

Cuidando a las mujeres supervivientes de cáncer de mama: la sexualidad

Autor: Valderrama Sotillo, María del Carmen (Graduada en Enfermería, Enfermera).

Público: Enfermeras y enfermeros. **Materia:** Enfermería. **Idioma:** Español.

Título: Cuidando a las mujeres supervivientes de cáncer de mama: la sexualidad.

Resumen

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres. La supervivencia del cáncer de mama se ha triplicado en la última década, aumentando las pacientes que precisan atención después del cáncer. Entre las esferas afectadas tras la supervivencia de cáncer de mama destacamos la sexualidad. Este Trabajo de Fin de Grado pretende conocer la salud sexual de las mujeres supervivientes de cáncer de mama y sus cuidados enfermeros. Así como, proponer una valoración focalizada del patrón sexual, describir las principales alteraciones sexuales y actualizar las intervenciones más eficaces para la salud sexual de las mujeres supervivientes.

Palabras clave: cáncer de mama, supervivientes, sexualidad, sexo, calidad de vida, supervivientes cáncer de mama, imagen personal.

Title: Caring for women survivors of breast cancer: sexuality.

Abstract

Breast cancer is the most common cancer in women. The survival of breast cancer has tripled in the last decade, increasing the number of patients requiring care after cancer. Among the areas that are affected after the survival of breast cancer we consider sexuality. The following degree thesis investigates the sexual health of female survivors of breast cancer, and its care nurses. And focusing assessment of sexual patterns amongst, describing the major sexual disturbances and update the most effective interventions for the sexual health of female survivors.

Keywords: breast cancer, survivors, breast cancer survivors, sexuality, sex, quality of life, self-schema,.

Recibido 2015-12-28; Aceptado 2015-12-30; Publicado 2016-01-25; Código PD: 067042

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres, representando el 16% de todos los cánceres que afectan al sexo femenino, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo (1,2). Destaca su incidencia en Norteamérica, Australia y Europa oriental y occidental (3), incidencia que aumenta en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. Por ello es una de las enfermedades que está recibiendo mayor consideración y atención a comienzos del siglo XXI, no sólo por su elevada incidencia sino también por algunas de sus peculiaridades, como puede ser la afectación psicológica de las pacientes (4). En nuestro país, según Camp-Sorrell si bien la incidencia es baja (5), se diagnostican unos 22.000 casos al año (6), representando casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino. La mayoría de los casos que se diagnostican corresponden a edades entre los 35 y los 80 años, con un pico máximo entre los 45 y los 65 (5), de forma que el 25% de los tumores se diagnostican en mujeres premenopáusicas (5; 7). La AECC estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres (6; 8).

El Instituto de la Mujer señala que hasta hace pocos años, las enfermedades como el cáncer de mama se han abordado únicamente desde la visión biológica, pero hoy en día es conocido que las mujeres que padecen esta patología necesitan recibir una atención sanitaria que trascienda la dimensión biológica y aborde el impacto emocional que supone un diagnóstico de estas características y las dificultades que conlleva el tratamiento (4). Puesto que, la supervivencia por cáncer de mama ha mejorado notablemente en los últimos 20 años (anualmente se incrementa la supervivencia por este tumor un 1,4%) (8), llegando a triplicarse en la última década (6), gracias a la detección precoz y a la efectividad de los tratamientos (9), a través de estudios como el Eurocare-5 (10), se dispone de mayor información sobre la prevalencia del cáncer, las tendencias de supervivencia en los países europeos y los patrones de atención de los pacientes de cáncer. Según De Angelis, más del 80 % de las mujeres afectadas por cáncer de mama tienen una supervivencia mayor a 5 años, siendo esta tasa muy similar en todos los países europeos excepto en la Europa oriental (11).

Para el National Cancer Institute, la supervivencia se enfoca en la salud y la vida de una persona en base a los aspectos físicos, psicosociales y económicos después del tratamiento de cáncer, más allá de la fase de diagnóstico y tratamiento, incluyendo a la familia y allegados del paciente. En esta valoración continuada de las supervivientes, el control de los efectos tardíos del tratamiento, la aparición de recidivas y mantener/aumentar la calidad de vida deben ser el objetivo fundamental de la atención sanitaria (12; 13).

Las mujeres con cáncer de mama sufren alteraciones en su calidad de vida, en dominios como el funcionamiento emocional y social, que comienzan desde el diagnóstico de la enfermedad que amenaza la vida, y prosigue durante la terapia y al finalizar la misma, provocando alteraciones a largo plazo (14), en las esferas psicológica, económica, social, sexual y biológica (9). Por ello en los últimos años se ha incrementado el conocimiento de los efectos a largo plazo del cáncer de mama, ya sea por la propia enfermedad o por el tratamiento, en el interés de mejorar la calidad de vida de estas mujeres en la etapa de supervivencia. En una revisión bibliográfica Cho refiere que el número de supervivientes de cáncer de mama que experimentan efectos adversos en relación a la sexualidad a largo plazo y buscan ayuda para estas cuestiones tiende a aumentar. Por otra parte, la sexualidad de las supervivientes de cáncer de mama es compleja con un amplio espectro inherente de problemas, incluyendo problemas psicosociales, psicológicos, físicos y problemas interrelacionados (15).

Este trabajo trata de dar respuesta al conocimiento de las alteraciones más frecuentes en el patrón de la sexualidad, así como a la valoración focalizada del patrón sexual y las intervenciones más eficaces para la sexualidad de las mujeres supervivientes al cáncer de mama.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

Según la profesora Kérouac, "los profesionales de la enfermería tienen que tener en cuenta las variables físicas, psicológicas y socioculturales que existen alrededor de la persona, porque un mismo tratamiento puede producir efectos diferentes dependiendo de la situación de éste". Por eso, en su opinión, es muy importante buscar la colaboración del paciente como actor en los cuidados enfermeros. "Los profesionales tienen que acompañar a la persona, es decir, saber lo que quiere y dejarle margen para elegir el tipo de atención que quiere recibir". Para Suzanne Kérouac, "los cuidados de la enfermería deben ser una rica interacción entre lo humanístico y lo científico". "Por supuesto son necesarios unos valores personales para la atención a la persona, pero se necesita, en primer lugar, una buena formación científica. Y esa formación tiene que estar siempre basada en la investigación si queremos asegurar la calidad de los cuidados" (16).

Los principios que según Kérouac pretenden ser clarificados a través de la aplicación del cuidado de enfermería son los siguientes: la enfermera demuestra un compromiso personal y profesional en el acto de cuidado; acompaña a la persona, la familia, el grupo o la comunidad en sus experiencias de salud, manteniendo la dignidad de ellos y respetando sus diferencias; con su presencia, su atención y su disponibilidad, favorece el desarrollo del potencial de la persona que vive experiencias de salud; se inspira en conocimientos específicos de la disciplina enfermera y aplica los principios específicos que guían el arte de cuidar; además de los conocimientos específicos de la disciplina, integra conocimientos de otras ciencias en la comprensión de la experiencia humana de salud; aprovecha recursos y conocimientos con el fin de facilitar diversas transiciones vividas por la persona, familia o grupo y promover su salud; se compromete en los procesos interactivos con el fin de promover la salud y favorecer la curación; da los cuidados individualizados en colaboración con la persona, la familia, el grupo o la comunidad, a través de un proceso heurístico llamado gestión clínica; reconoce su propia competencia y la de sus colegas, que pueden proceder de otras disciplinas, y con ellas contribuye al valor de los cuidados prodigados (17).

MARCO TEÓRICO

SALUD SEXUAL Y CÁNCER DE MAMA

Según refiere Pinto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como "un estado físico, mental y social de bienestar en relación con la sexualidad, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y saludables, libres de coacción, discriminación y violencia" (18; 19).

Si bien las enfermeras y los enfermeros están en una posición ideal para valorar la salud reproductiva con los pacientes, Kim señala que los efectos a largo plazo sobre la sexualidad y la reproducción pocas veces son abordados de

forma adecuada por las enfermeras y los enfermeros. En su revisión sistemática señaló que el déficit de conocimiento de las enfermeras ha sido la principal limitación que afecta a los Cuidados de la Salud Sexual (SHC, Sexual Health Care). En su artículo defiende que las enfermeras requieren competencias específicas con respecto al conocimiento acerca de los procedimientos de SHC, los institutos de fertilidad y clínicas, los recursos para los pacientes, y las guías de práctica clínica en referencia a los cuidados necesarios para las supervivientes de tumores mamarios. Con respecto a los tipos específicos de cáncer, las enfermeras presentan carencias en lo referente a las consecuencias de la cirugía y los posibles efectos secundarios sexuales de la quimioterapia, tales como la menopausia precoz, y la infertilidad en las mujeres afectadas (20).

Sánchez-Sánchez considera que preguntar a las pacientes acerca de su vida sexual suele despertar recelos (sobre todo si lo que se pregunta no guarda relación aparente con el motivo inicial de la consulta), sentimientos de vergüenza y/o de culpa en los y las componentes del equipo sanitario. Debido a esto, tanto la formación como la actitud de los profesionales de la salud son cruciales para la consecución del objetivo de salud sexual (19). El Instituto de la Mujer, en su publicación *Apoyo Emocional y Calidad de Vida en mujeres con Cáncer de Mama*, refiere ser frecuente ver acudir a los centros de salud mujeres que padecen o han padecido cáncer de mama, con problemas menstruales, alteraciones de su imagen corporal y muchas dudas con respecto a su sexualidad, ya que esta enfermedad afecta a una parte del cuerpo que puede convertirse en una importante fuente de malestar psicológico, debido a que la mujer sufre cambios físicos que son difíciles de asumir, sobre todo, en una sociedad que presiona mediante modelos de ideales de belleza (4). A ello se suma, según Halley, que muchas de estas mujeres han visto alterado otros aspectos importantes de su vida como las relaciones sociales y laborales (3).

Según Pinto las alteraciones sexuales mencionadas por las supervivientes de cáncer de mama son multidimensionales, a menudo incluyendo los aspectos físicos, psicológicos e interpersonales, afectando estos a su imagen corporal, su autoconcepto, deseo y satisfacción sexual, aún entre mujeres no intervenidas de mastectomía e incluyendo las mujeres con reconstrucción mamaria (18). Según Pillai-Friedman, las supervivientes a menudo se enfrentan a efectos secundarios sexuales a corto y a largo plazo, debido a los diferentes tratamientos que experimentan. Los efectos secundarios sexuales y la alteración del auto-esquema sexual pueden afectar significativamente a la calidad de vida de las mujeres que han superado un cáncer de mama (2).

Pinto da a conocer que entre el 9 y el 43% de la población adulta femenina tienen problemas sexuales, siendo los más comunes: bajo deseo sexual, baja excitación y dificultades para alcanzar el orgasmo. La dispareunia y la vaginitis representan el 16% de estos problemas. En mujeres con cáncer de mama predominan los mismos problemas sexuales que en la población en general, pero son más significativas algunas alteraciones sexuales como la dispareunia y la vaginitis, efectos secundarios del tratamiento, que frecuentemente no se abordan puesto que se asume que podrían existir antes del cáncer de mama y no ser explicadas por la experiencia oncológica (18). La prevalencia de las alteraciones en la salud sexual de las mujeres que han experimentado un cáncer de mama está en torno al 50 o 75 % según Halley (3), persistiendo durante más de 5 años en las supervivientes (21).

Por tanto, diariamente muchas mujeres luchan con el impacto del cáncer en las relaciones sexuales con sus parejas, ya que si bien la mayoría afirma conocer los efectos que el tratamiento puede tener en su sexualidad, no ocurre lo mismo con sus parejas, por lo que experimentan sentimientos de angustia. Las relaciones también pueden verse afectadas por la incapacidad para concebir. La infertilidad y la menopausia temprana dan lugar a sentimientos de pérdida, angustia, despersonalización, baja autoestima, pérdida de confianza en sí mismas, entre otros. Como síntomas físicos se destaca la sequedad vaginal, que algunas mujeres afectadas refieren como: *“La parte más horrible de tener cáncer” “Con la disminución de la libido y la sequedad vaginal, el coito es inimaginablemente doloroso”* (22).

Cho refiere que “la sexualidad es un campo básico e importante de la calidad de vida (QoL) de los humanos” (15). La RAE (Real Academia de la Lengua Española) define calidad de vida como “Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida” (21). Según Kim, la sexualidad, además de tener un significado esencial para la calidad de vida, está comenzando a emerger para las pacientes y supervivientes de cáncer, convirtiéndose en un aspecto importante de sus vidas. A la luz de la importancia de la sexualidad en oncología, los cuidados de salud sexual están siendo estandarizados con respecto a la práctica enfermera en otros países (20).

Sánchez-Sánchez define la «sexualidad» como la forma mediante la cual las personas experimenta y se expresan como seres sexuados. Se trata de una construcción de la inteligencia humana, resultando de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Para este autor, la sexualidad constituye uno de los aspectos de la personalidad en el que es mayor el grado de intimidad y privacidad. La evidencia

científica demuestra que una sexualidad satisfactoria beneficia física y emocionalmente a mujeres y a hombres, repercutiendo favorablemente en su calidad de vida (19).

Valoración enfermera de la sexualidad

Navarro Sarabia pone en conocimiento que “La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medio que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. El patrón de la sexualidad de Gordon se refiere al conjunto de estrategias, conductas y actitudes que se utilizan en la búsqueda del placer sexual, y describe tanto los patrones de satisfacción e insatisfacción de la sexualidad como el patrón reproductivo. Navarro Sarabia habla en su artículo de las herramientas de las que disponen las enfermeras/os como los Diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing (NANDA), que están relacionados con alteraciones en la sexualidad de las personas y que mediante la identificación de los mismos pueden colaborar a prevenir y mejorar la salud. En su estudio, Navarro llega a la conclusión de que valorar el Patrón de la sexualidad de forma exhaustiva, evidencia la mejora de la información cualitativa, para el cuidado de los pacientes, así como que la información recogida de este Patrón aumenta la seguridad de los pacientes por las repercusiones que su omisión puede tener sobre la salud de las personas (25).

Factores de la supervivencia al cáncer de mama que influyen en la sexualidad

En su artículo, Pinto refiere que los cambios en el bienestar sexual pueden ser experimentados como el peor y más duradero efecto a largo plazo del cáncer de mama (18). Según Camp-Sorrell, menopausia precoz, disfunción sexual e infertilidad han sido evaluados por las supervivientes como los aspectos más penosos de la experiencia, teniendo un impacto negativo y marcando la calidad de vida (5).

Cho expone que la disfunción sexual significa un gran impacto en las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama (7; 15). Según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), para considerar un problema sexual como disfunción sexual es preciso que éste persista en el tiempo y cause un estrés personal y dificultades interpersonales (18), debido a esto se consideran las alteraciones sexuales padecidas por las supervivientes y que persisten varios años después del tratamiento como disfunciones sexuales. La sexualidad de estas supervivientes se ve afectada por los efectos fisiológicos y psicológicos de los tratamientos oncológicos, y por tanto, la disfunción sexual abarca un amplio espectro de alteraciones, incluyendo los problemas fisiológicos, psicológicos y físicos. La disfunción sexual puede ser el resultado de tratamientos oncológicos como la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la terapia hormonal (15).

Según Pinto, el riesgo de disfunción sexual es a menudo de gran importancia para las pacientes jóvenes con cáncer de mama y para las supervivientes (18). Las razones son: el creciente número de diagnósticos de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas de todo el mundo, las cuales representan el 25% de todos los diagnósticos de cáncer de mama; la alta fragilidad de las mujeres jóvenes en lo referente a su concepción sexual de sí mismas y la imagen corporal; la estrecha relación de la menopausia prematura y la infertilidad causada por la enfermedad y su tratamiento; el período de desarrollo y de relación de las vidas de estas mujeres (7; 18). En un estudio realizado por Bakht y Najafi se compararon las disfunciones sexuales y las alteraciones de la imagen corporal entre mujeres con cáncer de mama y mujeres sin cáncer. Encontraron una diferencia significativa entre los dos grupos en lo referente al deseo sexual, el despertar de la excitación sexual, la satisfacción sexual, y la dispareunia. En el resto de aspectos no se encontraron diferencias significativas entre un grupo y el otro (26).

Los problemas sexuales a menudo no se resuelven hasta pasados varios años después del tratamiento o incluso aumentan con el tiempo (3). Según Kim, estos problemas pueden empeorar provocando alteraciones de la imagen corporal, miedo y pérdida de identidad entre otros (20). Aunque muchas pacientes piden tener acceso a información sobre sus problemas sexuales y a profesionales sanitarios que puedan dársela, solo una minoría sería capaz de obtener dicha información (3).

Según el estudio de Fingeret, la alteración de la imagen corporal se encuentra dentro de la preocupación psicosocial más común de las mujeres con cáncer de mama. La imagen corporal es una construcción multidimensional que involucra percepciones, pensamientos y sentimientos acerca de todo el cuerpo y su funcionamiento. Entre las dificultades psicosociales adversas relacionadas con alteraciones de la imagen corporal en las pacientes con cáncer se encuentran la depresión y la ansiedad, las dificultades en el funcionamiento sexual, y las deficiencias en la calidad de vida en general

(27). Es por ello que varios autores, entre ellos Pillai-Friedman, refieren que la calidad de vida en relación con la imagen corporal y con la sexualidad puede verse comprometida para las supervivientes de cáncer de mama (2;28).

Según la web Breastcancer.org, la menopausia precoz es uno de los efectos, de cáncer de mama, más significativos a largo plazo para las mujeres supervivientes de esta enfermedad. La menopausia puede estar ocasionada por el cáncer en sí, la extirpación profiláctica de los ovarios, la quimioterapia y la hormonoterapia (29). Así, según Basson, la quimioterapia puede ocasionar la falta ovárica prematura permanente, a menudo ocasionando dispareunia debido a la atrofia vaginal. Esto a su vez puede reducir la probabilidad de orgasmo y la motivación sexual (30). Breastcancer.org afirma que algunos de los síntomas menopáusicos experimentados pueden ser: dolores de cabeza, sofocos, cambios en el estado de ánimo, depresión, fatiga, pérdida de la memoria, alteraciones del peso, sequedad vaginal, pérdida de deseo sexual, trastornos del sueño (29), incluyendo cambios físicos como la sequedad vaginal y la dispareunia, los cuales son referidos por las supervivientes como un impacto sobre la intimidad sexual (22). La menopausia temprana puede tener consecuencias fisiológicas y psicológicas importantes para estas mujeres (5). Cuando el cáncer se presenta en mujeres premenopáusicas, estas pueden presentar una amenorrea transitoria durante la quimioterapia, volviendo a tener la menstruación una vez finalizado dicho tratamiento, no ocurriendo igual en mujeres ya menopáusicas (22).

La infertilidad junto con la menopausia supone un doble trauma para las mujeres que han superado un cáncer de mama, afectando al 25-60% de las supervivientes y experimentando sentimientos de pérdida, angustia, pérdida de identidad, baja autoestima (22). La fertilidad se considera un predictor de calidad de vida y uno de los aspectos más importantes para las personas con cáncer y sus parejas. Los índices de mujeres supervivientes de cáncer de mama que han podido quedarse embarazadas tras el cáncer son buenos, además la evidencia científica ha revelado que las mujeres con cáncer de mama o que lo han padecido, no tienen efectos adversos para el embarazo. Sin embargo, debido a los diferentes tipos de tratamientos contra el cáncer de mama, se encuentran distintas alteraciones en la salud reproductiva de las supervivientes de dicho tipo de cáncer, destacando la infertilidad, ya sea por la enfermedad en sí, las terapias hormonales, la extirpación de los ovarios o a la quimioterapia. En algunos casos la infertilidad puede surgir como mezcla entre la aparición de una menopausia precoz debida al tratamiento y por histerectomía profiláctica (5).

Perz describe la infertilidad como una alteración devastadora del cáncer, que provoca en las mujeres sensación de miedo y disrupción emocional. Al igual que la menopausia, la infertilidad produce alteraciones del estado de ánimo como depresión, ansiedad, baja autoestima. También puede afectar a la imagen corporal, el funcionamiento y el deseo sexual, erosionando la confianza en ellas mismas y afectando a las relaciones de pareja. Para muchas supervivientes la infertilidad y las alteraciones del bienestar sexual son uno de los efectos más significativos a largo plazo, suponiendo una lucha diaria ya que tener relaciones con su pareja les supone un gran impacto psicológico puesto que la incapacidad para concebir puede afectar directamente a la intimidad sexual. Una proporción significativa de supervivientes refiere la angustia asociada a la infertilidad, a la incertidumbre sobre el estado de fertilidad, y a los cambios en el bienestar sexual derivados de la menopausia temprana (22).

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la salud sexual de las mujeres supervivientes de cáncer de mama y sus cuidados enfermeros.

Objetivos específicos

Específico. Describir las principales alteraciones sexuales en las mujeres supervivientes de cáncer de mama.

Específico. Proponer una valoración focalizada del patrón sexual para las mujeres supervivientes de cáncer de mama.

Específico. Actualizar las intervenciones más eficaces para la salud sexual de las mujeres supervivientes.

METODOLOGÍA

En la realización esta búsqueda bibliográfica se han utilizado como bases de datos: Cochrane, Pubmed, WOS, Medline, SCOPUS, Cuiden, de las cuales obtuve un total de 99 documentos, 63 procedentes de fuentes primarias y 36 de fuentes secundarias. En Guías de Práctica Clínica no se encontró información relativa sobre el tema en revisión. La revisión bibliográfica se ha realizado desde Enero de 2015 hasta Mayo del mismo año.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en la Cochrane para saber si existían revisiones sobre el tema del trabajo. Se encontró una que se ajustaba mucho a los objetivos planteados, si bien su información ha tenido que ser actualizada puesto que es del año 2007. Posteriormente se realizan varias búsquedas en distintas bases de datos. Una de ellas fue la base de datos WOS (Web of Science), en la cual se usan los descriptores “breast cáncer” AND “quality of life” AND “sexuality” AND “survivor”. De esta primera búsqueda usando el límite de año de publicación 2010-2015 obtuve 4 resultados de los que sólo se usa 1. En una nueva búsqueda en dicha base de datos usando los mismos descriptores pero truncando sexuality en sex*, con el filtro 2010-2015 se quedaron en 273 resultados de los que tras aplicar los filtros: language English, article, review, oncology, psychology, biomedical social sciences, nursing, psychiatry, womens studies, social sciences other topics, reproductive biology, family studies, open access, obtuve 10 resultados de los cuales se escogen 4 según su temática. Se repite una tercera búsqueda en esta base de datos con los descriptores “breast cancer survivors” AND “quality of life” AND “sexuality”, se obtienen 73 resultados con el limitador 2010-2015. En la revisión de los resúmenes de los resultados año por año se deciden elegir 30 por su contenido temático.

A continuación se realiza la búsqueda en la base de datos Pubmed, con los descriptores “breast cancer survivors” AND “quality of life” AND “sexuality” y los límites 2010-2015, language English, review, journal article, systematic reviews, female, obtengo 39 resultados de los cuales cojo 10 documentos según el contenido de sus resúmenes. Truncando sexuality por sex* y usando los mismos límites que la vez anterior obtengo 68 documentos de los cuales cojo 17 de los cuales 10 ya los encontré en la búsqueda anterior.

De la búsqueda en SCOPUS usando los descriptores “breast cancer survivors” AND “quality of life” AND “sexuality” y con los límites 2010-2015, language English and Spanish, article, review, nursing, psychology health professions, se obtienen 120 documentos de los cuales tras leer el resumen sólo se escogen dos artículos, pero en artículos relacionados con estos que pueden servir se eligen 12 documentos. Cambiando los descriptores a “breast cancer survivors” AND “quality of life” AND “sexual problems” AND female, y aplicando los límites comentados anteriormente se obtienen 71 documentos de los cuales al excluir “male” se quedan en 40, una vez leídos sus resúmenes se escogen dos de estos resultados y otro documento relacionado con uno de ellos. Al cambiar el formulario de búsqueda usando los descriptores “breast neoplasms survivors” AND “quality of life” AND “sexuality” AND female, y los mismos límites anteriores y se obtienen 36 documentos pero en esta ocasión sólo se escoge un artículo aunque también 3 artículos relacionados con éste que pueden resultar útil.

En la búsqueda en la base de datos Cuiden simplemente se encuentra un resultado conveniente para el trabajo usando los descriptores “cancer de mama” AND “sexuality”. En la base de datos Medline se usan los descriptores “breast cancer survivorship” AND “quality of life” AND “sexuality” encontrando 5 resultados de los que sólo se usa 1. Cambiando el formulario de búsqueda por “breast neoplasms survivors” AND “quality of life” AND “sexuality” y aplicando el limitador 2010-2015, female, se obtienen 5 resultados de los cuales es útil un artículo. Truncando sexuality por sex* vuelven a resultar 5 documentos de los que sirven dos. Con los descriptores “breast cancer survival” AND “quality of life” AND “sexual self-schema” no hay resultados. La última búsqueda que se realiza en esta base de datos tenía los descriptores “breast cancer survivors” AND “sexual health” AND “quality of life” se obtienen 8 resultados de los cuales según sus resúmenes pueden ser útil 2.

De algunos de los artículos que se han usado al analizar la bibliografía se obtienen un total de 22 artículos los cuales se leen y se escoge información de ellos. En esta revisión también se han usado páginas web como las del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la Asociación Española contra el cáncer y la Oncology Nursing Society entre otras.

Como criterios de inclusión se fijaron:

- Fecha de publicación entre 2010 y 2015
- Idioma: Castellano e Inglés.
- Algunas bases de datos permitían incluir sólo los documentos referentes a países europeos por lo que se usa para profundizar más en las búsquedas, sin pasar a desechar los que no son europeos.

Como criterios de exclusión se fijaron:

- Artículos que no diferenciaban entre hombres y mujeres.
- Los referidos sólo a hombres.
- Artículos no relacionados con los objetivos de este trabajo.
- Basados en los tratamientos del cáncer y en los que la información sobre sexualidad es escasa.

De un total de 99 documentos finalmente referenciados en la revisión se encuentran 44. Perteneciendo el resto de referencias a fuentes de otro tipo como páginas Web o libros.

Bases de Datos	WOS	Pubmed	Scopus	Cuiden	Medline
Descriptores y booleanos	"breast cancer" AND "quality of life" AND "sexuality" AND "survivor". Sex* "breast cancer survivors" AND "quality of life" AND "sexuality"	"breast cancer survivors" AND "quality of life" AND "sexuality" Sex*	"breast cancer survivors" AND "quality of life" AND "sexuality" "breast cancer survivors" AND "quality of life" AND "sexual problems" AND female "breast neoplasms survivors" AND "quality of life" AND "sexuality" AND female,	"cancer de mama" AND "sexuality"	"breast cancer survivorship" AND "quality of life" AND "sexuality" "breast neoplasms survivors" AND "quality of life" AND "sexuality" Sex* "breast cancer survival" AND "quality of life" AND "sexual self-schema" "breast cancer survivors" AND "sexual health" AND "quality of life"
Límites y filtros	2010-2015 language English, article, review, oncology, psychology, biomedical social sciences, nursing, psychiatry, women's studies, social sciences other topics, reproductive biology, family studies, open access	2010-2015 language English, review, journal article, systematic reviews, female	2010-2015, language English and Spanish, article, review, nursing, psychology health professions, male		2010-2015 female
Bases de Datos	WOS	Pubmed	SCOPUS	Cuiden	Medline
Resultados obtenidos	87	107	196	1	23
Resultados seleccionados	35	17	21	1	6
Pertenecientes a fuentes primarias	35	17	21	1	6
Pertenecientes a fuentes secundarias un total de 36 resultados					

DESARROLLO

PRINCIPALES ALTERACIONES SEXUALES DE LAS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA.

Las supervivientes de cáncer de mama quieren saber qué pueden esperar como efectos secundarios del tratamiento y el diagnóstico, tanto física como psicológicamente, ya que muchas de ellas sienten estar mal preparadas para algunos efectos a largo plazo relacionados con cuestiones emocionales y psicológicas, entre los que destacan la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la disminución de la satisfacción con la vida, el miedo a la recurrencia, los problemas con la imagen corporal, y la disfunción sexual (21).

Tal y como muestran los resultados obtenidos en el estudio de Braña-Marcos, la mujer superviviente de cáncer de mama se ve afectada en diversos ámbitos de su vida: físico, psicológico, cognitivo, social, sexual, etc. (31), incluso algunos estudios hablan de un 20% de mujeres afectadas en el dominio de la sexualidad y de la imagen corporal (32). Los trastornos más específicos después del cáncer, que afectan al bienestar sexual incluyen el dolor, la fatiga, la disminución de la lubricación vaginal, las náuseas, los sofocos, los sudores nocturnos, los vómitos, la irritación vaginal, la dispareunia, la disminución del interés o deseo sexual, la atrofia vaginal, la disminución de la excitación sexual, el entumecimiento en los senos previamente sensibles y la dificultad para alcanzar el orgasmo (33).

Los cambios en su figura y afectación de la integridad cutánea después de los tratamientos causan insatisfacción con su propia percepción y un fuerte impacto en la aceptación de su cuerpo, con consecuencias directas tanto en el buen funcionamiento de la imagen corporal como en la sexualidad (31).

Por otra parte, las terapias adyuvantes, si bien consiguen cifras de supervivencia como las que se manejan hoy en día (anualmente se incrementa la supervivencia por cáncer de mama en 1,4%), pueden causar problemas como la menopausia precoz que condiciona en muchas ocasiones la disfunción sexual, y la pérdida del interés sexual asociados a un sentido de pérdida de feminidad. Todo ello, evidentemente, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama (31).

Los problemas de salud reproductiva, como alteración de la fertilidad o insuficiencia ovárica prematura también son comunes entre mujeres jóvenes supervivientes de cáncer de mama, las cuales son menos activas sexualmente y suelen tener mayores preocupaciones sobre su fertilidad, así como, más problemas de imagen corporal, que las mujeres sanas en su mismo rango de edad (21,34). Kenyon refiere que las supervivientes más jóvenes también están en mayor riesgo de desajuste psicosocial en comparación con las supervivientes mayores. Esta autora, llega a la conclusión de que las supervivientes más jóvenes (edad menor de 55) tienen peor concepto de su imagen corporal y una mayor ansiedad, depresión, miedo a la recurrencia, y una mayor disfunción sexual que las supervivientes mayores de 55 años (21).

Para las pacientes que siguen terapia hormonal, la finalización del tratamiento no se produce hasta varios años después según Ferro. Si bien la fase aguda ha pasado y existe mayor tolerancia con el riesgo de la recurrencia, las pacientes que presentan efectos adversos por la terapia hormonal con gran afectación de la calidad de vida, señalan un desencuentro con los profesionales sanitarios sobre la sensibilidad y visión de la afectación de estos problemas en su calidad de vida. Manifiestan que, mientras la experiencia de degradación de la salud y el sufrimiento que les genera son los motivos principales de sus preocupaciones, además del riesgo de la recurrencia, los profesionales se centran en este último, relativizando la importancia del resto (35).

Las pacientes que han recibido educación sanitaria previa de cómo cuidarse según su situación expresan de forma general su insuficiencia y falta de concreción con relación a la dimensión de los problemas que experimentan, tales como la menopausia precoz, los sofocos, etc. Por otra parte, las mujeres que se consideran bien informadas expresan no tener suficiente conciencia de los riesgos y relajan su conducta para prevenirlos. En este sentido, es apreciable la variabilidad de los servicios y la necesidad de revisar los contenidos y el método de transmisión de estos conocimientos para capacitar a las pacientes en base a su propio autocuidado (35).

En lo referente a la quimioterapia, esta se ha asociado con la disfunción sexual, la disminución de la satisfacción con la vida, las alteraciones en la función menstrual y en la fertilidad (21; 32). Por otra parte, en la radioterapia se ha demostrado una correlación con efectos secundarios negativos incluyendo aumento de las emociones negativas (21). En lo que a tratamientos combinados se refiere, no podemos descartar el aumento de la insatisfacción sexual, ya que es bien sabido que los tratamientos sistémicos afectan a la sexualidad de una manera negativa (36). Camp-Sorell afirma que las mujeres con cáncer de mama en las que se produce una privación de estrógeno, están en riesgo de experimentar la

menopausia, pueden experimentar tanto los síntomas vasomotores como urogenitales, causando un impacto negativo en la calidad de vida (5). También Cusack, se refiere a los síntomas de la menopausia, y afirma que estos pueden afectar negativamente a la autoestima, la imagen corporal y la función sexual, estos a su vez pueden verse afectados por la ansiedad y la depresión derivadas de la enfermedad, aún así deben ser manejados como en el resto de mujeres no afectadas por cáncer (37). Los síntomas más comunes de la menopausia son los sofocos y la sequedad vaginal (5), los sofocos tienden a mejorar con el tiempo en las mujeres post-menopáusicas que no tenían terapia endocrina antes del tratamiento de cáncer (37).

Desafortunadamente, el dolor con la relación sexual o dispareunia, está relacionado con la sequedad vaginal y la atrofia vaginal, y ésta última a su vez se relaciona con la disminución de estrógeno, siendo ambos problemas sexuales muy comunes en las supervivientes de cáncer de mama (38).

Según Ferro, el grado y la visibilidad externa de los cambios físicos que experimentan algunas mujeres condicionan, entre otros factores, la intensidad de su impacto sobre la percepción de la propia imagen personal (35). Las supervivientes que se han sometido a una mastectomía muestran efectos adversos como la alteración de la imagen corporal y problemas relacionados con el interés por el sexo (5; 21), se perciben a sí mismas como más vulnerables, especialmente cuando observan sus cuerpos desnudos y en el momento de las relaciones sexuales (36).

Al mismo tiempo, se ha argumentado que aunque el dolor físico del cáncer de mama y el tratamiento disminuyen con el tiempo, la experiencia de dolor emocional puede persistir, ya que las mujeres lloran la pérdida de su seno o se sienten como si una parte de ellas hubiera muerto (33). De hecho, la pérdida de una mama está intrínsecamente ligada a la identidad de la mujer, su sexualidad y la imagen que tiene de ella misma, aproximadamente un tercio de las supervivientes de cáncer de mama expresan la angustia que les provoca esta pérdida, en relación a la imagen corporal después del tratamiento, sobre todo a las mujeres más jóvenes (39).

Según Ussher, el predictor más importante de los problemas sexuales en las supervivientes de cáncer de mama es la sensación de tener menos atractivo sexual. Las mujeres que tienen una pobre imagen corporal después del cáncer de mama tienen menores índices de satisfacción sexual y son más insatisfechas con su relación sexual que en el caso de tener una percepción positiva de su imagen corporal (33). Es por eso que Ferro afirma que según la relevancia que cada mujer otorga a su imagen física, el grado de impacto se relaciona con el sentido de reconocerse a sí misma, así como el que confiere en las relaciones sociales y muy especialmente al espacio íntimo de relación de pareja. Mientras para algunas mujeres los cambios físicos son vividos como huellas testimoniales de la superación del cáncer, para otras representan la consecuencia de una experiencia negativa que la imagen les recuerda de forma permanente en las diferentes dimensiones de la vida (35).

VALORACION FOCALIZADA DEL PATRÓN SEXUAL

Según el Observatorio de Metodología Enfermera, las enfermeras y enfermeros necesitan utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse. La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas (40).

Gordon describe el patrón sexual como la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo, incluyendo la percepción de satisfacción del individuo o los informes de trastornos en su sexualidad. También recoge la etapa reproductiva de la mujer (premenopáusicas o postmenopáusicas) y cualquier problema que se perciba (41; 42).

Álvarez, en lo referente al patrón sexual, propone valorar la menarquía y todo lo relacionado con el ciclo menstrual, menopausia y síntomas relacionados, métodos anticonceptivos, embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción, problemas o cambios en las relaciones sexuales, de forma que el patrón está alterado si la persona presenta preocupación por su sexualidad, trastornos o insatisfacción, si existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer o problemas en la menopausia así como si existen relaciones de riesgo (43).

El primer paso hacia la posibilidad de tratar y controlar las consecuencias del tratamiento del cáncer, según White es la evaluación clínica; sin conocer la prevalencia de los síntomas y problemas, sigue siendo difícil de identificar y satisfacer las necesidades del paciente eficazmente. Las enfermeras y enfermeros son capaces de ofrecer una mayor continuidad de

cuidados y mayor capacidad para la discusión de temas sensibles como la menopausia, las estrategias de salud sexual y la recuperación vaginal, y desde su rol clínico poder apoyar a estas pacientes. (44)

Según Champion, las mujeres supervivientes de cáncer de mama en comparación con las mujeres que no tienen cáncer, experimentan más depresión, angustia, fatiga y disfunción sexual que éstas. Escalas como la BCSES (Breast Cancer Self-Efficacy Scale) demuestran ser eficaces para valorar los efectos del cáncer en la calidad de vida después del diagnóstico y tratamiento del mismo. Las enfermeras juegan un papel importante al ayudar a los supervivientes de cáncer de mama con asuntos que se deriven del diagnóstico de cáncer y su tratamiento, mejorando así su calidad de vida (45).

En el año 2000 se validó un instrumento para medir y calcular el Índice de Función Sexual Femenino (IFSF) (Anexo 1) según recoge Artiles (24). Dicho instrumento explora el deseo sexual, la capacidad de excitación, lubricación, calidad del orgasmo, problemas con la penetración y satisfacción con la vida sexual, siendo considerada como una de las escalas mejor validadas según Bartula junto con otras dos escalas de calidad similar, ASEX (Anexo 2) y Sexual Problems Scale (46).

INTERVENCIONES ENFERMERAS MÁS EFICACES PARA LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES SUPERVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

Según Braña-Marcos, el impacto que suponen algunas terapias adyuvantes en la sexualidad de las supervivientes de cáncer de mama, está siendo infravalorado y, en consecuencia, no evaluado ni tratado convenientemente. A pesar de su importancia y del creciente reconocimiento de la afectación sexual, la atención prestada a estas pacientes en muchas ocasiones no incluye información acerca de posibles problemas de tipo sexual y, cuando se incluye, ésta es muy limitada. Así mismo, los profesionales de la salud se encuentran incómodos tratando este tema con sus pacientes y rara vez enfocan los problemas sexuales abiertamente y de forma exhaustiva, incluyendo aspectos psicosociales y relacionales.

La educación para la salud, la detección de estrés psicológico y la aplicación de intervenciones adaptadas a cada problema de salud resulta ser esencial para la restauración de la salud y de la calidad de vida a niveles óptimos (31).

El número de mujeres que han experimentado cáncer de mama que busca atención profesional debido a problemas sexuales se estima en un 20% (47) pero es conocido que, como decíamos anteriormente, la prevalencia de las alteraciones en la salud sexual esta en torno al 50 o 75 % de todas las afectadas (3). De ello se deduce que son pocas las mujeres que buscan esta atención de forma independiente, produciéndose una importante discrepancia entre la necesidad no satisfecha y la solicitud de atención, que es independiente del estado civil, la raza, el tipo de cáncer o la etapa del mismo (31; 48). Por tanto es necesario introducir en los procesos y protocolos de atención intervenciones sistemáticas dirigidas al ámbito sexual.

Numerosos autores consideran que las enfermeras y enfermeros son los profesionales con más competencias para valorar y abordar la sexualidad de las mujeres supervivientes (49, 50 y 51), puesto que pueden mejorar las preocupaciones que rodean a la sexualidad y a la intimidad, ofrecer información tanto a las mujeres como a sus parejas, de los cambios que aparecen relacionados a la sexualidad y sugiriendo posturas sexuales, o aconsejando el uso de productos que mejoran las relaciones sexuales(51).

Según Cho, para alcanzar el bienestar sexual de las mujeres se requiere un abordaje multidisciplinar, que incluya una atención holística e individualizada (15). Dentro de este enfoque las enfermeras y enfermeros aportarían sus competencias relacionadas con la valoración, educación y rehabilitación de las funciones sexuales de las mujeres con cáncer (49), a lo largo de todo su proceso asistencial, identificando diagnóstico enfermeros reales y potenciales según la taxonomía NANDA (31).

Según las enfermeras que participaron en el estudio de Oskay los tres temas más importantes que deben ser abordados durante la atención sexual de los pacientes son el efecto del cáncer en la vida sexual (98,9%), el efecto del tratamiento del cáncer en la vida sexual (97,7%) y los intentos de hacer frente a los problemas sexuales en todo el tratamiento del cáncer (95,9%), respectivamente (49).

Las intervenciones psicosexuales, mejoran la función y el bienestar sexual de las mujeres siendo así más fácil sobrellevar los efectos del cáncer (52).

Una revisión de Lammerink sugiere que las intervenciones más eficaces son aquellas basadas en intervenciones psico-educativas en pareja, ya que estos suponen un gran punto de apoyo para las supervivientes (53). Basándose en la plena participación de la pareja, Decker evidencia la viabilidad y aceptabilidad de intervenciones dirigidas a abordar las

cuestiones de la intimidad y la sexualidad frente al cáncer de mama. Por tanto la pareja debe constituirse como unidad de frente a los retos sexuales y relacionales después del cáncer de mama (54). Entre algunas de las intervenciones que se pueden llevar a cabo destacan: el asesoramiento de pareja, la terapia cognitivo-conductual (TCC), y las intervenciones dirigidas a los temas específicos de la imagen corporal alterada, como, estrategias de afrontamiento, y/o intervenciones basadas en una atención plena (mindfulness) (38). Así mismo otros autores sugieren la realización de talleres, que incluyan juegos de rol en torno a los problemas con la pareja, preguntando directamente si están teniendo dificultad sexual, o si tienen alguna pregunta que les gustaría resolver respecto a la sexualidad o la intimidad (54).

En el ámbito de los problemas físicos relacionados con los problemas sexuales, Carter revisó estrategias simples para su prevención, propuso un algoritmo de decisiones para tratar a las pacientes supervivientes que sufren de sequedad vaginal y dispareunia, el cual se esquematiza en la figura 1. Dentro de este algoritmo los y las enfermeras pueden valorar los problemas vaginales y aconsejar sobre la utilización de lubricantes e hidratantes vaginales (55).

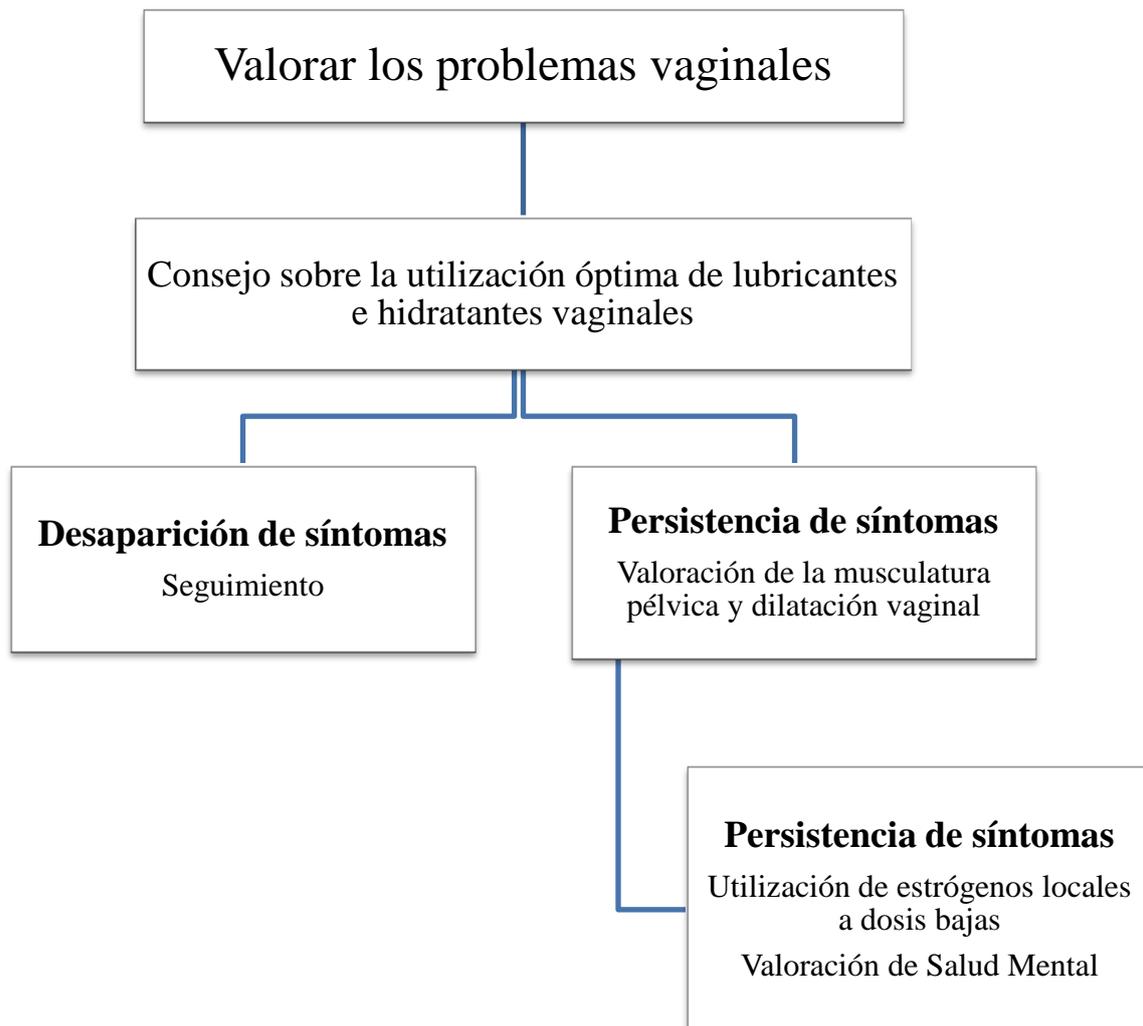


Figura 1. Algoritmo de Decisiones según Carter (55).

Por tanto, el tratamiento con terapias no hormonales es una pieza clave que puede disminuir la morbilidad de la sequedad vaginal, estos tratamientos y su forma de aplicación pueden y deben ser controlados por las enfermeras. Una de las recomendaciones dadas por Krychman para mejorar la atrofia vaginal son las relaciones sexuales regulares puesto que hacen que aumente el flujo de sangre hacia el tejido vaginal (5; 38), esto es demostrado debido a que las mujeres que

tienen una actividad sexual regular refieren menos síntomas de atrofia vaginal y tienen menos evidencia de atrofia en los exámenes vaginales en comparación con las mujeres sexualmente inactivas (38).

En cuanto al tema de la infertilidad, Camp-Sorell refiere que las enfermeras deben introducir el tema de la fertilidad antes de que el paciente comience la quimioterapia, durante el tratamiento, y al finalizar el mismo, aportando documentación específica sobre los problemas de fertilidad para garantizar que la pareja entiende y comprende este tipo de problemas y puede tomar las decisiones correspondientes (5). Informar a las mujeres y sus parejas de métodos como la crío-preservación de óvulos y otros procedimientos reproductivos actuales, mejora el conocimiento de las parejas y alivia la incertidumbre, según Adams (9).

CONCLUSIONES

En base a la revisión de la bibliografía realizada en este trabajo, se llega a las siguientes conclusiones:

1. Es necesario valorar focalizadamente el patrón sexual en mujeres supervivientes de cáncer de mama, ya que resulta ser un método idóneo para recoger información e identificar problemas, pudiendo así valorar la satisfacción de estas pacientes en lo referente a su sexualidad. Para la valoración focalizada pueden utilizarse diversos instrumentos, como la escala FSFI (Índice de Función Sexual Femenina) o la ASEX-Female (Arizona Sexual Experience Scale) o la Sexual Problems Scale, en concreto se recomienda la primera puesto que recoge información relativa a las alteraciones sexuales más frecuentes después del tratamiento del cáncer de mama y además, esta escala ya ha sido utilizada en población femenina española con buenos resultados.
2. Destacamos la importancia de las intervenciones enfermeras en las supervivientes de cáncer de mama, sobre los efectos adversos a largo plazo relacionados con la sexualidad. Entre las intervenciones más eficaces se encuentran:
 - Las intervenciones psicosexuales sistematizadas en un protocolo o programa educativo
 - El asesoramiento de parejas
 - La terapia cognitivo-conductual (TCC)
 - Las intervenciones dirigidas a la alteración de la imagen corporal, como, estrategias de afrontamiento
 - Las intervenciones basadas en una atención plena (mindfulness)
 - El despistaje y tratamiento de las alteraciones vaginales y su prevención
3. La necesidad de formar a enfermeras y enfermeros en sexualidad y cáncer para aumentar la calidad de las intervenciones enfermeras y contribuir a mejorar la calidad de vida de todas las mujeres afectadas de cáncer y en especial de cáncer de mama.

Consideraciones personales

Considero que la revisión aporta conocimientos actualizados sobre las alteraciones sexuales que se producen en la supervivencia de cáncer de mama, la importancia de una valoración focalizada del patrón sexual de las mujeres supervivientes de cáncer de mama para poder abordar directamente aquellas áreas afectadas y finalmente, sobre las intervenciones que pueden realizar las enfermeras y enfermeros para ayudar y cuidar a estas pacientes, mejorando así la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama. En cuanto a la esfera personal, el trabajo me ha ofrecido la oportunidad de conocer más sobre el cáncer de mama y sus efectos a largo plazo, así como lo difícil que debe resultar para las supervivientes seguir con su vida después de la enfermedad y convivir con las alteraciones sexuales que el tratamiento de cáncer ha provocado en ellas.

En estos meses de trabajo, he encontrado algunas limitaciones, principalmente el idioma de las fuentes ya que muchos de los artículos obtenidos y finalmente usados se encontraban en lengua inglesa. Sin embargo, me ha servido para mejorar mi comprensión lectora y aprender cómo hacer una revisión bibliográfica para posibles trabajos futuros.

ANEXOS

ANEXO 1

Female Sexual Function Index (FSFI) ④

Subject Identifier _____ Date _____

INSTRUCTIONS: These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?

- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high confidence
- High confidence
- Moderate confidence
- Low confidence
- Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how **often** did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you **maintain** your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how **difficult** was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Thank you for completing this questionnaire

Copyright ©2000 All Rights Reserved

Page 5 (of 5)

ANEXO 2

40

C. A. McGabuey et al.

ARIZONA SEXUAL EXPERIENCES SCALE (ASEX)-FEMALE

For each item, please indicate your **OVERALL** level during the **PAST WEEK**, including **TODAY**.

1. How strong is your sex drive?

1	2	3	4	5	6
extremely strong	very strong	somewhat strong	somewhat weak	very weak	no sex drive

2. How easily are you sexually aroused (turned on)?

1	2	3	4	5	6
extremely easily	very easily	somewhat easily	somewhat difficult	very difficult	never aroused

3. How easily does your vagina become moist or wet during sex?

1	2	3	4	5	6
extremely easily	very easily	somewhat easily	somewhat difficult	very difficult	never

4. How easily can you reach an orgasm?

1	2	3	4	5	6
extremely easily	very easily	somewhat easily	somewhat difficult	very difficult	never reach orgasm

5. Are your orgasms satisfying?

1	2	3	4	5	6
extremely satisfying	very satisfying	somewhat satisfying	somewhat unsatisfying	very unsatisfying	can't reach orgasm

COMMENTS:

Downloaded by [85.136.82.54] at 11:55 21 May 2015

Copyright 1997, Arizona Board of Regents, University of Arizona, All rights reserved

Bibliografía

- 1.OMS. Organización mundial de la salud. Cáncer de mama. [Web] Consultado el 21/03/2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- 2.Pillai-Friedman S, Ashline JL. Women, breast cancer survivorship, sexual losses, and disenfranchised grief – a treatment model for clinicians. *Sex Relatsh Ther* [Internet]. Routledge; 2014 Jul 14 [cited 2015 Feb 16];29(4):436–53. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84919461407&partnerID=tZOTx3y1>
- 3.Halley MC, May SG, Rendle KAS, Frosch DL, Kurian AW. Beyond barriers: fundamental “disconnects” underlying the treatment of breast cancer patients’ sexual health. *Cult Health Sex* [Internet]. ROUTLEDGE JOURNALS, TAYLOR & FRANCIS LTD, 4 PARK SQUARE, MILTON PARK, ABINGDON OX14 4RN, OXFORDSHIRE, ENGLAND; 2014 Jan [cited 2015 Feb 19];16(9):1169–80. Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=4&SID=U17PJD4yI8cT6NCLNEt&page=2&doc=13&cacheurlFromRightClick=no
- 4.Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Factores psicosociales en el cáncer de mama. 2008. [Web] Consultado el 21/03/15. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/4Apoyoemocional.pdf>
- 5.Camp-Sorrell D. Cancer and its treatment effect on young breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2009 Nov [cited 2015 Feb 5];25(4):251–8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208109000837>
- 6.EFE. Revista 20 minutos [Internet]. 18 de Mayo. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/1817949/0/cancer-mama/esperanza-vida/tratamiento-mujeres/>
- 7.Dizon DS. Quality of life after breast cancer: survivorship and sexuality. *Breast J* [Internet]. [cited 2015 Feb 7];15(5):500–4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19614908>
- 8.AECC. Asociación Española Contra El Cáncer. Cáncer por localización: cáncer de mama. [Web] Consultado el 10/03/15. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>
- 9.Adams E, Hill E, Watson E. Fertility preservation in cancer survivors: a national survey of oncologists’ current knowledge, practice and attitudes. *Br J Cancer* [Internet]. Cancer Research UK; 2013 Apr 30 [cited 2015 Feb 28];108(8):1602–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2013.139>
- 10. EUROCARE. European cancer registry. Based study on survival and. Care of cancerpatients. Consultado el 25/03/15. Disponible en: <http://www.eurocare.it/>
- 11. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5--a population-based study. *LancetOncology* 2014 01;15(1):23-34. Consultado el 30/03/15. Disponible en: <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/1472021277/fulltextPDF/6984F96A7B6F4752PQ/1?accountid=14744>
- 12. NCI. The National Cancer Institute. Estados Unidos. [Web] Consultado el 31/03/15. Disponible en: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=445089>
- 13. ONS. The Oncology Nursing Society. [Web] Consultado el 31/03/15. Disponible en: <https://www.ons.org/>
- 14. Quintard B, Constant A, Lakdja F, Labeyrie-Lagardère H. Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: the role of the Sense of Coherence. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. Elsevier; 2014 Feb 2 ; 18(1):41-5. Consultado el 19/02/2015.Disponible en: <http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462388913001051/fulltext>
- 15. Cho J, Jung S-Y, Lee JE, Shim E-J, Kim NH, Kim Z, et al. A review of breast cancer survivorship issues from survivors’ perspectives. *J Breast Cancer* [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 Feb 26];17(3):189–99. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4197348&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 16. Manuel Castells. 04/03/15. Web Universidad de Navarra. Disponible en: <http://www.unav.es/noticias/231101-07.html>
- 17. Reyes Gómez, Eva. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Editorial El Manual Moderno, 2009. ProQuestebrary. Web. 4 May 2015. Disponible en: <http://0->

site.ebrary.com.fama.us.es/lib/unisev/reader.action?docID=10751595&ppg=82

- 18. Pinto AC. Sexuality and breast cancer: prime time for young patients [Internet]. *Journal of Thoracic Disease*. [cited 2015 Feb 26]. p. S81–S86. Disponible en: <http://www.jthoracdis.com/article/view/1214/html>
- 19. Sánchez-Sánchez F, González-Correales R, Jurado-López AR, San Martín-Blanco C, Montaña-Hernández RM, Tijeras-Úbeda MJ, et al. [The medical history taking in sexual health: skills and attitudes]. *Semergen* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Mar 30];39(8):433–9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313001251>
- 20. Kim S, Park E, Kim J-H. Development and psychometric evaluation of a sexual health care knowledge scale for oncology nurses. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2014 Oct [cited 2015 Feb 19];5(3):142–8. Disponible en: http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=S1Vi9BnQ6TP6f4MAG8R&page=1&doc=3&cacheurlFromRightClick=no
- 21. Kenyon, M; Mayer, D; Owens, A. Late and Long-Term Effects of Breast Cancer Treatment and Surveillance Management for the General Practitioner. *JOGNN*, 43, 382-398; 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24690072>
- 22. Perz J, Ussher J, Gilbert E. Loss, uncertainty, or acceptance: subjective experience of changes to fertility after breast cancer. *Eur J CancerCare (Engl)* [Internet]. 2014 Jul, 23(4):514–22. Consultado el 19/02/15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24372983>
- 23. RAE. Real Academia de la Lengua Española. Consultado el 28/03/15. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=th6fUJ0TbDX2Xc9jAuL>
- 24. Artiles Pérez V, Dolores Gutiérrez Sigler M, Sanfélix Genovés J. Función sexual femenina y factores relacionados. *Atención Primaria* [Internet]. 2006 Oct [cited 2015 Mar 30];38(6):339–44. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705145>
- 25. Navarro Sarabia JI, Rodríguez López CM, Garrido Fernández P, De la Rosa Herrera E, Moreno Martínez A, Robles López A. Valoración del patrón de la sexualidad: atención integral de la salud de las personas. *Enfermería Glob* [Internet]. 2013 Jul 1; 12 (3): 1-13. Consultado el 30 de Marzo de 2015. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/174221>
- 26. Bakht S, Najafi S. Body image and sexual dysfunctions: comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 5];5:1493–7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810016885>
- 27. Fingeret MC, Nipomnick S, Guindani M, Baumann D, Hanasono M, Crosby M. Body image screening for cancer patients undergoing reconstructive surgery. *Psychooncology* [Internet]. 2014 Aug [cited 2015 Feb 19];23(8):898–905. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4116641&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 28. Carter J, Goldfrank D, Schover LR. Simple strategies for vaginal health promotion in cancer survivors. *J Sex Med* [Internet]. 2011 Feb [cited 2015 Mar 5];8(2):549–59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20722792>
- 29. Breastcancer.org [sede Web]. 22 Marzo 2015. Tratamientos y efectos secundarios. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/tratamiento>
- 30. Basson R. Sexual function of women with chronic illness and cancer. *Womens Health (LondEngl)* [Internet]. 2010 May [cited 2015 Apr 6]; 6(3):407–29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20426607>
- 31. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De La Villa-Santoveña M, Vegas-Pardavilla E, Avanzas Fernández S, Gracia Corbato MT. [Breast cancer survivors: quality of life and prevailing diagnoses]. *Enfermería clínica* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Feb 17];22(2):65–75. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111002245>
- 32. Salani R, Andersen BL. Gynecologic care for breast cancer survivors: assisting in the transition to wellness. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Elsevier; 2012 May 5 [cited 2015 Feb 19];206(5):390–7. Disponible en: <http://www.ajog.org/article/S0002937811021636/fulltext>
- 33. Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nurs* [Internet]. LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, 530 WALNUT ST, PHILADELPHIA, PA 19106-3621 USA; [cited 2015 Feb 19];35(6):456–65. Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=19&SID=U17PJD4yl8cT6NCLNt&page=1&doc=3&cacheurlFromRightClick=no
- 34. Lee MC, Bhati RS, von Rottenthaler EE, Reagan AM, Karver SB, Reich RR, et al. Therapy choices and quality of life in young breast cancer survivors: a short-term follow-up. *Am J Surg* [Internet]. EXCERPTA MEDICA INC-ELSEVIER SCIENCE INC, 685 ROUTE 202-206 STE 3, BRIDGEWATER, NJ 08807 USA; 2013 Nov [cited 2015 Feb 19];206(5):625–31. Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=9&SID=U17PJD4yl8cT6NCLNt&page=1&doc=3&cacheurlFromRightClick=no

- 35. Ferro, T; Prades, J. Necesidades de información en el cáncer de mama y atención en la supervivencia. FECMA, 2013. Disponible en: <http://www.fecma.vinagrero.es/documentos/LIBRONEC.pdf>
- 36. Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. Elsevier; 2013 Jun 6 [cited 2015 Feb 19];17(3):340–5. Disponible en: <http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462388912000889/fulltext>
- 37. Cusack L, Brennan M, Baber R, Boyle F. Menopausal symptoms in breast cancer survivors: management update. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Feb 23];63(606):51–2. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3529282&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 38. Krychman ML, Katz A. Breast cancer and sexuality: multi-modal treatment options. *J Sex Med* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Feb 19];9(1):5–13; quiz 14–5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22151953>
- 39. Przedzicki A, Sherman KA, Baillie A, Taylor A, Foley E, Stalgis-Bilinski K. My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology* [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Jan 30];22(8):1872–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23203842>
- 40. Observatorio de Metodología Enfermera. Madrid. Valoración enfermera. Disponible en: http://www.ome.es/01_01_cfm?id=425
- 41. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros [Internet]. Elsevier España; 2003 [cited 2015 Apr 22]. Disponible en: https://books.google.com/books?id=5j_YKxRbiLwC&pgis=1
- 42. Observatorio de Metodología Enfermera. Madrid. Patrones funcionales de Marjory Gordon. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa_cfm?id=391#ancla9
- 43. Alvarez, J; Castillo, F; Fernández, D; Muñoz, M. Manual de valoración de patrones funcionales. Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón (Asturias) Junio, 2010. Disponible en: <http://es.slideshare.net/DaNaTOva/manual-valoracion-de-gordon?related=1>
- 44. ID White, H Allan and S Faithfull. Assessment of treatment-induced female sexual morbidity in oncology: is this a part of routine medical follow-up after radical pelvic radiotherapy?. *British Journal of Cancer* (2011) 105, 903 – 910. Disponible en: <http://www.nature.com/bjc/journal/v105/n7/full/bjc2011339a.html>
- 45. Champion VL, Ziner KW, Monahan PO, Stump TE, Cella D, Smith LG, et al. Development and psychometric testing of a breast cancer survivor self-efficacy scale. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2013 Nov [cited 2015 Feb 23];40(6):E403–10. Disponible en: http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=S1Vi9BnQ6TP6f4MAG8R&page=1&doc=1&cacheurlFromRightClick=no
- 46. Bartula I, Sherman KA. Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: systematic review and recommendations. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. SPRINGER, 233 SPRING ST, NEW YORK, NY 10013 USA; 2013 Sep [cited 2015 Feb 19];141(2):173–85. Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=9&SID=U17PJD4yI8cT6NCLNEt&page=1&doc=8&cacheurlFromRightClick=no
- 47. Schover LR, van der Kaaij M, van Dorst E, Creutzberg C, Huyghe E, Kiserud CE. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *Eur J Cancer Suppl* [Internet]. 2014 Jun [cited 2015 Jan 20];12(1):41–53. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359634914000068>
- 48. Hill EK, Sandbo S, Abramsohn E, Makelarski J, Wroblewski K, Wenrich ER, et al. Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. *Cancer* [Internet]. 2011 Jun 15 [cited 2015 Feb 11];117(12):2643–51. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3084902&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 49. Oskay U, Can G, Basgol S. Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views. *Asian Pacific J Cancer Prev* [Internet]. Asian Pacific Organization for Cancer Prevetion; 2014 Sep 15 [cited 2015 Apr 25];15(17):7321–6. Disponible en: http://koreascience.or.kr/article/ArticleFullRecord.jsp?cn=POCPA9_2014_v15n17_7321
- 50. Taylor B, Davis S (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Standard*, 21, 35-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17165482>
- 51. Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2013). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 327–37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22500731>
- 52. Hakanson C, Douglas C, Robertson J, Lester L. Evaluation of a rural nurse-led clinic for female sexual dysfunction. *Aust J Rural Health* [Internet]. WILEY-BLACKWELL, 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA; 2014 Feb [cited 2015 Apr 25];22(1):33–9. Disponible en: http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=11&SID=V2R7jDg8ZO1YkN

JqYIN&page=1&doc=3&cacheurlFromRightClick=no

- 53. Lammerink EAG, de Bock GH, Schröder CP, Mourits MJE. The management of menopausal symptoms in breast cancer survivors: case-based approach. *Maturitas* [Internet]. 2012 Nov [cited 2015 Mar 6];73(3):265–8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512212002435>
- 54. Decker CL, Pais S, Miller KD, Goulet R, Fifea BL. A brief intervention to minimize psychosexual morbidity in dyads coping with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. ONCOLOGY NURSING SOC, 125 ENTERPRISE DR, PITTSBURGH, PA 15275 USA; 2012 Mar [cited 2015 Feb 19];39(2):176–85. Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=19&SID=U17PJD4yl8cT6NCLNEt&page=2&doc=12&cacheurlFromRightClick=no
- 55. Carter J, Goldfrank D, Schover L. Simple strategies for vaginal health promotion in cancer survivors. *J Sex Med* 2011;8:549–59. Disponible en: <http://0-onlinelibrary.wiley.com.fama.us.es/doi/10.1111/j.1743-6109.2010.01988.x/epdf>
- 56. ANEXO 1. Rosen RC. Female Sexual Function Index. *J Sex Marital Therapy* 2000; 26:191-208. Disponible en: <http://www.fsfi-questionnaire.com/>
- 57. ANEXO 2. McGahuey, C. Arizona Sexual Experience Scale. *J Sex Marital Ther.* 2000 Jan-Mar;26(1):25-40. Disponible en: <http://www.bibliopro.org/buscador/906/arizona-sexual-experience-scale>