien responde considera que su cuerpo es sumamente atractivo sexualmente.

4) Cuidado del Aspecto Físico (CAF), mide la frecuencia de las conductas orientadas a cuidar del aspecto físico más externo -vestimenta, peinado, peso, movimientos- y a comprobar los posibles cambios en estos detalles. A mayor puntuación mayor frecuencia de esas conductas y mayor importancia atribuida a esos aspectos. Puntuaciones muy altas indicarían que quien responde está sumamente atento a su aspecto externo y lo comprueba muy a menudo.

Si bien el original se componía de 69 ítems, la versión española se reduce a 45 y consta sólo de dos partes diferenciadas entre sí -no de tres como el original-: una referida a la evaluación general de la imagen corporal y otra a la evaluación del grado de satisfacción, con varias áreas corporales por separado. Los criterios de calidad de las propiedades psicométricas de la versión española del MBSRQ® son: Fiabilidad del factor ISC= .94;

Fiabilidad del factor COMF= .81; Fiabilidad del factor CAF= .71; Fiabilidad del factor AFA= .84.

Su estructura mantiene los criterios de calidad en cuanto a sus propiedades psicométricas respecto a la versión original, si bien difiere en algunos aspectos formales. La fiabilidad de la versión del cuestionario se midió a través de la consistencia interna utilizando el índice Alfa de Cronbach. La consistencia interna fue alta: alfa= .88.

En el presente estudio se analizó la validez de constructo del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire -MBSRQ® a través del análisis de Componentes Principales. Previamente, se estudió la pertinencia de realizar análisis factorial mediante el cálculo del índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Oklin (KMO =.80) y de la prueba de esfericidad de Bartlett (p =.000) encontrando resultados satisfactorios para ambos estadísticos.

Se obtuvo una matriz de cuatro componentes, lo que coincide con todos los estudios publicados sobre este instrumento (Ribas Rabert, Botella García del Cid & Benito Ruiz, 2008). Los cuatro factores explican un total del 44,18% de la varianza de los datos. Las cargas factoriales obtenidas varían entre .45 y .83 (Tabla 9.a). Los factores identificados corresponden a: Atractivo Físico Autoevaluado (AFA), Conductas Orientadas a Mantener la Forma física (COMF), Cuidado del Aspecto Físico (CAF) e Importancia Subjetiva de la Corporalidad (ISC).

Tabla 9.a

Matriz factorial del MBSRQ®

	AFA	COMF	CAF	ISC
23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa	0,83			
45. Aspecto general	0,79			
44. Peso	0,73			
41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)	0,72			
8. Me gusta mi aspecto tal y como es	0,72			
28. Me gusta como me sienta la ropa	0,67			
4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo	0,65			

42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)	0,64	
40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)	0,64	
43. Tono muscular	0,54	
16. Casi todo el mundo me considera guapo/a	0,36	
32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo	0,72	
36. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente	0,71	
38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud	0,66	
39. Al primer signo de enfermedad voy al médico	0,66	
18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas	0,58	
14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí	0,58	
11. Tengo una buena capacidad de resistencia física	0,53	
31. Trato de estar físicamente activo	0,52	
20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física	0,52	
26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física	0,51	
6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física	0,46	
35. Me muevo de forma armónica y coordinada	0,46	
3. Para mí es importante tener mucha fuerza	0,39	
22. A menudo leo libros y revistas de salud	0,36	
2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física	0,35	
21. Raramente estoy enfermo	0,35	
13. No hago cosas que me mantengan en forma		0,80
5. No hago ejercicio regularmente		0,73
12. Participar en deportes no es importante para mí		0,70
24. No soy bueno en deportes o juegos		0,65
30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas		0,65
25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas		0,57
19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida		0,55
37. Hago deporte regularmente a lo largo del año		0,51
27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada		0,46
1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto		0,73
10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme		0,67
9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo		0,62
34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico		0,53
17. Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno		0,52
15. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños		0,48
29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo		0,46
7. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a		0,37
33. Nunca pienso en mi aspecto		-0,36

En esta investigación, la fiabilidad de la versión del Cuestionario de Imagen Corporal se obtuvo mediante el análisis de su consistencia interna utilizando el índice Alfa de Cronbach

(Tabla 9.b). La consistencia interna fue alta para cada una de las escalas que conforman el instrumento y para el total del MBSRQ®.

Tabla 9.b *Consistencia Interna del MBSRQ®*

Escalas	Coefficientes Alfa
Importancia Subjetiva de la Corporalidad (ISC)	.86
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (COMF)	.81
Atractivo Físico Autoevaluado (AFA)	.80
Cuidado del Aspecto Físico (CAF)	.80
Total MBSRQ®	.89

8. 7. Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales –SPSS- versión 18. En el análisis de las variables el nivel de significación estadística se fijó en .05

Se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- 1) Análisis Univariados: En los datos descriptivos de la muestra y de las variables de estudio se utilizaron análisis de frecuencia para variables categóricas, y análisis de medias y desviaciones estándar para las variables continuas. Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov en la determinación de la normalidad univariante, con una distribución de contraste normal la cual toma como parámetros la media y la desviación típica de la muestra.
- 2) Análisis Bivariados: Para determinar el grado de asociación existente entre las variables continuas contempladas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, y el coeficiente de Rho de Spearman luego de haber realizado pruebas de normalidad y haber constatado un nivel de significatividad $p \leq .05$.

Se emplearon pruebas χ^2 para independencia y tablas de contingencia para observar la dependencia entre distintas variables categóricas.

- 3) Análisis de Diferencias de Grupos: Para el análisis de diferencias de grupos independientes se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis.
- 4) Análisis Multivariados: se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, con el fin de establecer relaciones entre las variables consideradas en este estudio: Imagen Corporal, Función Sexual y Afrontamiento.

Por otro lado, dado que los grupos de pacientes oncológicas y mujeres sanas diferían en el nivel educativo y lugar de residencia, se realizó un análisis estadístico de covarianza múltiple –MANCOVA-. Se introdujeron estas variables -nivel educativo y lugar de residencia- como covariables para controlar el posible efecto que pudieran tener sobre los resultados de las diversas pruebas utilizadas.

- 5) Todos los datos tuvieron el control de calidad a través de la psicometría clásica. Para ello, y con el fin de comprobar la fiabilidad de los instrumentos se analizó la consistencia interna por medio del coeficiente alfa de Cronbach de las escalas y total de cada uno de ellos. Asimismo, se determinó la validez de constructo de los instrumentos mediante el análisis factorial exploratorio. Previamente para determinar si los datos se ajustaban al análisis factorial se consideraron los valores obtenidos en la prueba de esfericidad de Bartlett y en el Índice de Kaiser-Meyer-Olkin –KMO-. En relación a éste último, se decidió que si el índice era mayor a .70 se justificaba el análisis factorial. Para la consideración de una escala como representativa de un factor se tomó como criterio una carga igual o superior a .35 como punto de corte, según las recomendaciones de Tabachnick y Fidell (1989).

CAPÍTULO 9

RESULTADOS

Capítulo 9. RESULTADOS

9. 1. La Función Sexual en las mujeres con cáncer

9. 1. 1. Características de la Función Sexual de las mujeres antes del diagnóstico de cáncer, durante el/los tratamiento/s onco-específico/s y al finalizar la terapéutica.

En respuesta a los tres primeros objetivos específicos de la tesis se exponen a continuación los resultados obtenidos al evaluar la Función Sexual de las mujeres con cáncer antes del diagnóstico, durante el/los tratamientos onco-específico/s y al finalizar recientemente el/los mismo/s.

En el Gráfico 11 se aprecia el grado de conformidad con la actividad sexual manifestado por las participantes que han padecido cáncer, el cual denota ser alto en el período anterior al diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo, se observa notablemente disminuido luego del mismo, durante el período del o los tratamiento/s oncológico/s al que se vieron expuestas.

Finalmente, luego del/ los tratamiento/s se advierte un incremento en el porcentaje de mujeres que afirman estar conformes con su vida sexual, aunque en menor proporción que en el período anterior al diagnóstico de la enfermedad.

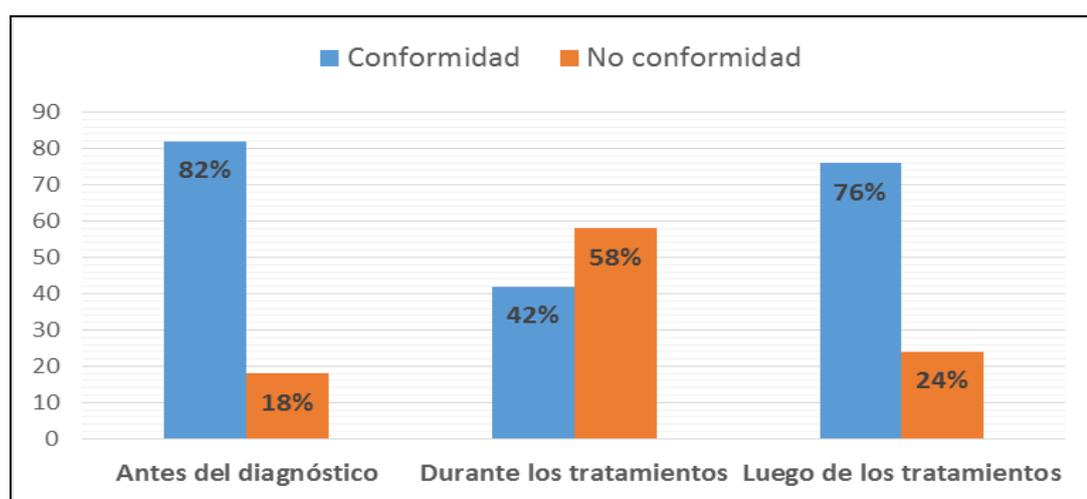


Gráfico 11. Conformidad con la actividad sexual antes, durante y luego de los tratamientos.

Al evaluar los factores asociados a la disconformidad con la actividad sexual durante el período de tratamiento, se mencionan con mayor frecuencia: la falta de deseo, la insatisfacción respecto a la propia imagen corporal, el dolor y la imposibilidad física, acorde esto último a la zona afectada por la patología (Gráfico 12).

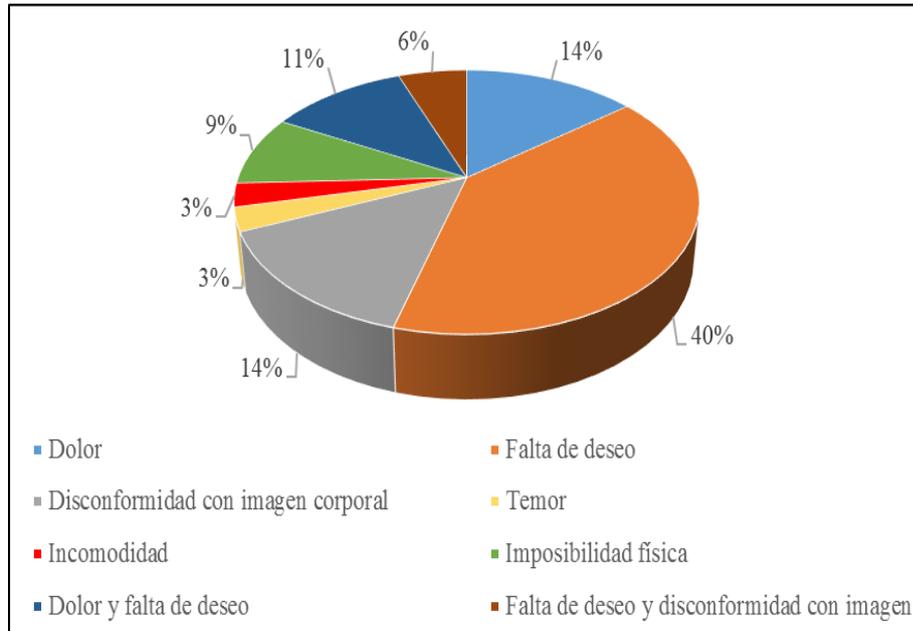


Gráfico 12. Factores asociados a la disconformidad con la actividad sexual durante los tratamientos.

9. 1. 2. Características de la Función Sexual en las mujeres con distintas patologías oncológicas al finalizar recientemente los tratamientos onco-específicos

En respuesta al objetivo específico c), se describen a continuación los resultados del Cuestionario de Índice de Función Sexual Femenina –IFSF- considerando:

- a) Las características de la actividad sexual de las mujeres con patologías oncológicas, para lo cual se analizan las respuestas obtenidas para cada una de las 19 preguntas que componen el IFSF.
- b) Se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los seis dominios en los que se divide el cuestionario y el resultado global del test IFSF.

a) *Resultados de cada una de las 19 preguntas del IFSF.*

Se presenta a continuación la distribución porcentual correspondiente a cada una de las preguntas que componen el instrumento.

Como se aprecia en los Gráficos 13 y 14, los cuales reflejan la valoración que las entrevistadas realizan sobre la dimensión de la Función Sexual correspondiente al Deseo en el período posterior a los tratamientos, prevalecen las opciones que reflejan un interés sexual moderado y bajo/muy bajo.

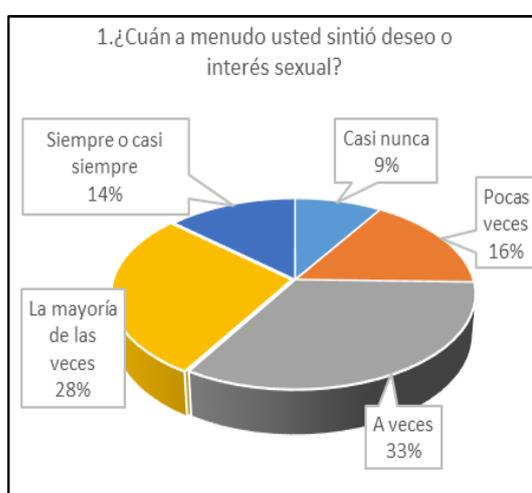


Gráfico 13. Pregunta 1 del IFSF

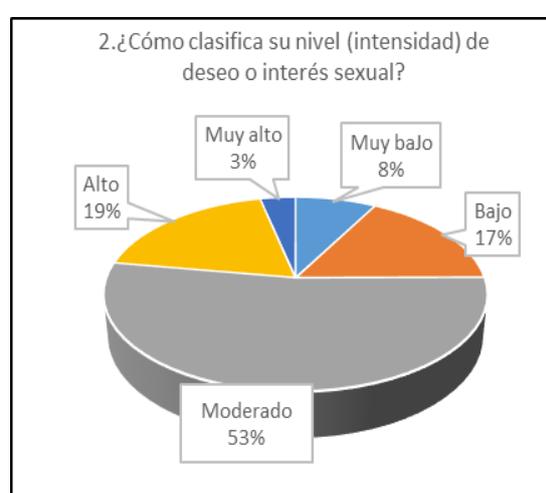


Gráfico 14. Pregunta 2 del IFSF

Sin embargo, si bien el deseo sexual percibido tiende a ser moderado y bajo/muy bajo, la frecuencia, el nivel, la confianza y la satisfacción de la excitación sexual durante la actividad sexual muestran una tendencia hacia los valores altos -moderado, alto, mayoría de veces, siempre o casi siempre- (Gráficos 15, 16, 17 y 18).

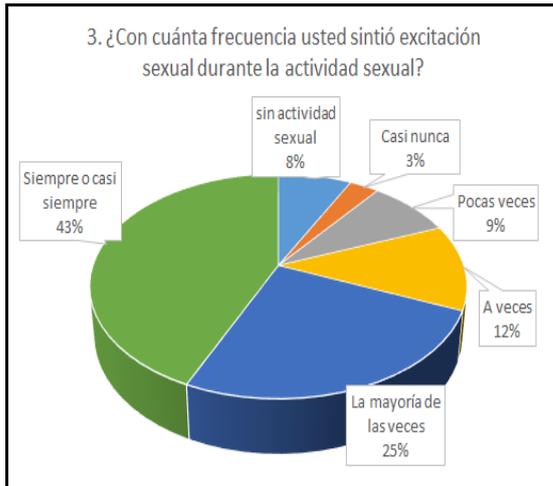


Gráfico 15. Pregunta 3 del IFSF

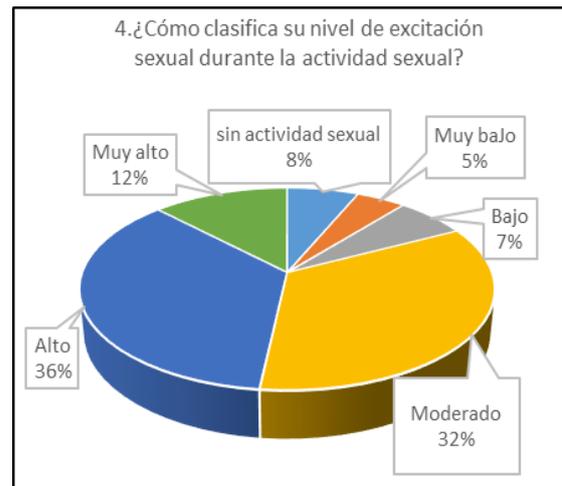


Gráfico 16. Pregunta 4 del IFSF

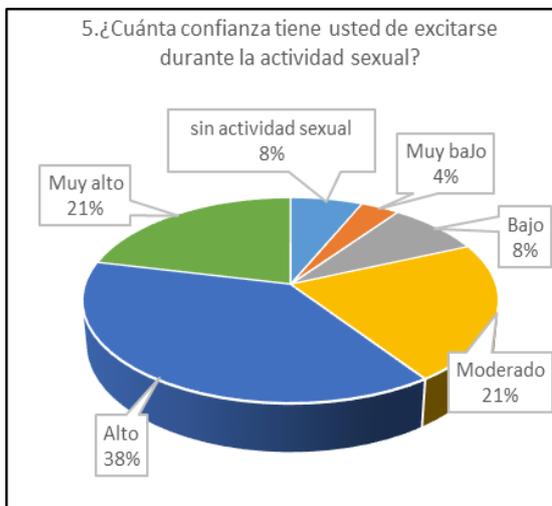


Gráfico 17. Pregunta 5 del IFSF

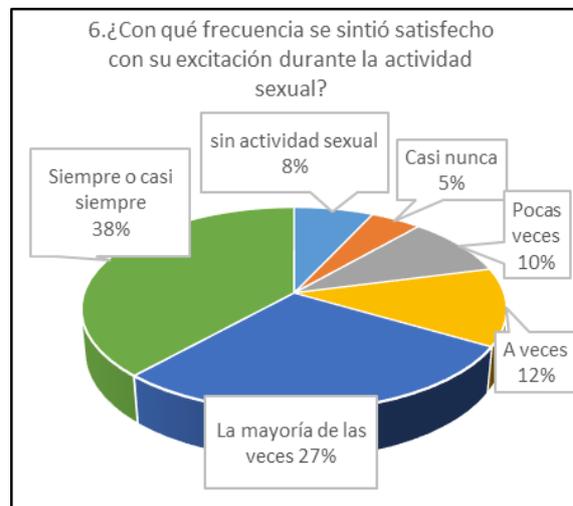


Gráfico 18. Pregunta 6 del IFSF

También se advierte el mismo comportamiento en las preguntas referidas a las dimensiones de la Función Sexual correspondientes a Lubricación (Gráficos 19, 20, 21, 22) y Orgasmo (Gráficos 23, 24 y 25). Las alternativas de respuesta seleccionadas en mayor medida se concentran en la presencia y alta satisfacción con los aspectos señalados.

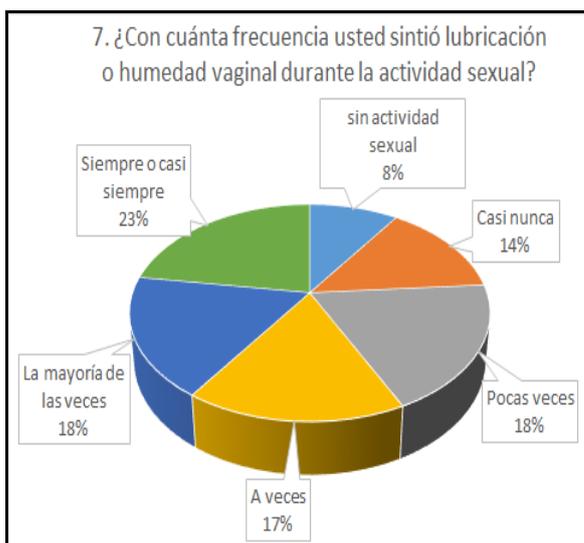


Gráfico 19. Pregunta 7 del IFSF

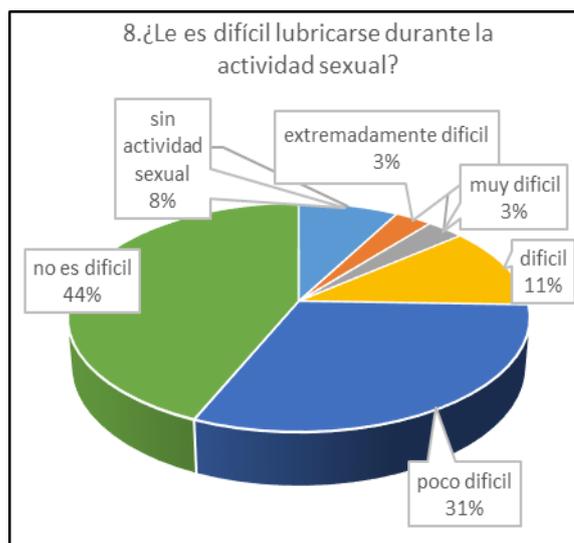


Gráfico 20. Pregunta 8 del IFSF

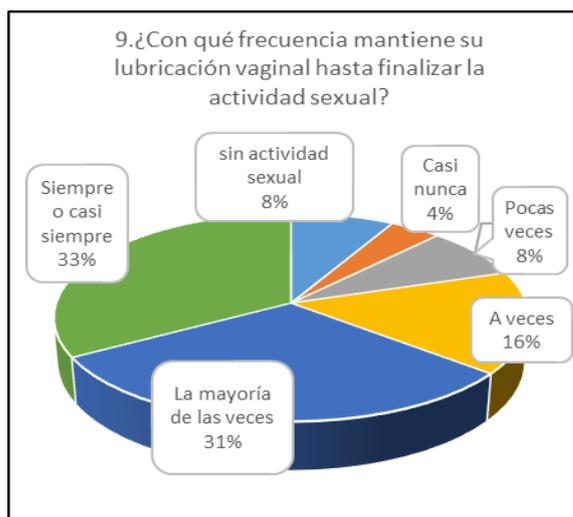


Gráfico 21. Pregunta 9 del IFSF

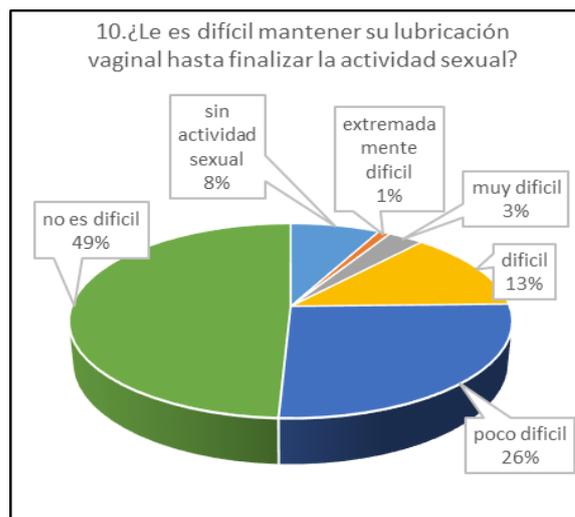


Gráfico 22. Pregunta 10 del IFSF

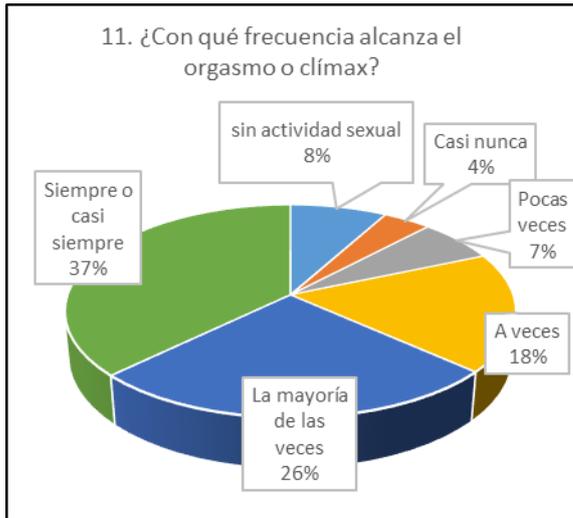


Gráfico 23. Pregunta 11 del IFSF

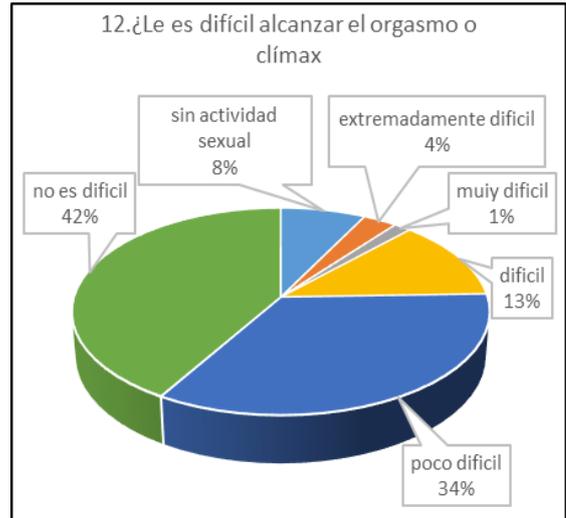


Gráfico 24. Pregunta 12 del IFSF

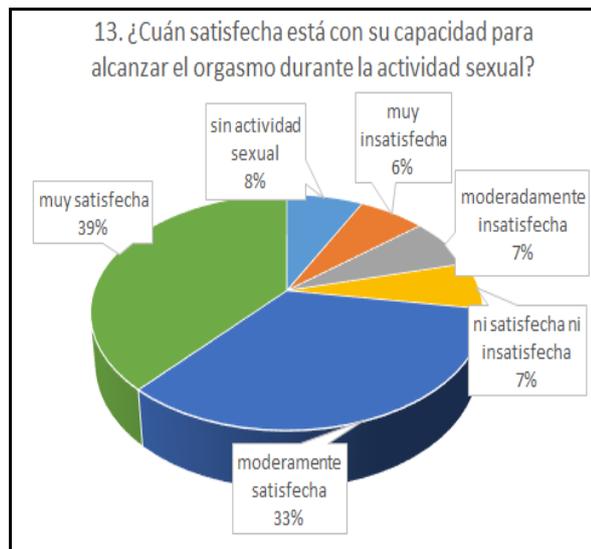


Gráfico 25. Pregunta 13 del IFSF

Asimismo, estos aspectos confluyen en una valoración positiva respecto a la cercanía con la pareja, la relación sexual con la misma y la vida sexual en general -dimensión satisfacción- (Gráficos 26, 27 y 28).

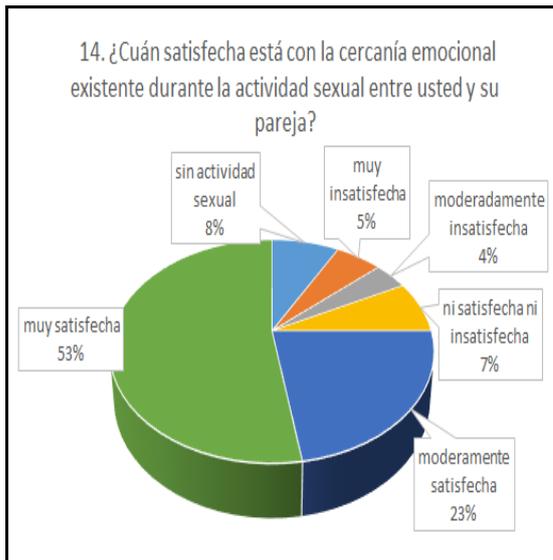


Gráfico 26. Pregunta 14 del IFSF

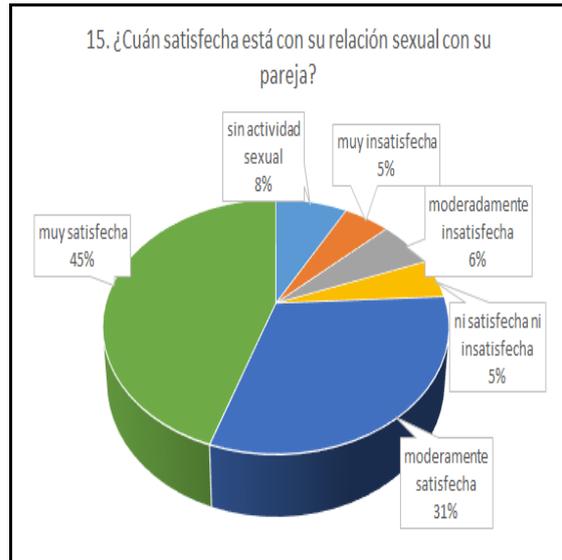


Gráfico 27. Pregunta 15 del IFSF

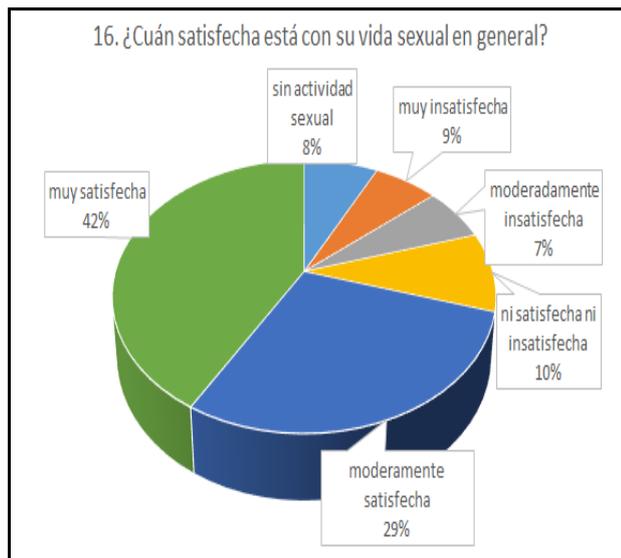


Gráfico 28. Pregunta 16 del IFSF

Por otra parte, el dolor/discomfort percibido en la relación sexual en el período posterior al/ los tratamiento/s es en mayor medida bajo (Gráficos 29, 30 y 31).

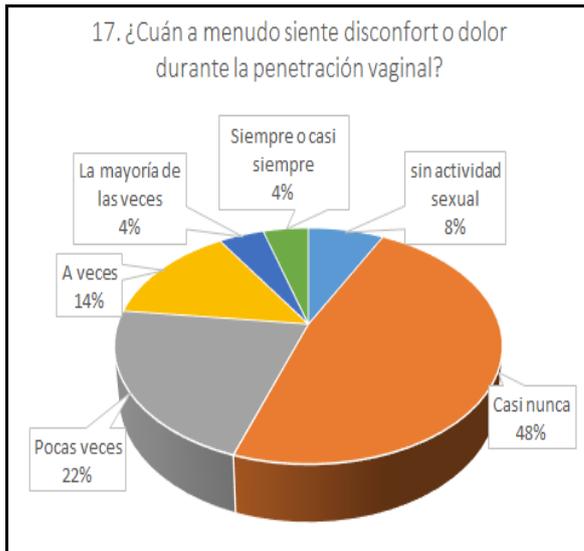


Gráfico 29. Pregunta 17 del IFSF

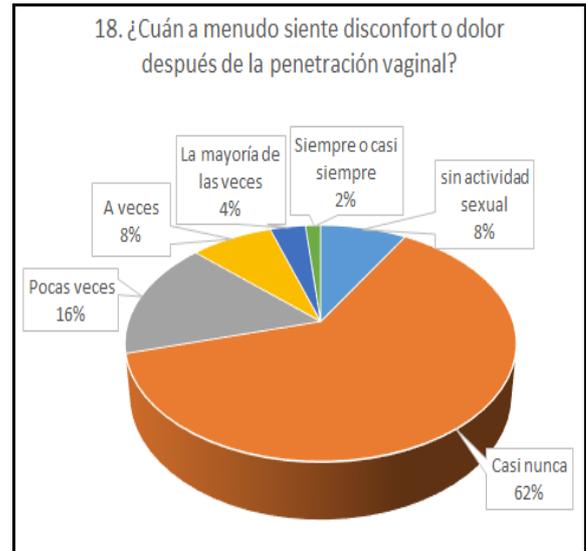


Gráfico 30. Pregunta 18 del IFSF

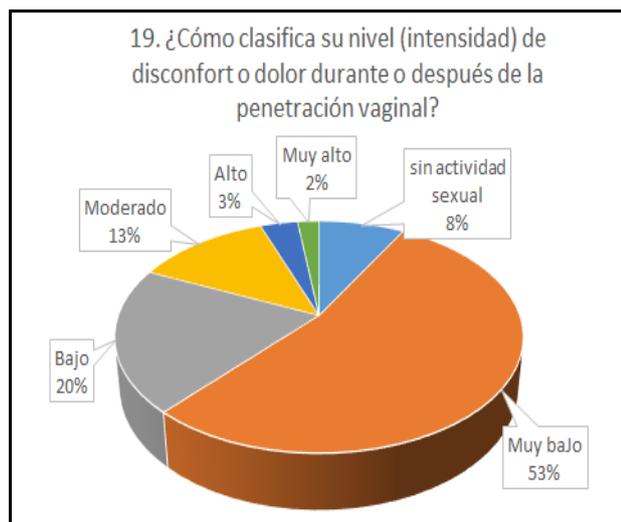


Gráfico 31. Pregunta 19 del IFSF

b) Resultados obtenidos en cada uno de los seis dominios en los que se divide el cuestionario y el resultado global del test IFSF.

Los 19 ítems del cuestionario se dividen en 6 Dominios que estudian el deseo, la excitación, el orgasmo, la lubricación, la satisfacción y el dolor. La puntuación del cuestionario total queda reflejada como IFSF total (Tabla 10).

Tabla 10.

Valores medios y desvíos estándares de los Dominios y Total del IFSF

	M	DE
Deseo	2,79	1,07
Excitación	2,99	1,45
Lubricación	3,11	1,49
Orgasmo	3,17	1,67
Satisfacción	3,38	1,59
Dolor	1,87	1,24
Indice Función Sexual	17,29	6,69

9. 1. 2. 1. *Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) según variables relacionadas a la enfermedad y a variables socio-demográficas.*

Conformidad con la sexualidad y tipo de cáncer.

Considerando los tipos principales de cáncer registrados en la muestra de participantes (mama, ovario/cuello uterino y cabeza/cuello) se analizó la existencia de asociación significativa entre esta variable y la satisfacción o no con la sexualidad antes del diagnóstico y durante los tratamientos. Con el fin de considerar este aspecto se utilizó la Tabla de Contingencia y la prueba Chi-Cuadrado. Teniendo en cuenta los datos brindados por la Tabla 11, se advierte que en el período anterior al diagnóstico, la proporción de conformidad con la actividad sexual entre las mujeres con cáncer de mama ($f = 31, 75,6\%$), ovario/útero ($f = 11, 78,6\%$) y cabeza/cuello ($f = 9, 88,9\%$) es alta en todos los casos.

Tabla 11. *Conformidad con la actividad sexual antes del diagnóstico de cáncer*

Tipo de cáncer*		¿Se sentía conforme con su actividad sexual antes del diagnóstico?		
		si	No	Total
Tipo de cáncer	mama	31 75,6%	10 24,4%	41 100,0%
	ovario/cuello	48,4%	15,6%	64,1%
	uterino	11 78,6%	3 21,4%	14 100,0%
Tipo de cáncer	uterino	17,2%	4,7%	21,9%
	cabeza y cuello	8 88,9%	1 11,1%	9 100,0%
		12,5%	1,6%	14,1%
Total		50 78,1%	14 21,9%	64 100,0%

Así, de acuerdo a los resultados obtenidos en la Tabla 12, se puede afirmar que no existe asociación entre estar conforme o no con la actividad sexual antes del diagnóstico y el tipo de cáncer de las participantes ($\chi^2 = .764$, $gl = 2$, $p > 0,05$).

Tabla 12.

Asociación entre las variables tipo de cáncer y conformidad/no conformidad con la actividad sexual antes del diagnóstico.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,764 ^a	2	,683
Likelihood Ratio	,860	2	,651
Linear-by-Linear Association	,678	1	,410
N of Valid Cases	64		

Sin embargo, al analizar la función sexual durante el/los tratamiento/s (Tabla 13), se aprecia menor conformidad con la actividad sexual en el caso de las mujeres con cáncer de

ovario/cuello del útero (f = 2, 14,3%), en comparación con las participantes con cáncer de mama (f = 19, 47,5%), y en especial con las mujeres con cáncer de cabeza/cuello que muestran mayor nivel de conformidad (f = 7, 77,8%).

Tabla 13. *Conformidad/disconformidad con la actividad sexual durante los tratamientos.*

Tipo de cáncer*		¿Se sentía conforme con su actividad sexual durante los tratamientos?		
		si	No	Total
mama		19	21	40
		47,5%	52,5%	100,0%
		30,2%	33,3%	63,5%
ovario/cuello uterino		2	12	14
		14,3%	85,7%	100,0%
		3,2%	19,0%	22,2%
cabeza y cuello		7	2	9
		77,8%	22,2%	100,0%
		11,1%	3,2%	14,3%
Total		28	35	63
		44,4%	55,6%	100,0%
		44,4%	55,6%	100,0%

Por lo tanto, la prueba de Chi-cuadrado permite dar cuenta de la existencia de una asociación significativa entre las dos variables analizadas ($\chi^2= 9,358$, $gl = 2$, $p > 0,01$). La conformidad con la actividad sexual muestra ser diferencial conforme el tipo de cáncer de la mujer, durante el/los tratamiento/s onco-específico/s, viéndose más afectada en los casos en que la enfermedad recae sobre los órganos sexuales.

9. 1. 2. 2. Análisis de los Dominios y total del IFSF según tipo de patología oncológica

Al comparar mediante la prueba de Kruskal Wallis, los dominios y total del IFSF según tipo de cáncer, se aprecian diferencias significativas solo en el dominio Dolor ($H=6,19$; $p >$

0,05. Las mujeres con cáncer de tipo ginecológico presentan valores medios más altos en esta dimensión en relación con los otros tipos de cáncer señalados.

9. 1. 2. 3. Análisis de los Dominios y total del IFSF según tipo de tratamiento

No se hallaron diferencias significativas en los seis dominios y el total del IFSF según tipo de tratamiento oncológico -cirugía, quimioterapia, radioterapia, tratamientos combinados-.

9. 1. 2. 4. Asociación entre el IFSF y las variables edad y nivel educativo de las mujeres con cáncer

Como se expone en la Tabla 14, no se obtuvieron asociaciones significativas entre la edad y los dominios y total del IFSF.

En relación al nivel educativo, sólo se registraron asociaciones significativas con los dominios de Excitación y Orgasmo. Así, cuanto más alto es el nivel de instrucción de las participantes, mayores puntuaciones se obtienen en los dominios mencionados.

Tabla 14. Asociaciones entre IFSF y las variables edad y nivel educativo de las mujeres con patologías oncológicas.

	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Índice Función Sexual
Edad	-,13 ,22	-,12 ,26	-,18 ,08	-,16 ,12	-,07 ,49	-,15 ,16	-,17 ,11
Nivel educativo	,13 ,21	,23 ,03*	,04 ,67	,22 ,04*	,11 ,28	,17 ,12	,20 ,06

(*) $p < .05$ (**) $p < .01$

9. 2. Descripción de los Eventos Estresantes referidos por las mujeres con cáncer

Para considerar el objetivo específico d), se presenta a continuación el Gráfico 32 donde se muestra la distribución de los problemas reportados en el Inventario de Afrontamiento –

CSI- por las mujeres oncológicas. En la Tabla 15, se grafican los problemas específicos por área.

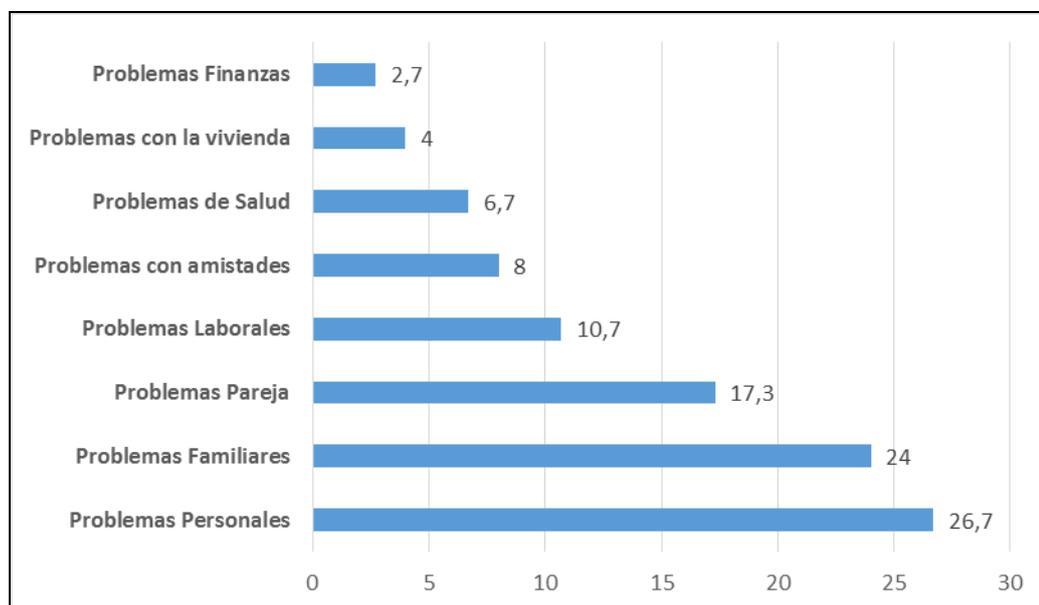


Gráfico 32. Distribución de Eventos Estresantes reportados en el Inventario de Afrontamiento por las mujeres oncológicas.

Tabla 15. *Eventos Estresantes por área*

FAMILIA	Porcentaje
Problema de salud de hijo/a	2,7
Muerte de padre/madre	1,3
Enfermedad de padre/madre	4
Pelear con madre/padre	6,7
Pelea con hijo/a	5,3
Pelea con familiar	2,7
Muerte de un familiar	1,3
SALUD	
Problemas de salud	6,7
TRABAJO	
Pelear con jefe/a	2,7
Posible pérdida de trabajo	1,3
Desinterés en el trabajo	1,3
Clima negativo en el trabajo	1,3
Prejuicio en el trabajo	2,7
No recibir un ascenso	1,3
FINANZAS	
Problemas económicos	1,3
No poder comprar medicación	1,3
PAREJA	

Discusión con pareja	12
Dificultades para mantener relaciones sexuales	2,7
Problemas de salud de la pareja	1,3
Disconformidad con la pareja	1,3
PERSONALES	
Vergüenza por la propia imagen	6,7
Temor por comenzar una nueva relación	1,3
Temor a que los hijos queden solos (en el caso de morir por causa de la enfermedad)	5,3
Miedo a la propia muerte	2,7
Angustia por nuevos exámenes médicos	2,7
Sensación de vacío	1,3
Sensación de extrañeza producto de la enfermedad	2,7
Sentirse sobrepasada/agotamiento	4
AMISTAD	
Pelea con amiga/o	1,3
Pelea con vecino/conocido	6,7
VIVIENDA	
Problemas con la casa	4
Total	100

9. 2. 1. Descripción de las Estrategias de Afrontamiento implementadas por las mujeres con cáncer

Considerando las estrategias de afrontamiento movilizadas por las participantes, tal como se advierte en el Gráfico 33, prevalecen las estrategias de Resolución del Problema, seguida de Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva y Expresión Emocional. En menor medida las participantes implementan las estrategias de Evitación del problema, Retirada Social y Autocrítica.

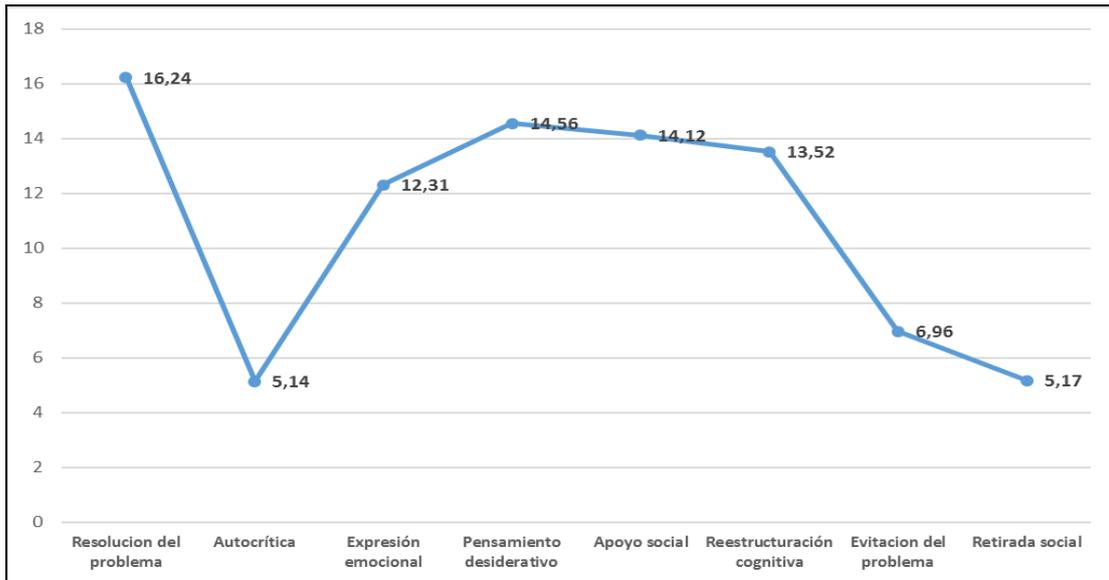


Gráfico 33. Valores Medios: Estrategias de Afrontamiento de las mujeres con cáncer luego de la finalización de los tratamientos

9. 2. 2. Estudio de las Estrategias de Afrontamiento según variables sociodemográficas y variables relacionadas con la enfermedad

- No hay correlación significativa entre la edad de las participantes y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mismas.
- Se aprecia correlación negativa significativa entre el nivel educativo de las participantes y las estrategias de afrontamiento correspondientes a Evitación del Problema ($\rho = -.33$; $p = 0,00$) y Retirada Social ($\rho = .25$; $p = 0,02$). Cuanto más alto es el nivel educativo, menor es el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento que implican un manejo inadecuado del problema y de la emoción.
- No hay diferencias significativas entre el tipo de cáncer y las estrategias de afrontamiento implementadas por las participantes.
- Tampoco entre el estadio de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento.
- No se advierten diferencias significativas entre el tipo de tratamiento -solo cirugía/ todos los tratamientos- y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

9. 3. Auto percepción de la Imagen Corporal en mujeres con cáncer

9. 3. 1. Estudio descriptivo de cada una de las Escalas y total del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire MBSRQ®

Con el fin de evaluar el objetivo específico e), se utilizó la Versión Reducida del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire –MBSRQ®- de Ribas Rabert, Botella García del Cid y Benito Ruiz (2008).

La estadística descriptiva para cada una de las escalas y el total del MBSRQ® se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16. *Estadística descriptiva de las escalas del MBSRQ®.*

	N	M	DS
Importancia Subjetiva de la Corporalidad	84	3,36	,57
Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	84	2,77	1,00
Atractivo Físico Autoevaluado	84	2,87	1,09
Cuidado del Aspecto Físico	84	3,98	,82
Total MBSRQ®	84	3,31	,59

Así, al considerar los cuatro factores evaluados por el MBSRQ®, se advierten en las mujeres con patologías oncológicas, puntuaciones medias más elevadas en los factores correspondientes a Cuidado del Aspecto Físico y a Importancia Subjetiva de la Corporalidad. Al respecto, se aprecia en las participantes conductas orientadas a cuidar del aspecto físico más externo -vestimenta, peinado, peso, movimientos- y a comprobar los posibles cambios en estos detalles. Asimismo, es alto el nivel de importancia asignado al aspecto físico, la salud y la buena forma, presentando un buen concepto de sí mismas en estas dimensiones.

9. 3. 2. Estudio comparativo de los factores del MBSRQ® según tipo de patología oncológica y tipo de tratamiento

Por otra parte, no se advierten diferencias significativas en la autopercepción de la imagen corporal según tipo de cáncer (Tabla 17).

Tabla 17. Comparación de los factores del MBSRQ® según tipo de cáncer

Tipo cáncer		Importancia Subjetiva Corporalidad	Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Atractivo Físico Autoevaluado	Cuidado del Aspecto Físico	Total MBSRQ
mama	M	3,38	2,80	2,72	4,02	3,32
	N	42	42	42	42	42
	DS	0,58	1,04	1,13	0,87	0,62
ginecológico	M	3,37	2,82	2,95	4,09	3,34
	N	14	14	14	14	14
	DS	0,36	1,00	1,27	0,67	0,44
cabeza y cuello	M	3,14	2,19	3,26	3,78	3,07
	N	9	9	9	9	9
	DS	0,71	0,54	0,64	0,42	0,55
gástrico	M	3,64	3,29	2,95	4,00	3,58
	N	7	7	7	7	7
	DS	0,54	0,87	1,01	0,95	0,60
Kruskal Wallis Test	Chi-square Sig.	1,27	3,70	1,53	2,61	2,22
		,530	,157	,464	,271	,329

(*) $p < .05$ (**) $p < .01$

Además, tampoco se aprecian diferencias significativas en las escalas del MBSRQ® según presencia/ausencia de cirugía (Tabla 18).

Tabla 18. Comparación de los factores del MBSRQ® según presencia/ausencia de cirugía

Cirugía		Importancia Subjetiva Corporalidad	Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Atractivo Físico Autoevaluado	Cuidado del Aspecto Físico	Total MBSRQ
Si	M	3,35	2,78	2,86	3,96	3,30
	N	77	77	77	77	77
	DS	,58	,99	1,09	,84	,59
No	M	3,47	2,63	3,00	4,20	3,39
	N	7	7	7	7	7
	DS	,52	1,14	1,09	,48	,60
Mann-Whitney U		250,00	224,50	264,00	241,00	263,00
Wilcoxon W		3253,00	252,50	3267,00	3244,00	291,00
Z		-,316	-,730	-,090	-,464	-,105
Sig.		,752	,466	,929	,643	,916

(*) p < .05 (**) p < .01

Así, los valores medios obtenidos por las participantes en las escalas y total del MBSRQ® según el tipo de tratamiento onco-específico recibido demuestran ser similares, no encontrándose por lo tanto diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Tabla 19).

Tabla 19. Valores medios en las escalas y total del MBSRQ® según tipo de tratamiento.

Tratamiento		Importancia Subjetiva Corporalidad	Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Atractivo Físico Autoevaluado	Cuidado del Aspecto Físico	Total MBSRQ
Cirugía	M	3,24	2,74	2,96	3,81	3,21
	N	24	24	24	24	24
	DS	,61	,69	1,01	,84	,58
Cirugía y quimioterapia	M	3,30	2,52	2,94	3,73	3,20
	N	11	11	11	11	11
	DS	,93	1,47	1,44	1,41	1,02
Cirugía y radioterapia	M	3,21	2,64	2,75	4,17	3,12
	N	12	12	12	12	12
	DS	,49	,75	1,06	,29	,45
Quimioterapia y	M	3,54	2,84	2,96	4,25	3,47

radioterapia	N	8	8	8	8	8
	DS	,53	1,21	1,01	,46	,60
Cirugía,	M	3,50	3,04	2,80	4,08	3,46
radioterapia y	N	29	29	29	29	29
quimioterapia	DS	,37	,93	1,10	,70	,39
Kruskal Wallis	Chi-	5,044	5,994	,739	2,518	5,601
Test	square					
	Sig.	,283	,128	,946	,641	,231

(*) p < .05 (**) p < .01

9. 4. Análisis de la Función Sexual y las Estrategias de Afrontamiento en mujeres con cáncer

9. 4. 1. Relación entre las Estrategias de Afrontamiento y la conformidad con la Función Sexual durante los tratamientos y luego de su finalización

Para responder al objetivo específico f), se evaluó la existencia de diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento implementadas por las mujeres según la presencia/ausencia de conformidad con la actividad sexual durante el período de tratamiento oncológico, no advirtiéndose un patrón diferencial en tal aspecto (Tabla 20).

Tabla 20. *Relación entre las estrategias de afrontamiento y conformidad de la actividad sexual durante el/los tratamiento/s oncológico/s.*

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Mann-Whitney U	718,500	786,000	808,500	759,000	792,000	798,000	789,000	643,000
Wilcoxon W	1348,500	1416,000	1936,500	1389,000	1920,000	1926,000	1917,000	1273,000
Z	-,995	-,350	-,132	-,600	-,287	-,230	-,315	-1,691
Asymp. Sig. (2-tailed)	,320	,727	,895	,549	,774	,818	,753	,091

Por otra parte, no se aprecian diferencias significativas en el tipo de estrategias de afrontamiento según la satisfacción / no satisfacción con la vida sexual luego del/los tratamientos (Tabla 21).

Tabla 21. Relación entre las estrategias de afrontamiento según satisfacción o no con la vida sexual luego del/ los tratamiento/s onco-específico/s

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP
Mann-Whitney U	411,500	366,500	431,500	412,000	371,500	352,000	360,500
Wilcoxon W	1686,500	556,500	621,500	602,000	561,500	542,000	1635,500
Z	-,873	-1,462	-,588	-,849	-1,395	-1,658	-1,547
Asymp. Sig. (2-tailed)	,383	,144	,556	,396	,163	,097	,122

9.4. 2. Asociación entre Dominios y total del IFSF y las Estrategias de Afrontamiento en las mujeres con cáncer

Continuando, al analizar la existencia de asociaciones significativas entre los dominios y total del IFSF y las estrategias de afrontamiento, se obtuvieron asociaciones significativas entre la estrategia Retirada Social y los dominios correspondientes a Excitación ($\rho=.34$; $p=.00$), Lubricación ($\rho=.25$; $p=.04$), Orgasmo ($\rho=.27$; $p=.02$), Satisfacción ($\rho=.26$; $p=.03$) y el Índice de Función Sexual ($\rho=.31$; $p=.01$) (Tabla 22).

Tabla 22. Comparación de los dominios y total del IFSF y las estrategias de afrontamiento.

	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Índice Función Sexual
Resolución del problema	,16	,05	,22	,08	,21	,06	,18
Autocrítica	,10	,12	-,01	,09	,14	-,04	,13
Expresión emocional	,03	,03	,03	,06	,00	-,06	,05
Pensamiento desiderativo	,09	,17	,14	,19	,12	-,07	,18
Apoyo social	,13	,23	,10	,10	,13	,05	,22
Reestructuración cognitiva	,21	,14	,10	,09	,24	,10	,22
Evitación del problema	,07	,09	-,14	-,01	,07	,04	,05
Retirada social	,15	,34**	,25*	,27*	,26*	,10	,31**

(*) $p < .05$ (**) $p < .01$

9. 5. Análisis de la Función Sexual y su relación con la Autopercepción de la Imagen Corporal en mujeres con cáncer

Con el fin de responder al objetivo específico g), se evaluó la existencia de diferencias significativas en la autopercepción de la imagen corporal según la presencia/ausencia de satisfacción con la vida sexual que las participantes con patologías oncológicas experimentan luego de la finalización inmediata del/los tratamiento/s. Como se advierte en la Tabla 23, hay diferencias significativas en la escala del MBSRQ® correspondiente a Atractivo Físico. Las mujeres que luego del/los tratamiento/s manifiestan mayor nivel de satisfacción en sus relaciones y vida sexual en general, presentan niveles más altos de satisfacción en relación a su atractivo físico, en comparación con quienes están más disconformes con su imagen física.

Tabla 23. Comparación de las escalas y total del MBSRQ® según tipo Satisfacción con la Vida Sexual post tratamiento/s.

Satisfacción Sexual post tratamiento		Importancia Subjetiva Corporalidad	Conductas			Total MBSRQ®
			Orientadas a Mantener la Forma Física	Atractivo Físico Autoevaluado	Cuidado del Aspecto Físico	
Insatisfacción	M	3,46	3,04	2,49	4,05	3,40
	N	19	19	19	19	19
	DS	,50	,95	1,08	,64	,52
Satisfacción	M	3,41	2,74	3,10	4,10	3,36
	N	50	50	50	50	50
	DS	,52	,98	1,00	,68	,52
Mann- Whitney U		444,50	376,00	317,50	440,50	473,00
Wilcoxon W		1719,50	1651,00	507,50	630,50	663,00
Z		-,410	-1,333	-2,131	-,466	-,027
Asymp. Sig.		,682	,182	,033*	,641	,979

(*) p < .05 (**) p < .01

De este modo, al evaluar la existencia de asociaciones significativas entre las escalas y total del MBSRQ® y los dominios y total del IFSF, se aprecian asociaciones positivas significativas entre:

- Deseo Sexual y Atractivo Físico ($\rho=.25$; $p=.02$).
- Exitación y las escalas Importancia Subjetiva de la Corporalidad ($\rho=.24$; $p=.02$), Atractivo Físico ($\rho=.25$; $p=.02$) y Total de Imagen Corporal (MBSRQ®) ($\rho=.27$; $p=.01$).
- Lubricación e Importancia Subjetiva de la Corporalidad ($\rho=.27$; $p=.01$) y Total MBSRQ® ($\rho=.27$; $p=.01$).
- Orgasmo e Importancia Subjetiva de la Corporalidad ($\rho=.33$; $p=.00$), Conductas orientadas a mantener la Forma Física ($\rho=.23$; $p=.03$), Atractivo Físico ($\rho=.29$; $p=.00$), Cuidado del Aspecto Físico ($\rho=.25$; $p=.02$) y Total MBSRQ® ($\rho=.34$; $p=.00$).
- Satisfacción e Importancia Subjetiva de la Corporalidad ($\rho=.22$; $p=.04$), Atractivo Físico ($\rho=.24$; $p=.02$), Cuidado del Aspecto Físico ($\rho=.28$; $p=.00$) y Total MBSRQ® ($\rho=.24$; $p=.02$).
- Índice de Función Sexual con Importancia Subjetiva de la Corporalidad ($\rho=.26$; $p=.01$), Atractivo Físico ($\rho=.30$; $p=.00$) y Total MBSRQ® ($\rho=.30$; $p=.00$).

Así, excepto en la dimensión de Dolor del IFSF, puntuaciones más elevadas en las restantes dimensiones -en especial en Orgasmo-, se asocian con mayor nivel de satisfacción respecto a la Imagen Corporal, sobre todo con el atractivo físico y la importancia asignada a la corporalidad -aspecto físico, salud y buena forma física- (Tabla 24).

Tabla 24. *Correlaciones entre escalas del MBSRQ® y del IFSF*

	Importancia Subjetiva Corporalidad	Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Atractivo Físico Autoevaluado	Cuidado del Aspecto Físico	Total MBSRQ®
Deseo	,14	,12	,25*	,16	,18
Exitación	,24*	,19	,25*	,17	,26*
Lubricación	,27*	,16	,14	,21	,27*
Orgasmo	,33**	,23*	,29**	,25*	,34**
Satisfacción	,22*	,08	,24*	,28**	,24*
Dolor	,11	,16	,02	,14	,14
Índice de Función Sexual	,26*	,16	,30**	,12	,30**

(*) $p < .05$ (**) $p < .01$

9. 6. Asociación entre la Autopercepción de la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento en mujeres con cáncer

Para responder al objetivo específico h), se exploró la existencia de asociaciones entre las escalas y total del MBSRQ® y las escalas del Inventario de Afrontamiento (CSI), solamente se obtuvo correlación significativa negativa entre Cuidado del Aspecto Físico y la estrategia de afrontamiento Pensamiento Desiderativo ($\rho = -.25$; $p = .03$) (Tabla 25). Las participantes que refieren mayor cuidado de su aspecto físico utilizan en menor medida el pensamiento desiderativo como estrategia de afrontamiento que implica fantasear sobre realidades alternativas frente a los problemas.

Tabla 25. Correlaciones de Pearson entre escalas del MBSRQ® y las escalas del Inventario de Afrontamiento (CSI)

	Importancia Subjetiva Corporalidad	Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	Atractivo Físico Autoevaluado	Cuidado del Aspecto Físico	Total MBSRQ®
Resolución problema	,06	,12	-,04	,02	,07
Autocrítica	,12	,13	,20	,13	,15
Expresión emocional	-,05	-,12	-,01	-,01	-,07
Pensamiento desiderativo	-,19	-,06	-,06	-,25*	-,18
Apoyo social	-,07	,13	,01	-,17	-,03
Reestructuración cognitiva	-,06	,05	,14	,07	,01
Evitación problema	-,13	,01	,05	-,02	-,08
Retirada social	,20	,05	,22	,21	,19

(*) $p < .05$ (**) $p < .01$

9. 7. Análisis de la relación entre la Autopercepción de la Imagen Corporal, Estrategias de Afrontamiento y Función Sexual en las mujeres con cáncer

Para responder al objetivo específico i), se examinó cómo la autopercepción de la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento implementadas por las mujeres con cáncer se asocian con la función sexual de las mismas y, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple.

En la ecuación de regresión se incluyeron como variables predictoras las dimensiones y total del MBSRQ® y las escalas del Inventario de Afrontamiento –CSI-. Como variable dependiente o criterio se consideró el Índice de Función Sexual Femenina –IFSF-. Los resultados obtenidos permiten dar cuenta del 19% de la variabilidad en el IFSF (R^2 corregida= .19, $F=2,42$, $p= 0.01$). Las variables que explican o predicen el IFSF corresponden a: total del MBSRQ ($\beta=.32$, $p= 0.00$), Importancia Subjetiva de la Corporalidad ($\beta=.30$, $p= 0.00$) y Atractivo Físico ($\beta=.26$, $p= 0.01$). Este aspecto señala la influencia que la autopercepción de la imagen corporal tiene en la función sexual de las

mujeres con cáncer. En particular, se señala el efecto de la Importancia Subjetiva de la Corporalidad que estas mujeres atribuyen a su sexualidad y el percibirse como atractivas físicamente.

Las Estrategias de Afrontamiento no actuaron como predictores del Índice de Función Sexual Femenina.

9. 8. Comparación de la Función Sexual entre mujeres con cáncer y mujeres sanas, según el análisis del IFSF

Para responder al objetivo específico j), se compararon las respuestas obtenidas en el IFSF entre las mujeres con patología oncológica y mujeres sanas. Así, se aprecian variaciones en la dimensión de Deseo o Interés Sexual, presentando las participantes no oncológicas mayor inclinación por las alternativas de respuestas que denotan un interés sexual más alto (Gráfico 34 y 35).

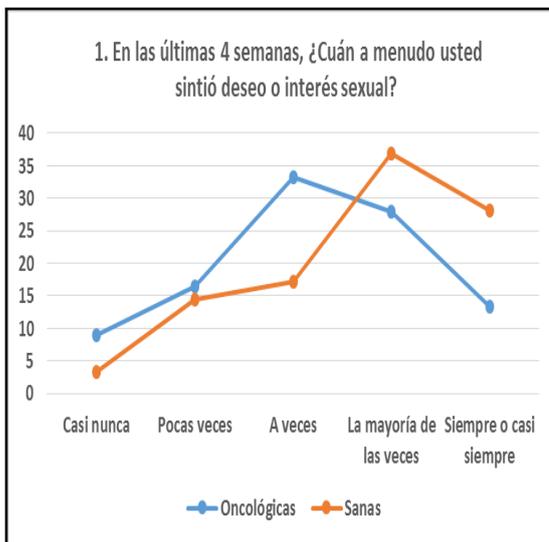


Gráfico 34. Comparación deseo/interés sexual

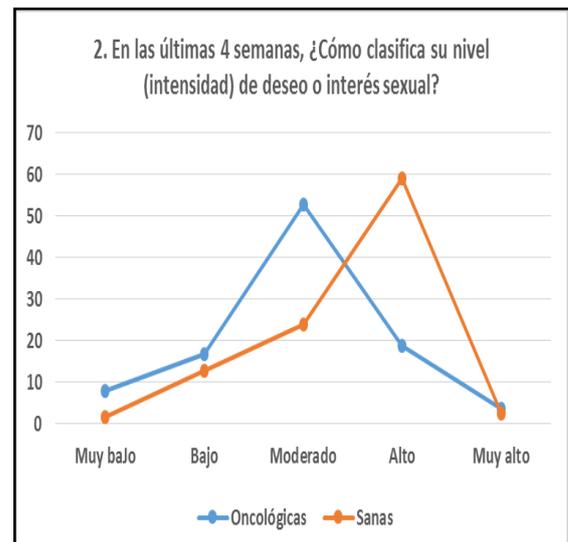


Gráfico 35. Comparación intensidad de deseo

Asimismo, en el plano de la Excitación Sexual, se registran valores levemente más elevados en las mujeres sin patología oncológica sobre todo en el nivel de Excitación

manifestado durante la actividad sexual y en el grado de confianza de excitarse en la relación (Gráficos 36, 37, 38 y 39).

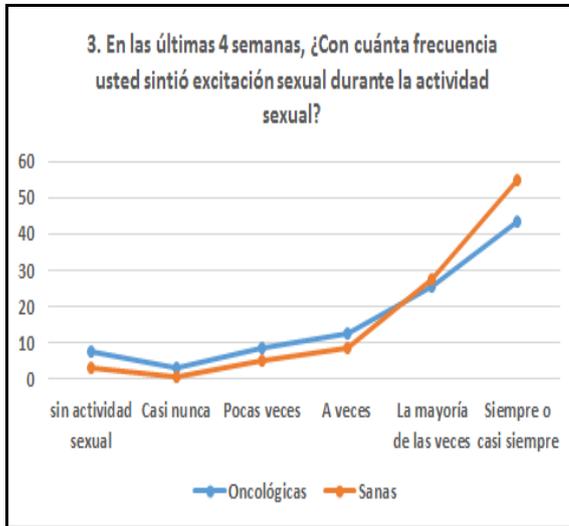


Gráfico 36. Comparación frecuencia excitación

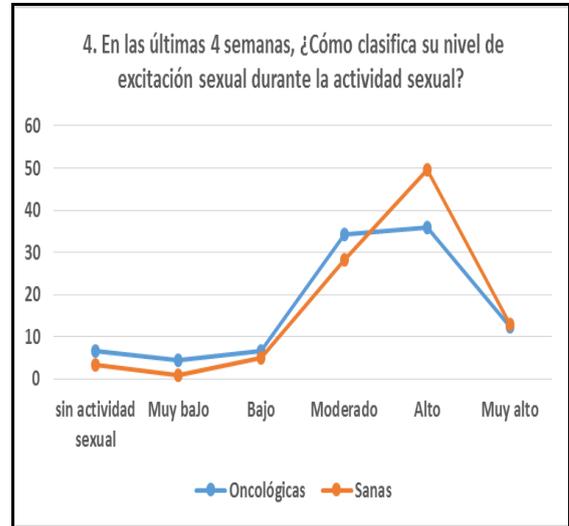


Gráfico 37. Comparación nivel de excitación

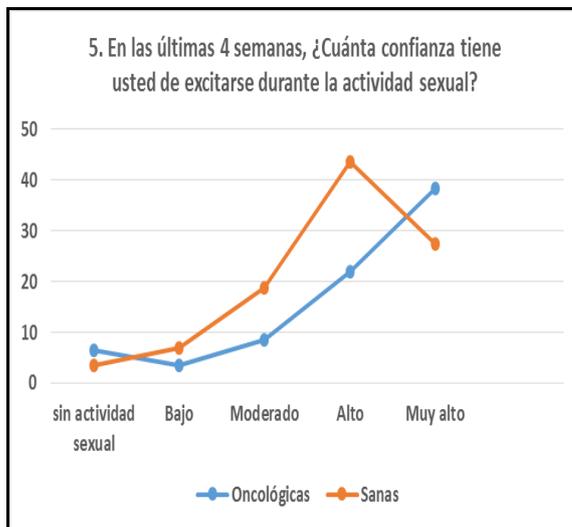


Gráfico 38. Comparación confianza en excitarse

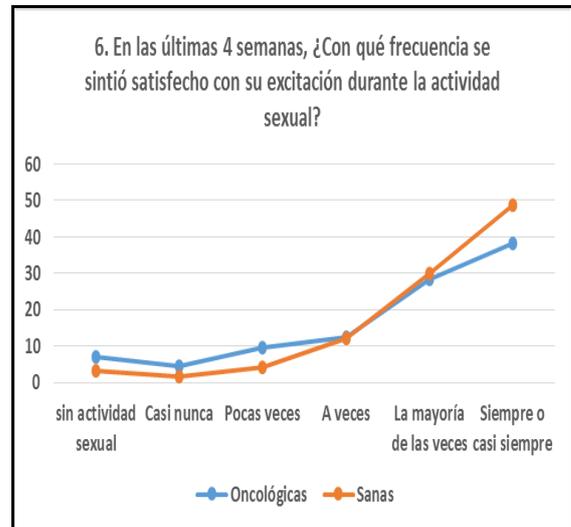


Gráfico 39. Comparación satisfacción excitación

También, se advierte la misma tendencia en la dimensión Lubricación, mostrando las mujeres sanas, mayor adhesión a las respuestas que reflejan baja dificultad para lograr y mantener la lubricación durante la relación sexual (Gráficos 40, 41, 42 y 43).

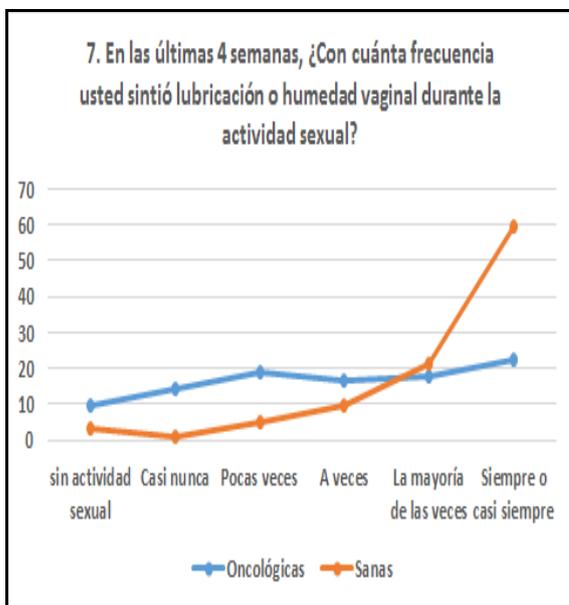


Gráfico 40. Comparación frecuencia lubricación

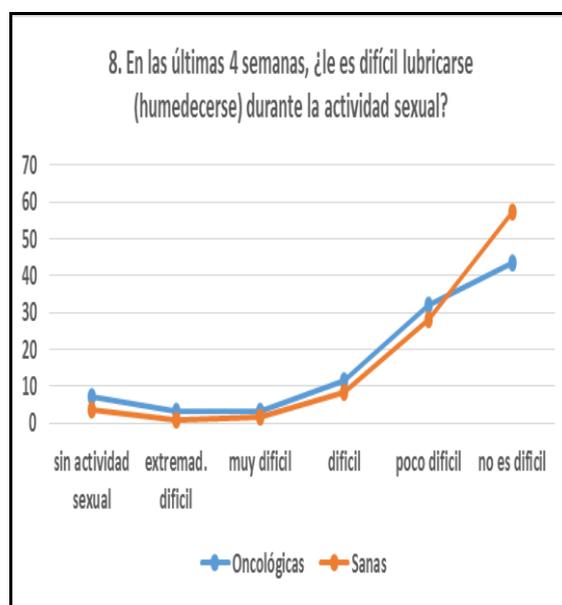


Gráfico 41. Comparación dificultad lubricación

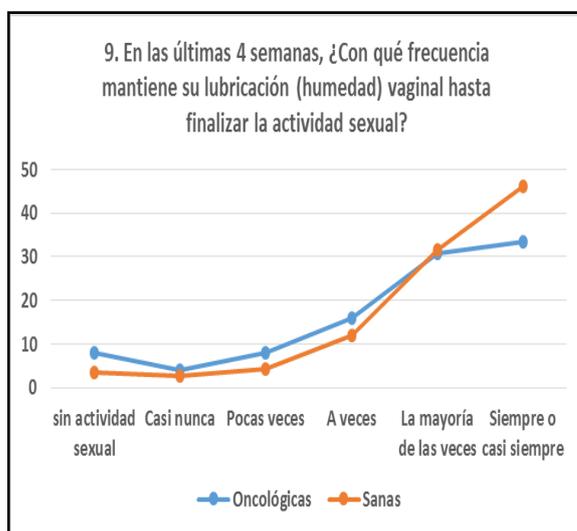


Gráfico 42. Comparación frecuencia de lubricación hasta finalizar actividad sexual

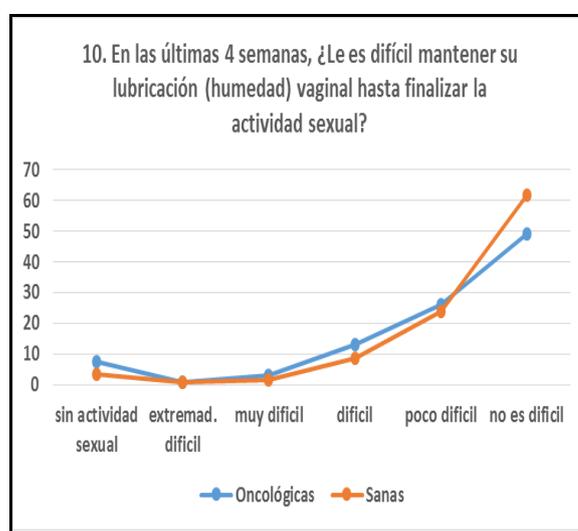


Gráfico 43. Comparación dificultad lubricación hasta finalizar actividad sexual

Por otra parte, en la dimensión Orgasmo de la Función Sexual, no se aprecian diferencias en el patrón de respuestas aportadas por los grupos de participantes, ya que presentan conformidad, ambos casos, en este aspecto (Gráfico 44, 45, 46 y 47).

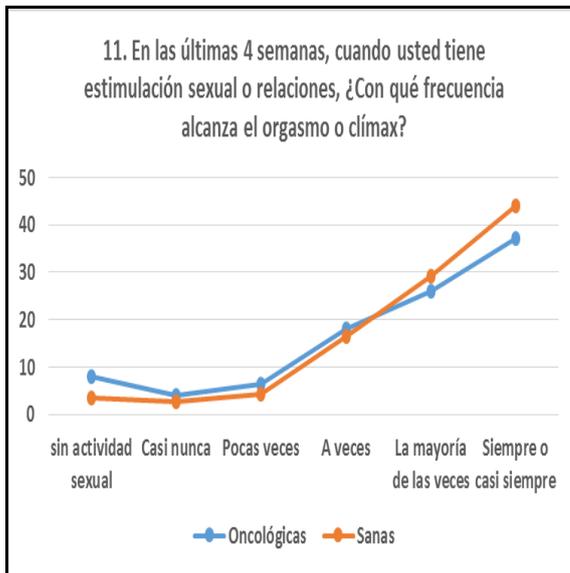


Gráfico 44. Comparación orgasmo

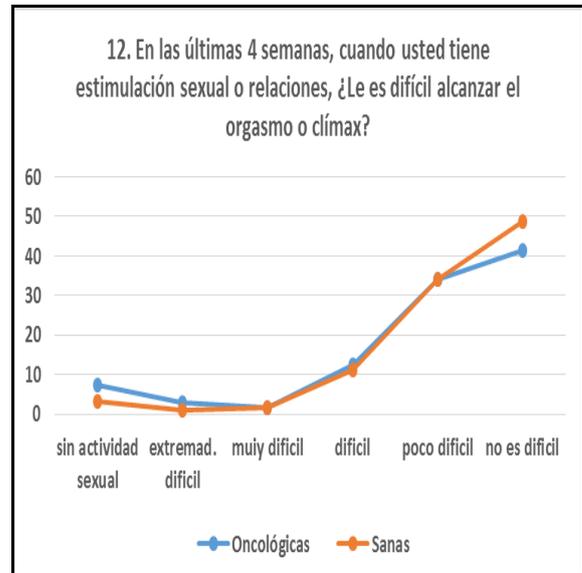


Gráfico 45. Comparación dificultad orgasmo

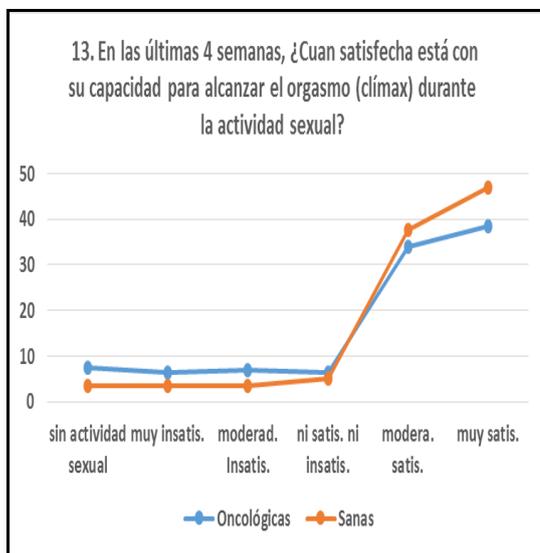


Gráfico 46. Comparación satisfacción orgasmo

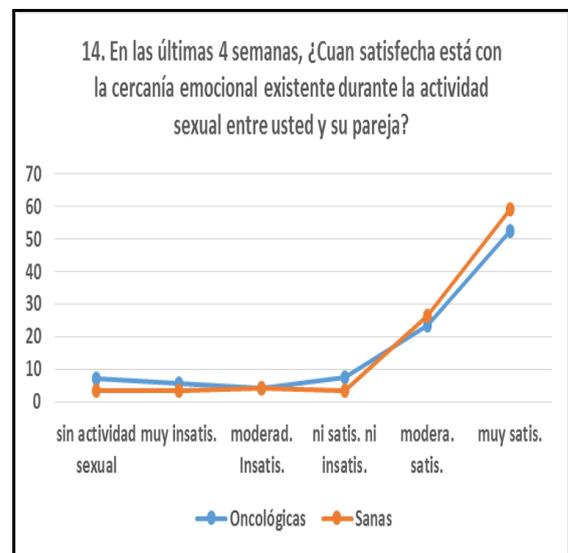


Gráfico 47. Comparación satisfacción con la cercanía emocional de la pareja

Asimismo, al evaluar el nivel de Satisfacción con la actividad sexual, no se registran variaciones en lo que respecta a la relación sexual con la pareja, siendo alto el nivel de

Satisfacción percibido en ambos grupos (Gráfico 47). Las diferencias se encuentran al valorar la vida sexual en general, presentando las mujeres sin patologías mayor Satisfacción en este plano más global (Gráficos 48 y 49).

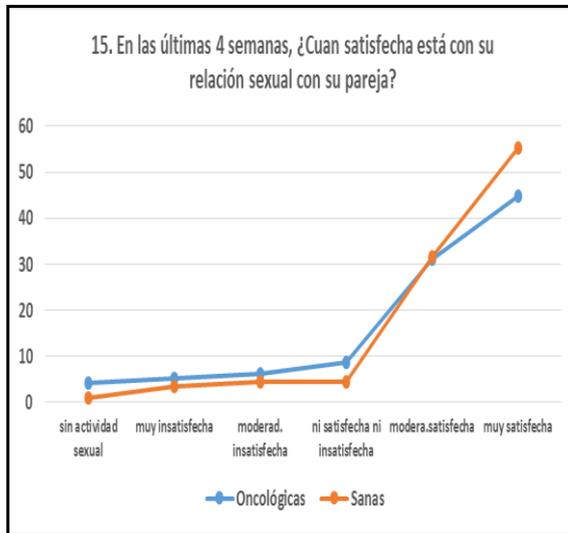


Gráfico 48. Comparación satisfacción con la pareja

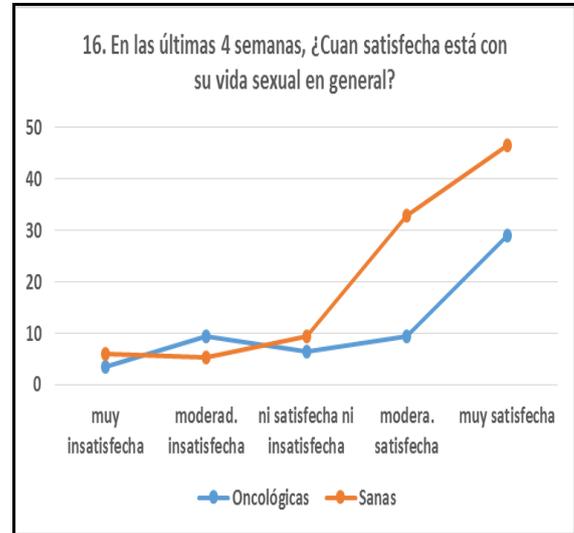


Gráfico 49. Comparación satisfacción con vida sexual en general

Por último, en la dimensión de Dolor, la percepción de displacer provocado por la sensación de dolor durante la relación sexual es baja en ambos grupos (Gráficos 50, 51 y 52).

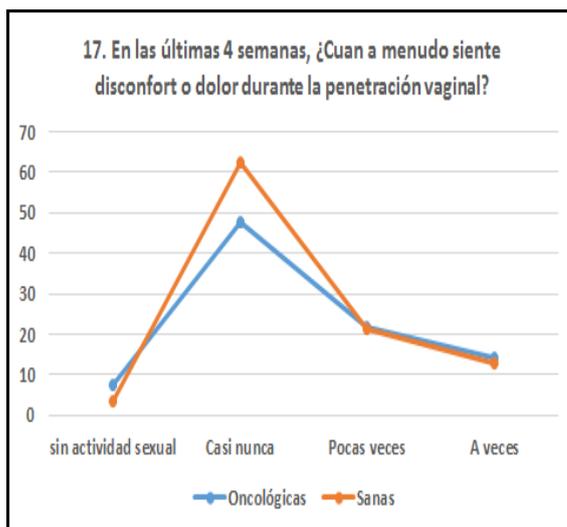


Gráfico 50. Comparación dolor durante la penetración vaginal

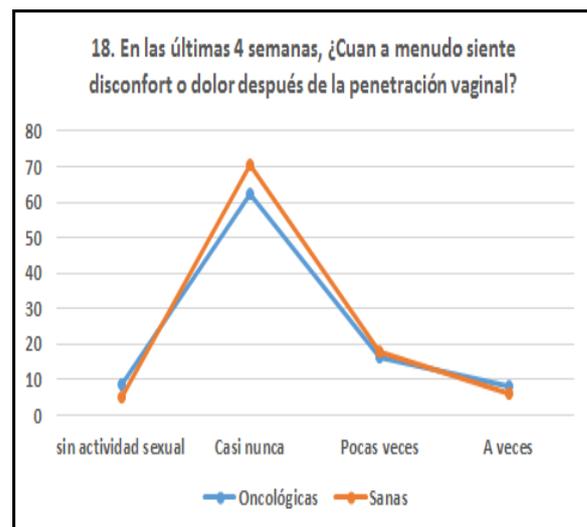


Gráfico 51. Comparación dolor después de la penetración vaginal

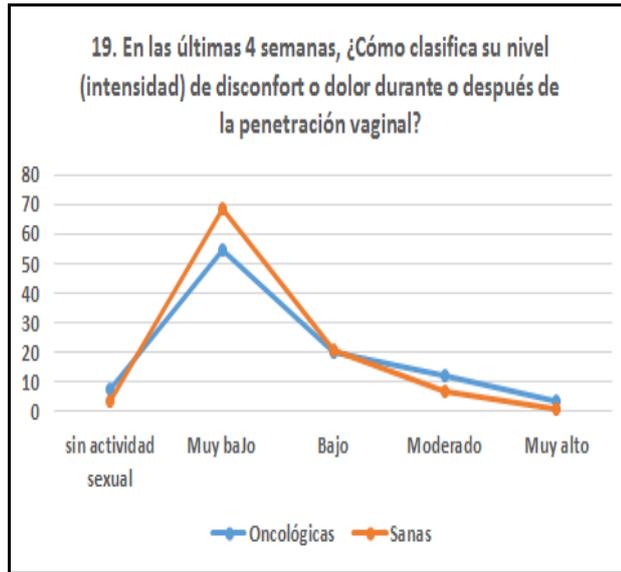


Gráfico 52. Comparación de intensidad de dolor durante o después de la penetración

9. 8. 1. Análisis de los Dominios y total del IFSF en mujeres con cáncer y mujeres sanas

La Tabla 26 presenta las puntuaciones medias y desvíos estándares obtenidos en los seis dominios y total del IFSF.

Se advierten diferencias significativas entre los grupos en todos los dominios y en el IFSF, mostrando las mujeres sanas valores medios más elevados en todos los casos, excepto en el dominio de Dolor.

Tabla 26. Comparación de los dominios y total del IFSF en mujeres con patologías oncológicas y sanas

		Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	Índice Función Sexual
Oncológicas	M	2,79	2,99	3,11	3,17	3,38	1,87	17,29
	N	84	84	84	84	84	83	84
	DE	1,07	1,45	1,49	1,67	1,59	1,24	6,69
Sanas	M	3,27	3,92	4,23	4,08	4,15	1,34	20,98
	N	117	117	117	117	117	117	117
	DE	0,83	1,04	1,07	1,12	1,16	0,59	4,72
Mann-Whitney y U Wilcoxon W		3714	2812	2365	3265,5	3444	3587,5	2965,5
		7284	6382	5935	6835,5	7014	10490,5	6535,5

Z	-3,007	-5,191	-6,313	-4,094	-3,7	-3,27	-4,791
Sig.	,003**	,000**	,000**	,000**	,000**	,001**	,000**

(*) p < .05 (**) p < .01

Con el fin de estudiar si las diferencias en el Índice de Función Sexual –IFSF- se mantenían tras controlar el efecto de las variables nivel educativo y lugar de residencia, se realizó un análisis de varianza MANCOVA. Se encontraron diferencias en todas las variables del Índice de Función Sexual IFSF, entre los grupos -oncológicas y sanas- tras controlar dichas variables: deseo (F= 8,102, p < .01); excitación (F= 16,036, p < .01); lubricación (F = 27,451, p < .01); orgasmo (F = 11,054, p < .01); satisfacción (F = 9,839, p < .01); dolor (F = 16,037, p < .01); Índice de Función Sexual (F = 11,822, p < .01). El grupo de mujeres oncológicas continúan mostrando valores significativamente más bajos en todas las dimensiones del IFSF, excepto en el dominio de Dolor.

9. 9. Comparación de los Eventos Estresantes reportados en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI por mujeres con cáncer y mujeres sanas

Con el fin de responder al objetivo específico k), en el Gráfico 53 se muestra la comparación de los Eventos Estresantes reportados en el Inventario de Afrontamiento por las mujeres oncológicas y las sanas. Y en la Tabla 27 se comparan los problemas específicos entre ambos grupos.

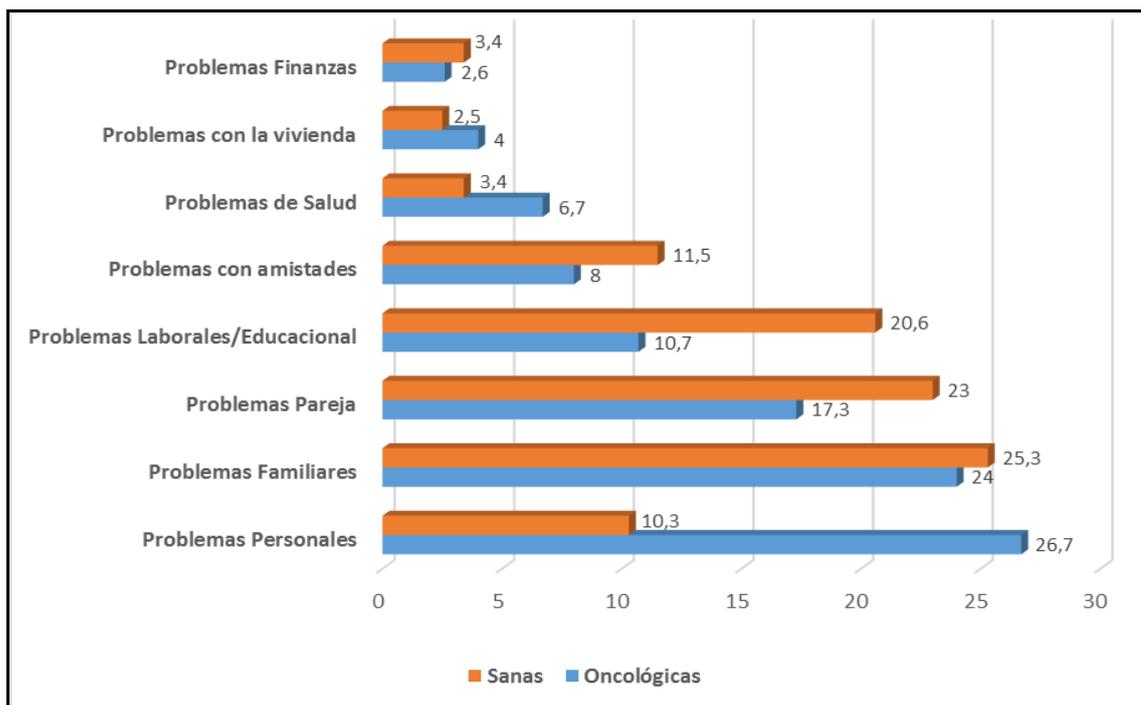


Gráfico 53. Comparación de Eventos Estresantes reportados en el Inventario de Afrontamiento.

Tabla 27. Comparativo de Eventos Específicos

Categorías de problemas	Oncológicas	Sanas
FAMILIA	porcentaje	porcentaje
Problema de salud de hijo/a	2,7	2,3
Muerte de hijo/hija	0	2,3
Muerte de padre/madre	1,3	3,4
Enfermedad de padre/madre	4	5,7
Peleas con madre/padre	6,7	2,3
Pelea con hijo/a	5,3	1,1
Pelea con familiar	2,7	6,9
Muerte de un familiar	1,3	1,3
SALUD		
Problemas de salud	6,7	3,4
TRABAJO		
Peleas con jefe/a	2,7	2,3
Posible pérdida de trabajo	1,3	1,1
Desinterés en el trabajo	1,3	1,1
Clima negativo en el trabajo	1,3	2,3
Prejuicio en el trabajo	2,7	0
Sobrecarga de trabajo	0	1,1
Estrés laboral	0	3,4
No recibir un ascenso	1,3	0
Pérdida de trabajo	0	3,4
Temor a rendir exámenes	0	4,6

Mal desempeño en estudios	0	1,3
FINANZAS		
Problemas económicos	1,3	3,4
No poder comprar medicación	1,3	0
PAREJA		
Discusión con pareja	12	14,9
Dificultades para mantener relaciones sexuales	2,7	2,3
Problemas de salud de la pareja	1,3	1,1
Disconformidad con la pareja	1,3	3,6
Separación		1,1
PERSONALES		
Vergüenza por la propia imagen	6,7	0
Temor por comenzar nueva relación	1,3	0
Temor a que los hijos queden solos	5,3	0
Miedo a la propia muerte	2,7	0
Angustia por nuevos exámenes	2,7	0
Sensación de vacío	1,3	0
Sensación de extrañeza por enfermedad	2,7	0
Sentirse sobrepasada/agotamiento	4	4,6
Robo	0	2,3
Estrés por comienzo de trabajo nuevo	0	3,4
AMISTAD		
Pelea con amiga/o	1,3	4,6
Pelea con vecino/conocidos	6,7	6,9
VIVIENDA		
Problemas con la casa	4	2,5
Total	100	100

9. 9. 1. Comparación de las Escalas de Afrontamiento entre mujeres con cáncer y mujeres sanas

Se advierten diferencias significativas entre las mujeres con cáncer y sanas en las estrategias de afrontamiento correspondientes a Evitación del Problema y a Reestructuración Cognitiva. En ambos casos, las mujeres oncológicas obtuvieron puntuaciones medias más elevadas (Tabla 28).

Tabla 28. Comparación de las escalas de afrontamiento entre mujeres con cáncer y sanas

		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Oncológicas	M	16,24	5,14	12,31	14,56	14,12	13,52	6,96	5,17
	N	84	84	84	84	84	84	84	84
	DE	4,43	5,91	4,31	5,10	4,48	4,96	5,02	4,65
Sanas	M	14,90	5,37	12,23	13,21	13,62	11,66	5,37	4,18
	N	97	97	97	97	97	97	97	97
	DE	4,94	5,54	4,84	6,15	4,97	4,77	4,88	3,87
	Mann-Whitney U	3393,500	3852,500	4000,500	3592,500	3887,500	3144,500	3252,000	3630,000
	Wilcoxon W	8146,500	7422,500	7570,500	8345,500	8640,500	7897,500	8005,000	8383,000
	Z	-1,961	-,639	-,210	-1,377	-,532	-2,650	-2,345	-1,269
	Asymp. Sig.	,050	,523	,834	,169	,595	,008**	,019*	,204

(*) $p < .05$ (**) $p < .01$

Nota: Escalas del CSI: Resolución del Problema (REP); Autocrítica (AUC); Expresión Emocional (EEM); Pensamiento Desiderativo (PSD); Apoyo Social (APS); Reestructuración Cognitiva (REC); Evitación de Problemas (EVP) y Retirada Social (RES).

Dado que los grupos de pacientes oncológicas y mujeres sanas diferían en el nivel educativo y lugar de residencia, se realizó un análisis estadístico de covarianza múltiple - MANCOVA-. De acuerdo al mismo, se advierten diferencias significativas entre las mujeres con cáncer y sanas en las Estrategias de Afrontamiento correspondientes a Evitación del Problema ($F = 4,314$, $p < .05$) y a Reestructuración Cognitiva ($F = 4,159$, $p < .05$) cuando se controla las variables nivel educativo y lugar de residencia. En ambos casos, las mujeres oncológicas obtuvieron puntuaciones medias más elevadas.

9. 10. Comparación de la Autopercepción de la Imagen Corporal entre mujeres con cáncer y mujeres sanas

Respondiendo al objetivo específico 1), se obtuvieron diferencias significativas entre las mujeres oncológicas y sanas en las escalas del MBSRQ® correspondientes a Atractivo

Físico y Cuidado del Aspecto Físico. Las mujeres con patologías oncológicas presentaron puntuaciones más elevadas en el Cuidado del Aspecto Físico, mientras que las sanas, mostraron valores medios más altos en la satisfacción con el propio Atractivo Físico (Tabla 29).

Tabla 29. Comparación de las escalas y total del MBSRQ® entre mujeres con cáncer y sanas

Grupos		Conductas Orientadas a					Total MBSRQ®
		Importancia Subjetiva Corporalidad	Mantener la Forma Física	Atractivo Físico Autoevaluado	Cuidado del Aspecto Físico		
Oncológicas	M	3,36	2,77	2,87	3,98	3,31	
	N	84	84	84	84	84	
	DS	,57	1,00	1,09	,82	,59	
Sanas	M	3,37	2,94	3,33	3,75	3,34	
	N	115	115	115	115	115	
	DS	,50	1,00	,94	,65	,53	
	Mann-Whitney U	4668,00	4313,50	3689,50	3580,00	4700,00	
	Wilcoxon W	11338,00	7883,50	7259,50	10250,00	8270,00	
	Z	-,404	-1,289	-2,862	-3,129	-,324	
	Asymp. Sig.	,686	,198	,004**	,002**	,746	

(*) $p < .05$ (**) $p < .01$

Nuevamente, se realizó un análisis estadístico de covarianza múltiple –MANCOVA-, dado que los grupos de pacientes oncológicas y mujeres sanas diferían en el nivel educativo y lugar de residencia. De acuerdo al mismo, existen diferencias significativas en las variables Atractivo Físico ($F = 5,076$, $p < .01$) y Cuidado del Aspecto Físico ($F = 5,158$, $p < .01$) en los grupos cuando se controlan las variables señaladas.

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN

Capítulo 10. DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos a partir de las hipótesis formuladas y se articulan con los aportes de investigaciones científicas realizadas al respecto, reportados en la parte teórica de la tesis.

10. 1. La Función Sexual en las mujeres con cáncer luego de la finalización de el/los tratamiento/s onco-específico/s (hipótesis 1)

Para poder caracterizar la función sexual de las mujeres con cáncer luego de la finalización de los tratamientos oncológicos es necesario conocer su sexualidad previa al diagnóstico y durante los tratamientos. Con el propósito de lograrlo, se analizaron datos recogidos de la Entrevista Estructurada -EE-.

En este orden, los resultados señalan que las participantes, en su totalidad, presentan una alta conformidad con su actividad sexual antes del diagnóstico de la enfermedad (82%).

En relación, considerando los tipos principales de cáncer registrados en este estudio -mama, ovario/útero y cabeza/cuello-, se registra que la conformidad con la actividad sexual previa al diagnóstico entre las mujeres con posterior diagnóstico de cáncer de mama, ovario/útero y cabeza/cuello fue alta en todos los casos. Por tanto, cabe destacar que no se advierten asociaciones entre la conformidad con la actividad sexual antes de recibir la información del diagnóstico de cáncer y el tipo de patología oncológica presentada por las participantes.

No obstante, existe una brusca caída de la conformidad con la actividad sexual durante la realización de los tratamientos onco-específicos (42%). Así, en el análisis de la función sexual durante los mismos y considerando los tipos prevalentes de cáncer de la muestra, se observa menor conformidad en las mujeres con cáncer de ovario/cuello de útero, en comparación con las participantes con cáncer de mama y, en especial, con las mujeres con cáncer de cabeza/cuello que muestran mayor nivel de conformidad.

En esta línea, Vázquez-Ortiz et al. (2010), también constatan un elevado porcentaje de mujeres (50%) que perciben una disminución en su Interés sexual en comparación con el período previo al diagnóstico del cáncer de mama. Incluso, reportan que esta dificultad no mejora transcurrido el primer año tras la cirugía sino que permanece constante varios años luego de la misma.

Sin embargo, en contraposición, Greenwald y McCorkle (2008) señalan que ni el diagnóstico de la enfermedad oncológica ni la edad afectan la función sexual.

En este orden, al evaluar los factores asociados a la disconformidad con la actividad sexual durante el período correspondiente a los tratamientos, se mencionan con mayor frecuencia: la falta de deseo, la insatisfacción respecto a la propia imagen corporal, el dolor y la imposibilidad física dependiendo de la zona afectada por la patología. Estos datos son coincidentes con los de Herbenick et al. (2008), quienes mencionan que el tratamiento quimioterápico puede provocar alteraciones en la actividad sexual y generar dolor genital.

Al respecto y reafirmando los datos presentados, Katz (2009) plantea que la terapia del cáncer ginecológico puede provocar una disminución tanto del Interés como de la Frecuencia de la actividad sexual y Goldfarb et al. (2014), destacan la presencia de disfunciones sexuales en pacientes tratadas por linfomas a causa de un potencial efecto adverso de la terapia oncológica.

También para Vidal y Benito (2012) la Excitación sexual en las pacientes oncológicas puede verse afectada por los tratamientos quirúrgicos y la radioterapia. La autora además refiere que la anorgasmia está relacionada con el tipo de patología oncológica y con factores de orden psicológico -creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y modalidades de afrontamiento- que son relevantes en la aparición de las dificultades sexuales.

En relación, Wang et al. (2014) plantean que el riesgo de disfunción sexual a partir de la terapia oncológica no es adecuadamente tratado en el momento del diagnóstico de la patología, a pesar de que los profesionales conocen que dicha temática puede causar un distrés significativo a lo largo de todas las etapas de la enfermedad.

Asimismo, en este trabajo, se advierte un incremento en el porcentaje de mujeres que afirman estar conformes con su vida sexual, luego de la finalización reciente de el/los tratamiento/s onco-específico/s, aunque en menor proporción que en el período anterior al diagnóstico de la enfermedad (82% vs.76%).

Continuando, del análisis de los resultados de los dominios del Cuestionario de IFSF en la muestra de mujeres que han finalizado el/los tratamiento/s específico/s, se ve afectado el Deseo sexual percibido ya que tiende a ser moderado y bajo/muy bajo. Empero, la frecuencia de la excitación durante la actividad sexual, el nivel de excitación, la confianza de excitarse y la frecuencia de la satisfacción con la Excitación durante la actividad sexual, indican satisfacción en tales aspectos.

En adición, el mismo comportamiento se advierte en las dimensiones correspondientes a Lubricación y Orgasmo ya que, en su mayor medida, las alternativas de respuesta seleccionadas se concentran en la presencia y alta satisfacción con los aspectos señalados.

Sin embargo, Pallí, Lluch y Valero (2010) mencionan que la afectación sexual en mujeres con cáncer ginecológico es debida no sólo a una disminución del Deseo, sino también a la Lubricación, Excitación, Frecuencia de relaciones sexuales y a las dificultades con la actividad Orgásmica y con la Penetración.

También para An et al. (2014), las sobrevivientes de cáncer presentan puntuaciones más bajas no sólo en los dominios del Deseo, sino también en los de Lubricación y Orgasmo.

Respecto a la función sexual de las mujeres oncológicas y su relación con la edad, existe controversia. Algunos autores señalan que no hay asociación (Pallí et al., 2010) y otros

(Andersen et al., 2007; Fobair et al., 2006; Hahn, 2008) mencionan que la alteración de la sexualidad en pacientes oncológicas suele ser mayor cuando las mujeres son más jóvenes y sienten comprometida su función femenina y materna por efecto de la enfermedad o del tratamiento. Los resultados obtenidos en este estudio apoyan la primera postura, dado que no se encontró una asociación significativa entre la función sexual de las mujeres oncológicas y la edad o el estadio de la neoplasia.

Además, los resultados obtenidos indican que no hay asociación significativa entre los seis dominios y total del IFSF y el tipo de tratamiento oncológico realizado aunque autores como Fobair et al. (2006) y Vázquez-Ortiz et al. (2010) señalan que luego de la mastectomía, existe disminución tanto del Interés sexual como de la Frecuencia de relaciones sexuales en relación con las secuelas físicas y psicológicas del cáncer de mama.

Prosiguiendo con la presente investigación, el análisis de los datos trasluce que la Satisfacción con los distintos dominios del IFSF convergen en una valoración positiva respecto a la cercanía con la pareja, la relación sexual con la misma y la vida sexual en general -dimensión Satisfacción-. Estos datos son avalados por Finck et al. (2012) debido a que estos autores concluyen que las demostraciones de afecto mediadas por el acompañamiento y la proximidad de la pareja alrededor del diagnóstico y el tratamiento del cáncer, pueden tener una influencia en la revaloración de las relaciones y el nivel de Satisfacción sexual.

Al respecto, Schover et al. (2014) mencionan que en las pacientes oncológicas la satisfacción sexual no sólo está referida a la satisfacción sexual propiamente dicha sino también a la satisfacción con el nivel de afectación de la intimidad, con la frecuencia de la actividad sexual y con la comunicación con la pareja.

No obstante, si bien en esta investigación la comunicación e intimidad con la pareja no fueron variables estudiadas, la autora considera fundamentales los cambios intrapsíquicos

de la mujer en relación a su pareja, al contexto social y al género como claves para modelar la nueva sexualidad luego del padecimiento oncológico.

Finalmente, al considerar el nivel educativo de la muestra y los dominios del IFSF, sólo se registraron asociaciones significativas con los dominios de Excitación y Orgasmo, indicando que, cuanto más alto es el nivel de instrucción de las participantes, mayores puntuaciones se obtienen en las dimensiones mencionadas.

En conclusión, como resultado de esta investigación puede afirmarse que las mujeres que presentan algún tipo de cáncer, sin metástasis, y que acaban de finalizar el/los tratamiento/s onco-específico/s, encuentran afectada la función sexual en el dominio del Deseo, sin hallarse afectados los dominios de Excitación, Lubricación, Orgasmo y Satisfacción global con la pareja y con la actividad sexual. Además, se observó que las mujeres con cáncer ginecológico presentan valores medios más altos en la dimensión de Dolor, en relación con los otros tipos de cáncer.

Asimismo, no se registraron asociaciones significativas entre la función sexual, estadio de la patología, tipo de tratamiento onco-específico y edad. Por último, se encontraron asociaciones significativas entre el nivel de instrucción de las participantes y los dominios de Excitación y Orgasmo.

10. 2. Función Sexual y Estrategias de Afrontamiento en las mujeres con cáncer (hipótesis 2)

La mujer enferma de cáncer deberá enfrentarse a distintos tipos de estresores a lo largo del proceso de la enfermedad, al finalizar los tratamientos y al realizar los controles médicos a lo largo de su vida.

Al respecto, Olivares Crespo (2004) refiere la existencia de estresores agudos limitados en el tiempo –cirugía-; estresores intermitentes -espera de resultados de las pruebas

diagnósticas durante el seguimiento-; y estresores crónicos -pérdida de un órgano o el temor a la recidiva-.

En relación, entre los eventos estresantes que plantean mayormente las participantes del presente estudio, se destacan las discusiones con la pareja. Entre otros, éstas pueden estar relacionadas con los numerosos duelos que se suscitan a partir de la pérdida de la salud y que no sólo afectan a las mujeres con diagnóstico de cáncer sino también a sus parejas. Cada uno de los miembros de las mismas, tanto en forma individual como conjunta, deberá aceptar que la enfermedad produce efectos y que, en consecuencia, ni el individuo enfermo ni por ende la pareja como entidad volverán a tener el estilo de estar en vida que los caracterizaba.

En este orden, Moreno-López et al. (2014) mencionan que la temática relacionada con las parejas de los pacientes oncológicos no se ha constituido, hasta el momento, en un objeto de estudio habitual desconociéndose aspectos como la manera en que aquellas son afectadas por la enfermedad oncológica de sus seres queridos, los factores que inciden en su búsqueda de ayuda y en su nivel de necesidad, la forma óptima de apertura de los canales de comunicación para facilitar el acercamiento de la pareja, y las diferentes alternativas que se les puede brindar a esta población.

A partir del análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, surge que en las mujeres con enfermedad oncológica, se aprecia un predominio de las respuestas de afrontamiento ligadas a Resolución del Problema, seguidas de Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva y Expresión Emocional. Asimismo, en menor medida las participantes implementan las estrategias de Evitación del Problema, Retirada Social y Autocrítica. Estos resultados son similares a los obtenidos por De Haro-Rodríguez et al. (2014), cuyo objetivo de investigación fue indagar sobre los factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento del cáncer de mama en pacientes recién

diagnosticadas. Dichos autores utilizaron el mismo instrumento que en este estudio (CSI) y encontraron que dentro de los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento las que presentaron puntaje más alto fueron: Resolución del Problema, Apoyo Social y Pensamiento Desiderativo. A su vez, dentro de las que presentaron puntajes más bajos destacaban a la Retirada Social y a la Autocrítica.

Al respecto, en concordancia con De Haro-Rodríguez et al. (2014) quienes consideran estrategias adaptativas a la Resolución del Problema, Reestructuración Cognitiva, Apoyo Social, Expresión Emocional y no adaptativas a la Evitación del Problema, Pensamiento Desiderativo, Retirada Social y Autocrítica, se observa que en esta muestra prevalecen las estrategias adaptativas y se combinan aquellas dirigidas a la Resolución del Problema y aquellas dirigidas a las Emociones. De igual modo, esta asociación es propuesta por distintos autores (Hack y Degner, 2004; Juárez y Landero, 2009; Martín Muñoz et al., 2010; Rodríguez Rodríguez y Gómez Enriquez, 2012) quienes plantean, que las estrategias dirigidas a la Resolución del Problema resultan imprescindibles para lograr la autonomía del paciente vislumbrando una buena adaptación sociofamiliar mientras que, las estrategias de afrontamiento como la Aceptación, Búsqueda de Apoyo Social y Expresión de Emociones predicen menores niveles de malestar.

En la presente investigación no se hallaron diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento implementadas por las participantes y la localización de la enfermedad, estadio y tratamiento oncológico realizado. En este orden, y en concordancia con Suárez Vera (2005) que luego de su estudio con mujeres con cáncer de mama comenta la inexistencia de diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento y edad, tipo de tratamiento quirúrgico, ocupación, escolaridad, relación de pareja, presencia de hijos, etapa de la enfermedad y período de tiempo postquirúrgico.

Sin embargo, De Haro-Rodríguez et al. (2014) en un trabajo realizado con mujeres con cáncer de mama destacan que la edad presentó una correlación negativa con la Resolución del Problema, Autocrítica, Expresión Emocional, Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva, y positiva con Evitación del Problema y Retirada Social. En adición, Bishop y Warr (2003) y Reich y Remor (2011) también a partir del estudio de una población de mujeres con cáncer de mama mencionan que la edad parece estar asociada a una menor utilización de estrategias de afrontamiento focalizados en la emoción.

Continuando, en el presente estudio se aprecia una correlación negativa significativa entre el nivel educativo de las participantes y las estrategias de afrontamiento no adaptativas como Evitación del Problema y Retirada Social. Así, cuanto más alto es el nivel educativo, menor es el uso de estrategias de afrontamiento que implican un manejo inadecuado del problema y de la emoción. En concordancia, Valderrama Torres (2003) observó en su trabajo, que el mayor nivel educativo esta asociado a la utilización de estrategias de afrontamiento adaptativas. También, del estudio de De Haro-Rodríguez et al. (2014) se desprende una correlación negativa entre el nivel educativo y la Retirada Social.

Para finalizar, si bien no se aprecian diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento implementadas por las mujeres según la presencia/ausencia de conformidad con la actividad sexual durante el período de tratamiento oncológico o luego de la finalización del/los mismo/s, al analizar la existencia de asociaciones significativas entre los dominios y total del IFSF y las estrategias de afrontamiento, sólo se obtuvieron asociaciones significativas entre la estrategia Retirada Social y los dominios correspondientes a Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y el Índice de Función Sexual.

Así, a partir de esta asociación significativa se puede inferir que las mujeres que han finalizado su tratamiento, e implementan frente a la adversidad la Retirada Social, aunque

prefieran el aislamiento de su entorno social encuentran soporte y contención en sus parejas y aún pueden lograr con las mismas un espacio de intimidad que les permite satisfacción en su sexualidad.

De este modo, la comunicación entre la paciente y su pareja así como el sostén de la misma, resultan fundamentales para que la mujer pueda afrontar los cambios sexuales relacionados con su padecimiento oncológico.

Por lo tanto, desde el diagnóstico oncológico hasta la etapa de supervivencia existen múltiples estresores psicosociales para el paciente y su pareja y es el equipo de salud quien debe aconsejar, educar y ejercer una dirección continua en relación al funcionamiento sexual a lo largo de la vida de la persona que ha sufrido cáncer (Incrocci, 2013).

En conclusión, si bien en la muestra de esta investigación se evidencia que las mujeres con cáncer implementan estrategias de afrontamiento en su mayoría adaptativas, se halló una asociación significativa entre la estrategia de afrontamiento no adaptativa como la Retirada Social y los dominios correspondientes a Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y el total del Índice de Función Sexual. También se evidenció una correlación negativa significativa entre el nivel educativo de las participantes y la Retirada Social y otra estrategia no adaptativa como la Evitación del Problema. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre estrategias de afrontamiento y localización de la enfermedad, estadio, tratamiento oncológico realizado y edad.

Así, de los resultados obtenidos se desprende que las pacientes que utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas y aquellas que dentro de las no adaptativas emplean la Retirada Social, presentan una mayor Satisfacción con su actividad sexual y en consecuencia una menor alteración de la función sexual luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s. Por tanto, puede inferirse que además de la utilización de estrategias de afrontamiento adecuadas para aceptar la enfermedad, las cuales

son variables según la estructura de personalidad de las pacientes y alguna de las mismas muestren aislamiento de la red de contención social en pos de reconocer y transitar de la mejor manera los cambios impuestos por la patología, lo que resulta fundamental en todos los casos es la comunicación y soporte de la pareja para afrontar los cambios sexuales relacionados con el cáncer.

En esta línea, Takahashi y Kai (2005) enfatizan que los factores que en su mayor parte influyen la experiencia oncológica desde el punto de vista sociocultural y médico resultan ser aquellos relacionados con la recuperación física y psicológica luego del tratamiento y, por sobre todo, el temor de las pacientes oncológicas hacia una respuesta negativa por parte de sus parejas en relación a la intimidad sexual, la comprensión y contención.

Continuando, Kern de Castro y Moro (2012) plantean la relevancia del papel de la pareja en materia de apoyar, estimular e involucrarse en los aspectos pertinentes al autocuidado de las respectivas mujeres con patología oncológica con el fin de afianzar la relación dado que la misma sufre cambios que van desde la disminución de la libido, hasta alteraciones anímicas y repercusiones en la imagen física durante todo el proceso de la enfermedad y, también, una vez que la paciente está curada.

10. 3. Función Sexual y Autopercepción de la Imagen Corporal en las mujeres con cáncer (hipótesis 3)

El análisis de los datos obtenidos muestra que aquellas mujeres que al finalizar el/los tratamiento/s oncológico/s manifiestan mayor nivel de satisfacción en sus relaciones y vida sexual en general son quienes, a su vez, presentan niveles más altos de satisfacción en relación a su Atractivo Físico. Por tanto, el hallazgo de diferencias significativas en la escala del MBSRQ® correspondiente a Atractivo Físico, trasluce que las participantes que

refieren alteraciones en la autopercepción de su imagen corporal, plantean, mayor alteración de la función sexual al concluir su/s tratamiento/s específico/s.

Así, al evaluar la existencia de asociaciones significativas entre las escalas y total del MBSRQ® y los dominios y total del IFSF, se aprecian asociaciones significativas entre:

- Deseo Sexual y Atractivo Físico
- Exitación y las escalas Importancia Subjetiva de la Corporalidad, Atractivo Físico y Total de Imagen Corporal (MBSRQ®)
- Lubricación e Importancia Subjetiva de la Corporalidad y Total MBSRQ®
- Orgasmo e Importancia Subjetiva de la Corporalidad, Conductas orientadas a mantener la Forma Física, Atractivo Físico, Cuidado del Aspecto Físico y Total MBSRQ®

Continuando, en esta investigación no se advierten diferencias significativas al relacionar la imagen corporal con el tipo de cáncer y con el tratamiento realizado.

Sin embargo, Achte et al., (1987); Die Trill y Die Goyanes (2003); Pérez (1995); Rosbund-Zickert (1989); Schain (1988) y Schover (1991), constatan que las enfermas sometidas a intervenciones de mama conservadoras preservan mejor su imagen corporal planteando, de este modo, ventajas de la cirugía conservadora de mama sobre la mastectomía destacando que la primera protege los sentimientos de atracción y deseo sexual de las pacientes. También, agregan que la mastectomía provoca un claro efecto negativo sobre la imagen corporal ya que, las mujeres sometidas a la misma, manifiestan numerosas quejas en relación a sentimientos de vergüenza, dificultades para verse desnudas y problemas relacionados con las prendas de vestir debidas a la percepción de su esquema corporal, como una fuente de malestar y tensión, y a sus sentimientos de tener el cuerpo desfigurado.

Asimismo, Vázquez-Ortiz et al. (2010) comentan que las mujeres mastectomizadas se consideran menos atractivas que la mayoría de las mujeres de su edad y están preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales tras el procedimiento quirúrgico, manifestando temor al rechazo por parte de sus parejas.

En relación, Arraras et al. (2004); Costanzo, et al. (2007); Giroto et al. (2003); Reich y Remor (2011); Suárez y Rueda (2007) y Wapnir et al. (1999) afirman que las mujeres mastectomizadas sin posterior reconstrucción presentan deterioro en su salud mental y una imagen corporal empobrecida respecto de aquellas a quienes se les practica cirugía conservadora o mastectomía con reconstrucción mamaria posterior.

Al respecto, Fobair et al. (2006) sostienen que los mayores problemas en relación a la imagen corporal están asociados con la mastectomía y posible reconstrucción, y agregan como factores adicionales: pérdida de cabello por la quimioterapia, preocupaciones por el peso, pobre salud mental, bajo estado de ánimo, y dificultad de sus parejas para entender sus sentimientos.

También, al considerar tumores de cabeza y cuello, mama y colon/recto, su localización visible, según diversos autores, representa un estrés para el paciente debido a la importancia que la sociedad le otorga a la apariencia física y, en consecuencia, a la afectación de la imagen corporal que dicha patología provoca (Cunyer Comenge, 2014; Charúa-Guindic et al., 2011; Hernández Fernández, 2011; Lyons, 2001; Ruiz Fernández et al., 2003).

En adición, algunos procedimientos quirúrgicos requieren la extirpación de ganglios linfáticos y colocan a los pacientes en riesgo de desarrollar linfedema secundario. Así, a raíz del mismo que puede desarrollarse inmediatamente luego de la cirugía, semanas, meses e incluso años después, los efectos emocionales y psicosociales residuales pueden ocasionar una disminución en la calidad de vida de las pacientes como consecuencia de su

gran morbilidad psiquiátrica y deterioro a nivel social, sexual y funcional (Alitalo et al., 2005; Boris et al., 1997; Brennan et al., 1996; Dorval et al., 1998; Kwan et al., 2002; Passik y McDonald, 1998; Petrek y Heelan, 1998; Tobin et al., 1993; Velanovich y Szymanski, 1999).

No obstante, Sánchez Sánchez (2015) opina que las respuestas de las mujeres tanto al diagnóstico oncológico como a la cirugía, en las décadas finales del siglo XX (1980-2000), estaban más impregnadas de pesimismo y vivencias depresivo-ansiosas sobre su cuerpo. Sin embargo, agrega que esta tendencia está siendo revertida en los primeros quince años del siglo XXI dada la mayor autonomía, empoderamiento y control del proceso por parte de las enfermas que, asociados a los avances de la oncología y de la medicina plástica-reconstructiva, favorecen actitudes psicológicas positivas y resilientes ante el cáncer.

Retomando, en este trabajo se encuentra que, excepto en la dimensión de Dolor del IFSF, puntuaciones más elevadas en las restantes dimensiones -en especial en Orgasmo- se asocian con mayor nivel de satisfacción respecto a la Imagen Corporal, sobre todo con el Atractivo Físico y la Importancia Asignada a la Corporalidad -aspecto físico, salud y buena forma física-.

En relación a la dimensión Dolor, ésta se puede relacionar con otro de los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos como la menopausia inducida por cirugía, radioterapia o quimioterapia (Heredia Hernández y Lugones Botell, 2007; Lugones Botell, 2001). A partir de la misma, no sólo se altera el proceso reproductivo sino que también se modifica la influencia de las hormonas sexuales- especialmente estrógenos-, sobre el resto del organismo ya que su falta de producción impacta en todo el cuerpo (Artiles Visbal et al., 2002; Rojas Cabana, 2003). Así, los síntomas característicos del síndrome climatérico son: alteraciones neurovegetativas con síntomas vasomotores, sofocos, cambios de humor, sudoración e insomnio, síntomas a nivel genitourinario como atrofia y sequedad vaginal,

cambios en la sexualidad, además de algunas patologías que se deben prevenir como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular y el rechazo de muchas mujeres a los cambios de su imagen corporal (Amaya Navarro, 2005; Navarro Despaigne et al., 2005; Utian, 2008).

Por otra parte, al considerar la influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama, Aguilar Cordero et al. (2013) refieren que la ocupación laboral y el grado de escolaridad son determinantes en la percepción de la misma.

En conclusión, a partir de los datos recogidos y analizados de la muestra en estudio, se puede afirmar que existe asociación entre la Función Sexual y la Autopercepción de la Imagen corporal ya que, excepto en la dimensión de Dolor del IFSF, puntuaciones más elevadas en las restantes dimensiones (en especial en Orgasmo) se asocian con mayor nivel de satisfacción respecto a la Imagen Corporal, sobre todo con el Atractivo Físico y la Importancia Asignada a la Corporalidad -aspecto físico, salud y buena forma física-.

10. 4. Estrategias de Afrontamiento y Autopercepción de la Imagen Corporal en las mujeres con cáncer (hipótesis 4)

Para Tizón (2004) el cáncer se constituye en un peligro a la integridad corporal enmarcado en un proceso crónico ya que al diagnóstico lo continúan el o los tratamiento/s y, los controles permanentes que ocasionan incertidumbre y angustia.

Así, al retornar a la normalidad de la vida, en ocasiones aparece el *Síndrome de Damocles* en referencia no sólo al malestar psicológico derivado de la conciencia de vulnerabilidad a la enfermedad sino también a la dificultad psíquica de poder desarrollar un proyecto vital a largo plazo (Die Trill, 2003).

No obstante, no todos los individuos responden de igual modo al mismo estrés y, en consecuencia, la respuesta multimodal al estresor no depende de la calidad del mismo sino de la evaluación cognitiva que cada persona realiza sobre él de acuerdo a su bagaje socio-genético-cultural (Lutgendorf et al., 2010).

Además, para la mujer, el diagnóstico de cáncer implica la confrontación con las consecuencias orgánicas y psicológicas de una enfermedad que afecta a partes del cuerpo llenas de significaciones subjetivas y culturales. Su dolencia oncológica remite, entre otras, a su femineidad, su maternidad e involucra, también, su dimensión biológica, su representación de cuerpo, su vínculo con el otro y con la sexualidad (Díaz, 2008).

Sin embargo, Die Trill (2015) menciona que las mujeres se enfrentan al cáncer de manera más adaptativa que los varones, tanto si son pacientes como si son cuidadoras. Refiere que ésto quizás pueda atribuirse, entre otras cosas, al hecho que las mujeres necesiten comunicarse por regla general más que los varones y a que cuentan con mayores sistemas de apoyo social que los hombres (Volkers, 1999).

En este estudio y a partir del análisis de los eventos estresantes surgidos del CSI que fueron planteados por las participantes oncológicas, prevalecen los sentimientos de vergüenza por la nueva imagen corporal, el temor a la muerte y al abandono de sus hijos, la angustia por nuevos exámenes médicos, el miedo a todo lo relacionado con su salud y a la discriminación laboral.

En relación, luego de la finalización del/los tratamiento/s los pacientes, en general, ansían retornar a su vida previa a la enfermedad. Así, desean reanudar los estudios postergados, volver al trabajo o retomar proyectos. Empero, existen muchos prejuicios o falsas creencias, en relación al paciente con cáncer.

En este orden, Estapé (2012) denunció que el 23% de las mujeres españolas que han tenido que soportar las consecuencias biológicas del cáncer, también sufren las

consecuencias sociales de la no readmisión en su trabajo, de la reducción de horario del mismo o del cambio de actividad.

Asimismo, los sentimientos que genera en las participantes la nueva imagen corporal, en la mayoría de los casos se corresponden con deformidades objetivas, asimetrías, pérdidas reales de funciones físicas y discapacidad. Se ha observado que estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y, a su vez, se acompañan de un gran impacto emocional, colocando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica. Se ha comprobado que los enfermos con mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales son aquellos que presentan una mayor deformidad y disfunción física y también existen evidencias de que los tratamientos quirúrgicos radicales, aunque vayan seguidos de reconstrucción, conllevan una mayor morbilidad psicológica y conductual que las cirugías conservadoras (Fernández, 2004).

Sin embargo, Juárez y Landero (2009) en un trabajo con mujeres con cáncer de mama, encontraron un bajo nivel de alteración de la autopercepción de la imagen corporal y una asociación significativa con la estrategia de afrontamiento de optimismo.

En conclusión, en esta investigación, solamente se obtuvo correlación significativa negativa entre la escala del MBSRQ® Cuidado del Aspecto Físico y la escala del CSI que se corresponde con la estrategia de afrontamiento Pensamiento Desiderativo. Es decir, que las participantes que refieren mayor cuidado de su aspecto físico utilizan en menor medida el Pensamiento Desiderativo como estrategia de afrontamiento que implica fantasear sobre realidades alternativas frente a los problemas.

10. 5. Función Sexual, Estrategias de Afrontamiento y Autopercepción de la Imagen Corporal en las mujeres con cáncer (hipótesis 5)

A partir de la revisión de los trabajos científicos realizada, se observa que la literatura existente acerca de mujeres oncológicas es escasa con respecto a las variables aquí propuestas –función sexual, estrategias de afrontamiento y autopercepción de la imagen corporal- y, en especial, a la interrelación entre las mismas. De manera que, para la autora, resultó necesario poder explorar el comportamiento de estas variables en la muestra, así como, indagar la existencia de asociaciones entre las mismas. Por tanto, las preguntas y objetivos planteados fueron en las mujeres con cáncer, hay asociaciones significativas entre la función sexual y las estrategias de afrontamiento?, entre la función sexual y la autopercepción de la imagen corporal? y, entre las estrategias de afrontamiento y la autopercepción de la imagen corporal?, para finalmente, llegar a la pregunta de la existencia o no de asociaciones significativas entre función sexual, estrategias de afrontamiento y autopercepción de la imagen corporal.

Así, luego del presente trabajo y en una primera instancia la autora pudo conocer si existen asociaciones entre las variables y luego concluir, a partir de la relación de las mismas, en un modelo que las integre.

Los resultados expresados a partir del análisis de regresión lineal múltiple en ésta muestra de mujeres con cáncer señalan la influencia que la Autopercepción de la Imagen Corporal tiene en la Función Sexual. En particular, el efecto de la Importancia Subjetiva de la Corporalidad que estas mujeres atribuyen a su sexualidad y el percibirse como atractivas físicamente.

Sin embargo, según el presente modelo, las Estrategias de Afrontamiento no actuaron como predictoras del Índice de Función Sexual Femenino.

10. 6. Función Sexual en las mujeres con cáncer y mujeres sanas (hipótesis 6)

En esta investigación existen diferencias significativas entre las participantes de ambos grupos, es decir entre las mujeres sanas y las mujeres enfermas, tanto en los dominios

relacionados con la esfera sexual como en el Índice de Función Sexual mostrando, las mujeres sanas, valores medios más elevados en todos los casos, excepto en el dominio de Dolor. Estos datos coinciden con los estudios de An et al. (2014), Badhwar et al. (2014) y Goldfarb et al. (2014).

Sin embargo, Finck et al. (2012), por el contrario, evidencian puntuaciones de satisfacción sexual semejantes e incluso superiores en las mujeres con cáncer frente al grupo de mujeres sanas, a pesar de compartir características sociodemográficas. Así, en dicha muestra no se presentaron alteraciones de la función sexual, a pesar de que más del 50% de las pacientes habían sido sometidas a intervención quirúrgica, con la consecuente afectación de la imagen corporal y de la sexualidad. En consecuencia, si bien los datos indican que las pacientes reportan niveles de alteración en su sexualidad como consecuencia del diagnóstico o el tratamiento del cáncer, su satisfacción con su sexualidad, no difiere de la expresada por las mujeres sanas por definirse a la satisfacción sexual como un aspecto de la calidad de vida en general.

En este orden de ideas Bakht y Najafi (2010), también evaluaron a pacientes y mujeres sanas con el IFSF y el MBSRQ concluyendo que no hubo diferencias significativas en la función sexual considerada en general entre ambos grupos pero sí, en cambio, encontraron diferencias significativas en las subescalas de Deseo sexual, Excitación sexual, Satisfacción sexual y Dolor.

En coincidencia, en esta investigación y al evaluar el nivel de satisfacción con la actividad sexual, tampoco se registran variaciones en lo que respecta a la relación sexual con la pareja resultando alto el nivel de satisfacción percibido en ambos grupos.

En conclusión, las mujeres sanas, muestran valores medios más elevados en todos los dominios relacionados con la esfera sexual como en el Índice de Función Sexual, excepto en el dominio de Dolor. Sin embargo, al evaluar el nivel de satisfacción con la actividad

sexual, no se registran variaciones en lo que respecta a la relación sexual con la pareja resultando alto el nivel de satisfacción percibido en ambos grupos.

10. 7. Estrategias de Afrontamiento en las mujeres con cáncer y las mujeres sanas (hipótesis 7)

A partir de los datos obtenidos en esta investigación, se observa que los eventos estresantes que fueron planteados por las participantes oncológicas, surgidos del CSI, prevalecen los sentimientos de vergüenza por la nueva imagen corporal, el temor a la muerte y al abandono de sus hijos, la angustia por nuevos exámenes médicos, el miedo a todo lo relacionado con su salud y a la discriminación laboral. En cambio, en las participantes sanas recaen sobre situaciones familiares tales como enfermedades de alguno de sus miembros o fallecimientos, discusiones o disconformidad con la pareja. También, manifiestan dificultades para rendir exámenes y temor a perder el trabajo o a sentirse estresadas por el mismo.

En este estudio, se advierten diferencias significativas entre las mujeres con patología oncológica y mujeres sanas en lo que respecta a la implementación de ciertas estrategias de afrontamiento. Así, la Evitación del Problema y la Reestructuración Cognitiva, estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante, obtuvieron puntuaciones medias más elevadas en las mujeres oncológicas.

Este resultado coincide con lo observado por Escobar Ponce (2009) quien a partir de su trabajo con mujeres con cáncer de mama plantea que si bien la estrategia preponderante de afrontamiento esta centrada en el problema, se observa con recurrencia la combinación con estrategias centradas en la emoción. Y que esto se ve sustentado por el hecho de considerar que el afrontamiento es un proceso dinámico, que varía de acuerdo a cada contexto. Al respecto, Rodríguez Rodríguez y Gómez Enriquez (2012) en su trabajo con pacientes ostomizados, observan que les resulta más eficaz una combinación entre las estrategias de

afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y aquellas dirigidas a las emociones que, la utilización de las mismas en forma aislada.

10. 8. Autopercepción de la Imagen Corporal en las mujeres con cáncer y las mujeres sanas (hipótesis 8)

En la presente investigación, se obtuvieron diferencias significativas entre las mujeres con y sin patologías oncológicas en las escalas del MBSRQ® correspondientes a Atractivo Físico y Cuidado del Aspecto Físico. Las mujeres con patologías oncológicas presentaron puntuaciones más elevadas en el Cuidado del Aspecto Físico mientras que las no oncológicas mostraron valores medios más altos en la satisfacción con el propio Atractivo Físico.

A su vez, Bakht y Najafi (2010) que también evaluaron a pacientes oncológicas y mujeres sanas con el IFSF y el MBSRQ, concluyeron que hubo diferencias significativas entre todas las subescalas de imagen corporal excepto en la subescala subjetiva de peso.

En el trabajo de Fobair et al. (2006) realizado con mujeres con cáncer de mama, los autores observaron que los problemas planteados en relación a la imagen corporal fueron: alteraciones de la femeneidad, sentimientos de vergüenza por el propio cuerpo y preocupaciones por el atractivo sexual. También, destacaban ciertos efectos secundarios de los tratamientos como el cambio de peso, y la pérdida del cabello. A su vez, refieren que las mujeres jóvenes sobrevivientes al cáncer de mama eran menos activas sexualmente y tenían más problemas con su imagen corporal y sexualidad que las mujeres sanas en su mismo rango de edad.

Estos hallazgos, algunos de los cuales son coincidentes con los resultados de la presente investigación demuestran la importancia de asesorar, tanto a las mujeres como a sus parejas, acerca de la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos y su repercusión en

áreas vitales, íntimas y sociales, teniendo también presentes, para lograr un buen marco de referencia las dificultades previas de las pacientes con su cuerpo y/o con sus parejas. La habilitación de las mujeres con cáncer a un funcionamiento pleno que les otorgue una buena calidad de vida, amerita continuar los estudios sobre estas temáticas.

Concluyendo, las mujeres sanas mostraron valores medios más altos en la satisfacción con el propio Atractivo Físico a diferencia de las mujeres con patologías oncológicas que presentaron puntuaciones más elevadas en el Cuidado del Aspecto Físico.

CAPÍTULO 11
CONCLUSIONES

Capítulo 11. CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue analizar las variables Función Sexual, Estrategias de Afrontamiento y Autopercepción de la Imagen Corporal en mujeres con cáncer, sin metástasis, que finalizaron recientemente los tratamientos onco-específicos y su comparación con mujeres sanas.

A partir de los datos empíricos se plantean las siguientes conclusiones:

➤ El grado de conformidad con la actividad sexual manifestado por las mujeres con cáncer antes del diagnóstico es alto (82%).

➤ Durante el/los tratamiento/s oncológicos el grado de conformidad con la actividad sexual disminuye abruptamente (42%). Las mujeres oncológicas lo asocian a: falta de deseo, insatisfacción con la imagen corporal, dolor e imposibilidad física, acorde a la zona afectada por la patología. En especial, se aprecia menor conformidad con la actividad sexual en las mujeres con cáncer ginecológico en comparación con las mujeres con cáncer de mama y con las mujeres con cáncer de cabeza y cuello que muestran mayor nivel de satisfacción.

➤ Al finalizar recientemente los tratamientos, en cambio, se incrementa el grado de conformidad con la actividad sexual, pero en menor proporción que antes de la información del diagnóstico (76%). En relación, la conformidad con la actividad sexual muestra ser diferente acorde con el tipo de cáncer, encontrándose más afectadas las mujeres en las que la enfermedad recae sobre los órganos sexuales. Además, no se hallaron diferencias significativas entre los dominios y el total del IFSF y los distintos tratamientos.

De este modo, si bien el análisis del IFSF luego de los tratamientos onco-específicos confirma que el Deseo sexual percibido es moderado y bajo/muy bajo, la frecuencia, el nivel, la confianza y la frecuencia con la propia Excitación durante la actividad sexual muestran una tendencia que indica satisfacción. También, en la dimensión Lubricación y

Orgasmo las respuestas se concentran en presencia y alta satisfacción en los mismos. Sin embargo, en la dimensión Dolor, el mismo en mayor medida es bajo. Por tanto, no obstante los resultados de algunos dominios, del análisis de la mayoría de los aspectos se destaca una valoración positiva respecto a la cercanía de la pareja, la relación sexual con la pareja y la vida sexual en general –dimensión Satisfacción-.

Por otra parte, no se encontraron asociaciones significativas entre la edad y los dominios y total del IFSF y, en cambio, sí se registraron asociaciones significativas entre el nivel educativo y los dominios de Excitación y Orgasmo.

➤ Al considerar los eventos estresantes planteados por las mujeres con cáncer se aprecia, en las respuestas a las estrategias de afrontamiento, un predominio de Resolución del Problema, seguidas de Pensamiento Desiderativo, Apoyo Social, Reestructuración Cognitiva y Expresión Emocional y, en menor medida, Evitación del Problema, Retirada Social y Autocrítica.

Por otra parte, en la presente investigación no se hallaron diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento implementadas por las participantes oncológicas y la localización de la enfermedad, estadio, tipo de tratamiento realizado y edad.

Empero, sí se aprecia correlación negativa significativa entre el nivel educativo de las participantes y las estrategias de afrontamiento correspondientes a Evitación del Problema y Retirada Social. Así, cuanto más alto es el nivel educativo, menor es el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento que implican un manejo inadecuado del problema y de la emoción.

A su vez, al analizar la existencia de asociaciones significativas entre los dominios y total del IFSF y las estrategias de afrontamiento, se obtuvieron asociaciones significativas entre la estrategia Retirada Social y los dominios correspondientes a Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y el Índice de Función Sexual.

➤ Por otra parte, para analizar la autopercepción de la imagen corporal en las mujeres oncológicas se consideran los cuatro factores evaluados por el MBSRQ®, y se advierten las puntuaciones medias más elevadas en los factores correspondientes a Cuidado del Aspecto Físico y a Importancia Subjetiva de la Corporalidad. Al respecto, se aprecia en las participantes conductas orientadas a cuidar del aspecto físico más externo -vestimenta, peinado, peso, movimientos- y a comprobar los posibles cambios en estos detalles. En adición, resulta alto el nivel de importancia asignado al aspecto físico, la salud y la buena forma, presentando, las pacientes, un buen concepto de sí mismas en estas dimensiones.

A su vez, no se advierten diferencias significativas en la percepción de la imagen corporal según tipo de cáncer y el tratamiento realizado.

En este orden, al evaluar la existencia de asociaciones significativas entre las escalas y total del MBSRQ® y los dominios y total del IFSF, se aprecian asociaciones positivas significativas entre:

- Deseo Sexual y Atractivo Físico.
- Excitación y las escalas Importancia Subjetiva de la Corporalidad, Atractivo Físico y Total de Imagen Corporal (MBSRQ®).
- Lubricación e Importancia Subjetiva de la Corporalidad y Total MBSRQ®.
- Orgasmo e Importancia Subjetiva de la Corporalidad, Conductas orientadas a mantener la Forma Física, Atractivo Físico, Cuidado del Aspecto Físico y Total MBSRQ®.
- Satisfacción e Importancia Subjetiva de la Corporalidad, Atractivo Físico, Cuidado del Aspecto Físico y Total MBSRQ®.
- Índice de Función Sexual con Importancia Subjetiva de la Corporalidad, Atractivo Físico y Total MBSRQ®.

Así, excepto en la dimensión de Dolor del IFSF, puntuaciones más elevadas en las restantes dimensiones -en especial en Orgasmo-, se asocian con mayor nivel de satisfacción respecto a la Imagen Corporal, sobre todo con el Atractivo Físico y la Importancia Asignada a la Corporalidad -aspecto físico, salud y buena forma física-.

➤ En relación a las hipótesis expuestas, este modelo responde en lo referente a la Función Sexual y a la Autopercepción de la Imagen Corporal. En cuanto a la primera variable, foco de este estudio, se avala que las mujeres con cáncer si bien manifiestan una disminución del Deseo Sexual, presentan niveles elevados de Satisfacción con la Función Sexual que no difieren con los de las mujeres sanas.

Con respecto a la segunda variable considerada, se corrobora que a mejor Autopercepción de la Imagen Corporal, sobre todo en lo referente a la Importancia Subjetiva de la Corporalidad -ISC- y al Cuidado del Aspecto Físico -CAF- se logra un mejor funcionamiento sexual.

Considerando a la tercera variable, tal como fue pensada en este modelo y por ende analizada estadísticamente según el mismo, se observa a diferencia de lo hipotetizado que las Estrategias de Afrontamiento adaptativas si bien resultan fundamentales para afrontar el estrés producido por la enfermedad oncológica, no presentan relevancia en relación a las otras dos variables contempladas en esta investigación. Sin embargo, se evidenció que las Estrategias de Afrontamiento no adaptativas como la Retirada Social presentan una asociación significativa con los dominios del IFSF de Excitación, Lubricación, Orgasmo y Satisfacción.

A su vez, es destacable la asociación negativa entre otra Estrategia de Afrontamiento no adaptativa como el Pensamiento Desiderativo y el Cuidado del Aspecto Físico.

➤ Comparación de las variables entre mujeres sanas y oncológicas:

En esta investigación los resultados arrojados muestran diferencias significativas entre los grupos en todos los dominios y en el IFSF, mostrando las mujeres sanas valores medios más elevados en todos los casos, excepto en el dominio de Dolor.

Sin embargo, al evaluar el nivel de satisfacción con la actividad sexual, no se registran variaciones en lo que respecta a la relación sexual con la pareja, siendo alto el nivel de satisfacción percibido en ambos grupos.

Por otra parte, se advierten diferencias significativas entre las mujeres con patología oncológica y sin patología en las estrategias de afrontamiento correspondientes a Evitación del Problema y a Reestructuración Cognitiva. En ambas estrategias, las mujeres oncológicas obtuvieron puntuaciones medias más elevadas.

Asimismo, se obtuvieron diferencias significativas entre las mujeres con y sin patología oncológica en las escalas del MBSRQ® correspondientes a Atractivo Físico y Cuidado del Aspecto Físico. Las mujeres con patologías oncológicas presentaron puntuaciones más elevadas en el Cuidado del Aspecto Físico, mientras que las no oncológicas, mostraron valores medios más altos en la satisfacción con el propio Atractivo Físico.

➤ En conclusión, el presente modelo esclarece que la mayoría de las hipótesis fueron confirmadas y que debe ser profundizado el estudio en relación a las Estrategias de Afrontamiento –adaptativas y no adaptativas- ya que mediante el presente trabajo se demuestra que si bien las Estrategias de Afrontamiento son fundamentales para afrontar las variables consideradas, no se constató la supremacía de las Estrategias de Afrontamiento denominadas adaptativas. Por tanto, a través del proceso psico-oncológico se deben reforzar las fortalezas individuales y adaptarse mediante la clínica a cada singularidad, lo que se constituirá en una futura línea de investigación y trabajo.

En relación, si bien no ha disminuido el número de mujeres con cáncer, sí se ha logrado cambiar el imaginario social e individual sobre esta enfermedad que, en la actualidad, resulta abordable y curable en un alto porcentaje perdiendo su condición de estigma (Sánchez Sánchez, 2015).

Sin embargo, factores biológicos como alteraciones anatómicas, cambios fisiológicos debidos a factores hormonales y efectos secundarios de intervenciones médicas pueden imposibilitar el funcionamiento sexual normal tanto en hombres como en mujeres, aún cuando el deseo sexual está intacto.

Más aún, pese a quedar demostrado que la calidad de vida en general y la función sexual en particular, son muy importantes para el paciente oncológico, se observa una falta de comunicación activa y útil en relación a temas acordes a la sexualidad, incluso cuando los profesionales médicos piensan que el paciente puede llegar a experimentar alguna problemática en esa esfera (Incrocci, 2015).

Además, se debe considerar que las alteraciones sexuales no son explicitadas en los consentimientos informados que los pacientes deben firmar antes de la realización de procedimientos, tratamientos o ingesta de medicación onco-específica.

Al respecto, distintos estudios sugieren que la información y las técnicas de intervención de soporte alivian las dificultades sexuales y facilitan la renegociación sexual que debe ser ofrecida a todos los pacientes aunque no esté afectada la zona genital destacando, también, la importancia de incluir a las parejas en dichas intervenciones tendientes a mejorar la esfera sexual (Perz et al., 2014).

Así, las disfunciones sexuales que siguen a el/los tratamiento/s oncológico/s, deben ser diagnosticadas y manejadas como una aproximación sistemática y con premisas multidisciplinarias ya que, al no ser tratadas, repercuten directamente en la calidad de vida

de las personas, en sus relaciones personales, sociales y laborales y particularmente en su autoestima (Vaziri y Lotfi Kashani, 2012).

Por lo tanto, y en concordancia con Incrocci (2013), la autora plantea que la función sexual femenina es más abarcativa que los dominios del IFSF que incluye Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor, y considera como otros factores relevantes de la misma, a la imagen corporal, la salud psicológica, y la sensualidad. De este modo, a la vez que resalta la supremacía de la observación clínica, enfatiza la necesidad de un nuevo instrumento para evaluar la función sexual dado que aún no existe aquél que mida la totalidad de dichas variables.

Finalmente, queda demostrado a partir de los datos empíricos de este estudio, que la mujer con cáncer, sin metástasis, luego de la finalización reciente del/los tratamiento/s onco-específico/s y en comparación con las mujeres sanas, padece alteraciones de la función sexual y de su imagen corporal.

Sin embargo, las intervenciones psicooncológicas destinadas a aumentar esfuerzos, transformar ideas, sentimientos y acciones para la adaptación y/o superación de efectos traumáticos generados tanto por el cáncer en sí como por su impacto emocional y/o social, pretenden provocar una reinterpretación de situaciones vitales, un reconocimiento del nuevo cuerpo, y un reaprendizaje de nuevas conductas sexuales.

Por tanto, a partir de estrategias adaptativas generadoras de nuevas oportunidades tanto para las pacientes oncológicas como para sus parejas, se intenta afianzar un acercamiento caracterizado por el logro de una mayor intimidad conyugal y por recursos alternativos para expresar afecto, apoyo y valoración de la relación lo cual, aún después del cáncer, se puede traducir en altos niveles de satisfacción sexual.

Asimismo, se considera importante continuar investigando este tema, ya que la población superviviente al cáncer crece día a día y queda demostrado, en este trabajo, que

la función sexual y la imagen corporal son afectadas por dicha patología. Por tanto, el detectar tempranamente dichas alteraciones permitirá optimizar la calidad de vida de los pacientes lo cual se reflejará en su entorno íntimo, familiar y social.

En consecuencia, es necesario fomentar intervenciones psicológicas dentro de programas preventivos, interdisciplinarios e integrativos que permitan asesorar, educar y contener las dudas, interrogantes, confusiones, enojos y temores que puedan plantear las mujeres a lo largo de todo el proceso del enfermar y aún luego de la finalización del/los tratamiento/s, conjuntamente con sus parejas. Para ello, es necesario que los profesionales a cargo, cuenten con una formación adecuada en estas temáticas.

Por último, si se consideran los alcances del estudio efectuado, los resultados obtenidos adquieren relevancia teórica como contenidos destinados a fortalecer la comprensión y reflexión en torno a la problemática de la sexualidad, el afrontamiento y la imagen corporal en la mujer, después del cáncer. También, los mismos tienen implicancias prácticas para las intervenciones psicosociales relacionadas con los aspectos estudiados, ya que se han identificado diversas variables que están directamente imbricadas, positiva o negativamente con aquellos.

11. 1. Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Se considera importante manifestar algunas limitaciones implicadas en este estudio, así como posibles propuestas para mejorar futuras investigaciones similares.

- Una de las limitaciones está ligada al tamaño de la muestra de las mujeres con patología oncológica (N=84) y la heterogeneidad en cuanto a los tipos de cáncer considerados. Al estudiar las variables propuestas según tipo de cáncer, se obtuvieron grupos muy reducidos. Por tal razón, en futuros estudios sería importante incrementar el tamaño de

la muestra y asegurar en base a ello, la posibilidad de hacer comparaciones con mayor grado de precisión.

- Otra limitación fue basarse en el autoreporte de las mujeres para evaluar cuestiones como la sexualidad. Si bien es la propia percepción la que interesa al momento de valorar la función sexual, podría ser relevante en próximos estudios incorporar otras medidas como puede ser el reporte de alguien significativo. También, incluir medidas de deseabilidad social para detectar posibles sesgos en las respuestas de las participantes.
- Al ser este estudio de carácter transversal, se estudiaron las variables propuestas en un momento único en los grupos de pacientes considerados. En este sentido, resultaría relevante en futuras investigaciones poder efectuar estudios longitudinales que posibiliten hacer un seguimiento y tomar mediciones en diversas etapas de la enfermedad, que involucren diagnóstico, tratamiento, post tratamiento y período sin enfermedad.
- Dado que en este estudio sólo se consideraron las mujeres con patología oncológica podría ser relevante incluir en próximos trabajos a sus parejas ya que la sexualidad es una construcción altamente influenciada por la relación entre ambos.
- En este estudio se han considerado mujeres asistidas en una misma institución, de manera que para garantizar mayor nivel de generalización de los resultados, resultaría importante incluir pacientes de otras instituciones, públicas y privadas.

En futuras investigaciones se propone:

- Ampliar el número de pacientes evaluadas, ya que de esta forma se podrían concluir resultados mucho más generalizables.

- Incluir pacientes de otras instituciones, públicas y privadas, permitiría con su comparación mejorar los hallazgos.
- Delimitar la patología oncológica.
- Utilizar estudios longitudinales, cuyos resultados contribuirían a delinear el tipo de intervención psicológica que necesita cada paciente en particular, en cada etapa del proceso del enfermar, incluyendo los controles periódicos luego de los tratamientos específicos.
- Incluir en las investigaciones de mujeres con cáncer a sus parejas ya que suelen ser muy poco consideradas en este proceso y constituyen el eje fundamental en el cual se sustenta la recuperación emocional de la mujer.
- Profundizar el estudio de las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer.

En síntesis, la concepción del cáncer como una oportunidad a partir de la cual las mujeres oncológicas mantengan viva la esperanza de reinventar y reiniciar un nuevo proyecto de vida aún transitando varios duelos ocasionados por la enfermedad, es la base sobre la cual se sustenta la temática expuesta a lo largo de la presente investigación.

“El más terrible de los sentimientos es el sentimiento de tener la esperanza perdida.”

Federico García Lorca

Poeta, dramaturgo y prosista español

1898-1936

REFERENCIAS

- Achte, K., Lindfors, O., Salokari, M., Vauhkonen, M. L. y Lehvonen, R. (1987). Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychiatria Fennica*, 18, 103-12.
- Aguilar Cordero, M.J., Neri Sánchez, M., Mur Villar, N. y Gómez Valverde, E. (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 28 (5), 1453-1457.
- Aguirre, B. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Broixareu.
- Al-Ghazal, S., Fallowfield, L. y Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36, 1938-1943.
- Alitalo, K., Tammela, T. y Petrova, T. V. (2005). Lymphangiogenesis in development and human disease. *Lymphology*, 438 (70), 946-53.
- Alvarado Aguilar, S. y Ochoa Carrillo, F. J. (2011). La Psicooncología sumando esfuerzos; un compromiso. *Psycooncology joining forces: a commitment. Gaceta Mexicana de Oncología*, 10 (3), 121.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2006). Inventario de satisfacción sexual. En A. Rubio Cárdenas, S. Alvarado Aguilar y V. Lozano Zavaleta. (2008). Satisfacción sexual en pacientes con linfoma no Hodgkin durante el tratamiento de quimioterapia. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 7 (2), 56- 59.
- Amaya Navarro, F. (2005). *Características clínicopatológicas del endometrio sometido a diferentes pautas de tratamiento*. (Tesis Doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/772/1/15753748.pdf>.
- American Cancer Society (2014). Trasplante de células madre: Trasplantes de sangre periférica, médula ósea y sangre del cordón umbilical. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002991-pdf.pdf>.

- American Joint Committee on Cancer. (AJCC, 2010). *Cancer Staging Manual* (6^a ed).
Chicago: Springer.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
(DSM-IV). (2000). (4^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American
Psychological Association* (6^a ed.). Washington, DC: Autor.
- An, A. R., Shin, D. W., Lee, S. M., Cho, J., Ahn, E., Lee, H., Son, K. Y., Choi, H-CH., Park, J.H. y
Cho, B. (2014). Sexual problems of female cancer survivors compared to women without cancer.
[Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 5s.
- Andersen, B. y Broffitt, B. (1988). Is there a reliable and valid self-report measure of
sexual behavior?. *Archives of sexual behavior*, 17 (6), 509-525.
- Andersen, B., Broffitt, B., Karlsson, J. y Turnquist, D. (1989). A psychometric analysis of
the sexual arousability index. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1),
123-130.
- Andersen, B., Carpenter, K., Yan, H. y Shapiro, Ch. (2007). Sexual well-being among
partnered women with breast cancer recurrence. *Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, 25, 151-7.
- Andersen, B. Y Jochimsen, P. R. (1985). Sexual functioning among breast cancer,
gynecologic cancer and healthy women. *Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, 53(1), 25-32.
- Andersen, B. y Le Grand, J. (1991). Body image for women: Conceptualization,
assessment, and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness. *The
Journal of Sex Research*, 28, 457-477.

- Andrés Solana, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28 (3), 157-163.
- Argote, L. A., Mejía, M. E., Vázquez, M. L. y Villaquirán, M. E. (2008). Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. Universidad de La Sabana, Colombia. *Aquichan*, 8 (1), 33-49.
- Argyriou, A., Assimakopoulos, K., Iconomou, G., Giannakopoulou, F. y Kalofonos, H. (2010). Either caller “chemobrain” or “chemofog”, the long-term chemotherapy-induced cognitive decline in cancer survivors is real. *Journal of Pain Symptom Manage*, 41, 126-39.
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A. y Laínez, N. (2004). La evaluación de la Calidad de Vida del paciente oncológico: El grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1 (1), 87-98.
- Artherholt, S. B. y Fann, J. R. (2012). Psychosocial care in cancer. *Current Psychiatry Reports*, 14 (1), 23-29.
- Artiles Visual, L, Manzano Ovies, B. R. y Navarro Despaigne, D. (2002). Cuerpo, sexualidad y climaterio: La necesidad de un manejo médico social integral. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 11(4), 2-7.
- Au, T.-Y. (2010). *Perceived Stress, Spirituality, Resourcefulness And Sexuality In Patients With Rectal Cancer Undergoing Cancer Treatment*. (Tesis Doctoral, Frances Payne Bolton of Nursing. Case Western Reserve University). Recuperado de <http://etd.ohiolink.edu/send-pdf.cgi/Au>.
- Babin, E. y Grandazzi, G. (2010). Vivre avec le cancer: La vie des conjoints de patients laringectomisés. *Psycho-Oncologie*, 4, 303-8.
- Badhwar, G., Assad, H., Bhama, S., Vakhariya, C. y Goodman, J. R. (2014). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on sexual dysfunction. [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 32.

- Bais, H. M. (2007). Valor de los diferentes métodos de diagnóstico por imágenes. En: A. P., Hunis, D. F., Alonso y D. E., Gómez. *Introducción a la Oncología Clínica*. (pp. 217-290). Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de Quilmes.
- Bakht, S. y Najafi, S. (2010). Body image and sexual dysfunctions: comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1493–1497. Recuperado de, [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
- Basson, R., Berman, J. y Burnett, A. (2000). Report of International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. The Consensus panel on Definitions and Classification of Female Sexual Dysfunction. *Journal of Urology*, 163, 888-893.
- Bechara, A J. (2004). *Disfunción Sexual Femenina*. (Tesis Doctoral Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires). Recuperado de http://www.imeweb.com.ar/trabajos/tesis_doctorado_disfuncion_sexual_femenina.pdf.
- Beckham, E. y Adams, R. (1984). Coping behavior in depression: report on a new scale. *Behavior Research and Therapy*, 22, 71-75.
- Benyakar, M. y Lezica A. (2005). *Lo Traumático. Clínica y paradoja: El proceso traumático*. Buenos Aires: Biblos.
- Berliner, J. L. y Fay, A. M. (2007). Risk assessment and genetic counselling for hereditary breast and ovarian cancer: recommendations of the National Society of Genetic Counsellors. *Journal of Gentic Counsellors*, 16, 241-60.
- Bishop, S. R. y Warr, D. (2003). Coping, catastrophizing and chronic pain in breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26 (3), 265-81.

- Blumberg, E.M., West, P. M. y Ellis, F.W. (1954). A posible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosomatic Medicine*, 16, 277-286. En M. Die Trill. *Psico-Oncología*. Madrid, España: Ades ediciones.
- Blümel, J.E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Humberto Izaguirre, H. y Sarrá, S. (2004). Índice de Función Sexual Femenina: Un Test para Evaluar la Sexualidad Femenina. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69 (2), 118-125.
- Bolufer Peruga, M. (2001). Literatura Encarnada: Modelos de Corporalidad Femenina en la Edad Moderna. En S. Mattalía y N. Girona (Ed.). *Aún y más allá: Mujeres y Discursos*. Valencia: Ediciones y Cultura.
- Bonet, J. y Luchina, C. (1998). La integración mente-cuerpo: la historia del concepto. Nuestra propuesta de trabajo. En P. Arias, E. Arzt, J. Bonet, M. Costas, J. Badaracco, C. Luchina y J. Moguilevsky. *Estrés y Procesos de Enfermedad: Psiconeuroinmunoendocrinología: Modelos de integración mente-cuerpo*. Buenos Aires: Biblos.
- Boris, M., Weindorf, S. y Lasinski, B. (1997). Persistence of lymphedema reduction after noninvasive complex lymphedema therapy. *Oncology*, 11, 99-109.
- Brennan M.J., De Pompolo R.W. y Garden F.H. (1996). Focused review: postmastectomy lymphedema. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 74-80.
- Brown, P. D. y Cerhan, J. H. (2009). Same, better, or worse? Neurocognitive effects of radiotherapy for low-grade gliomas remain unknown. *The Lancet Neurology*, 8, 779-81.
- Burwell, S., Case, D., Kaelin, C. y Avis, N. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 2815-21.

- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Harris, S., Derhagopian, R., Robinson, D. y Moffat, F. (1998). Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Castaño Rodríguez, A. y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10 (1), 79-93.
- Celerier, M.C., Oresve, C. y Janiaud-Gouitaa, J. (2001). *El encuentro con el enfermo*. Madrid: Síntesis.
- Costanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Mattes, M.L., Trehan, S., Robinson, C.B., Tewfik, F., et al. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97, 1625-31.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92), 797-830.
- Cruzado, J.A. (2003). La Formación en Psicooncología. *Psicooncología*, (1), 9-19.
- Cruzado, J.A., Pérez Segura, P.P. y Olivera, H. (2007). Consecuencias y necesidades de la intervención psicológica en consejo genético para mujeres en riesgo de cáncer de mama hereditario. *Psicooncología*, 4 (2-3), 465-482.

- Culver, J.L., Arena, P.L., Antoni, M.H. y Carver, C.S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: Comparing African Americans, Hispanics, and non-Hispanic Whites. *Psychooncology*, 11, 495-504.
- Cunyer Comenge, A.M. (2014). *Procesos oncológicos y afectación de la imagen corporal*. (Trabajo de fin de Grado en Enfermería. Universidad Internacional de Catalunya. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud). Recuperado de http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/242793/Anna_Maria_Cunyer_Comenge.pdf?sequence=1.
- Curutchet, H. P. (1997). Principios de oncología quirúrgica. En: P. Ferraina y A. Oria (Eds.). *Cirugía de Michans*. (5ª ed.). (pp. 155-179). Buenos Aires: El Ateneo.
- Charúa-Guindic, L., Benavides-León, C. J., Villanueva-Herrero, J. A., Billy Jiménez-Bobadilla, B, Abdo-Francis, J. M. y Hernández-Labra, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Revista Cirugía y Cirujanos*, 79 (2), 149-155.
- Dany L, Dudois E y Favre R. (2008). Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psycho-Oncologie*, 2 (1): 53-58.
- De Haro-Rodríguez, M. A, Gallardo-Vidal, L. S., Martínez-Martínez, M. L., Camacho-Calderón, N, Velázquez-Tlapanco, J. y Paredes Hernández, E. (2014). Factores Relacionados con las Diferentes Estrategias de Afrontamiento al Cáncer de Mama en Pacientes de Recién Diagnóstico. *Psicooncología*, 11 (1), 87-99.
- Del Barco Morillo, E., Gómez Bernal, A. y Cruz Hernández, J. J. (2012). Diagnóstico nosológico y de extensión. Factores pronósticos: Abordaje multidisciplinar del cáncer. En: J. J. Cruz Hernandez, C. A. Rodriguez Sanchez y E. del Barco Morillo. *Oncología Clínica*. (5ªed.). (pp. 117-152). Madrid: Aula Médica.
- Derogatis, L.R. (1975). *The Psychosocial Adjustment to Illness Scale: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.

- Deves, Alberto (2007). Anatomía patológica y el papel del anatomopatólogo en el diagnóstico del cáncer. En: A. P. Hunis, D. F. Alonso y D. E. Gómez. *Introducción a la Oncología Clínica*. (pp. 199-216). Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Díaz, V. (2008, abril). *Cuerpo y duelo en la mujer con cáncer ginecológico*. En Congreso Internacional Sexualidad y Cáncer. [CD Rom]. Universidad de Antioquia.
- Díaz Facio Lince, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 155-160.
- Dickson, E. L., Hubbs, J. L., Vogel, R.I., Rivard, C. L., Koon Teoh, D. G. y Geller, M.A. (2015). What women want: Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer. [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 33, (2).
- Die Trill, M. (2003). El superviviente de cáncer. En M. Die Trill. *Psico-Oncología*. Madrid: Ades.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-Oncología*. (p. 34). Madrid: Ades.
- Die Trill, M. (2015). Aspectos Psicológicos Específicos del Cáncer en las Mujeres. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 191 (773). Recuperado de, <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3010>
- Die Trill, M. y Die Goyanes, A. (2003). El cáncer de mama. En M. Die Trill. (Ed.). (pp. 165-84). *Psico-Oncología*. Madrid: Ades.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschênes, L., Brisson, J. y Mâsse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 487-94.
- Escobar Ponce, F. P. (2009). *Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. (Tesina de Grado. Facultad de Psicología. Universidad de Talca. Chile). Recuperado de <http://dspace.otalca.cl:8888/psicologia/56333.pdf>.

- Estapé, J. (2012). *Cáncer y Discriminación*. Recuperado de <https://piratasdeaxel.wordpress.com/2012/04/02/cancer-y-discriminacion/>.
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones Psicológicas Asociadas a los Cambios en la Apariencia Física en Pacientes Oncológicos. *Psico-Oncología*, 1 (2-3), 169-180.
- Finck, C., Barradas, S., Agudelo, D y Moyano, J (2012). Cuando el Cáncer de Seno no Significa Insatisfacción Sexual: Un Estudio Comparativo entre Pacientes y un Grupo de Mujeres Sanas en Colombia. *Psicooncología*, 9 (1), 41-64.
- Fisher, S. (1990). The Evolution of Psychological Concepts about de Body. En T.F, Cash y T. Pruzinsky. *Body Images. Development, Deviance and Change*. (pp.3-21). New York: The Guilford Press.
- Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J. y Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*, 15(7), 579-94.
- Franco, J. (2009). *Sexo y sexualidad en el Siglo XXI. Abordaje integral para profesionales, docentes y estudiantes*. Buenos Aires: Polemos
- Franzoi, S. y Shields, S. (1984). The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in college population. *Journal of Personality Assessment*, 48,173-178.
- Fridman, C. (2015). *Sexualidad y cáncer de mama: Aspectos Psicoculturales*. Trabajo presentado en Clase de Seminario de Psico-Oncología en el Instituto Nacional del Cáncer, 8 de junio, Argentina.
- García-Tornel, S. y Gaspá, J. (1997). Control de salud de la población adolescente. *Pediatría Integral*, 2, 285-295.
- Garro, L. (2000). Cultural meaning, explanations or illness, and the development of comparative frameworks. *Ethnology*, 39 (4), 305-34.

- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 Update. (4.^a ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gerard, D. (1982). Sexual functioning after mastectomy: Life vs lab. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8(4), 305-15.
- Gil, F. L. (2005). Repercusiones psicológicas del consejo genético. *Boletín de Psicología*, 85, 31-40.
- Gilbert, E., Ussher, J.M. y Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70(1), 42-57.
- Giraldo, C. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales en el cáncer de mama. *Revista de Salud Pública*, 11 (4), 514-25.
- Giroto, J.A., Schreiber, J. y Nahabedian, M.Y. (2003). Breast reconstruction in the elderly: Preserving excellent quality of life. *Annals of Plastic Surgery*, 50 (6), 572-8.
- Golden, M. (1983). Female sexuality and crisis of mastectomy. *Danish Medical Bulletin*, 30 (2), 13-6.
- Goldfarb, S. B., Jackson, T., Carter, J., Dickler, M. N. y Noy, A. (2014). Sexual dysfunction in women with lymphoma: Prevalence and etiologies. [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 32.
- Gómez Barral, A. (2012). Tratamiento sistémico del cáncer (I): Quimioterapia. En: J. J. Cruz Hernandez, C.A. Rodriguez Sanchez y E. del Barco Morillo. *Oncología Clínica*. (5^a ed). (pp. 153-168). Madrid: Aula Médica.
- Gómez-Cruz, M. (2011). Déficits neurológicos asociados a alteraciones cerebrales secundarias a tratamientos oncológicos. *Psicooncología*, 8 (2-3), 215-229.
- Gómez-Pérez Mitre, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.

- González, F.A. (2006). *Qualitative approach to the study of social representations: the epistemological and ontological basis*. VIII International Conference on Social Representations. Social Representation Media and Society. Recuperado de <http://www.euophd.net/8thCSR/presentations.html>.
- Gordon, L.G., Battistutta, D., Scuffham, P., Tweeddale, M. y Newman, B. (2005). The impact of rehabilitation support services on health-related quality of life for women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 93(3), 217-26.
- Graziottin, A. (2003). *Cáncer de mama: Calidad de vida y Sexualidad*. Recuperado de <http://www.womanlab.com/spanish/menopause/info/abautmen9.htm>.
- Greenwald, H.P. y McCorkle, R.(2008). Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *Journal of Women´s Health (Larchmt)*, 17(6), 955-63.
- Guía de consulta de los criterios diagnósticos* (2013). (DSM-5™). (pp. 225-238). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Guntupalli, S., Flink, D., Sheeder, J., Leifermann, J., Tergas, A.I., Ioffe, Y., Wright, J. D. y Behbakht, K. (2015). Sexual and marital dysfunction in women with gynecologic cancer: A multi-institutional, cross-sectional trial. [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 33.
- Hack, T.F. y Degner, L.F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psychooncology*, 13, 235-47.
- Hahn, K. (2008). Sexuality and breast cancer survivorship. En: K. Hunt, J. Robb, E. Strom y N. Ueno (Ed.). *Breast cancer* (2ª ed). (pp.525- 34). New York: Springer.
- Hasenburg, A., Amant, F., Aerts, L., Pascal, A., Achimas-Cadariu, P. y Kesic, V. (2011). Psycho-oncology: structure and profiles of European centers treating patients with gynecological cancer. *International Journal of Gynecology Cancer*, 21(9), 1520-4.

- Herbenick, D., Reece, M., Hollub, A., Satinky, S. y Dodge, B. (2008). Your Female Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 31 (6), 417-425.
- Heredia Hernández, B. y Lugones Botell, M. (2007). Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 33(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300008&lng=es.
- Hernández Fernández, F. (2011). Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. *Reduca, Red Latinoamericana por la Educación*, 3 (2), 504-533.
- Hernández Sampieri, R., Fernández- Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. (4ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hess, L.M. e Insel, K.C. (2007). Chemotherapy-related change in cognitive function: A conceptual model. *Oncology Nursing Forum*, 34, 981- 94.
- Holland, J. y Weiss, T. (2010). History of Psycho-Oncology. En J.Holland, W.Breitbart, P.Jacobsen, M. Lederberg, M. Loscalzo y R. McCorkle. (Eds.). *Psycho-Oncology*. (2ªed). New York: Oxford University Press.
- Hoogerbrugge, N., Bult, P., de Widt-Levert, L.M., Beex, L.V., Kiemeney, L.A. y Ligtenberg, M.J. (2003). High prevalence of premalignant lesions in prophylactically removed breasts from women at hereditary risk for breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 41, 41-5.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. y Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.
- Hurria, A., Somlo, G. y Ahles, T. (2007). Renaming “chemobrain”. *Cancer Investigation*, 23, 373-7.

- Incrocci, L. (2011). Talking about sex to oncologists and cancer to sexologists. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 3251-3.
- Incrocci, L. (2013). Cancer Survivorship and Sexual Health. Supplement of the Journal of Sex Medicine, 10 (1), 1-2. En L Incrocci (2015). Is there a sexual life after treatment of cancer?. *Translational Andrology and Urology (Cancer and Sexual Health) Editorial*, 4 (2).
- L Incrocci (2015). Is there a sexual life after treatment of cancer?. *Translational Andrology and Urology (Cancer and Sexual Health) Editorial*, 4 (2).
- Insa, L.L., Monleón, M.A.B. y Espallargas, A.P. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología Social*, 22 (2), 318-32.
- Instituto Nacional del Cáncer de Argentina. (2015, INC). *Cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-de-mama>
- Instituto Nacional del Cáncer de Argentina. (2015, INC). *Estadísticas*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/estadisticas>
- Instituto Nacional del Cáncer de Argentina. (2015, INC). *Factores de riesgo y prevención*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/el-cancer/factores-de-riesgo-y-prevencion>.
- Instituto Nacional del Cáncer de Argentina. (2015, INC). *Qué es el cáncer*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/el-cancer/-ique-es-el-cancer>
- Instituto Nacional de Cáncer de España. (2015, INC). *Cáncer/tipos*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos>.
- Instituto Nacional del Cáncer de España. (2015, INC). *Definiciones*. Recuperado el 20 de octubre de 2015 de, <http://www.cancer.gov/diccionario>

Instituto Nacional del Cáncer de España. (2015, INC). *Diagnóstico. Estadificación.*

Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>.

Instituto Nacional del Cáncer de España. (2015, INC). *Qué es el cáncer.* Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>.

Instituto Nacional del Cáncer de España. (2015, INC). *Tratamientos del cáncer.*

Recuperado de

<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia/hoja-informativa-radioterapia>

Juárez, D. y Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*, 6 (2), 79-88.

Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner-Mazel.

Karabulut, N. y Erci, B. (2009). Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27 (3), 332-43.

Katz, A. (2009). Interventions for sexuality after pelvic radiation therapy and gynecological. *The Cáncer Journal*, 15 (1), 45-7.

Kauff, N.D., Satagopan, J.M., Robson, M.E., Scheuer, L., Hensley, M. y Hudis, C.A. (2002). Risk-reducing salpingoophorectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. *The New England Journal of Medicine*, 346, 1609-15.

Kern de Castro, E. y Moro, L. (2012). Factores Psicosociales Relacionados con el Autocuidado en la Prevención, Tratamiento y Postratamiento del Cáncer de Mama. *Psicooncología*, 9 (2-3), 453-465.

- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. y Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychological Health*, 19 (2), 139-55.
- Kertesz, R. y Kerman, B. (1985). *El manejo del stress*. Buenos Aires, Argentina: IPPEM
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Cousson-Gélie, F., Gilliard, J. y Quintard, B. (2002). The body-image questionnaire: an extension. *Perceptual and Motor Skills*, 94 (1), 189-96.
- Koocher, G.P. y O'Malley, J. (1981). *The Damocles Syndrome*. Nueva York: McGraw-Hil.
- Kort, E.J. (2009). The Decline in U. S. Càncer Mortality in People Born Since 1925. *Cancer Research*, 69 (16), 6500-6505. En M. Siddhartha. (2012). *El emperador de todos los males: Una biografía del càncer*. Buenos Aires: taurus.
- Kwan, W., Jackson, J., Weir, L.M., Dingee, C., McGregor, G. y Olivotto, I.A. (2002) Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (20), 4242-8.
- Lagarde, M. (2003). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Recuperado de http://www.creatividadfeminista.org/articulos/sex_2003_lagarde.htm#introduccion
- Lazarus, R. (1966). *Psychological Stress and de Coping Process*. New York: Mc Graw-Hil.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lederberg, M. S y Holland, J.C. (2011). Supportive Psychotherapy in Cancer Care: An Essential Ingredient of All Therapy. En M., Watson y D.W. Kissane. (Ed.). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. EE.UU.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Lee, S. (2009). Oncología radioterápica. En: Casciato D. A. y Territo M. C. *Manual de Oncología Clínica*. (6ª ed.) (pp. 36-46). Philadelphia: Lippincott.

- Leiblum, S. (1998). Definition and classification of female sexual disorder. *International Journal of Impotence Research*, 10 (2), 104-106.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A. & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- López-Santiago, S., Cruzado, J. A., Custodio, A. B. y Feliz, J. (2011). Variables asociadas al deterioro cognitivo en pacientes de cáncer de colon. *Psicooncología*, 8 (2-3), 301-314.
- López-Santiago S., Cruzado, J. A. y Feliz, J. (2011). Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología*, 8 (2-3), 265-280.
- Lowitz, B. B. y Casciato, D. A. Principios, definiciones y datos estadísticos. En: D. A. Casciato y M. C. (2009). *Manual de Oncología Clínica*. (6ª ed.). (pp. 3-19). Philadelphia: Lippincott.
- Lugones Botell, M. (2001). El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi17201.htm.
- Lutgendorf, S.K., DeGeest, K. y Dahmouh, L. (2011). Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 25 (2), 250-255.
- Lutgendorf, S.K., Sood, A.K. y Antoni, M.H. (2010). Host factors and cancer progression: Biobehavioral signaling pathways and interventions. *Journal of Clinical Oncology*, 28(26), 4094-4099.
- Lyons, A. (2001). Ileostomy and colostomy support groups. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 68 (2), 110-2.

- Manfrin, M.R. y Fontao, Z.M.M. (2008). The oncologic radiotherapy experience for patients: A poison-drug. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16 (6), 998-1004.
- Marie, D., Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E. y Duffaud, F. (2010). Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie: enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin du cancer*, 97 (5), 577-87.
- Martín Muñoz, B., Panduro Jiménez, R.M., Crespillo Díaz, Y., Rojas Suárez, L. y González Navarro, S. (2010). El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*, 19 (2-3). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009
- Márquez López Mato, A. (2002). *Psiconeuroinmunoendocrinología: Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Polemos.
- Márquez López Mato, A. e Illa, G. (2004). Eje Córtrico-Límbico-Hipotálamo-Hipófiso-Somatotrófico. En A. Márquez López Mato. *Psiconeuroinmunoendocrinologi: Nuevos dilemas para viejos paradigmas. Viejos dilemas para neoparadigmas*. Buenos Aires: Polemos.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston, Massachussets: Little, Brown and Company.
- Matías, J., Manzano, J.M., Montejo, A.L., Llorca, G. y Carrasco, J.L. (1995). Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 23 (6), 305-309.
- Milano Hernández, J. T. (s.f.). *Informe sobre sexualidad, sensualidad y sexo*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos16/sexo-sensualidad/sexo-sensualidad.shtml#FUNCION#ixzz3wJbSJUGk>.

- Miró, J. (1997). Translation, validation, and adaptation of an instrument to assess the information-seeking style of coping with stress: The Spanish version of the Miller Behavioural Style Scale. *Personality and Individual Differences*, 23, 909-912.
- Miró, M. A. (2006). *Avaluació de la imatge corporal per a la detecció precoç dels trastorns alimentaris*. (Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona). Recuperado de <http://www.kriptia.com/PSICOLOGIA/5>.
- Monje, M. (2008). Cranial radiation therapy and damage to hippocampal neurogenesis. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14 (3), 238-42.
- Montiel, M. (1996). *Identificación de Indicadores Psicológicos Asociados al Cáncer Cervicouterino: Afrontamiento, Ansiedad, Depresión y Estilo Activo-Pasivo*. (Tesis de Maestría, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México). Recuperado de http://www.academia.edu/2567233/Ajuste_Psicosocial_y_Afrontamiento_en_Pacientes_con_C%C3%A1ncer_de_Mama1.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). Adjuvant Psychological Therapy: A cognitive behavioural treatment for patients with cancer. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 17 (2), 177-190.
- Moreno-López, S. L., Lara-Medina, F. U. y Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13 (1). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-90327878>.
- Moreno-Smith, M., Lutgendorf, S.K. y Sood, A.K. (2010). Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncology*, 6(12),1863-1881.
- Munjal, M., Acharya, A., Christieb, L. A, Lana, M. L., Donovanc, P. J. y Cotmanb, C. W. (2009). Rescue of radiation-induced cognitive impairment through cranial

transplantation of human embryonic stem cells. *Proceedings of National Academy of Sciences*, 106 (45), 19150– 19155.

Navarro Despaigne D. (2007). Calidad del hueso en mujeres de edad mediana. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18 (1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol18_1_07/end02107.htm

Navarro Despaigne, D., Pérez Piñero, J., Bayarre Veá, H.D. (2005). El climaterio y la menopausia como expresión del envejecimiento femenino. Escuela Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/menopausia_y_envejecimiento.pdf

Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Pirl, W. F., Fishbein, J. N., Moran, S., McCarty, C., Eusebio, J., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Greer, J. A., Temel, J. S. y Farber, D. (2015). Quality of life and mood in patients with advanced cancer: Associations with prognostic understanding and coping style. [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 33. ASCO Annual Meeting.

Nobles Montoya, D. y Brunal Vergara, B. (2009). Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 5 (8), 101-107.

Núñez, L., Cólica, V., Valdéz, R., Telias, D. y Schenone, G. (2013). *Asesoramiento Genético en Oncología*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.

Ochoa, C., Sumilla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia Positiva Grupal en Cáncer: Hacia una Atención Psicosocial Integral del Superviviente de Cáncer. *Psicooncología*, 7 (1), 7-34.

- Olivares Crespo, M. E. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 29-48.
- Organización Mundial de la Salud (2003, OMS). En F. Amaya Navarro. (2005). *Características clinicopatológicas del endometrio sometido a diferentes pautas de tratamiento hormonal*. (Tesis doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/772/1/15753748.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2015, OMS). Cáncer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- Oswiecki, D.M. y Compas, B.E. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2), 169-80.
- Padró Suárez, L. y Casas Fernández, J.A. (2004). Terapia hormonal de reemplazo en mujeres climatéricas. *Medisan*, 8 (3), 13-23.
- Pallí, C., Lluch, J. y Valero, S. (2010). Sexualidad, Comunicación y Emociones: Estudio Situacional con Mujeres Afectadas de Cáncer Ginecológico. *Psicooncología*, 7 (1), 153-173.
- Passik, S.D. y McDonald, M.V. (1998). Psychosocial aspects of upper extremity lymphedema in women treated for breast carcinoma. *Cancer*, 83 (12), 2817-20.
- Pérez-Elvira, R. y Clavel, M. (2011). Deterioro cognitivo asociado a radioterapia en tumores cerebrales. *Psicooncología*, 8 (2-3), 255-263.
- Pérez, G. (1995). *Tratamiento conservador del cáncer de mama: Quimioterapia neoadyuvante*. Madrid: Ela.
- Pérez Segura, P. (2005). Modelos y organización de una unidad de Consejo Genético. *Psicooncología*, 2 (2-3), 261-3.

- Pérez Segura, P. (2013). Cáncer familiar y consejo genético. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 20 (6), 327-33.
- Pernas González, A. y Pérez Piñero, J. (2004). Síndrome climatérico: Caracterización y factores de riesgo. *Revista Temas Estadísticos de Salud*. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro1_sindrome_climaterico.pdf.
- Perry, S., Kowalski, T.L. y Chang, C.H. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (24), 1- 14.
- Perz, J., Ussher, J.M. y Gilbert, E. (2014). Feeling well and talking about sex: psychosocial predictors of sexual functioning after cancer. *Journal of Biology and Medical Cancer*, 14, 228.
- Petrek, J.A. y Heelan, M.C. (1998). Incidence of breast carcinoma-related lymphedema. *Cancer*, 83, 2776-81.
- Pieron, J.P. (2007). Représentations du corps malade et symbolique du mal: maladie, malheur, mal ?. *Psycho- Oncologie*, 1, 31-40.
- Pieterse, K., Van Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, C.C., Rijnsburger, A.J., De Koning, H.J., et al. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psychooncology*, 16, 851-8.
- Pion, R.J. (1975). *The Sexual Response Profile*. Honolulu: Enabling Systems.
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En T.F, Cash y T. Pruzinsky. *Body Images. Development, Deviance and Change*. N. York: The Guilford Press.
- Pujol, J.L. (2009). Social and individual representations of lung cancer. *Revue De Pneumologie Clinique*, 65 (1), 53-6.

- Rafailovici, L., Benavente, C. S. M. y Sansogno, R. (2007). Principios generales del tratamiento radiante. En: A. P. Hunis, D. F. Alonso y D.E. Gómez. *Introducción a la Oncología Clínica*. (pp.381-414). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M, Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 85, 604-624.
- Raich, R., Torras, J. y Sánchez-Carracedo, D. (2001, septiembre). Body image in a sample of adolescent students. *Book of Abstracts of the VII European Council on Eating Disorders, Barcelona, 15*.
- Ramacciotti, A. (1988). *Inventario de autoevaluación de los Disturbios del Comportamiento Alimentario: EAT. EDI. BITE y BUT*. Universita La Sapienza, Italia: DSNPEE.
- Rees, G., Fry, A., Cull, A. y Sutton, S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology & Health*, 19 (6), 749-65.
- Reich, M. y Remor, E (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: Caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8 (2-3), 453-471.
- Reznikoff, M. (1955). Psychological factors in breast cancer: a preliminary study of some personality trends in patients with cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine*, 17, 96-108. En M. Die Trill, M. (2003). *Psico-Oncología*. Madrid, España: Ades.
- Ribas Rabert, E., Botella García del Cid, L. y Benito Ruiz, J. (2008). Versión Española Validada del MBSRQ® Reducido y Adaptado. En L. Botella del Cid, E. Rivas Rabert y J. Benito Ruiz. (2009). Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación

- de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 253-264.
- Robles, J. I. (2006). Linfedema: Una Patología Olvidada. *Psicooncolía*, 3 (1), 71-89.
- Rodin, M.B., Wallace, J.A., Lacy, M., Kuball, K., Pykkonen, B. y Freming, G. (2006). Does adjuvant chemotherapy (CT) exacerbate cognitive impairment in elderly breast cancer (BC) patients?: Results of a prospective, longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (20), 10530.
- Rodriguez Sanchez, C. A. (2012). *Tratamiento sistémico del cáncer (II): Hormonoterapia*. En: J. J. Cruz Hernandez, C.A. Rodriguez Sanchez y E. del Barco Morillo. *Oncología Clínica*. (5ª ed.) (pp. 169-184). *Oncología Clínica*. Madrid: Aula Médica.
- Rodríguez Rodríguez, M. J. y Gómez Enriquez, C. (2012). ¿Cómo es el proceso de afrontamiento de las personas recientemente ostomizadas?. *Revista Evidentia*, 9 (37).
- Rojas Cabana, A.S. (2003). Prácticas de autocuidado que realizan mujeres premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro del Sauce Alto. Lima. Perú. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/rojas_ca/pdf/rojas_ca.pdf.
- Rosbund-Zickert, A.M. (1989). Los correlatos psicosociales del cáncer de mama y genitales en la mujer; y un estudio transcultural, España vs. Alemania (Tesis Doctoral, Universidad de Valencia).
- Rosen, R.C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Roth, B. (Ed.). (2010). *Pautas en Oncología. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer*. Buenos Aires: Instituto de Oncología Ángel H. Roffo.

- Ruiz Fernández, M.D., Durán Ventura, M.C., Rivera García, S., Menéndez Muñoz, I., Quintana Jiménez, P. de la, Juan Balina, C, et al. (2003). Calidad de vida y necesidades de personas ostomizadas y sus cuidadores. *Revista Rol de Enfermería.*, 26 (4), 57-62.
- Sánchez Sánchez, T. (2015). Efectos Psíquicos de la Mastectomía (Preventiva y Terapéutica): Cambios en la Percepción de las Mujeres con Cáncer de Mama. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 62-73. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es>.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 141-157.
- Schag, C.A., Heinrich, R.L., Adland, R.L. (1990). Assessing problems of cancer patients: psychometric properties of the cancer inventory of problem situations. *Health psychology*, 9, 83-102.
- Schain, W.S. (1988). The sexual and intimate consequences of breast cancer treatment. *Cancer Journal for Clinicians*, 38(3), 154-61.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schlegel, R. D. (2007). *Principios generales del tratamiento quirúrgico*. En: A.P. Hunis, D.F. Alonso, D.E. Gomez. *Introducción a la Oncología Clínica*. (pp. 365-380). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Schmidt, C. E., Bestmann, B., Küchler, T., Longo, W. E. y Kremer, B. (2005). Ten year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer. *Disease of Colon Rectum*, 48, 483-492.
- Schneiderman, B. (2004). Hippocampal volumes smaller in chemotherapy patients. *The Lancet Oncology*, 5, 202-22.

- Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Brandt, U. y Stolbach, L.L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer: (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psychooncology*, 7(5), 424-35.
- Schover, L.R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112-20.
- Schover, L.R., van der Kaaij, M., van Dorst, E., Creutzberg, C. y Kiserud, CE. (2014). Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *European Journal of Cáncer*, 12(1), 41-53.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18 (2), 137-161.
- Segerstrom, S.C. y Miller, G.E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.
- Selye, H. (1978). *The Strees of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Siddhartha, M. (2012). *El emperador de todos los males: una biografía del cáncer*. (pp.15-25). Buenos Aires: taurus.
- Slade, P.D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.
- Soriano Cirugeda, M., Cantero Cid, R., Olivares Crespo, M.E., Cruzado Rodríguez, J.A., Delgado Lillo, I. y Balibrea del Castillo, J.M. (2007). Efectos de la cirugía laparoscópica en pacientes de cáncer colorrectal: calidad de vida, estado emocional y satisfacción. *Psicooncologia*, 4(1), 121-132.

- Soum-Pouyalet, F. (2007). Le Corps rebelle: les ruptures normatives induites par l'atteinte du cancer. *Corps*, 2 (3), 117-22.
- Suárez, G.L. y Rueda, A.N. (2007). Prevalencia y trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción. *Revista Médica de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*, 10 (1), 24-7.
- Suárez Vera (2005) Suárez Vera, D. M. (2005). Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. *Revista Psicología. Com*, 9(2). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/759/733/>.
- Sumalla, E.C., Ochoa, C. y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion?. *Clinical Psychology Review*, 29 (1), 24-33.
- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics*. New York: Harper & Row.
- Takahashi, M. y Kai, I. (2005). Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among Japanese survivors. *Social Science & Medicine*, 61(6), 1278-90.
- Tamblay, A. y Bañados, B. (2004). *Psico-oncología del cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados b/sources/banados b.pdf>.
- Thompson J. K. (1990). *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press. En E. R. Raich. (1998) Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Revista psicológica y ciencia social*, 2 (1), 15-26.
- Tizon, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación, asistencia*. Barcelona, España: Fundación Vidal i Barraquer.

- Tobía, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. y Kigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Tobin, M.B., Lacey, H.J., Meyer, L. y Mortimer, P.S. (1993). The psychological morbidity of breast cancer-related arm swelling. *Cancer*, 72, 3248-52.
- Urkuyo, K., Boyers, A., Carver, C. y Antoni, M. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 20, 175-192.
- Utian, W.H. (2008). *Rol de la hormonoterapia a largo plazo en el contexto de la medicina preventiva para la mujer posmenopáusica*. Recuperado de <http://www.climaterio.cl/>.
- Valderrama Torres, E. (2003) *Relación entre la imagen corporal y las estrategias de afrontamiento en mujeres mastectomizadas*. (Tesina de Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/584/1/Valderrama_te.pdf.
- Vardy, J. (2008). Neurocognitive effects of chemotherapy in adults. *Australian Prescriber*, 31, 22- 24.
- Vaziri, Sh y Lotfi Kashani, F. (2012). Sexuality after breast cancer: need for guideline. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 5(1), 10-5.
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R. y Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7 (2-3), 433-451.
- Veira, C.P., Lopes, M.H. y Shimo, A.K. (2007). Feelings and experiences in women with breast cancer's life. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41 (2), 311-6. Recuperado de <http://www.scielo.php?pid=S0080-623420070002000020&script=sci-arttext&lng=pt>.

- Velanovich, V. y Szymanski, W. (1999). Quality of life of breast cancer patients with lymphedema. *The American Journal of Surgery*, 177(3), 184-7.
- Vidal y Benito, M. C. (2006). Psicoterapia en Psicooncología: Un modelo dinámico focalizado combinable con psicofármacos. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13 (3).
- Vidal y Benito, M. C. (2012). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Villajuan Reyes, E.J. (2006). *Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima).
- Volkers, N. (1999). In coping with cancer, gender matters. *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 20, 1712-1714.
- Vos, M.S., Putter, H., van Houwelingen, H.C. y de Haes, H.C. (2011). Denial and social and emotional outcomes in lung cancer patients: the protective effect of denial. *Lung Cancer*, 72 (1), 119-24.
- Wang, Y., Camateros, P., y Cheung, W. (2015). Young adult cancer survivors' expectations of physicians for reproductive and sexual health care. [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 33.
- Wang, Y., Chen, L. y Cheung, W. (2014). Patients' expectations of oncologists and primary care providers (PCPs) in addressing reproductive and sexual health. [Resumen]. *Journal of Clinical Oncology*, 32.
- Wapnir, I.L., Cody, R.P. y Greco, R.S. (1999). Subtle differences in quality of life after breast cancer surgery. *Annals of Surgical Oncology*, 6, 359-66.
- Watson, M. y Greer, S. (1998). Personality and Coping. En J. Holland (Ed.): *Psycho-oncology*. (pp.91-98). New York: Oxford University Press.

- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, B.(1988).
Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale.
Psychological Medicine, 18, 203-209.
- Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J. y Bliss, J.(1994). The Mini-
MAC: further development of the Mental Adjustmen to Cancer Scale. *Journal of
Psychosocial Oncology, 12*, 33-46.
- Wefel, J.S., Saleeba, A.K., Buzdar, A.U. y Meyers, C.A. (2010). Acute and late onset
cognitive dysfunction associated with chemotherapy in women with breast cancer.
Cancer; 116, 3348-56.
- Williams, A.F., Moffatt, C.J. y Franks, P.J. (2004). A phenomenological study of the lived
experiences of people with lymphoedema. *Internacional Journal of Palliative
Nursing, 10* (6), 279-86.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El presente estudio: Función Sexual Femenina, Afrontamiento e Imagen Corporal en Mujeres con Cáncer. Un Estudio con Pacientes del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”, es realizado por la Lic. Mirta Di Pretoro, para su Tesis Doctoral.

La meta de este estudio es analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento de la adversidad, la percepción de la imagen corporal y la función sexual en las participantes, luego de la finalización reciente de los tratamientos onco-específicos y compararlo con un grupo de mujeres adultas sanas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y responder a tres encuestas. Esto tomará aproximadamente veinte minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Lic. Mirta Di Pretoro. He sido informada de que la meta de este estudio es analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento de la adversidad, la percepción de la imagen corporal y la función sexual en las participantes, luego de la finalización reciente de los tratamientos onco-específicos y compararlo con un grupo de mujeres adultas sanas.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente veinte minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Secretaría del Comité de Ética de la Investigación al teléfono 4580-2811.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Anexo 2: Instrumentos de Medición

A

ENTREVISTA ESTRUCTURADA –EE–

Datos Sociodemográficos y Médicos

Edad:

Ocupación:

Nivel de estudio:

Lugar de residencia:

Diagnóstico:

Estadio:

Tratamientos realizados:

Cirugía: SÍ – NO

Radioterapia: SÍ – NO

Quimioterapia: SÍ –NO

Medicación actual:

CUESTIONARIO

¿Se encuentra en pareja actualmente? SÍ – NO

¿Cuánto tiempo hace que está en pareja?

¿Se sentía conforme con su actividad sexual antes del diagnóstico? SI –NO

En caso negativo describa sus dificultades.....

.....
.....

¿Se sentía conforme con su actividad sexual durante los tratamientos oncológicos? SÍ – NO

En caso negativo describa sus dificultades.....

.....
.....

Anexo 2

B

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.

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 cuánta 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 cuánta 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 disconfort 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 disconfort 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 disconfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual

Muy alto

Alto

Moderado

Bajo

Muy bajo o nada

Anexo 2

C

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

(Hoja a contestar en blanco)

Continúa

El propósito de este cuestionario es encontrar como las personas enfrentan el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en esos momentos marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; **1:** un poco; **2:** bastante; **3:** mucho; **4:** totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o

incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

- | | |
|---|-----------|
| 1. Luché para resolver el problema | 0 1 2 3 4 |
| 2. Me culpé a mí mismo | 0 1 2 3 4 |
| 3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés | 0 1 2 3 4 |

- | | |
|--|-----------|
| 4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado | 0 1 2 3 4 |
| 5. Encontré a alguien que escuchó mi problema | 0 1 2 3 4 |
| 6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente | 0 1 2 3 4 |
| 7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado | 0 1 2 3 4 |
| 8. Pasé algún tiempo solo | 0 1 2 3 4 |
| 9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación | 0 1 2 3 4 |
| 10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché | 0 1 2 3 4 |
| 11. Expresé mis emociones, lo que sentía | 0 1 2 3 4 |
| 12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase | 0 1 2 3 4 |
| 13. Hablé con una persona de confianza | 0 1 2 3 4 |
| 14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas | 0 1 2 3 4 |
| 15. Traté de olvidar por completo el asunto | 0 1 2 3 4 |
| 16. Evité estar con gente | 0 1 2 3 4 |
| 17. Hice frente al problema | 0 1 2 3 4 |
| 18. Me critiqué por lo ocurrido | 0 1 2 3 4 |
| 19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir | 0 1 2 3 4 |
| 20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación | 0 1 2 3 4 |
| 21. Dejé que mis amigos me echaran una mano | 0 1 2 3 4 |
| 22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían | 0 1 2 3 4 |
| 23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más | 0 1 2 3 4 |
| 24. Oculté lo que pensaba y sentía | 0 1 2 3 4 |
| 25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran | 0 1 2 3 4 |
| 26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera | 0 1 2 3 4 |
| 27. Dejé desahogar mis emociones | 0 1 2 3 4 |
| 28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido | 0 1 2 3 4 |
| 29. Pasé algún tiempo con mis amigos | 0 1 2 3 4 |
| 30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí | |

que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39. Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

Anexo 2

D

MBSRQ® CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (Ribas, Botella y Benito, 2008)

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a Ud.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones.

Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

- 1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto
- 2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física
- 3. Para mi es importante tener mucha fuerza
- 4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo
- 5. No hago ejercicio regularmente
- 6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física
- 7. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a
- 8. Me gusta mi aspecto tal y como es
- 9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo
- 10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme
- 11. Tengo una buena capacidad de resistencia física
- 12. Participar en deportes no es importante para mi
- 13. No hago cosas que me mantengan en forma
- 14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mi
- 15. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños
- 16. Casi todo el mundo me considera guapo/a
- 17. Es importante para mi que mi aspecto sea siempre bueno
- 18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas
- 19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida
- 20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física
- 21. Raramente estoy enfermo
- 22. A menudo leo libros y revistas de salud
- 23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa
- 24. No soy bueno en deportes o juegos

- 25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas
- 26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física
- 27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada
- 28. Me gusta como me sienta la ropa
- 29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo
- 30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas
- 31. Trato de estar físicamente activo
- 32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo
- 33. Nunca pienso en mi aspecto
- 34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico
- 35. Me muevo de forma armónica y coordinada
- 36. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente
- 37. Hago deporte regularmente a lo largo del año
- 38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud
- 39. Al primer signo de enfermedad voy al médico

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación

Muy insatisfecho/a	Bastante insatisfecho/a	Punto medio	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

- 40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)
- 41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)
- 42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)
- 43. Tono muscular
- 44. Peso
- 45. Aspecto general

