



ORIGINAL

Disfunción sexual en mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama. Estudio descriptivo longitudinal



C. Córdoba-de Juan, B. Arranz-Martín y M. Torres-Lacomba*

Grupo de Investigación Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer (FPSM), Unidad Docente de Fisioterapia, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 18 de junio de 2018; aceptado el 7 de febrero de 2019
Disponible en Internet el 16 de marzo de 2019

PALABRAS CLAVE

Neoplasias mamarias;
Calidad de vida;
Disfunción sexual;
Fisiológica

Resumen

Objetivo: Describir el estado de la función sexual en mujeres a lo largo de un año tras el diagnóstico de cáncer de mama.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo longitudinal realizado entre septiembre de 2016 y junio de 2018. Para diagnosticar la disfunción sexual (DSx) en 110 mujeres tratadas de cáncer de mama incluidas se utilizó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos DSM-5; para describir la función sexual femenina se empleó el índice de la función sexual femenina (FSFI). El FSFI se cumplimentó tras el diagnóstico médico de cáncer de mama (V0); tras el tratamiento médico-quirúrgico (V1); y 12 meses después de la V0.

Resultados: El 54,12% declararon no ser sexualmente activas. Mostraron DSx según el DSM-5: en la V0 un 64,86% siendo las más frecuentes los trastornos de interés/excitación (51,35%); orgásmico (35,14%); y dispareunia (32,43%); en la V1 un 77,74% siendo los más frecuentes el de interés/excitación (72,09%); el orgásmico (51,16%); y la dispareunia (41,86%); y 6 meses después de los tratamientos médico-quirúrgicos el 74,07%, siendo los más frecuentes el de interés/excitación (59,26%); la dispareunia (40,74%); y el orgásmico (37,04%). Las DSx más prevalentes según el FSFI, fueron la dispareunia (V0) y el trastorno de deseo sexual (V1, V2). En cuanto a la evolución de las DSx a lo largo del primer año tras la cirugía por cáncer de mama, estas parecen mejorar al año tanto en el valor total del FSFI ($p=0,016$), como en el dominio «dolor» ($p=0,008$).

Conclusiones: Las DSx son frecuentes en mujeres supervivientes de cáncer de mama durante el primer año tras el diagnóstico médico. Los tratamientos médico-quirúrgicos no parecen influir negativamente en la función sexual detectada tras el diagnóstico médico. Las DSx se relacionan significativamente con la posmenopausia y con la linfadenectomía axilar.

© 2019 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fisioterapia.mujer@uah.es (M. Torres-Lacomba).

KEYWORDS

Breast neoplasms;
Quality of life;
Sexual dysfunction;
Physiological

Sexual dysfunction in women diagnosed and treated for breast cancer: Descriptive longitudinal study**Abstract**

Objective: To describe the sexual function state in women treated for breast cancer over a year after the diagnosis of breast cancer.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted between September 2016 and June 2018. One hundred and ten women treated for breast cancer were included. The Diagnostic and Statistical Manual of Disorders DSM-5 was used to assess sexual dysfunction (SD), and the Female Sexual Function Index (FSFI) was used to describe female sexual function. The FSFI was assessed after breast cancer diagnosis (V0); after medical-surgical treatment (V1); and 12 months after V0 (V2).

Results: 54.12% of women were not sexually active. According to DSM-5, after the V0 assessment, 64.86% of women showed a SD, being the most frequent: interest/excitation disorder (51.35%); orgasmic disorder (35.14%); and dyspareunia (32.43%); at A1, 77.74% of women had a SD, with the most frequent being: interest/excitation disorder (72.09%); orgasmic disorder (51.16%); and dyspareunia (41.86%); and 6 months after medical-surgical treatments (V2), 74.07% of women had a SD, being the most frequent: interest / excitation disorder (59.26%); dyspareunia (40.74%); and orgasmic disorder (37.04%). The most prevalent SDs according to the FSFI, were dyspareunia at V0 and sexual desire disorder at V1 and V2 assessments. Regarding the evolution of the SD throughout the first year, the SD seem to improve after one year of the surgical treatment of breast cancer both in the total value of the FSFI ($P = .016$) and in the "pain" domain ($P = .008$).

Conclusions: SD is current in breast cancer survivors during the first year after the medical diagnosis. Medical-surgical treatments do not seem to negatively influence the sexual function detected after the medical diagnosis. SD is significantly related to post-menopause and axillary lymphadenectomy.

© 2019 Asociación Española de Fisioterapeutas. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de mama es el cáncer de mayor prevalencia en 145 países del mundo, con 1,67 millones de casos nuevos al año, representando más del 10% de todos los nuevos cánceres¹. En España, es el segundo tipo de cáncer más frecuente, con 25.215 nuevos casos al año, y el más común en la población femenina².

Son diversos los tratamientos existentes en el cáncer de mama, entre los que destacan los tratamientos quirúrgicos de cirugía axilar (linfadenectomía axilar y/o biopsia del ganglio centinela) y de cirugía mamaria (tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía); y los tratamientos médicos de radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia³.

El citado tratamiento médico-quirúrgico no está exento de secuelas, entre las que se encuentran la pérdida de movilidad del miembro superior⁴, el dolor tanto nociceptivo como neuropático del miembro superior⁵, el linfedema⁵, las trombosis linfáticas superficiales⁶⁻⁹, la fatiga^{4,10} y la alteración de la función sexual³.

Las disfunciones sexuales (DSx) originadas por el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama son cada vez más frecuentes¹¹. El 50% de las mujeres supervivientes de cáncer de mama experimentarán problemas sexuales¹², siendo más propensas las que sufren una mastectomía^{13,14}.

En la mujer, la respuesta sexual es una respuesta integrada que implica a todo el organismo en conjunto y designa

los cambios psicológicos, neurofisiológicos, vasculares y hormonales que acompañan a la realización de actos sexuales. La respuesta sexual se compone de una fase de deseo, una fase de excitación, la fase de orgasmo y de resolución¹⁵.

Cuando alguno de los componentes psicológicos o anatómicos está alterado puede aparecer DSx, entre las que se encuentran la dispareunia, el vaginismo, el trastorno del deseo sexual, trastorno de aversión sexual, trastorno de la excitación sexual y trastorno orgásmico¹⁶.

Distintos estudios exponen que no solo la cirugía afecta a la sexualidad de la mujer, sino que los tratamientos médicos como la quimioterapia y la terapia hormonal también influyen. La quimioterapia puede provocar problemas de excitación, lubricación, orgasmo y dolor sexual^{13,17}, y la terapia hormonal, también puede producir importantes efectos secundarios relacionados con la menopausia, como por ejemplo sofocos, sequedad vaginal, atrofia urogenital, dispareunia, descenso de la libido; y calidad de vida (cV) de la mujer¹³. La radioterapia, en cambio, no está tan asociada con una disminución del deseo sexual como ocurre con la quimioterapia¹³. Todos ellos pueden afectar a la CV de la mujer¹³.

La función sexual depende también del estado y funcionamiento normal del suelo pélvico (SP). La principal misión del SP es el sostén y el mantenimiento de la posición correcta de los órganos pélvicos, así como facilitar la micción, el coito, el parto y la defecación, al mismo tiempo que

garantiza la continencia urinaria y fecal. En cuanto a la función sexual, la musculatura del SP se encarga de mantener abierto el introito vaginal gracias a la región pubovaginal del músculo pubovisceral, junto con la fascia endopélvica y tejido conectivo. Por otra parte, la acción del músculo elevador del ano junto con el tejido conectivo, producen modificaciones sobre la vagina. Amplían la cavidad vaginal y, gracias a la sincronía de la musculatura intrínseca de la vagina, permiten la adaptación del volumen de la misma a las dimensiones del pene¹⁸.

El papel de la fisioterapia en la prevención y tratamiento de las secuelas derivadas del tratamiento médico-quirúrgico del cáncer de mama es bien conocido⁵; sin embargo, los estudios sobre fisioterapia y DSx son escasos¹⁴, tal vez porque, en general, se tiende a subestimar estos problemas no solo en la población femenina superviviente al cáncer de mama, sino en la población en general¹⁹. Por ello, es importante conocer, además de su prevalencia en esta población, sus tipos más frecuentes.

El presente estudio describe la función sexual femenina tras el diagnóstico médico de cáncer de mama, así como su evolución tras los diferentes tratamientos del cáncer de mama.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo, observacional y longitudinal realizado entre septiembre de 2016 y junio de 2018. Este estudio ha sido financiado por el Grupo de Investigación «Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer» de la Universidad de Alcalá, Madrid, España.

Participantes

La selección de la muestra se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario correspondiente, entre todas las mujeres susceptibles de ser diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama. De entre la población de estudio accesible, todas aquellas mujeres con edad ≥ 18 años, diagnosticadas e intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama en el Hospital Universitario correspondiente, con previsión de tratamiento médico, con tratamiento y seguimiento fisioterapéutico por parte del grupo de investigación FPSM fueron invitadas a participar en el estudio. Aquellas mujeres con limitaciones cognitivas que impidiesen la cumplimentación de cuestionarios y la comprensión de los procedimientos del estudio fueron excluidas del estudio.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital correspondiente. Mediante un muestreo secuencial fueron incluidas 110 mujeres que, tras ser informadas, firmaron libremente el consentimiento informado para participar en el estudio.

Procedimiento de recogida de datos

Tras su inclusión en el estudio, las participantes completaron un total de tres valoraciones: (V0) tras el diagnóstico médico de cáncer de mama y antes del tratamiento médico-quirúrgico; (V1) tras el tratamiento médico-quirúrgico

(entre 4 y 5 meses del diagnóstico médico; (V2) 6 meses después de finalizar el tratamiento médico-quirúrgico (entre 12 y 13 meses del diagnóstico médico).

Mediante un formulario que cada participante cumplimentaba de manera individual y una posterior entrevista con el equipo investigador, se recogieron variables socio-demográficas y clínicas como la edad, el índice de masa corporal (IMC), el estado civil, el estado ocupacional, el nivel educativo, el poder adquisitivo, el número de embarazos, los síntomas de disfunción de suelo pélvico, presencia o ausencia de menstruación, el lado afecto y los tratamientos médico-quirúrgicos del cáncer de mama.

Para recabar las variables resultado se empleó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5²⁰ que permitió establecer qué mujeres padecían DSx. El DSM-5 es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que proporciona descripciones de las categorías diagnósticas con el fin de establecer diagnósticos permitiendo así a los profesionales de ciencias de la salud estudiar e intercambiar información sobre los distintos trastornos. Trata sobre los trastornos sexuales e incluye: 1) trastornos del deseo sexual (tanto el deseo sexual hipoactivo como el trastorno por aversión al sexo); 2) trastornos de la excitación sexual; 3) trastornos orgásmicos; y 4) trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo). Este manual fue cumplimentado de manera individual por las participantes y posteriormente fue utilizado en la entrevista para establecer la existencia de DSx.

Una vez establecida la condición de DSx mediante el DSM-5, todas las mujeres con actividad sexual, con y sin DSx según el DSM-5, cumplimentaron de forma individual la versión española del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)^{21,22}. El cuestionario autoadministrado FSFI, validado en base al DSM-4, evalúa la función sexual femenina. Está compuesto por 19 ítems agrupados en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene entre 5 y 6 opciones cuya puntuación es de 0 a 5 en relación con las últimas 4 semanas, pudiendo ser la máxima puntuación 36. A mayor puntuación mejor función sexual; una puntuación total $\leq 26,55$ sugiere DSx femenina²².

Además, para evaluar la CV, todas las mujeres cumplimentaron de forma individual la versión española del cuestionario autoadministrado *Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast* (FACT-B + 4), compuesto por 44 preguntas que corresponden a las dimensiones física, social, emocional y funcional de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. El FACT-B + 4 es un cuestionario estandarizado y validado para medir la CV en mujeres con cáncer de mama. El cuestionario permite obtener medidas del estado físico general, de salud del paciente, de su ambiente familiar y social, de su estado emocional y de su capacidad de funcionamiento, personal. También incluye 14 ítems adicionales que evalúan otras preocupaciones relacionadas con la autoimagen. Utiliza una escala Likert de 5 puntos, en la que cada ítem puede ser puntuado de 0 a 4 en relación con los últimos siete días. A mayor puntuación, mayor CV²³.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el *Statistical Package for the Social Sciences software* (SPSS®) versión 24.

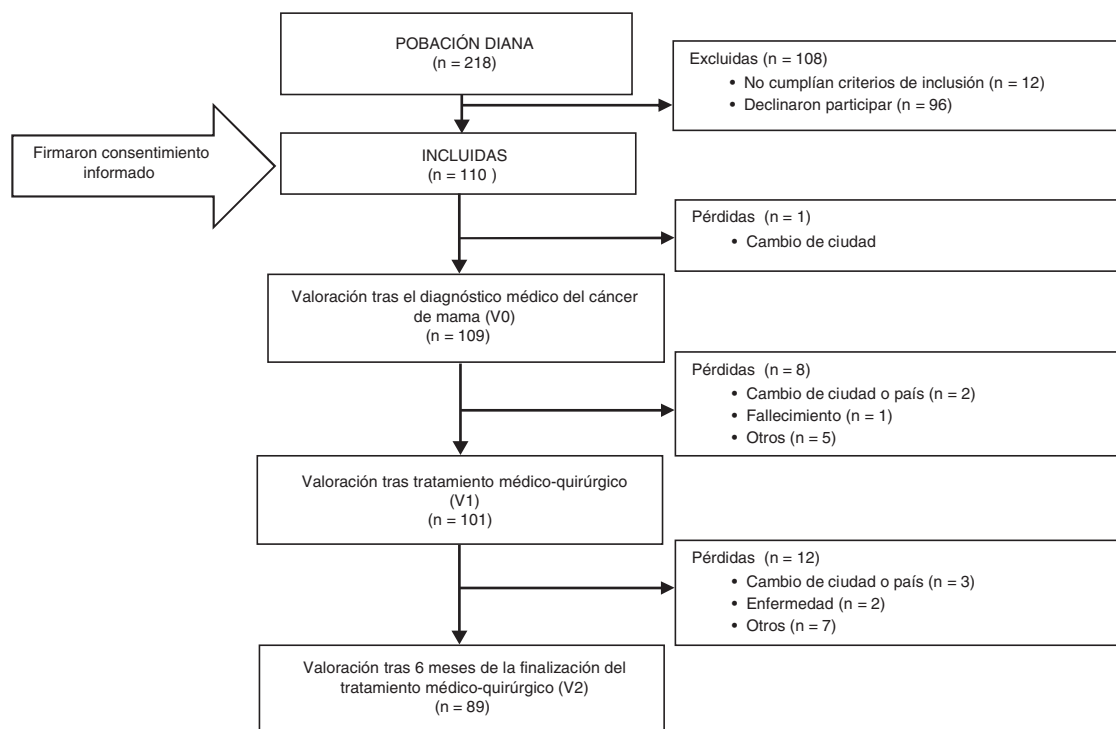


Figura 1 Flujo de participantes del estudio.

Tanto las variables sociodemográficas y clínicas como las variables resultado se han representado empleando la media aritmética y la desviación estándar (DE) o la mediana y el rango intercuartílico (RIQ), dependiendo de la asunción o no, respectivamente, del supuesto de la normalidad de las mismas determinado mediante el test de Shapiro-Wilk. Las variables categóricas, se han representado mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Para determinar las diferencias entre las valoraciones se ha empleado el test t de Student hallándose la diferencia de medias y considerando un intervalo de confianza del 95% en el caso de las variables que asumían el supuesto de normalidad; y en el caso de las variables que no asumían el test de normalidad, se utilizó el test U de Mann Whitney para calcular la diferencia de las medianas. Para analizar las relaciones entre variables se ha empleado el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman según la asunción o no del supuesto de normalidad.

Como grado de significación estadística se consideró un valor de $p < 0,05$ en todos los casos.

Cálculo del tamaño muestral

Se realizó una estimación del tamaño de la muestra de 110 mujeres asumiendo que la población es infinita y esperando una frecuencia de trastornos de la sexualidad del 50%¹². Con tal tamaño muestral, se puede detectar una diferencia de frecuencia del 20% con una potencia del 90%, estableciendo el error de tipo I en 0,05, y asumiendo un 5% de pérdidas.

Resultados

Tras un año de seguimiento se presentan los resultados de 89 mujeres. El flujo de participantes se muestra en la figura 1.

Los datos clínicos y sociodemográficos basales de las participantes del estudio tras el diagnóstico de cáncer de mama se recogen en la tabla 1.

Asimismo, la tabla 2 presenta las características de las participantes agrupadas según actividad sexual. Del total de las participantes 59 (54,12%) que declararon no ser sexualmente activas; comparadas con las mujeres con actividad sexual, las inactivas tenían más edad y eran posmenopáusicas en un mayor porcentaje.

Tras el diagnóstico de cáncer de mama, de las 50 mujeres sexualmente activas, el porcentaje de mujeres con DSx según el DSM-5 fue de un 64,86%, siendo los trastornos sexuales más frecuentes: 1) trastorno de interés/excitación (51,35%); 2) trastorno orgásmico (35,14%); y 3) dispareunia (32,43%).

Tras los tratamientos médico-quirúrgicos, en la V1, 60 mujeres declararon no ser sexualmente activas. El porcentaje de mujeres con DSx aplicando el DSM-5 fue de un 77,74% siendo los trastornos más frecuentes: 1) trastorno de interés/excitación (72,09%); 2) trastorno orgásmico (51,16%); y 3) dispareunia (41,86%); y 6 meses después de los tratamientos médico-quirúrgicos, en la V2, el porcentaje de mujeres sexualmente activas con DSx según el DSM-5 fue de un 74,07% siendo los trastornos más frecuentes: 1) trastorno de interés/excitación (59,26%); 2) dispareunia (40,74%); y 3) trastorno orgásmico (37,04%).

En la tabla 3 se muestra la función sexual, el estado hormonal, la edad, el IMC y la CV en función del diagnóstico de

Tabla 1 Características de la muestra tras el diagnóstico de cáncer de mama (V0)

| Características sociodemográficas | |
|--|---------------|
| Edad, media (DE) | 56,89 (11,45) |
| IMC, media (DE) | 25,90 (5,63) |
| Estado civil, n (%) | |
| Casada | 66 (71) |
| En pareja | 11 (11,8) |
| Sin pareja | 16 (17,2) |
| Estado ocupacional, n (%) | |
| Ama de casa | 44 (43,6) |
| Desempleada | 12 (11,9) |
| Empleada | 45 (44,6) |
| Estudiante | 0 (0) |
| Nivel educativo, n (%) | |
| Sin estudios | 2 (2,4) |
| Primaria | 27 (32,9) |
| ESO | 1 (1,2) |
| Bachillerato o Grado medio | 21 (25,6) |
| Grado superior | 6 (7,3) |
| Estudios universitarios no finalizados | 10 (12,2) |
| Graduado de universidad | 15 (18,3) |
| Poder adquisitivo, n (%) | |
| Menos de 12000€ | 19 (23,2) |
| Entre 12000 y 24000€ | 31 (37,8) |
| Entre 24000 y 36000€ | 13 (15,9) |
| Entre 36000 y 48000€ | 6 (7,3) |
| Más de 48000€ | 4 (4,9) |
| Prefiere no decirlo | 9 (11) |
| Características clínicas | |
| Embarazos, mediana (IQR) | 2 (1-3) |
| Posmenopausia, n (%) | 77 (75,5) |
| Síntomas de disfunción de suelo pélvico, n (%) | 33 (40,2) |
| Pérdida de orina al esfuerzo | 21 (25,6) |
| Pérdida de orina por urgencia | 6 (7,3) |
| Algún bulto en la vagina | 1 (1,2) |
| Pérdida de heces | 0 (0) |
| Pérdida de gases | 5 (6,1) |
| Ningún síntoma de disfunción de suelo pélvico | 49 (59,8) |
| Mama afecta, n (%) | |
| Derecha | 57 (52,3) |
| Izquierda | 50 (45,9) |
| Ambas | 2 (1,8) |
| Tipo de cirugía axilar, n (%) | |
| Linfadenectomía axilar | 44 (40,4) |
| Biopsia ganglio centinela | 65 (59,6) |
| Tipo de cirugía mamaria, n (%) | |
| Tumorectomía | 66 (60,6) |
| Mastectomía | 43 (39,4) |
| Quimioterapia, n (%) | 58 (59,2) |
| Radioterapia, n (%) | 87 (85,3) |
| Hormonoterapia, n (%) | 82 (82) |
| Calidad de vida (FACT-B+4) | |
| Bienestar físico, mediana (IQR) | 92,86 (21,43) |
| Bienestar social y familiar, mediana (IQR) | 91,67 (14,86) |
| Bienestar emocional, media (IQR) | 50,20 (22,7) |
| Bienestar funcional, media (DE) | 71,93 (16,08) |
| Información adicional, mediana (IQR) | 66,07 (16,07) |

DE: desviación estándar; IQR: rango intercuartílico.

DSx según el DSM-5 en los tres momentos de valoración. En cuanto a la DSx según el FSFI se observa que, en la V0, la dimensión más afectada es el dolor seguida de la lubricación y en cuanto a la CV el dominio más afectado es el estado emocional. En la V1 y V2, el dominio más afectado es el trastorno de deseo sexual. Respecto a la CV, tanto en la V1 como en la V2, se observan valores más bajos en los domi-

nios de bienestar emocional, y bienestar funcional, además los valores del dominio adicional que evalúa aspectos relacionados con la autoimagen descienden a lo largo de las valoraciones. En las tres valoraciones, se observa que hay un alto porcentaje de mujeres posmenopáusicas entre las mujeres con DSx.

En cuanto a la evolución de la DSx a lo largo del primer año tras el diagnóstico del cáncer de mama, se observan diferencias estadísticamente significativas al año del diagnóstico médico (V2) concretamente en el dominio «dolor» ($p=0,008$); y en el valor total de FSFI, $p=0,016$ (tabla 4) de modo que la DSx así como el dolor mejoran tras los tratamientos médico-quirúrgicos. Si se compara la función sexual en el intervalo V1-V2 se observan diferencias estadísticamente significativas en el dominio «excitación» ($p=0,027$), que empeora al finalizar los tratamientos.

En relación con la CV (tabla 4), parece mantenerse homogénea a lo largo del año tras el diagnóstico médico, aunque tras el tratamiento médico-quirúrgico (V1) los dominios bienestar emocional ($p=0,027$) y funcional ($p \leq 0,001$) se ven afectados negativamente, y en el intervalo V1-V2 el dominio bienestar funcional ($p=0,005$), pero mejoran a los 6 meses de finalizar los tratamientos médico-quirúrgicos (V2) acercándose a los valores hallados tras el diagnóstico médico (V0).

En relación con los tratamientos médicos recibidos por aquellas mujeres con actividad sexual, el 79% de las mujeres que recibieron quimioterapia, el 73% que recibieron radioterapia y el 64% que recibió tratamiento hormonal presentaba DSx. Estos resultados deben considerar que un 26% de las mujeres sexualmente activas recibieron tanto quimioterapia como radioterapia y que un 47% de las mismas recibieron los tres tratamientos.

En la tabla 5 se muestran los diferentes dominios del FSFI según los diferentes grupos de tratamiento quirúrgico y según el estado hormonal: 1) linfadenectomía axilar o biopsia ganglio centinela; 2) tumorectomía o mastectomía; y 3) presencia o no de posmenopausia. En este sentido las mujeres que se encuentran en la posmenopausia y, cuya intervención quirúrgica ha consistido en linfadenectomía axilar han mostrado más DSx. En relación con linfadenectomía axilar vs. biopsia ganglio centinela, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el valor total del FSFI ($p=0,011$) y en los dominios «deseo», «lubricación» y «dolor»; y en cuanto a la posmenopausia «sí vs. no», las diferencias estadísticamente significativas se hallan en el valor total del FSFI ($p=0,047$), así como en los dominios «deseo» y «satisfacción».

Discusión

Este estudio describe la función sexual de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, tras los tratamientos médico-quirúrgicos y a los 6 meses de la finalización de los mismos. En este sentido, según el conocimiento de las autoras, este es el primer estudio que analiza la función sexual de la mujer tras el diagnóstico del cáncer de mama y antes de los tratamientos médico-quirúrgicos, así como tras los mismos a corto y medio plazo, en una población española.

En primer lugar, llama la atención que el 52% de las mujeres evaluadas se declarasen sexualmente inactivas. Este

Tabla 2 Características de la muestra agrupada según actividad sexual tras el diagnóstico de cáncer de mama (V0)

| Variabes | Mujeres con actividad sexual (n = 50) | Mujeres sin actividad sexual (n = 59) | p-valor |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------|
| Edad, media (DE) | 51,84 (6,85) | 59,13 (12,22) | 0,018 |
| IMC, media (DE) | 26,47 (5,90) | 25,95 (4,59) | NS |
| Estado civil, n (%) | | | NS |
| Casada | 26 (68,4) | 35 (63,6) | |
| En pareja | 6 (15,8) | 9 (16,4) | |
| Sin pareja | 6 (15,8) | 11 (20,0) | |
| Estado ocupacional, n (%) | | | NS |
| Ama de casa | 10 (27) | 33 (51,6) | |
| Desempleada | 8 (21,6) | 5 (7,8) | |
| Empleada | 19 (51,4) | 26 (40,6) | |
| Estudiante | 0 | 0 | |
| Nivel educativo, n (%) | | | NS |
| Sin estudios | 0 | 2 (4,3) | |
| Primaria | 7 (19,4) | 18 (39,1) | |
| ESO | 8 (22,2) | 1 (2,2) | |
| Bachillerato o Grado medio | 10 (27,8) | 10 (21,7) | |
| Grado superior | 1 (2,8) | 4 (8,7) | |
| Estudios universitarios no finalizados | 5 (13,9) | 4 (8,7) | |
| Graduado de universidad | 5 (13,9) | 7 (15,2) | |
| Embarazos, mediana (IQR) | 2 (1,2) | 2 (0, 3) | NS |
| Posmenopausia, n (%) | 20 (57,57) | 54 (79,4) | 0,010 |

DE: desviación estándar; IQR: rango intercuartílico; NS: no significativo.

dato coincide con otros estudios sobre actividad sexual en mujeres sanas de edad media en los que se afirma que un 53% de las mujeres entre 66 y 71 años son sexualmente inactivas^{23,24}.

En relación con la frecuencia de DSx, en el presente estudio se ha hallado un alto porcentaje de DSx. Esto parece coincidir con Juraskova¹² y Muñoz²⁵, que afirman que hasta un 64% de las mujeres supervivientes del cáncer de mama experimentan DSx.

Asimismo, las DSx más frecuentes han sido la dispareunia y el trastorno del deseo sexual coincidiendo con la literatura hallada al respecto^{11-13,17,26}. En relación con la dispareunia, la revisión realizada por B. Berghmans¹⁴, estima una prevalencia entre el 16% y el 26%. Tanto la dispareunia como el deseo sexual son problemas frecuentes en las mujeres posmenopáusicas. Un 75,5% de las mujeres de la muestra eran posmenopáusicas y se halló una relación significativa entre la posmenopausia y la DSx coincidiendo con otros estudios²⁶. Se trata de un factor influyente en la aparición de DSx²⁷. Esto podría deberse, en parte, a la reducción de la circulación de niveles estrogénicos, progesterona y testosterona, ocasionado por un descenso de la función ovárica que produce pérdida del deseo sexual, capacidad orgásmica, sequedad vaginal y pérdida de lubricación. Además, debido a la atrofia que se ocasiona, el tono del músculo pubocoxígeo puede provocar dispareunia y/o vaginismo, pudiendo explicar el hallazgo²⁷. Además, diversos estudios describen la relación entre la aparición de DSx y la depresión femenina²⁶. La depresión es un factor psicológico que puede aparecer en la etapa de la menopausia y, tal y como se ha observado en la revisión realizada por Emilee¹³, también suele aparecer en mujeres intervenidas de cáncer de mama, sobre todo en aquellas que

han pasado por una mastectomía. Analizando los resultados obtenidos en relación con la CV, los valores más bajos corresponden al «bienestar emocional», «bienestar funcional» e «información adicional». Estos dominios hacen referencia, entre otros aspectos, a las emociones, a la forma de ver la vida tras la aparición del cáncer de mama y a cómo se siente la mujer y cómo se ve ante el resto de la sociedad, lo que podría haber influido tanto en la frecuencia de DSx como en el deseo sexual.

Al analizar la CV en las mujeres sin DSx se observan mejores puntuaciones en comparación con las mujeres con DSx, en los tres momentos de valoración. Las mujeres con DSx presentan peores resultados en el bienestar físico, social y emocional respecto a las mujeres sin DSx, aunque la percepción de CV en las participantes con DSx mejora desde el momento del diagnóstico hasta la finalización de los tratamientos médico-quirúrgicos.

En cuanto al tipo de intervención, no se ha podido establecer relación entre la mastectomía y las DSx. Esto difiere los hallazgos de Boswell³, que expone que aquellas mujeres que sufren una cirugía radical tienen más predisposición a sufrir DSx, frente a aquellas que pasan por una cirugía conservadora. Esta discrepancia puede deberse a los avances en el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama en el que actualmente predomina la cirugía conservadora, encontrando así en la muestra del presente estudio un menor número de mujeres mastectomizadas. Sin embargo, sí se ha hallado relación entre la linfadenectomía y las DSx. A pesar de que no se trata de cirugía mamaria, puede que la asimetría corporal se vea afectada²⁸ así como aspectos psicológicos relacionados con la percepción de la autoimagen corporal, lo que podría afectar negativamente al establecimiento de relaciones íntimas, afectando la vida

Tabla 3 Función sexual, estado hormonal, y calidad de vida de las participantes sexualmente activas en los tres momentos de la valoración

| Valoración | V0 (n = 50) | | | V1 (n = 41) | | | V2 (n = 41) | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------------|-------------------------------|---------|-------------------------------|-------------------------------|---------|
| | Con disfunción sexual (n = 32) | Sin disfunción sexual (n = 18) | P-valor | Con disfunción sexual (n = 32) | Sin disfunción sexual (n = 9) | P-valor | Con disfunción sexual(n = 30) | Sin disfunción sexual(n = 11) | P-valor |
| FSFI (mediana, RIQ) | 9,75 (11,15) | 29,70 (1,7) | 0,003 | 21,70 (17) | 30,25 (2,63) | 0,016 | 20,43 (10,46) | 30,00 (5,65) | 0,02 |
| Deseo (mediana, RIQ; media, DE) | 2,40 (2,1) | 3,74 (0,89) | 0,078 | 2,40 (1,8) | 4,08 (1,01) | 0,001 | 2,40 (1,8) | 4,29 (1,12) | NS |
| Excitación (mediana, RIQ) | 1,65 (3,9) | 4,20 (1,5) | 0,041 | 3,00 (2,7) | 4,92 (0,81) | 0,014 | 2,81 (1,8) | 4,93 (0,98) | 0,03 |
| Lubricación (mediana, RIQ) | 0,90 (4,05) | 5,70 (1,8) | 0,001 | 2,70 (4,5) | 6,00 (0,9) | 0,003 | 3,30 (3,6) | 5,60 (0,1) | 0,014 |
| Orgasmo (mediana, RIQ) | 2,40 (4,2) | 6,00 (1,2) | 0,000 | 3,60 (4,80) | 4,92 (0,76) | 0,001 | 3,26 (2,06) | 6,00 (0,8) | < 0,001 |
| Satisfacción (mediana, RIQ) | 3,00 (4,0) | 5,60 (1,2) | 0,001 | 3,60 (2,40) | 5,60 (1,2) | 0,031 | 3,44 (1,84) | 6,00 (0,8) | 0,04 |
| Dolor (mediana, RIQ) | 0,00 (4,20) | 6,00 (0) | 0,000 | 4,40 (5,20) | 6,00 (0,4) | < 0,001 | 4,60 (4,8) | 6,00 (0,8) | < 0,001 |
| FACT-B + 4 (media, DE) | 75,48 (14,77) | 75,96 (22,39) | NS | 66,67 (14,28) | 72,60 (19,16) | NS | 69,54 (11,43) | 84,74 (12,02) | NS |
| Bienestar físico (mediana, RIQ) | 94,65 (26,78) | 96,43 (7,14) | < 0,001 | 78,57 (25) | 89,29 (10,71) | 0,018 | 79,46 (16,55) | 100,00 (3,57) | 0,018 |
| Bienestar social (mediana, RIQ) | 86,61 (14,71) | 97 (10,71) | 0,007 | 78,57 (16,66) | 96,43 (7,14) | 0,007 | 81,67 (14,72) | 93,36 (5,23) | 0,007 |
| Bienestar emocional (mediana, RIQ; media, DE) | 58,33 (29,18) | 55,95 (3) | 0,007 | 50,67 (20,83) | 59,26 (12,15) | 0,008 | 56,25 (33,04) | 70,41 (19,53) | 0,008 |
| Bienestar funcional (media, DE) | 69,67 (17,76) | 79,62 (11,08) | NS | 64,29 (28,57) | 52,86 (32,33) | NS | 70,74 (15,50) | 83,16 (14,39) | NS |
| Información adicional (media, DE) | 68,15 (8,76) | 60,81 (7,94) | NS | 64,29 (13,07) | 65,18 (8,51) | NS | 59,59 (16,72) | 76,79 (3,57) | NS |
| IMC (media, DE) | 25,69 (4,04) | 27,89 (4,31) | NS | 25,21(3,90) | 24,78 (3,09) | NS | 25,66 (4,01) | 23,55 (2,85) | NS |
| EDAD (media, DE) | 51,63 (7,28) | 52,23 (6,23) | NS | 52,88 (8,08) | 51,50 (7,78) | NS | 51,85 (7,52) | 49 (8,64) | NS |
| Posmenopausia (n, %) | 19 (79,17%) | 6 (46,15%) | - | 23 (69,69%) | 4 (40%) | - | 18 (90%) | 5 (65,71%) | - |

DE: desviación estándar; IQR: rango intercuartílico; NS: no significativo.

Tabla 4 Evolución de la disfunción sexual según el FSFI y de la calidad de vida según el FACT-B + 4 en los tres momentos de valoración

| Variables | V0-V1 (n = 41) | | | V0-V2 (n = 41) | | | V1-V2 (n = 41) | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------|--------------------------------|------------------------------------|---------|--------------------------------|------------------------------------|---------|--------------------------------|
| | Diferencia de medias o de medianas | P-valor | Intervalo de confianza del 95% | Diferencia de medias o de medianas | P-valor | Intervalo de confianza del 95% | Diferencia de medias o de medianas | P-valor | Intervalo de confianza del 95% |
| FSFI ^a | -1,465 (17,36) | NS | -7,25, 4,32 | -7,361 (15,09) | 0,016 | -13,21, -1,51 | -1,904 (18,90) | NS | -9,23, 5,43 |
| Deseo ^b | -0,308 (3,26) | NS | -1,39, 0,78 | -0,557 (1,50) | NS | -1,14, 0,03 | 0,257 (3,55) | NS | -1,12, 1,63 |
| Excitación ^a | -0,122 (2,58) | NS | -0,98, 0,73 | -0,964 (2,76) | NS | -2,03, 0,10 | -1,104 (2,50) | 0,027 | -2,07, -0,13 |
| Lubricación ^a | -0,349 (2,40) | NS | -1,15, 0,45 | -0,775 (3,53) | NS | -2,14, 0,59 | -0,250 (3,54) | NS | -1,60, 1,10 |
| Orgasmo ^a | 0,065 (3,82) | NS | -1,21, 1,34 | -0,914 (2,47) | NS | 1,87, 0,04 | -0,486 (3,56) | NS | -1,87, 0,89 |
| Satisfacción ^a | -0,054 (2,31) | NS | -0,82, 0,72 | -0,914 (2,49) | NS | -1,87, 0,05 | -0,829 (2,68) | NS | -1,87, 0,21 |
| Dolor ^a | -0,562 (4,04) | NS | -1,90, 0,78 | -1,643 (3,05) | 0,008 | -2,82, -0,46 | -0,400 (3,52) | NS | -1,76, 0,96 |
| FACT-B + 4 ^b | 4,181 (11,67) | NS | -4,16, 12,52 | -1,421 (11,38) | NS | -9,56, 6,72 | -5,602 (13,19) | NS | -15,04, 3,83 |
| Bienestar físico ^a | 2,269 (24,33) | NS | -5,84, 10,38 | -1,213 (27,34) | NS | -12,50, 10,07 | -6,142 (30,12) | NS | -18,58, 6,29 |
| Bienestar social ^a | 3,827 (19,89) | NS | -2,80, 10,46 | 1,805 (23,42) | NS | -7,46, 11,07 | -0,154 (21,96) | NS | -8,84, 8,53 |
| Bienestar emocional ^a | -10,548 (27,78) | 0,027 | -19,81, -1,29 | -14,22 (36,47) | NS | -28,95, 0,51 | -1,135 (22,03) | NS | -10,03, 7,76 |
| Bienestar funcional ^b | 23,613 (26,15) | 0,000 | 14,89, 32,33 | 7,893 (23,90) | NS | -1,55, 17,35 | -14,015 (23,47) | 0,005 | -23,30, -4,73 |
| Información adicional ^b | 3,409 (14,36) | NS | -1,37, 8,20 | 1,739 (18,68) | NS | -5,65, 9,12 | -1,347 (22,15) | NS | -10,11, 7,42 |

NS: no significativo.

^a t de Student.^b U de Mann-Whitney.

Tabla 5 Disfunción sexual según el estado hormonal y las intervenciones quirúrgicas; y relación entre la presencia de disfunción sexual y el tipo de intervención quirúrgica, el estado hormonal, tratamientos empleados, edad y número de embarazos

| Disfunción sexual | Cirugía axilar | | | Cirugía mamaria | | | Posmenopausia | | |
|-------------------|-----------------|-------------------|---------|-----------------|--------------|---------|---------------|-------------|---------|
| | Linfadenectomía | Ganglio centinela | P-valor | Mastectomía | Tumorectomía | P-valor | Sí | No | P-valor |
| FSFI | 2,15 (13,05) | 22,70 (23,9) | 0,011* | 14,3 (20,2) | 16,6 (26,1) | NS | 8,2 (23,3) | 24,9 (18,4) | 0,047* |
| Deseo | 1,20 (0,9) | 3,00 (1,8) | 0,006* | 3 (1,8) | 2,4 (3,4) | NS | 2,4 (2,4) | 3,60 (0,6) | 0,035* |
| Excitación | 0,15 (2,10) | 3,60 (3,9) | NS | 3 (4,20) | 3 (3,9) | NS | 1,5 (3,9) | 3,9 (1,5) | NS |
| Lubricación | 0,00 (2,25) | 4,05 (5,40) | 0,034* | 2 (3,60) | 3,9 (5,40) | NS | 1,8 (4,2) | 4,5 (3,3) | NS |
| Orgasmo | 0,00 (3,2) | 4,00 (6,0) | NS | 3,60 (4,80) | 4 (5,60) | NS | 2 (5,2) | 4 (2,4) | NS |
| Satisfacción | 0,80 (2,4) | 4,80 (4,6) | NS | 4 (4) | 4,4 (4) | NS | 3,6 (4) | 5,2 (4,4) | 0,049* |
| Dolor | 0,00 (1,2) | 3,80 (6,0) | 0,047* | 1,6 (5,2) | 2,4 (6) | NS | 0 (6) | 4,4 (6) | NS |

| Disfunción sexual según FSFI | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------|
| | Coefficiente de correlación | P-valor |
| Cirugía axilar ^a | 0,244 | NS (0,067) |
| Cirugía mamaria ^a | -0,112 | NS (0,408) |
| Menopausia ^a | 0,228 | NS (0,061) |
| Radioterapia ^a | 0,037 | NS (0,787) |
| Quimioterapia ^a | -0,224 | NS (0,218) |
| Hormonoterapia ^a | -0,100 | NS (0,463) |
| Edad ^b | -0,220 | NS (0,101) |
| N.º embarazos ^a | 0,119 | NS (0,383) |

NS: no significativo.

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).^a Spearman.^b Pearson.

sexual de la mujer²⁸. Al analizar las relaciones entre variables (tabla 5) ningún coeficiente de correlación muestra relaciones lineales estadísticamente significativas, aunque la cirugía axilar y la menopausia muestran cierta tendencia de relación positiva con la DSx.

En el presente estudio no se ha encontrado relación entre la quimioterapia y la DSx. Este resultado difiere de otros estudios que afirman que la quimioterapia produce problemas de excitación, lubricación, orgasmo y dolor sexual^{13,21} con mayor riesgo en mujeres no menopáusicas¹³. La diferencia podría deberse al hecho del alto porcentaje de posmenopáusicas del presente estudio.

En cuanto a la evolución de las DSx durante el tratamiento tras el diagnóstico médico, la puntuación del FSFI mejora tras los tratamientos médico-quirúrgicos, principalmente a medio plazo. Esto puede contrastar con los estudios que afirman que los tratamientos médico-quirúrgicos producen DSx^{3,13,21}. Esto se debe probablemente al diseño transversal o retrospectivo, así como al hecho de que en los citados estudios no se lleva a cabo una valoración de la DSx tras el diagnóstico médico y antes de los tratamientos médico-quirúrgicos. En el presente estudio la puntuación del FSFI es menor en el momento entre el diagnóstico médico de cáncer de mama y el inicio de los tratamientos médico-quirúrgicos que tras los mismos, indicando una mayor frecuencia de DSx. Aunque no se conocen los datos de FSFI previos al diagnóstico de cáncer de mama, los datos son similares a los que presenta la población femenina sana de mediana edad^{23,24}.

Este estudio también presenta ciertas limitaciones relacionadas con el diseño que no permite establecer relaciones causales entre el cáncer de mama y la disfunción sexual. En relación con la finalización de tratamientos, 12 meses después del diagnóstico médico, y tras finalizar la quimioterapia y radioterapia, muchas mujeres todavía siguen bajo tratamiento hormonal, con una duración de entre 5 y 10 años. Dado que en este estudio se ha valorado la función sexual antes de la intervención quirúrgica del cáncer de mama y no es posible valorar la función sexual antes del diagnóstico de cáncer de mama, sería interesante realizar un estudio comparando mujeres sanas y mujeres con cáncer de mama por grupos de edad.

Esto hace necesarios más estudios con un mayor tamaño muestral de mujeres sexualmente activas, con un mayor seguimiento que pueda valorar el efecto de la terapia hormonal a largo plazo que permitan corroborar los resultados de este estudio, así como extrapolar resultados a toda la población mujeres supervivientes del cáncer de mama con los márgenes de error adecuados.

A la luz de los resultados que se presentan en este estudio, sería interesante ofrecer a mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama una propuesta terapéutica que abordase los trastornos del deseo y de la excitación, así como los trastornos de dolor y del orgasmo. El fisioterapeuta, junto con el médico ginecólogo y el psicólogo-sexólogo puede diseñar y aplicar protocolos de tratamiento de DSx en mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama.

Conclusiones

Las DSx son un problema frecuente en mujeres supervivientes de cáncer de mama durante el primer año tras el diagnóstico médico. Los tratamientos médico-quirúrgicos no parecen influir negativamente en la función sexual detectada tras el diagnóstico médico. Las DSx parecen relacionarse con la posmenopausia y con la linfadenectomía axilar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Irrazaval ME, Kleinman P, Silva RF, Fernandez Gonzalez L, Torres C, Fritis M, et al. Quality of life in Chilean breast cancer survivors. *Rev Med Chil.* 2016;144:1567–76.
2. Globocan 2010 – Home (Internet) [consultado 3 Abr 2018]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
3. Boswell EN, Dizon DS. Breast cancer and sexual function. *Transl Androl Urol.* 2015;4:160–8.
4. Ewertz M, Jensen A. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncológica.* 2011;50:187–93.
5. Torres Lacomba M, Yuste Sánchez MJ, Zapico Goñi A, Prieto Merino D, Mayoral del Moral O, Cerezo Téllez E, et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ.* 2010;12:b5396.
6. Torres-Lacomba M, Mayoral del Moral O, Copería-Zazo JL, Yuste-Sánchez MJ, Ferrandez J, Zapico-Goñi A. Axillary web syndrome after axillary dissection in breast cancer: a prospective study. *Breast Cancer Res Treat.* 2009;117:625–30.
7. Nogaledo-Martín M, Prieto-Gómez V, Yuste-Sánchez MJ. Efecto del tratamiento fisioterapéutico en mujeres con trombosis linfática superficial tras cirugía de cáncer de mama: serie de casos. *Fisioterapia.* 2017;39:93–8.
8. Torres-Lacomba M, Cerezo Téllez E. Actuación fisioterapéutica en las trombosis linfáticas superficiales tras cirugía mamaria con linfadenectomía. A propósito de un caso. *Cuestiones de Fisioterapia.* 2008;37:34–8.
9. Puertas-Pérez de Castro A, Yuste-Sánchez MJ. El vendaje cohesivo en el tratamiento de la trombosis linfática superficial en mujeres intervenidas de cáncer de mama. Serie de casos. *Fisioterapia.* 2018;40:214–8.
10. Echávez JF, Jiménez E, Bautista JE, Río Valle J, Vélez R. Efectividad del ejercicio físico en la fatiga de pacientes con cáncer durante el tratamiento activo: revisión sistemática y metaanálisis. *Cad. Saúde Pública.* 2015;31:667–81.
11. Camargo J, Valadares J, Vieira F. La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer de mama. *Enfermería Global.* 2016;15:350–68.
12. Juraskova I, Jarvis S, Peate M, Meiser B, Cheah B, Mireskandari S, et al. The acceptability, feasibility and efficacy (phase I/II Study) of the OVERcome (Olive Oil, Vaginal Exercise and Moisturizer) Intervention to improve dyspareunia and alleviate Sexual problems in women with breast cancer. *J sex Med.* 2013: 1–10.
13. Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: A review. *Maturitas.* 2010;66:397–407.
14. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Rev International Urogynecology.* 2017:1–8.
15. Pons M. Sexual health in women with pelvic floor disorders: measuring the sexual activity and function with questionnaires – a summary. *Int Urogynecol J.* 2009;20:565–71.
16. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010;29:4–20.
17. Markopoulos C, Tsaroucha AK, Kouskos E, Mantas D, Antonopoulou Z, Karvelis S. Impacto de la cirugía de cáncer de mama en la autoestima y la vida sexual de los pacientes de sexo femenino. *J Int Med Res.* 2009;37:182–8.
18. Rocca Rossetti S. Functional anatomy of pelvic floor. *Arch Ital Urol Androl.* 2016;88:28–37.
19. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. *Maturitas.* 2009;63:124–7.
20. Moyano N, Sierra JC. Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Rev Argentina de Clínica Psicológica.* 2015;24:277–86.
21. Taylor S, Harley C, Ziegler L, Brown J, Velikova G. Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;130:711–24.
22. Sánchez-Sánchez B, Navarro Brazález B, Sánchez Méndez O, Rosa Díaz I, Gutiérrez Ortega C, Torres Lacomba M. Cultural adaptation and psychometric validation of the Spanish version of the female sexual function index (FSFI) in women with pelvic floor disorders. *Archives of sexual disorders.* En prensa. 2018.
23. IUGA Sexual Dysfunction in Women Roundtable. *Int Urogynecology J.* 2009; 20(S1):1-2.
24. Portillo Sánchez S, Pérez Medina T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* 2017;60:320–7.
25. Muñoz A, Camacho P. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81:168–80.
26. Nappi R, Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas.* 2009;63:138–41.
27. Cusack L, Brennan M, Baber R, Boyle F. Menopausal symptoms in breast cancer survivors: management update. *British Journal of general practice.* 2013;63:51–2.
28. Gozuyesil E, Surucu S, Alan S. Sexual function and quality-of-life-related problems during the menopausal period. *Journal of Health Psychology.* 2017;0:1–12.