



**Universidad  
Andrés Bello®**

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO  
Facultad de la Ciencias en la Rehabilitación  
Escuela de kinesiología

**Función sexual en mujeres con linfedema secundario a cáncer  
ginecológico que se encuentran en atención Kinésica: Estudio descriptivo.**

Tesis de pregrado para optar al título de Kinesiólogo

**Autoras:** Javiera Figueroa Lazo, Katherine González Romero,  
Gabriela Manríquez Morales, Andrea Rubilar Díaz.

**Profesora Guía:** Ph.D Cinara Sacomori

Santiago de Chile, 2017

## **Dedicatoria**

Quisiera agradecer a mis padres Carlos Figueroa y Marta Lazo, quienes me enseñaron que los sueños si se cumplen y me entregaron las herramientas para hacerlas realidad. A mi abuela María Teresa Escobedo y mi tío Carlos Lazo por su apoyo incondicional y creer en mis capacidades, por la fuerza y ánimo que me entregaron día a día. Aprovecho este momento para dar las gracias a Ignacio Núñez por apoyarme en este largo proceso con su dedicación y paciencia.

Y a ti Carlos Figueroa Fernández por ser mi mayor inspiración.

**Javiera Valentina Figueroa Lazo.**

Quisiera dedicar este trabajo de investigación a Juana Romero Navarro, Octavio González Benavides, Ignacio Toro Campos, Octavio González Romero, Karina González Romero, Josefina Navarro Sanhueza, Aurora Benavides González, Rocky, Luly, Ricky, Terri y a todas aquellas personas que estuvieron alentándome, brindándome su ánimo y apoyo emocional en este largo proceso de más de dos años.

En especial agradecer a mis padres Juana Romero Navarro y Octavio González Benavides por su incondicional apoyo en las etapas más difíciles de mi vida, por estar siempre presentes, saber escucharme, entenderme, orientarme y dar todo por sus hijos.

Gracias a mi novio Ignacio Toro Campos por apoyarme en cada decisión tomada, escucharme, orientarme, mostrarme cuando estoy equivocada, por animarme en los momentos difíciles, alegrar mis días y por compartir conmigo su vida; brindándome los momentos más lindos cada día.

También quiero dedicar y agradecer, este trabajo de investigación a la Kiga Cinara Sacomori, quien estuvo apoyándome en todo el proceso y fue un pilar fundamental para poder culminar con éxito la tesis de "Función sexual en mujeres sobrevivientes de cáncer ginecológico con linfedema secundario que se encuentran en atención kinésica en Santiago de Chile"

Finalmente dedicar y agradecer el apoyo incondicional de las kinesiólogas Paulette Díaz Guerrero y Paulina Araya Castro, quienes fueron otro pilar fundamental para finalizar la tesis. Además, tengo el agrado de agradecer a todas las participantes del estudio, quienes gentilmente accedieron a ser parte de esta investigación, para poder otorgar un aporte en los futuros avances de los tratamientos y políticas públicas de Chile, de las sobrevivientes de cáncer ginecológico con linfedema secundario.

**Katherine Solange González Romero.**

Agradezco enormemente a mi hermosa familia por el apoyo y cariño entregado durante este proceso, Juan Manríquez Castro y Leonor Morales Castro por sus sabios consejos e incondicional apoyo emocional, a mis cuatro hermanos Mauricio Campos, Nicole Manríquez, Alexis Manríquez y Patricio Manríquez por todo el tiempo que no pude compartir con ellos, por cumplir con mis deberes y a mi pareja Erick Reyes Torres por su compañía y comprensión durante todo este tiempo.

Doy las gracias también a la profesora guía Cinara Sacomori y a cada una de las participantes por permitirme compartir aspectos de su vida personal, lo cual significó llevar a cabo este estudio.

**Gabriela Michel Manríquez Morales**

Me gustaría dedicar todo este trabajo realizado durante más de un año, a mi madre, padre, hermana quienes me dieron consejos y apoyaron en todo proceso académico, no olvidar el gran apoyo emocional de mi hijo y agradecer a mi familia que son las personas que realmente me dan las fuerzas y energías para seguir adelante. Finalmente agradezco a mis abuelos quienes siempre me tuvieron presente en todo momento y en oración.

En memoria a mi abuelo quien siempre me puso de ejemplo.

**Andrea Natalia Rubilar Díaz**

## **Agradecimientos**

Tras un trabajo complicado como es el desarrollo de una tesis, queremos agradecer de manera especial a nuestra Profesora Guía Cinara Sacomori quien nos ayudó a iniciar este trabajo, entregándonos herramientas que nos servirán para el desarrollo profesional.

Además, agradecer a las participantes de esta investigación y al Instituto Nacional del Cáncer, junto a la Kinesióloga Paulette Díaz, ya que sin ella no hubiese sido posible este afortunado estudio de investigación.

## Tabla de Contenidos

	Dedicatoria	2
	Agradecimientos	6
	Resumen	11
1	Introducción	14
1.1.	Problema	14
1.2.	Justificación	18
1.3.	Objetivos	20
1.3.1	Objetivo General	20
1.3.2	Objetivos Específicos	20
2.	Marco teórico	21
2.1	Cáncer ginecológico	21
2.1.1	Tipos de Cáncer ginecológico	22
2.1.1.1	Cáncer cervicouterino	22
2.1.1.2	Cáncer de endometrio	23
2.1.2	Tratamiento para el cáncer ginecológico	24
2.2	Complicaciones secundarias del cáncer ginecológico	26
2.2.1	Linfedema	26
2.2.2	Linfedema y sus causas o factores de riesgo	27
2.2.3	Clasificación del linfedema	28
2.2.4	Pronóstico del linfedema	31
2.2.5	Ganglio linfático centinela	31
2.2.6	Tratamiento de linfedema	32
2.2.7	El rol del kinesiólogo en el manejo del linfedema	33
2.3	Función sexual en personas con cáncer ginecológico	35
2.3.1	Función sexual	35
2.3.2	Problemas sexuales como efecto secundario del cáncer ginecológico o sus tratamientos	36

2.3.3	Adaptación físico y psicológica post tratamiento	37
3.	Materiales y Método	40
3.1	Tipo de estudio	40
3.2	Participantes	40
3.3	Criterios de inclusión	41
3.4	Criterios de exclusión	41
3.5	Instrumentos de evaluación	41
3.5.1	Deterioro cognitivo	41
3.5.2	Linfedema de extremidades inferiores. Evaluación de las circunferencias por el método de volumetría indirecta	42
3.5.3	Función sexual. Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)	43
3.5.4	Cuestionario de ajuste sexual	43
3.5.5	Variables sociodemográficas y clínicas	44
3.6	Procedimientos	45
3.7	Aspectos éticos	48
3.8	Análisis de los datos	48
4.	Resultados	48
4.1	Características de las participantes	48
4.2	Características del linfedema	54
4.3	Características de la función sexual	55
5.	Discusión	62
5.1	Características de las participantes	62
5.2	Síntesis de los resultados sobre linfedema	63
5.3	Resultados importantes de la función sexual	64
5.4	Tabú social de las mujeres que referían tener deseo y no admitieron sentirse excitadas	65
5.5	Ajuste sexual	66
5.6	Limitaciones del estudio	67
5.7	Fortalezas del estudio	68
6.	Conclusiones	69



7.	Glosario	71
8.	Bibliografía	73
9.	Anexos	86

## Tabla de Anexos

Anexo 2.1	Carta aprobación del comité de ética	86
Anexo 2.2	Protocolo de llamadas telefónicas	88
Anexo 2.3	Cribado de deterioro cognitivo de test de PFEIFFER	90
Anexo 2.4	Consentimiento informado	91
Anexo 2.5	Ficha de antecedentes sociodemográficos y clínicos	96
Anexo 2.6	Control del linfedema y medición del linfedema en EEII	97
Anexo 2.7	Índice de función sexual (IFSF)	99
Anexo 2.8	Cuestionario de ajuste sexual	106

## Resumen

**Objetivo.** Describir la función sexual en mujeres con linfedema en extremidad inferior secundario a cáncer ginecológico, que reciben tratamiento en el Instituto Nacional del Cáncer (INC). **Material y Método:** Participaron de este estudio descriptivo 8 mujeres de rango etario entre 50 a 70 años, con media de edad 63,1 ( $\pm 9,6$ ) años, diagnosticadas de linfedema en extremidad inferior con tratamiento kinésico de cáncer ginecológico, atendidas en el INC. **Instrumentos:** Test de PFEIFFER para detectar deterioro cognitivo, ficha de antecedentes sociodemográficos y clínicos como base de datos de las usuarias. Además, se utilizó el control del linfedema en extremidades inferiores (EEII) evaluado por método de volumetría indirecta (cilindro o cono truncado) de las circunferencias de EEII con medición de los perímetros con cinta métrica. Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) de 19 preguntas, agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. También se utilizaron unas preguntas estructuradas para evaluar el ajuste sexual. Análisis estadístico: se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para el análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** El linfedema estuvo presente unilateral ( $n=5$ ) o bilateral ( $n=3$ ) en las participantes. Solo un 37,5% de las usuarias se encuentran activas sexualmente con pareja. La mayoría de ellas 75% manifestó tener deseo sexual en elevada frecuencia (casi siempre o siempre o bien la mayor parte del tiempo) y describieron este deseo como alto o muy alto. La excitación sexual fue reportada como muy baja en el 50% de las usuarias. Con respecto a la lubricación vaginal, solo una de ellas relató no presentar dificultad y lubricarse mayor parte del tiempo. Con respecto a la satisfacción en la relación emocional con la pareja, hubo predominio de la insatisfacción 37,5%. En relación con el dolor en la penetración vaginal, todas las usuarias que tenían actividad sexual manifestaron una alta frecuencia e intensidad de dolor, tanto durante, como después de la penetración. De acuerdo a la percepción de las usuarias, respecto

de cuánto se ajustaron sexualmente posterior al cáncer ginecológico, el 62,5% afirma que no se ha ajustado nada en su vida sexual.

**Conclusión:** La función sexual de las usuarias con linfedema secundario a cáncer ginecológico estuvo afectada negativamente. Las mujeres de este estudio reportaron dificultades en el ajuste sexual post cáncer ginecológico. Los kinesiólogos pueden auxiliar con los tratamientos kinésicos y educación en salud respecto al ajuste sexual de mujeres post cáncer ginecológico.

**Palabras-Clave:** Cáncer Ginecológico; Función Sexual; Linfedema.

### **Abstract**

The aim of our thesis is to evaluate sexual function in women with lower extremity lymphedema receiving physiotherapy treatment of gynecologic cancer in Santiago. Method: In the case of 8 women over 18 years, which were contacted by kinesiólogas of the Scientific Society of Kinesiology and the National Cancer Institute studied Cáncer. En this study sociodemographic and clinical characteristics of the study participants were recorded also through questionnaires index of sexual function and sexual adjustment could determine the level of sexual function in different domains: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. Thus the prevalence of sexual dysfunction in later verified participants describe the sexual adjustment of women post gynecologic cancer. Lymphedema was evaluated by indirect titration method by measuring the circumferences of the lower extremities. Results: The age ranged from 50 to 78 years and had average was 63.1 (sd = 9.6). Regarding the anthropometric variables is perceived that, in general, its average was tending to excess body weight, Lymphedema was present unilateral (n = 5) or bilateral (n = 3). Only 37.5% of respondents are sexually active with a partner. most of them (75%) reported having sexual desire most often in high frequency (almost always or always or most of the time) and described this desire as high or very high. His sexual arousal was reported to be very low. With regard to vaginal lubrication, only one of the women reported lubrication not present difficulty and have it most of the time. With regard to satisfaction in the emotional relationship with the couple there was a predominance of dissatisfaction. In relation to pain in the vaginal penetration, sexual activity which had expressed a high frequency and intensity of pain both during and after penetration. According to the perception of women as sexually later shall comply with gynecologic cancer, most states that is not set anything (62.5%). Conclusion: The sexual function of women with gynecologic cancer secondary lymphedema was affected negatively. The women in this study reported difficulties in sexual adjustment after gynecological cancer.

Athletic trainers can assist with kinesic treatments and health education in sexual adjustment after gynecological cancer women.

**KeyWords:** Gynecological cancer; Sexual Function; Limphoedema

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Problema

El linfedema es una patología desconocida por algunos profesionales de la salud, el cual es indispensable identificar debido a que es un problema que afecta de manera global al paciente que lo presenta. En España se ha estudiado la epidemiología de linfedema relacionado con el cáncer de mama y no existen estudios epidemiológicos suficientes para conocer la incidencia y prevalencia de otros tipos de linfedema, como ocurre en el caso de miembros inferiores y secundario al cáncer ginecológico<sup>1</sup>.

Chile en las últimas décadas ha presentado un cambio epidemiológico marcado por un aumento de las enfermedades no transmisibles, entre ellas el cáncer, lo que hace que esta enfermedad sea un problema de salud pública <sup>2-81-82</sup>.

En el año 2008, dentro de todas las causas de muerte en Chile, el cáncer Cervicouterino (CaCu) ocupaba el sexto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en tasa de años de vida potencialmente perdidos con 129 por 100.000 mujeres. De acuerdo a las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud, la tasa total de mortalidad en el año 2008 alcanzó a 7,5 por 100.000 mujeres y la tasa ajustada para el mismo año fue de 5,9 por 100.000 mujeres <sup>2-81-82</sup>.

Según la agencia Investigación Internacional del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en base al GLOBOCAN 2012 (el más reciente), las estadísticas a nivel mundial son que al año se registran 14.1 millones de nuevos casos de cáncer entre hombres y mujeres. (8.2 millones de personas mueren anualmente por esta enfermedad). Las 5 principales neoplasias en hombres son: Próstata, estómago, pulmón, colon-recto y linfoma.

Las 5 principales neoplasias en mujeres son: Cuello uterino, mama, estómago, colon-recto y pulmón <sup>83</sup>.

Los nuevos datos de incidencia del cáncer en el mundo revelan tendencias importantes de cáncer en mujeres, destacando el CaCu en un 3.6%, esta estadística nos entrega una cifra de 1.441 mujeres en una totalidad de 40.414 personas con cáncer a nivel mundial, siendo estos cánceres de: próstata (14.1%), mama (10.1%), estómago (9.2%), colon-recto (8.9%), pulmón (7.7%), vesícula (5.6%), linfoma (3.4%), riñón (3.3%) y otros (34.1%) <sup>83</sup>.

La prevalencia de 5 años hasta el 2012 en CaCu es de un 5.1%, este porcentaje corresponde a la cifra total de personas con cáncer citados anteriormente en 184 países del mundo<sup>83</sup>.

El Programa Nacional de CaCu como parte de la implementación de las políticas de salud en Chile tiene como objetivo prevenir y reducir la mortalidad de este tipo de cáncer, aumentando el diagnóstico precoz. Por lo cual el número de sobrevivientes aumenta, lo que queda demostrado por medio del descenso de un 57,3% de la mortalidad de mujeres entre 25 y 65 años, entre los años 1987 y 2008 <sup>5-6</sup>.

Las sobrevivientes de cáncer ginecológico pueden presentar complicaciones secundarias a los tratamientos tanto quirúrgicos, quimioterapéuticos y radioterapéuticos. Entre las complicaciones más comunes se encuentran denervación pélvica, acortamiento vaginal, disfunción sexual y el linfedema <sup>1- 6- 84-85</sup>.

El cáncer y su tratamiento se destacan como factores de riesgo para el linfedema, debido a que los tratamientos, tanto quirúrgicos, quimioterapéuticos y

radioterapéuticos suelen ser muy agresivos, desencadenando una lesión en el sistema linfático <sup>8</sup>.

El linfedema es una condición crónica, severa y progresiva en el sistema linfático. El componente predominante del líquido linfático es el agua intersticial y el filtrado proteico, que no es reabsorbido de nuevo en el sistema capilar arteriovenoso <sup>7</sup>. En un estado fisiológico normal, el sistema linfático es capaz de absorber y transportar este fluido hacia al sistema venoso <sup>9-10</sup>.

La capacidad del sistema linfático para funcionar correctamente depende de la función de la carga linfática y capacidad de transporte <sup>9, 10</sup>. La carga linfática es el volumen de líquido linfático que incluye: proteínas, agua, células y grasas. Sin embargo, la capacidad de transporte es la cantidad máxima de volumen de linfa que puede ser transportada por los vasos linfáticos en un período determinado de tiempo <sup>9-10</sup>.

La cirugía oncológica radical, que incluye la linfadenectomía quirúrgica, puede provocar el desarrollo de linfedema debido a la resección ganglionar. Así, la histerectomía radical y la linfadenectomía regional, posee mayor incidencia en el linfedema de extremidad inferior comparado a cuando no se realiza la linfadenectomía, que se estima entre el 20% y el 80% de los casos <sup>1</sup>.

Alrededor de 450 millones de personas tienen linfedema, que simboliza aproximadamente 15% de la población, a pesar de su ocurrencia es ampliamente subestimado en las prácticas clínicas <sup>7</sup>.

Se estima que el linfedema de extremidad superior (EES) es el más frecuente respecto al que se presenta en extremidad inferior y afecta al 80% de los individuos, por esto el 38% es unilateral y 55% es bilateral <sup>61</sup>.



Las sobrevivientes de cáncer ginecológico con linfedema, pueden presentar dificultades sexuales. Un estudio con mujeres con cáncer ginecológico, identificó que el 76,1% presentaba estenosis vaginal mientras, que un 71,8% atrofia vaginal, ambas condiciones dificultan la penetración y pueden causar disparenia. Las disfunciones sexuales identificadas en esas usuarias fueron frigidez, falta de lubricación, de excitación y el orgasmo en el 76,1% de los casos, también falta de libido en el 40,8% de ellas y el 5,6% presentaban vaginismo<sup>10</sup>.

Se ha descrito que los tratamientos para cáncer ginecológico incluyen, principalmente, cirugía con exenteración pélvica y radioterapia, las cuales afectan de manera significativa el área afectiva y psicológica de la sexualidad<sup>6</sup>. Las mujeres que reciben radioterapia combinada (externa y braquiterapia) obtienen mayores dificultades en el aspecto físico de la sexualidad, respecto de las usuarias que reciben radioterapia simple. La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que tiene una menor repercusión en el ámbito sexual<sup>6</sup>. Por otro lado, estudios como el publicado en año 2012 por Winters et al<sup>118-119</sup>. Afirman que el entrenamiento de resistencia es una intervención segura y que se debe motivar su práctica en usuarios con cáncer; ya que ésta trae importantes beneficios en la fuerza de las extremidades.

Conforme lo mencionado anteriormente, es sabido que el linfedema y la disfunción sexual son complicaciones muy frecuentes en sobrevivientes de cáncer ginecológico y que ambas afectan la calidad de vida de las mujeres<sup>11-12</sup>.

Así la pregunta de investigación es: ¿Se ve afectada la función sexual en mujeres con linfedema secundario a cáncer ginecológico que se encuentran en atención kinésica?

## 1.2 Justificación

Desde el punto de vista teórico este estudio es relevante porque, describe la función sexual y el linfedema secundario en un grupo de mujeres chilenas tratadas por cáncer ginecológico y que se encuentran en atención kinésica. Según la publicación de la Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander<sup>13</sup>, menciona que existe un deterioro de la función sexual post cáncer ginecológico en el 90 % de las mujeres y refieren que el linfedema y la disfunción sexual son complicaciones muy frecuentes en sobrevivientes de cáncer ginecológico y que ambas afectan la calidad de vida de ellas<sup>11-12</sup>.

De acuerdo a nuestra revisión bibliográfica, es importante señalar que no fueron encontrados datos en población chilena. Este es el motivo de nuestro estudio, puesto que aún Chile carece de investigaciones que integre estos tres factores; como son cáncer ginecológico, linfedema y función sexual. Lo que sí se sabe, es que la respuesta sexual depende del aumento de la circulación sanguínea a los órganos genitales, debido a una vasodilatación en la región pélvica, principalmente en la fase de excitación<sup>14</sup>. La hipótesis explicativa para el deterioro de la función sexual, es que ese mecanismo de aporte sanguíneo en la región del piso pélvico, puede estar comprometido en mujeres sobrevivientes de cáncer ginecológico en tratamiento de linfedema en extremidad inferior <sup>15</sup>.

Según lo señalado anteriormente la elevada prevalencia de linfedema, el impacto en la calidad de vida y la eficacia incompleta de las terapias actuales, hace aconsejable la instauración de programas de prevención que posibiliten una detección y un tratamiento precoz. Respecto de la calidad de vida relacionada con la salud, se ha demostrado carencia de estudios de alta calidad específicamente en usuarios con linfedema de extremidades inferiores secundario al cáncer <sup>16-19-115</sup>.

Desde el punto de vista práctico, nuestra investigación puede contribuir en las políticas públicas de salud en Chile, abarcando la función sexual en mujeres con linfedema en extremidad inferior secundario a cáncer ginecológico. De este modo comprender de manera más integral la función sexual, que es uno de los problemas más afectados en la calidad de vida de la mujer sobreviviente de cáncer <sup>86</sup>.

Nuestro estudio pretende aportar información relevante para la kinesiología y para profesionales que trabajan con usuarias sobrevivientes de cáncer ginecológico. El kinesiólogo es parte de un equipo multidisciplinario, en la recuperación física y mejora aspectos de la calidad de vida. La intervención kinésica emplea técnicas como la terapia descongestiva completa (CDT), drenaje linfático manual (DLM) y la compresión <sup>6-87</sup>. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento es disminuir y/o evitar el aumento de volumen en exceso de la extremidad. <sup>87</sup>.

La participación y compromiso del usuario es crucial, por lo tanto, antes de la iniciación de cualquier intervención el usuario debe tener un conocimiento profundo de todos los componentes del tratamiento y un programa de mantenimiento para lograr el éxito clínico <sup>20-87</sup>.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Describir la función sexual en mujeres con linfedema en extremidad inferior secundario a cáncer ginecológico, que se encuentran en tratamiento kinésico en el Instituto Nacional del Cáncer (INC).

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de las participantes del estudio.
- Determinar la diferencia de volumen entre ambas extremidades inferiores en usuarias con linfedema.
- Describir el nivel de función sexual de las participantes.
- Determinar el ajuste sexual de las mujeres post cáncer ginecológico.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Cáncer ginecológico**

El cáncer ginecológico se origina, cuando las células comienzan a crecer sin control<sup>4</sup>. Este tipo de cáncer puede aparecer en distintas zonas del sistema reproductor femenino como la vulva, vagina, útero, cuello uterino, trompas uterinas y ovarios <sup>21</sup>. En las últimas décadas Chile ha presentado una transición epidemiológica caracterizada por un aumento en las enfermedades, entre ellas el cáncer, construyéndose como un problema de salud pública<sup>4</sup>.

“En el año 2009, según el Instituto Nacional de Estadística de Chile, el fallecimiento por cáncer fue la segunda causa de muerte 25,7% <sup>22</sup>. Conforme a lo declarado por la guía clínica de cáncer Cervicouterino (CaCu) del Ministerio de Salud de Chile, dicho cáncer ocupa el sexto lugar entre las causas de muerte en las mujeres y el primer lugar en tasa de años de vida potencialmente perdidos <sup>5</sup>. El CaCu presenta una mortalidad claramente en descenso durante los últimos años, gracias al tamizaje citológico cervical <sup>23</sup>.

La sobrevida se relaciona de manera directa con el estadio clínico al momento del diagnóstico y no depende de la edad de la usuaria. Junto a lo anterior, es relevante señalar que la sobrevida en cáncer, es más baja en países menos desarrollados, esto se debe a la confirmación de diagnósticos en etapas de enfermedad más avanzada, limitación al acceso de tratamientos efectivos, en un tiempo prudente <sup>24-25</sup>.

Según INE en el año 2009 la segunda causa de muerte en Chile es el cáncer, dentro de ellos se destaca el CaCu, que ocupa el tercer lugar de muertes en mujeres de 20 a 44 años de edad y la cuarta causa a nivel mundial <sup>22- 25- 93- 96</sup>.

## **2.1.1 Tipos de Cáncer Ginecológico**

### **2.1.1.1 Cáncer cérvicouterino**

El cáncer cérvicouterino (CaCu) o también llamado cuello uterino es el cáncer ginecológico más común y además se puede detectar precozmente a fin de prevención secundaria, por lo que se recomienda realizar regularmente exámenes para su detección. Este cáncer es curable cuando se diagnostica y se trata a tiempo <sup>26</sup>.

En etapas tempranas no presenta manifestaciones clínicas, por lo cual suele detectarse en etapas avanzadas <sup>88</sup>, ocurriendo cambios citológicos en el cérvix uterino <sup>89</sup>. El tratamiento es normado según la etapa clínica <sup>90</sup>.

El CaCu es el cáncer más frecuente en mujeres en 45 países del mundo y mata a más mujeres que cualquier otra forma de cáncer, según un estudio efectuado en 55 países de continentes como: África, Asia y América <sup>26-91-93</sup>. En el 2012 se diagnosticaron a nivel mundial 528.000 casos nuevos de CaCu, un 85% de ellos en regiones menos desarrolladas <sup>26-91-93</sup>.

Durante los últimos 40 años, ha habido una reducción importante en el número de muertes a causa de este cáncer debido a que la mayoría de las mujeres se realizan con regularidad la prueba de Papanicolaou, que sirve para detectar cambios precancerosos que pueden ser tratados antes de que se conviertan en cáncer <sup>26-91-95</sup>.

El CaCu tiene como factor de riesgo principal la infección por el virus del papiloma humano (VPH), debido a que se comporta como una enfermedad de transmisión sexual donde se asocia el gran número de parejas sexuales <sup>96</sup>.

Se ha demostrado también que el inicio temprano de relaciones sexuales es otro factor, debido a que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos. De igual forma se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas <sup>27</sup>.

#### **2.1.1.2 Cáncer de endometrio**

El cáncer de endometrio aparece mayoritariamente después de la menopausia <sup>97</sup>. En la mayoría de los casos, se diagnostica en un estadio precoz debido a una semiología muy llamativa: las metrorragias posmenopáusicas, por lo que es un cáncer de buen pronóstico. El promedio de edad en el momento del diagnóstico es de 68 años <sup>97</sup>.

La edad es el factor de riesgo principal de los cánceres de endometrio, ya que el 90% aparece después de los 50 años. El 15% de las mujeres se encuentran en la perimenopausia y el 75% en la menopausia <sup>98</sup>.

Se han definido dos tipos histológicos de cánceres de endometrio: el tipo 1 (tumores endometrioides) y el tipo 2 (que incluye los carcinomas de células claras, los carcinomas papilares serosos y los carcinosarcomas) <sup>97</sup>.

Los adenocarcinomas endometrioides constituyen el 80-90% de los cánceres de endometrio. Los otros tipos histológicos son los carcinomas serosos o seropapilares (1-10%), los carcinomas de células claras (1-2%), los carcinomas mucinosos (5%), los carcinosarcomas y otras <sup>98</sup>.

### 2.1.2 Tratamiento para el cáncer ginecológico

La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que tiene una menor repercusión en el ámbito sexual y es la más usada junto a la cirugía <sup>6-28</sup>.

Este tratamiento produce menopausia prematura y alteraciones a corto plazo en la calidad de vida en las sobrevivientes de cáncer <sup>6-29</sup>.

*“Durante el período de administración de la quimioterapia existe una gran intensidad de síntomas, los que deterioran la calidad de vida, tanto en el ámbito físico, como social” <sup>6</sup>.*

Posterior a la quimioterapia los síntomas más frecuentes afectados de la esfera sexual son: la disminución en la lubricación, estenosis vaginal, presencia de coito y orgasmo seco incluyendo una sensación dolorosa <sup>29</sup>.

Otra modalidad terapéutica es la radioterapia (RT) es uno de los tratamientos utilizados para combatir el cáncer que busca el efecto de retrasar su evolución o impedir que regrese, además aliviar los síntomas de esta patología a través de la disminución del tumor y los problemas asociados a este <sup>8-99</sup>. La RT es un tratamiento que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas, pero no las destruye de inmediato, se requiere de varias dosis para poder destruirlas <sup>8-99-100</sup>.

La RT se utiliza de manera combinada con las terapias sistémicas y la cirugía para tratar una amplia gama de tumores malignos. Se estima que entre un 50-60% de los pacientes con cáncer reciben tratamiento con RT para el control locorregional o como terapia paliativa <sup>99</sup>.

Las complicaciones agudas y crónicas de la RT se evalúan habitualmente utilizando las clasificaciones del National Cancer Institute Common Toxicity



Criteria-Adverse Event <sup>101</sup>. O del Radiation Therapy Oncology Group, escalas que clasifican la toxicidad desde leve (grado 1) a grave (grados 3 y 4) <sup>102</sup>.

En las fases precoces del tratamiento con RT, los síntomas generales más comunes que aparecen es la fatiga, es muy frecuente y se presenta entre un 30-80% de las usuarias sobrevivientes de cáncer<sup>103-104</sup>. Puede afectar tanto a nivel físico, como psicosocial, por lo general provoca una notable repercusión en la calidad de vida del usuario<sup>103-104</sup>.

La RT externa pélvica y la braquiterapia pueden causar cambios tardíos como la estenosis de vagina, sequedad y dispareunía que ocurren hasta en el 70% de pacientes<sup>107</sup>. Las complicaciones vaginales (estenosis, prurito y sequedad) suponen una disfunción sexual con disminución de la libido e insatisfacción sexual<sup>108</sup>. El tratamiento consiste en la aplicación de dilatadores vaginales, lubricantes humectantes y fisioterapia del suelo pélvico<sup>107-108</sup>.

Un tipo de radioterapia es la braquiterapia. Esta se divide en tres tipos, la primera es de implantes con índice de dosis baja (LDR). La fuente de radiación permanece en su lugar de 1 a 7 días<sup>8</sup>. Una vez que haya terminado su tratamiento, el médico tratante retirará la fuente de radiación<sup>8</sup>. La segunda corresponde a implantes con índice de dosis alta (HDR) en el cual la fuente de radiación se deja en su lugar por solo 10 o 20 minutos y luego se retira. Es posible que tenga tratamiento dos veces al día, de 2 a 5 días o una vez a la semana por 2 a 5 semanas. El último tipo son implantes permanentes y sus características es que permanecerá en su cuerpo el resto de su vida, pero la radiación se hace más débil cada día <sup>8</sup>.

La rehabilitación oncológica beneficia a las usuarias de cualquier tipo de cáncer. Se recomienda complementar la terapia farmacológica con tratamiento kinesiológico. Favoreciendo una rehabilitación enfocada en mejorar la estabilidad

funcional de las usuarias, centrándose en su integración social, laboral y familiar.

La kinesioterapia Oncológica apunta a optimizar el nivel de función de la usuaria, entre lo físico, psicológico y social con el objetivo de restituir la condición física perdida, minimizar secuelas dejadas por los tratamientos que requiere esta enfermedad e integración social mejorando la calidad de vida de las usuarias con cáncer <sup>30</sup>.

La realización del ejercicio aeróbico moderado de 20 a 60 minutos, 3 a 5 veces por semana, de forma mantenida puede reducir la fatiga en las usuarias sobrevivientes de cáncer después del tratamiento<sup>105-106</sup>. Estos hallazgos sugieren que el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de resistencia deben ser incluidos en los programas de rehabilitación oncológica<sup>118-119</sup>

## **2.2 Complicaciones secundarias del cáncer ginecológico**

### **2.2.1 Linfedema**

El linfedema es una patología crónica y consecuencia de cualquier alteración en la función del sistema linfático, que drena los fluidos del intersticio a la circulación sanguínea<sup>1-8-31-38</sup>. El linfedema es definido como la acumulación anormal de líquido rico en proteínas de alto peso molecular en tejidos blandos incluyendo: agua, electrolitos, sales, ácido hialurónico, entre otros. Resultado de la disfunción del sistema linfático que provoca un desequilibrio entre la formación de la linfa y su absorción en los vasos linfáticos iniciales<sup>1-8-31-38</sup>.

Uno de los signos característicos del linfedema es la hinchazón de la región corporal afectada, esta enfermedad lleva a una fibrosis inflamatoria del tejido conjuntivo dérmico y subdérmico, con aumento progresivo y evolutivo de la región

corporal afectada, disminuyendo su capacidad funcional e inmunológica, favoreciendo cambios morfológicos hacia la paquidermis o elefantiasis, el aumento de peso y las sobreinfecciones cutáneas que agravan aún más la insuficiencia linfática<sup>1-8-31-38</sup>. El linfedema es una enfermedad, con tasas de incidencia y prevalencia que van en aumento y con efectos negativos sobre la calidad de vida de las sobrevivientes<sup>37</sup>. En un estudio epidemiológico de prevalencia del linfedema realizado en Reino Unido, señaló que 1.33/1000 habitantes presentaban linfedema primario y secundario, llegando a aumentar hasta 5.4/1000 entre las personas mayores de 65 años, mencionando además que esta patología afecta de modo importante en la calidad de vida tanto física, social y emocional del individuo<sup>38</sup>.

### **2.2.2 Linfedema y sus causas o factores de riesgo**

El tratamiento contra el cáncer se destaca como factor de riesgo para el linfedema, los tratamientos tanto quirúrgicos como quimioterapéuticos suelen ser muy agresivos, induciendo a una mayor lesión del sistema linfático<sup>8</sup>.

Dentro de los factores que provocan el desarrollo de linfedema, es precisamente la obstrucción mecánica de los vasos linfáticos, distribución anormal de vasos o ganglios linfáticos, una escasa actividad física y bajas concentraciones de albúmina. Esta última por favorecer la concentración de líquido en el espacio extravascular y también producto de la disminución de la presión osmótica, la cual es la responsable de mantener el líquido en los vasos linfáticos y en las venas. Los valores normales de albúmina son 6 a 8 g/dl, si esta es menor a 3,3 g/dl existe probabilidad de aparición de linfedema<sup>9</sup>.

La cirugía oncológica radical, que incluye la linfadenectomía quirúrgica, puede provocar el desarrollo de un linfedema debido a la resección ganglionar <sup>1</sup>.

La histerectomía radical y la linfadenectomía regional posee mayor incidencia en el linfedema de miembro inferior comparado a cuando no hay linfadenectomía, que se estima entre el 20% y el 80% <sup>1</sup>.

En último lugar la obesidad puede estar asociada con linfedema masivo localizado y puede exacerbar el linfedema secundario a cáncer de mama. Los mecanismos de linfedema no son conocidos en estos casos, pero las sinovitis inflamatorias podrían llevar a la fibrosis de los vasos linfáticos <sup>1</sup>. Es por eso, que se recomienda a las usuarias que padecen o son sobrevivientes de cáncer mantengan un peso corporal dentro del rango saludable<sup>26-76</sup>.

### **2.2.3 Clasificación del Linfedema**

La clasificación más utilizada para el linfedema, la cual hace referencia a su etiología (primarios o secundarios), propuesta por Allen en 1934 es la que aún se utiliza en la práctica médica<sup>1</sup>.

Según la clasificación de Allen el linfedema primario puede ser genético e idiopático siendo el genético donde existe cada vez más evidencias, respecto de los genes implicados en la realización de una linfangiogenia<sup>9</sup>. Se han encontrado genes expresados en regiones no activas de los cromosomas X e Y en una gran cantidad de síndromes desde el síndrome de Down al síndrome de Turner, los cuales cursan con linfedemas y malformaciones linfáticas. También se han identificado mutaciones genéticas específicas para tres trastornos monogénicos del tipo linfedema-angiodisplasia<sup>9</sup>.

En el linfedema de carácter idiopático se ha asumido que todos los linfedemas primarios no genéticos tiene una base anatómica consistente en aplasia, hipoplasia o hiperplasia de los vasos linfáticos. Se ha descrito como base

histológica de esta aplasia o hipoplasia la oclusión fibrótica de los vasos linfáticos de causa no aclarada hasta el momento <sup>1</sup>.

El linfedema secundario puede ser provocado por una infección, linfadenectomía quirúrgica, afección tumoral ganglionar, filiarisis, artritis inflamatoria y obesidad<sup>1</sup>. El linfedema secundario, el cual es más frecuente, está causado por otra alteración funcional y en países industrializados es más común que sea consecuencia de infección, radioterapia, traumatismos, cirugías, insuficiencia venosa, lipedema o neoplasia <sup>9</sup>.

En Estados Unidos el linfedema secundario se produce generalmente por tratamiento oncológico luego de la extirpación de los ganglios linfáticos o por radioterapia lo cual causa fibrosis. Además de ellos existen otros factores que causan linfedema, un ejemplo de ello es la obstrucción mecánica de los vasos por tumor o inflamación, alteración degenerativa de las válvulas y también se puede producir por un daño accidental en una cirugía no oncológica<sup>9</sup>.

Otra causa de linfedema secundario son los traumatismos, que afectan a las cadenas ganglionares, tanto por la fibrosis como por su afectación directa<sup>1</sup>. Es por esto que las personas tratadas por cáncer tienen mayor riesgo de desarrollar linfedema debiendo evitar lesiones en las extremidades producidas por traumatismos, cortes o punciones y seguir medidas de higiene básicas, no solo en el lavado, sino evitando situaciones que comprometan el estado de la piel, que la humedezcan, que la rocen o compriman en exceso<sup>39</sup>.

La invasión tumoral ganglionar por tumores primarios o metastásicos, puede ser la primera manifestación de un tumor, ya que, un estudio encontró que en un 60% de los casos de linfedema del adulto eran debidos a un tumor y siendo esta la primera manifestación<sup>40-41</sup>.

El tumor que con más frecuencia adopta este comportamiento es el carcinoma de ovario metastásicos, seguido por el carcinoma de útero con metástasis inguinales y el linfosarcoma, linfoma en la mujer y el carcinoma de próstata en el varón refiriéndonos a la afección tumoral ganglionar<sup>1</sup>.

Además de la clasificación etiológica, la clasificación de la International Society of Lymphology (ISL) es la más aceptada que data características de la piel y medición del volumen de la extremidad<sup>42</sup>. Esta establece cuatro estadios y cuatro grados de severidad. Esa clasificación se describe a continuación:

- Estadio 0: Condición latente o subclínica donde el edema no es evidente a pesar del deterioro del transporte de la linfa. Puede existir meses o años que el edema se ponga de manifiesto.

- Estadio 1: Se caracteriza por una precoz acumulación de líquido con alto contenido de proteínas que cede totalmente con la elevación de la extremidad. Pueden producirse pequeñas vesículas y existe edema con fóvea.

- Estadio 2: La elevación de la extremidad rara vez reduce totalmente la hinchazón de los tejidos y la fóvea se manifiesta. Hacia el final de esta etapa, la piel se hace más gruesa, la fóvea puede estar presente o no, también progresa el exceso de grasa y aparece fibrosis.

- Estadio 3: Se caracteriza por elefantiasis linfostática. La piel aparece gruesa, la fóvea puede estar ausente y aparecen cambios tróficos de la piel como acantosis, mayor depósito de grasa y fibrosis, además se desarrollan crecimientos verrucosos.

Todos estos estadios se refieren a las condiciones físicas, de los miembros afectados. Dentro de cada una de estos estadios, se utiliza la diferencia de volumen del miembro para hacer una valoración de gravedad funcional de cada

caso y nos referimos a una mínima gravedad funcional que hace referencia a un incremento mayor al 20% en el volumen de la extremidad, moderada tiene un 20-40% de aumento, y la severa más de un 40% de aumento<sup>1</sup>.

La Sociedad Americana de Fisioterapia usa la circunferencia como medida antropométrica para clasificar al linfedema. La máxima diferencia de circunferencia entre el miembro afectado y el no afectado es utilizada para determinar la clase de linfedema, linfedema leve tiene una diferencia máxima de 3 cm; el moderado tiene una diferencia de más de 3 a 5 cm, y el severo de más de 5 cm<sup>43</sup>.

Además, se deben hacer referencias a otros factores como la extensión de la afectación la presencia de episodios de erisipela, inflamación y otras complicaciones. Para hacer determinaciones individuales de gravedad se expone la clasificación de los linfedema según el Club de Linfología de 1987 <sup>44</sup>.

#### **2.2.4 Pronóstico del linfedema**

Hasta la fecha no existe un tratamiento curativo para el linfedema por lo que los objetivos se centran en detener la evolución, impedir las infecciones, disminuir el volumen y la consistencia, reducir los síntomas y las complicaciones<sup>45</sup>.

#### **2.2.5 Ganglio linfático centinela**

El ganglio linfático centinela es el primer ganglio linfático donde las células cancerosas tienen más probabilidad de diseminarse desde un tumor primario<sup>46-112</sup>. Una biopsia de ganglio centinela es un procedimiento en el que se identifica, se extirpa y se examina el ganglio linfático centinela para determinar si hay células cancerosas presentes<sup>46-112</sup>.

En la biopsia de ganglio linfático centinela (linfocintigrafía) el especialista (cirujano) inyecta una sustancia radiactiva de color azul para localizar la posición del ganglio, una vez encontrado se realiza una pequeña incisión en el tejido cutáneo que cubre el ganglio y se extirpa. Posteriormente un patólogo examina el ganglio centinela en busca de células cancerosas<sup>47-112</sup>.

La detección del ganglio linfático centinela además de ayudar a los médicos detectar el estadio del cáncer y a calcular el riesgo de la capacidad de diseminarse a otras partes del cuerpo, también puede ayudar a algunos pacientes a evitar cirugías más extensas de los ganglios linfáticos<sup>46-112</sup>. Toda cirugía de ganglios linfáticos puede causar efectos adversos como el linfedema. En una biopsia de ganglio linfático centinela se ve alterado el flujo normal de la linfa en la zona afectada, la alteración puede resultar en una acumulación anormal de la linfa<sup>46-112</sup>.

### **2.2.6 Tratamiento de linfedema**

Según las referencias consultadas el linfedema es una enfermedad crónica cuyo tratamiento está enfocado en los síntomas. En población de riesgo la prevención del mismo se fundamenta en la información y toma de conciencia de una serie de medidas de higiene, cuidados y ejercicios que han de iniciarse precozmente desde el primer día en el postoperatorio e incluso previo a la cirugía<sup>1-8-9-31-33-35-39-41-47</sup>.

La mayoría de los estudios y guías clínicas recomiendan tratar el linfedema cuando exista una sintomatología de pesadez, tirantez o hinchazón del miembro afectado acompañado de una diferencia de más de 2 cm, en alguno de los valores de la circunferencia con respecto al valor de referencia. En base a esto se define el estadio y grado del linfedema (leve, moderado y severo) que determinará el pronóstico y la modalidad terapéutica<sup>1-8-9-31-33-35-39-41-47</sup>.



Los objetivos del tratamiento son<sup>39</sup>:

1. Reducción y/o evitar el aumento del volumen de linfedema
2. Mantener o restablecer la función de la extremidad y su aspecto.
3. Prevenir y tratar las complicaciones.

Dentro de los tipos de tratamientos se destaca la terapia kinésica donde se aplican los vendajes multicapas y se realiza de forma paralela una terapia física compleja, la cual contempla<sup>39</sup>:

1. Prevención, higiene y cuidados del linfedema.
2. kinesiología y tratamiento postural del linfedema.
3. Drenaje Linfático Manual (DLM).
4. Vendajes de baja elasticidad.
5. Presoterapia Neumática Secuencial Intermitente.
6. Prendas de contención elástica.

Varios estudios han llegado a la conclusión que la terapia más efectiva para el linfedema es la terapia física combinada o terapia descongestiva compleja, la cual consiste en combinar drenaje linfático manual más vendaje multicapa y ejercicios linfomiokinesicos<sup>17-19-51-53</sup>.

Asimismo los cuidados para el linfedema son medidas higiénico-dietéticas como por ejemplo pérdida de peso, prevenir lesiones cutáneas, evitar la sedestación prolongada, elevación de la extremidad<sup>49-50</sup>.

### **2.2.7 El rol del kinesiólogo en el manejo del linfedema**

Una medida para tratar las complicaciones en las sobrevivientes de cáncer ginecológico es la intervención kinésica la cual utiliza como herramienta terapéutica el Drenaje Linfático Manual (DML) y ejercicios linfomiokinésicos

teniendo un rol fundamental en el proceso<sup>17-19-51-53</sup>. En el drenaje linfático manual se realizan maniobras en ciertas direcciones las cuales dependerán de su origen y de otras características propias del edema. No se ha logrado demostrar hasta el momento una presión ideal (exacta) ni protocolos que determine un nivel de eficacia, por lo tanto, la terapia queda a juicio clínico del tratante<sup>17-19-51-53</sup>. Es importante destacar que existe una relación entre el tratamiento de compresión y el drenaje manual linfático y es que ambas técnicas deben variar su intensidad dependiendo de la consistencia del edema, esto quiere decir que el tratamiento para el linfedema no depende solamente de un manejo médico, sino que de un equipo multidisciplinario<sup>20-51-30</sup>.

Al inicio del DLM el kinesiólogo debe trabajar de manera directa sobre el edema, de distal a proximal de manera suave y lenta, siendo su principal objetivo asegurar una disminución del edema. El edema drena a través, de la vía venosa y linfática, la cual finaliza recurrentemente en la vena safena interna, como última medida se coloca frecuentemente un vendaje para descongestión vascular<sup>51-52</sup>.

La terapia debe ser diaria a semanales dependiendo de la condición del linfedema, culminando el DLM se evalúan las necesidades de colocar vendajes en la extremidad comprometida con el objetivo de originar una contrapresión. Otro tratamiento para la reducción de volumen es el ejercicio a través de una presión activa generada por la musculatura<sup>51-52</sup>.

Los ejercicios son un complemento para el tratamiento del linfedema y estos deben ser lentos y progresivos además permiten corregir la postura y el equilibrio, recuperado la movilidad, trofismo, sensibilidad y la coordinación, restableciendo la funcionalidad del miembro afectado y favoreciendo el drenaje<sup>53</sup>.

Una vez establecido el linfedema no existe un tratamiento curativo por lo que los objetivos se centran en disminuir el volumen y la consistencia, reducir los

síntomas y evitar las complicaciones<sup>39-51</sup>. Además, es indispensable que en los objetivos operacionales kinésicos se encuentra la educación a las usuarias y la orientación en el proceso de rehabilitación del linfedema, pero idealmente debe efectuarse un asesoramiento preoperatorio respecto del riesgo de linfedema<sup>114-116</sup>.

Con respecto a los ejercicios linfomiokinésicos la evidencia señala que ciertos movimientos permiten disminuir el linfedema junto con una terapia integral incluyendo distintos métodos de drenaje linfático manual, ejercicios, terapia compresiva, vendajes, entre otros<sup>17-19</sup>.

## **2. 3 Función sexual en personas con cáncer ginecológico**

### **2.3.1 Función Sexual**

Debido a la efectividad y disponibilidad de tratamientos contra el cáncer en Chile ha aumentado la cantidad de años de vida en las sobrevivientes de CaCu. Es por esto que parte de los objetivos sanitarios del programa GES para CaCu es mejorar la calidad de vida en pacientes con este diagnóstico<sup>5</sup>. La dimensión más afectada en cuanto a calidad de vida durante este proceso, es la dimensión sexual, la cual se ve alterada principalmente por el tipo de tratamiento aplicado<sup>6</sup>.

Para poder comprender de mejor manera el impacto producido en la sexualidad de las usuarias, describimos las fases del Ciclo de Respuesta Sexual Humana las cuales comprende <sup>55</sup>:

- 1- Fase de deseo
- 2- Fase de excitación
- 3- Fase de meseta

- 4- Fase de orgasmo
- 5- Fase de resolución

Sin embargo, se considera también una sexta fase a este ciclo denominándola satisfacción sexual<sup>28</sup>.

El deseo sexual o libido es el nombre que recibe el interés por llevar a cabo la relación sexual, el que puede ser afectado debido a la menopausia, a factores psicológicos, entre otros<sup>28</sup>.

En fase de excitación persiste la sensibilidad en las mamas <sup>56</sup>

En la fase de orgasmo las contracciones musculares para el orgasmo existen, pero disminuidas en número e intensidad, pudiendo haber contracciones dolorosas<sup>57</sup>.

Las dos últimas fases son la resolución y satisfacción sexual. La primera ocurre cuando los cambios anteriormente dichos vuelven a la normalidad y la satisfacción sexual es de carácter subjetivo, por lo que puede ser considerado como una experiencia positiva o negativa, pudiendo generar en la sexta fase un resultado satisfactorio o no<sup>28</sup>.

### **2.3.2 Problemas sexuales como efecto secundario del cáncer ginecológico o sus tratamientos**

La función sexual es un concepto complejo que se ve afectada por distintos factores tanto físicos, psicológicos, emocionales y de pareja<sup>58</sup>. Por otro lado, mencionan que además de lo anteriormente señalados, la seguridad percibida en las relaciones sexuales es importante para las usuarias, destacando así el carácter multidimensional de la función sexual<sup>59</sup>.

La sexualidad es de carácter personal y cambia significativamente de un usuario a otro debido a que involucra actitudes, comportamiento y condición de salud. Por lo tanto, resulta indispensable definir algunos aspectos que se ven alterados en la respuesta sexual humana posterior al tratamiento de cáncer ginecológico<sup>28</sup>.

El cáncer ginecológico y sus tratamientos alteran considerablemente la sexualidad de las mujeres debido a los efectos físicos y psicológicos con resultado perjudicial. Tal como fue mencionado anteriormente, este tipo de enfermedad requiere de tratamientos invasivos que van deteriorando la calidad de vida de las usuarias sometidas a radioterapia por cáncer ginecológico afectando la sexualidad, insatisfacción sexual, generando dudas y aumentando la probabilidad de abandono por parte de sus parejas<sup>60-61</sup>.

### **2.3.3 Adaptación física y psicológica post tratamiento-Alteración de imagen corporal y autoestima:**

Respecto a la condición psicológica de las usuarias con CaCu es imprescindible aceptar el diagnóstico además de las distintas alternativas de tratamientos y efectos secundarios a esto, para afrontar de mejor manera la situación. Junto a lo anterior una actitud realista, decidida, comprometida y activa permite disminuir los niveles de estrés durante el proceso<sup>6</sup>.

Los cambios a nivel físico que experimentan las usuarias post tratamiento, tales como: la pérdida de cabello, estenosis vaginal, linfedema, entre otros, repercute en diversos ámbitos, tales como; autoimagen, bienestar social y sentido de feminidad<sup>28-54-60-61</sup>.

Existen variados factores de riesgo que provocan disfunción sexual destacando problemas emocionales o relacionados con estrés, deterioro de la

posición económica, antecedentes de traumatismo sexual y niveles de educación más bajos<sup>62</sup>. El estado postmarital (divorciada, separada o viuda) se acompaña de un riesgo alto de dificultades orgásmicas, cuando se compara con mujeres casadas y es 1,5 veces más probable que estas últimas logren el orgasmo que las solteras<sup>62</sup>. Las mujeres de raza negra tienden a mostrar tasas más altas de deseo sexual, comparado con las de raza blanca (44% contra 29%), que comentan más trastornos por dolor sexual (16% contra 13%). En contraste las mujeres hispanas informan de manera consistente tasas más bajas de disfunción sexual<sup>62</sup>.

Hoy en día se presenta una alta prevalencia de disfunción sexual. Un estudio de 1992 sobre la conducta sexual en adultos de Estados Unidos (National Health and Social Life Survey) reveló que el 43% de las mujeres tenía disfunción sexual, alrededor del 20% de las mujeres refirieron que el sexo no era placentero, casi una cuarta parte era de modo consistente incapaz de lograr el orgasmo y de 8% a 21% tenía dolor durante el coito. Con frecuencia las mujeres muestran más de una disfunción sexual, ya que existe una superposición notable. Junto a lo anterior, otro estudio determinó que la sexualidad se ve afectada en usuarias sobrevivientes de CACu, a diferencia de mujeres sin esas características.<sup>62-117</sup>.

El tratamiento para usuarias de estadio temprano suele ser la cirugía, radioterapia o ambos, mientras que el tratamiento estándar para etapas avanzadas incluye braquiterapia y suele complementarse con quimioterapia. Las diferentes modalidades de tratamiento anteriormente mencionadas alteran la calidad de vida y el funcionamiento sexual<sup>63</sup>.

La cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia pueden causar infertilidad, por lo que se deben discutir las opciones de tratamiento incluyendo a la pareja<sup>28</sup>.

Según un estudio realizado en Chile, la disminución del interés sexual fue el aspecto que mostró mayor repercusión en la calidad de vida en sobrevivientes luego de transcurridos tres años desde la radioterapia<sup>54</sup>.

Además, la radioterapia puede causar cambios en el revestimiento de la vagina ocasionando sequedad vaginal y estenosis vaginal, provocando dolor durante las relaciones sexuales<sup>64</sup>. La sequedad vaginal y el dolor durante las relaciones sexuales pueden ser un efecto secundario a largo plazo de la radiación<sup>29</sup>. Además de estas manifestaciones físicas que presentan las pacientes se suma la angustia emocional<sup>65</sup>.

Un estudio que incluyó 71 mujeres, evaluó si existía disfunción sexual en pacientes con CaCu avanzado, sometido a radioterapia específicamente con la técnica de braquiterapia<sup>61</sup>. Los datos se obtuvieron mediante cuestionarios estructurados, además de un examen ginecológico los resultados demostraron que el 76,1% presentaba estenosis vaginal, mientras que un 71,8% atrofia vaginal. Las disfunciones sexuales detectadas son la frigidez, falta de lubricación, de excitación y el orgasmo en el 76,1% de los casos, también falta de libido en el 40,8% de ellas y el 5,6% presentaban vaginismo<sup>61</sup>.

Las mujeres que reciben tratamiento combinado (cirugía y radioterapia), retoman más tardíamente la actividad sexual que las que fueron sometidas sólo a cirugía<sup>6</sup>. Un estudio afirma que al realizar cirugía reconstructiva a mujeres sometidas a exenteración pélvica, favorece su vida sexual<sup>6</sup>. Las mujeres que no son sometidas a cirugías reconstructivas reportan un deterioro en el funcionamiento sexual, al presentar mayores impedimentos físicos y menor autoestima<sup>6</sup>.

Los medicamentos utilizados como tratamiento para el cáncer ginecológico producen efectos secundarios que pueden alterar la respuesta sexual. Dentro de

ellos están los quimioterapéuticos, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos, diuréticos, drogas antihipertensivas y hormonoterapia con estrógenos<sup>28</sup>.

### **3. MATERIALES Y MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Estudio de tipo descriptivo, con diseño transversal.

#### **3.2 Participantes**

En este estudio participaron 8 mujeres entre 50 a 70 años de edad, sobrevivientes de cáncer ginecológico que presentan linfedema y están en tratamiento kinésico.

Las mujeres sobrevivientes de cáncer fueron evaluadas en el Instituto Nacional del Cáncer, Comuna de Independencia, Santiago de Chile.

En una fase inicial para seleccionar posibles participantes de este estudio, se contactaron a kinesiólogas (os) a través de la Sociedad Chilena de Kinesiología y Oncológica (SOCHKO), Instituto Angiológico Montpellier (IAM) y en el Instituto Nacional del Cáncer (INC) por el método de "bola de nieve". Se obtuvo respuesta solamente del INC. De este modo consiste en una muestra no aleatoria por conveniencia.

Las participantes del estudio fueron contactadas a través de vía telefónica, por medio de estudiantes de kinesiología de la Universidad Nacional Andrés Bello, realizando un protocolo de llamadas. La primera llamada consistió en invitar a participar a las usuarias en la investigación a través de las kinesiólogas en formación a cargo del estudio, esta llamada consistió en la realización de una serie de preguntas y detallada planificación previa a la citación aclarando que su



participación es voluntaria y gratuita. Posteriormente, se realizó una segunda llamada de confirmación de asistencia. (Anexo N°2)

### **3.3 Criterios de inclusión:**

- Mujeres que presentan linfedema secundario y estuvieron en tratamiento kinésico post cáncer ginecológico en el Instituto Nacional del Cáncer y que sean pertenecientes de la Región Metropolitana.

### **3.4 Criterios de exclusión:**

- Quedan excluidas pacientes con cáncer ginecológico en estado paliativo.
- Mujeres que presenten déficit cognitivo incluyendo cualquier tipo de patología, que involucra alteraciones de la comprensión de parte de la usuaria.

### **3.5 Instrumentos de evaluación**

Los instrumentos de medida utilizados en este estudio son los siguientes:

#### **3.5.1 Deterioro cognitivo**

Usamos test de PFEIFFER, versión española, se trata de un cuestionario que mide deterioro cognitivo el cual consta de 10 ítems.

### 3.5.2 Linfedema de extremidades inferiores.

#### Evaluación de las circunferencias por el método de volumetría indirecta

Dado que el linfedema se trata de un aumento anormal de líquido intersticial es importante cuantificarlo. Para ello se procede a la valoración del volumen de extremidades inferiores a través de la medición de circunferencias a niveles estandarizados del miembro. Posteriormente, se aplican fórmulas que permiten no solo cuantificarlo sino también calcular la diferencia de volumen entre dos momentos de medición diferentes. Entre las fórmulas más utilizadas está la de Kuhnke<sup>113</sup>:

$$\text{Kuhnke: Volumen} = (C_1^2 + C_2^2 + \dots + C_n^2) / \pi$$

Siendo C la circunferencia o perímetro medido cada 4-10 cm, desde el tobillo hasta la raíz del miembro. Otra forma, en este caso indirecta consistiría en medir cuatro perímetros en el miembro inferior a nivel del empeine, los maléolos, a 10 cm. del polo inferior de la rótula y a 10 cm. del polo superior de la rótula<sup>113</sup>.

Este método Kuhnke:  $\text{Vol} = (C_1^2 + C_2^2 + \dots + C_n^2) / \pi$ , considera las extremidades como un cono truncado. Así se obtuvo el volumen total de ambas extremidades inferiores y en seguida se calculó la diferencia de volumen entre pierna derecha e izquierda<sup>113</sup>.

Además, se controló el uso de contenciones para el edema y cuál o cuáles extremidades inferiores estaban afectadas<sup>113</sup>.

### **3.5.3 Para la función sexual**

#### **Índice de Función Sexual Femenina (IFSFI)**

Se utilizó el IFSFI, que fue desarrollado y validado en Estados Unidos<sup>66</sup> y posteriormente validado en Chile con mujeres climatéricas<sup>67</sup>. Este cuestionario consta de 19 preguntas y evalúa los distintos dominios de la función sexual. Finalmente se genera un score sumando las respuestas de las preguntas.

Se dispone de varios cuestionarios de respuesta personal para valorar la disfunción sexual. Pero en este estudio utilizaremos el IFSFI, corresponde a una medición de la función sexual resumida, informada de modo personal, con un alto grado de consistencia interna y validez de ideación. El IFSFI, valora distintos dominios estos son: deseo, orgasmo, inclinación, dolor sexual, lubricación y satisfacción sexual<sup>62</sup> (Anexo N°7).

### **3.5.4 Cuestionario de ajuste sexual**

El ajuste sexual consiste en la adaptación sexual posterior a alguna experiencia de enfermedad. Utilizamos como base un instrumento en el estudio, en el contexto del ajuste sexual en personas con lesión medular<sup>68</sup>, se aplicaron las siguientes preguntas para evaluar el ajuste sexual de las mujeres post cáncer ginecológico<sup>68</sup>. Con esas preguntas, unas con enfoque objetiva y otras subjetivas ya se podrán evaluar el ajuste (ANEXO N°8).

1. ¿Cuál es su frecuencia de actividad sexual?

- ( ) 0. Ninguna;
- ( ) 1. Una vez por mes o menos;
- ( ) 2. A cada 2 semanas o menos;
- ( ) 3. Una vez a la semana;
- ( ) 4. De 2 a 3 veces a la semana;

- ( )5. De 4 a 5 veces a la semana;
- ( )6. Seis o más veces a la semana);

2. ¿Cuánto crees que te has ajustado sexualmente después del cáncer?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me he ajustado nada								Me ajusté muy bien		

(b) ¿Usted en general disfruta de la actividad sexual como parte de su relacionamiento con su pareja?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No disfruto nada								Disfruto mucho		

(c) ¿Qué tan satisfecha estás en relación a la calidad de su relación con su pareja?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada satisfecha								Muy satisfecha		

### 3.5.5 Variables sociodemográficas y clínicas

Por medio de cuestionarios se recopilarán datos sobre la función sexual, ajuste sexual posterior a la condición de cáncer ginecológico, grado/nivel de linfedema y características sociodemográficas, clínicas y antropométricas de las usuarias (Anexo N°5).

Sociodemográficas:

- Edad
- Escolaridad

- Estado civil
- Si está activa sexualmente con pareja (si/no).

Antropométricas:

- IMC
- Estatura
- Perímetro cintura y cadera.

Clínicas: serán evaluadas por auto relato los siguientes aspectos clínicos:

- Diabetes
- Hipertensión
- Número de partos
- Menopausia (12 meses sin las reglas)
- Estreñimiento
- Hábito tabáquico
- Alcohol

### **3.6 Procedimientos**

Por llamado telefónico se aclaró que la obtención de sus datos fue en conocimiento de su kinesióloga tratante. Se le explicó resumidamente el método y objetivos del estudio en el que sería sometida, clarificando que este será bajo un consentimiento informado y su evaluación será estrictamente confidencial, gratuita y se realizará en el Instituto del Cáncer ubicado en la comuna de Independencia en Santiago de Chile.

La evaluación consistió en lo siguiente:

1. Cribado de deterioro cognitivo con el TEST DE PFEIFFER (ANEXO N°3)

2. Consentimiento informado donde se entrega toda la información necesaria y así pueda decidir libremente si desea participar en el estudio (ANEXO N°4)
3. Ficha de antecedentes sociodemográficos y clínicos (ANEXO N°5)
4. Medición del linfedema en EEII (ANEXO N°6)
5. Índice de Función Sexual (FSFI) (ANEXO N°7)
6. Cuestionario de Ajuste Sexual (ANEXO N°8).

Los cuestionarios fueron aplicados en formato de entrevista por estudiantes de kinesiología (mujeres). Las medidas físicas de circunferencia de extremidades inferiores y antropométricas también fueron tomadas por alumnas de kinesiología, autoras de esta tesis.

Las participantes fueron citadas en horario de control kinesiológico en el Instituto Nacional del Cáncer. Se realizaron entrevistas a cada usuaria en el box de atención, entregando información del tipo de estudio y firmaron consentimiento informado. Además, se aplicó cuestionario breve de PFEIFFER, versión española, el cual es un cuestionario que consta de 10 ítems para poder determinar si existe la sospecha de deterioro cognitivo en las participantes.

Se utilizó el control del linfedema en EEII, evaluado por método de volumetría indirecta (cilindro o cono truncado) de las circunferencias de EEII, con medición de los perímetros con cinta métrica. Posteriormente, se aplican fórmulas que permiten no solo cuantificarlo sino también calcular la diferencia de volumen entre dos momentos de medición diferentes. Entre las fórmulas más utilizadas está la de Kuhnke:

$$\text{Kuhnke: Volumen} = (C1^2 + C2^2 + \dots + Cn^2) / \pi$$

Siendo C la circunferencia o perímetro medido cada 4-10 cm, desde el tobillo hasta la raíz del miembro. Otra forma, en este caso indirecta consiste en medir cuatro perímetros en el miembro inferior (a nivel del empeine, los maléolos, a 10 cm del polo inferior de la rótula y a 10 cm del polo superior de la rótula).

Este método Kuhnke:  $Vol = (C_1^2 + C_2^2 + \dots + C_n^2) / \pi$  considera las extremidades como un cono truncado <sup>113</sup>. Así, se obtuvo el volumen total de ambas extremidades inferiores y en seguida, se calculó la diferencia de volumen entre pierna derecha e izquierda.

Luego se aplicó el cuestionario IFSF. Es una medición de la función sexual resumida, informada de modo personal de 19 preguntas, agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Además, evaluamos el ajuste sexual de las mujeres post cáncer ginecológico, a través de un cuestionario con el mismo nombre.

Mencionar que la estatura de las usuarias fue medida con una cinta métrica, solicitando a las usuarias que estuvieran descalzas con la espalda adosada a la pared y ambos pies alineados, parándose lo más erguida que pueda con los talones, espalda, hombros y cabeza tocando la pared.

Obtuvimos el peso de las usuarias mediante una balanza marca Tanita modelo HD-314.

Calculamos Índice de Masa Corporal de las usuarias (IMC), utilizando los parámetros de las tablas de IMC para adulto y adulto mayor, ya que, es un indicador simple de la relación entre el peso y talla. Esto nos permitió identificar el sobrepeso y obesidad de las participantes del estudio. Esta se calculó dividiendo el peso, la talla en metros al cuadrado ( $kg/m^2$ )<sup>81</sup>.

### **3.7 Aspectos éticos**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad San Sebastián, es un proyecto en conjunto entre ambas universidades, una vez aprobado se utilizó un consentimiento informado previo a la evaluación y todas las participantes debieron firmar para poder ser parte de este estudio (Anexo N° 4), en él se detalla resumidamente método y objetivos del estudio, los beneficios, además se describió que la evaluación es gratuita, voluntaria y sin mayores riesgos. Aclarando además que los registros de los datos fueron totalmente confidenciales y que la invitada al estudio puede dejar de participar si así lo dispone. (ANEXO N°1).

### **3.8 Análisis de los datos**

Los datos fueron tabulados en planillas Excel y analizados en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) con recursos de estadística descriptiva: media, desviación estándar, mediana, rango, intervalo intercuartil, frecuencia absoluta y relativa. Se utilizó el recurso de un gráfico de caja y bigotes para comparar la mediana de edad entre las mujeres activas e inactivas sexualmente con pareja.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Caracterización de las participantes**

En la tabla N°1, podemos apreciar las características sociodemográficas y clínicas de las participantes del estudio.



En relación a la escolaridad básica un 62,5% es incompleta o completa. Un 12,5% tiene nivel técnico. En cuanto a la profesión un 50% son dueñas de casa y un 37,5% tiene ocupación remunerada. Referente al estado civil de las usuarias corresponde a un total de 37,5% las cuales están casadas, 25% de ellas son solteras y 12,5% divorciadas y viudas. En cuanto al estado de salud el 50% de las usuarias lo consideró bueno, mientras que el 12,5% lo consideró mala o muy mala.

Las usuarias consumidoras de alcohol ocasional representan 75,0%, mientras que las usuarias que consumen regularmente o nunca alcohol, se repite el dato estadístico en un 12,5%. Ahora con respecto al hábito tabáquico un 37,5% de las usuarias señalaron que era exfumadora y un 50% no presentan este hábito en cambio, un 12,5% eran actualmente fumadoras.

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas y clínicas de las participantes del estudio (n=8)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridad</b>		
Básica incompleta	3	37,25
Básica completa	2	25,0
Media completa	2	25,0
Técnico	1	12,5
Total	8	100
<b>Profesión</b>		
Dueña de Casa	4	50
Otro	3	37,5
*Missing	1	13,5
Total	8	100
<b>Estado civil</b>		
0.0	1	12,5

---

Soltera	2	25
Casada	3	37,5
Divorciada	1	12,5
Viuda	1	12,5
Total	8	100
<b>Estado de salud</b>		
Buena	4	50
Regular	2	25
Mala	1	12,5
Muy mala	1	12,5
Total	8	100

---

---

**Consumo alcohol**

Nunca	1	12,5
En ocasiones	6	75
Regularmente	1	12,5
Total	8	100

**Tabaco**

No	4	50
Si	1	12,5
Ex fumador	3	37,5
Total	8	100

**Estreñimiento**

No	4	50
Si	4	50
Total	8	100

**Paridad**

2	3	37,5
3	2	25
4	1	12,5
*Missing	2	25
Total	8	100

**Menopausia**

No	5	62,5
Si	3	37,5
Total	8	100

**DM**

No	5	62,5
Si	3	37,5
Total	8	100

**HTA**

No	4	50
Si	4	50
Total	8	100

---

\*Representa algún dato faltante.

Otra característica importante de mencionar es la paridad, la mayor parte de las usuarias tuvieron partos vaginales siendo este un 37,5%, en comparación con a las cesáreas 25%. En relación a las mujeres menopáusicas el 37,5% se encuentran bajo esta condición y 62,5% no representa menopausia.

En relación a las comorbilidades las más comunes en las mujeres de este estudio fueron el estreñimiento y la hipertensión arterial correspondiendo a un 50% de los casos y un 37,5% presenta DM.

Tabla 2. Caracterización del tipo de cáncer y tratamientos recibidos de las participantes del estudio (n=8)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Cáncer endometrio	3	37,5
Cáncer vulvar	1	12,5
Cáncer cuello uterino	4	50,0
<b>Cirugía</b>		
No	2	25,0
Si	6	75,0
<b>Quimioterapia</b>		
No	1	12,5
Si	7	87,5
<b>Radioterapia</b>		
No	1	12,5
Si	7	87,5

En relación a los tipos de cáncer de las usuarias, el CaCu fue el más frecuente en este estudio 50%, mientras el cáncer de endometrio corresponde al 37,5% y el cáncer vulvar un 12,5%. En relación a los tratamientos efectuados la mayoría de las mujeres (87,5%) fueron sometidas a radioterapia y quimioterapia, también el tratamiento quirúrgico fue uno de los métodos mayormente requeridos para combatir el cáncer (75%) y quienes no lo precisaron fueron el 25%.

Tabla 3. Estadística descriptiva de la edad y variables antropométricas de las participantes del estudio (n=8)

<b>Variable</b>	<b>Media (desviación estándar)</b>	<b>Mediana (Intervalo intercuartil)</b>	<b>Rango</b>
Edad, años	63,7 (9,6)	66 (16)	50-78
Masa corporal, kg	66,5 (12,7)	70 (21,2)	47 - 83,4
Estatura, m	1,54 (0,05)	1,56 (0,11)	1,47 - 1,62
IMC, kg/m <sup>2</sup>	28,0(5,7)	27,5 (9,6)	21,75 - 31,63
Circunferencia cintura, cm	90,0 (12,7)	91 (14)	64 – 102
Circunferencia cadera	100,2 (12,2)	102 (9)	74,2 - 111,5
Relación cintura cadera, cm	0,9 (0,05)	0,9 (0,1)	0,09 - 0,09

La Tabla 3 presenta la estadística descriptiva de edad y variables antropométricas. Como se pudo observar, la edad varió de 50 a 78 años y tuvo como media 63,7 fue (sd=9,6). En relación a las variables antropométricas se percibe que, en general, su media estuvo tendiendo a exceso de peso corporal, de modo que tres usuarias tenían sobrepeso, una mujer era obesa tipo I y una más era obesa tipo II. Todas las participantes de este estudio estuvieron con índice cintura cadera sobre lo recomendado (>0.8).

## 4.2 Caracterización del linfedema

Tabla 4A. Descripción de la volumetría de las participantes del estudio (n=8)

<b>Variable</b>	<b>Media (desviación estándar)</b>	<b>Mediana (Intervalo intercuartil)</b>
Volumen total de pierna derecha (mL)	6573,0 (1845,7)	6624,7 (2942,7)
Volumen total de pierna izquierda (mL)	6731,0 (1831,8)	6500,0 (2363,0)
Diferencia de volumen (pierna Derecha – pierna izquierda)	-158,0 (351,8)	-89,6 (699,6)

Tabla 4B. Comparación de medición de volumen entre las extremidades inferiores de cada participante

Extremidad inferior afectada	Volumen extremidad inferior derecha	Volumen extremidad inferior izquierda	Diferencia entre ambas extremidades inferiores	Utilización de medida de contención
Izquierda	5515,82	6138,58	-622,77	No
Ambas	8462,40	8588,69	-126,29	-
Ambas	8505,65	8868,23	-362,58	Si
Izquierda	5434,16	6069,81	-635,66	No
Derecha	3214,92	3147,96	66,96	Si
Izquierda	6314,97	6367,96	-52,99	Si
Derecha	6934,43	6631,96	302,46	No

Ambas	8201,94	8035,16	166,78	No
-------	---------	---------	--------	----

En el caso de la primera usuaria en ser evaluada, sólo presenta linfedema de extremidad izquierda, por lo que la diferencia entre las mediciones ambas piernas es superior a 200 mL, indicando linfedema. De igual manera podemos observar en el caso de la participante número 4, presenta linfedema de su extremidad inferior izquierda, es importante destacar que en los dos últimos, las participantes no utilizaban medias compresivas. Las usuarias número 5 y 6 a pesar de que presenta linfedema de extremidad inferior, este está controlado por el uso de medias compresivas y tratamiento kinésico, de modo que la diferencia entre ambas extremidades es mucho menor a 200 mL. Por otro lado, la usuaria número 7 presenta el criterio diagnóstico para linfedema y no utiliza medidas de contención.

### 4.3 Caracterización de la función sexual

Tabla 5. Caracterización de la función sexual de las participantes del estudio (n=8)

Características	N	%,
<b>Activa sexualmente en las últimas 4 semanas con pareja</b>		
Si	3	37,5
No	5	62,5
<b>Frecuencia del Deseo</b>		
Casi nunca o nunca	2	25
Mayor parte del tiempo	2	25
Casi siempre o siempre	4	50
<b>Deseo sexual</b>		
Muy alto	3	37,5
Alto	3	37,5

Muy bajo o nada	2	25,0
<b>Frecuencia de excitación sexual</b>		
Sin actividad sexual	2	25,0
Casi nunca o nunca	3	37,5
Casi siempre o siempre	3	37,5
<b>Nivel de excitación sexual</b>		
Sin actividad sexual	4	50,0
muy bajo o nada	4	50,0
<b>Confianza en la excitación sexual</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5
Baja confianza	3	37,5
<b>Satisfacción en la excitación sexual</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5
casi nunca o nunca	3	37,5
<b>Lubricación vaginal</b>		
Sin actividad sexual	4	50,0
Casi nunca o nunca	3	37,5
Mayor parte del tiempo	1	12,5
<b>Dificultad de lubricación vaginal</b>		
Sin actividad sexual	4	50,0
Extremadamente difícil o imposible	2	25,0
muy difícil	1	12,5
no hubo dificultad	1	12,5
<b>Frecuencia de lubricación vaginal</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5
Casi nunca o nunca	2	25,0
Casi siempre o siempre	1	12,5
<b>Mantención de lubricación vaginal</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5



Extremadamente difícil o imposible	3	37,5
<b>Frecuencia de orgasmo</b>		
Sin actividad sexual	4	50,0
Casi nunca o nunca	3	37,5
Casi siempre o siempre	1	12,5
<b>Dificultad de orgasmo</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5
Extremadamente difícil o imposible	3	37,5
<b>Satisfacción en el orgasmo</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5
Muy insatisfecha	3	37,5
<b>Satisfacción con la cercanía emocional con la pareja</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5
Muy insatisfecha	3	37,5
<b>Satisfacción con la relación sexual</b>		
Sin actividad sexual	2	25,0
Muy insatisfecha	3	37,5
Moderadamente insatisfecha	1	12,5
Igualmente, satisfecha e insatisfecha	1	12,5
Moderadamente satisfecha	1	12,5
<b>Nivel de satisfacción sexual</b>		
Sin actividad sexual	2	25,0
Muy insatisfecha	1	12,5
Moderadamente insatisfecha	1	12,5
Igualmente, satisfecha e insatisfecha	1	12,5
Moderadamente satisfecha	2	25,0
Muy satisfecha	1	12,5
<b>Dolor en la penetración vaginal</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5

Casi siempre o siempre	3	37,5
<b>Dolor después de la penetración vaginal</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5
Casi siempre o siempre	2	25,0
La mayoría de las veces	1	12,5
<b>Intensidad de dolor durante o después de la penetración vaginal</b>		
Sin actividad sexual	5	62,5
Muy alto	2	25,0
Moderado	1	12,5

En la Tabla 5 podemos apreciar las características de la función sexual de las participantes del estudio. En relación a la información recopilada y expresada en la tabla, podemos decir:

Solo un 37,5% de las encuestadas se encuentran activas sexualmente con pareja. A pesar de esto, la mayoría de ellas 75% manifestó tener deseo sexual la mayoría de las veces en elevada frecuencia (casi siempre o siempre o mayor parte del tiempo) y describieron este deseo como alto o muy alto. De todos modos, su excitación sexual fue reportada como muy baja en un 50%.

Con respecto a la lubricación vaginal, solo una de las usuarias relató no presentar dificultad para lubricación y tenerla la mayor parte del tiempo. Se observó que una de las participantes que decía no tener relación sexual con pareja, reportó tener orgasmo, lo que representa indirectamente que se masturbaba o tenía otros estímulos eróticos. En cuanto a la dificultad del orgasmo, las mujeres activas es extremadamente difícil e imposible 37,5%. En cuanto a la satisfacción con los orgasmos, hubo predominio de la insatisfacción en un 37,5%.

Con respecto a la satisfacción en la relación emocional con la pareja hubo predominio de la insatisfacción en un 37,5%. Por último, en relación con el dolor en la penetración vaginal, las que tenían actividad sexual manifestaron una alta frecuencia e intensidad de dolor tanto durante, como después de la penetración con un 37,5%.

Tabla 6. Dominios de la función sexual de las participantes del estudio (n=8)

<b>Variable</b>	<b>Activas</b>	<b>Inactivas</b>
	<b>sexualmente</b>	<b>Sexualmente</b>
	<b>(N=3)</b>	<b>(N=5)</b>
	Md (IR)	Md (IR)
Deseo	4,8 (0)	5,4 (3,0)
Excitación	1,2 (0)	0,6 (1,8)
Lubricación	1,2 (0)	0 (2,0)
Orgasmo	1,2 (0)	0 (1,6)
Satisfacción	2,0 (0)	1,6 (2,0)
Dolor	1,2 (0)	0 (0,6)
Puntaje del FSFI	12,3 (0)	9,1 (7,9)

**Md=mediana, IR=intervalo intercuartil**

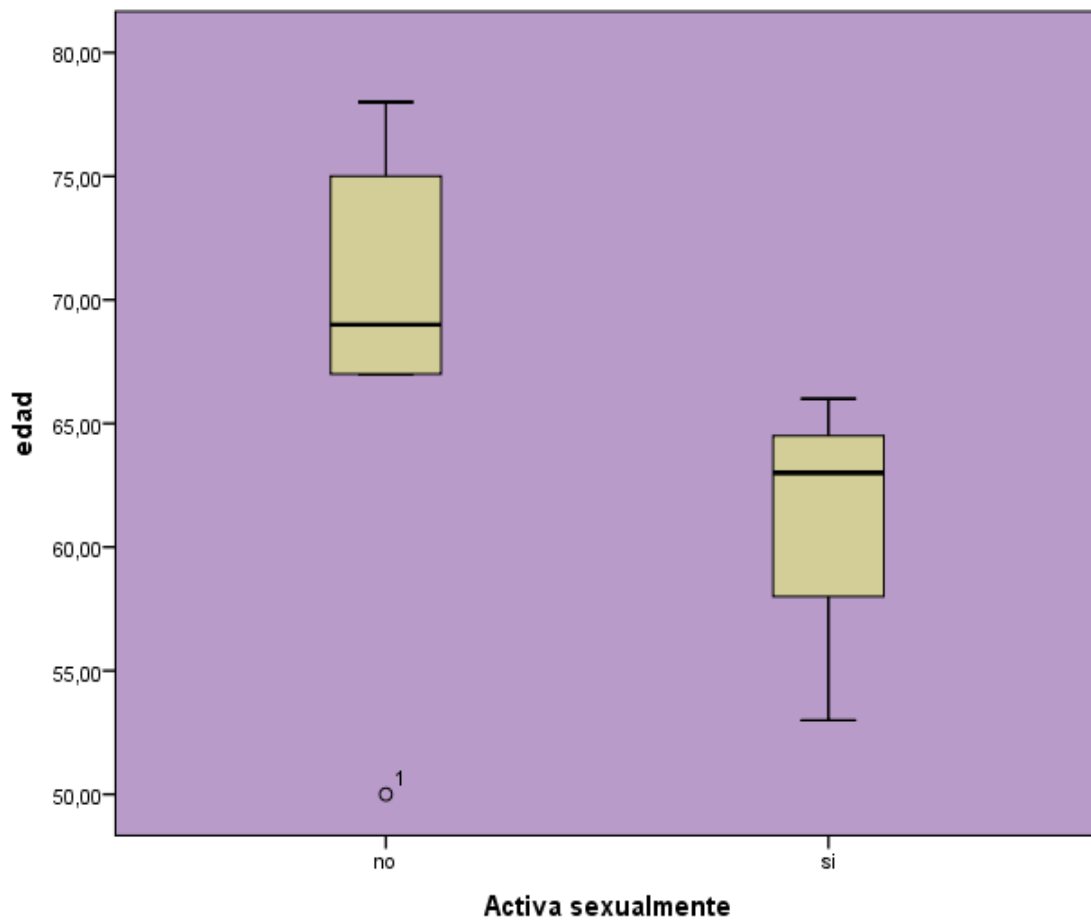


Figura 1. Comparación de la edad entre mujeres activas y no activas sexualmente

En la figura número 1 se observa que la mediana de edad de las usuarias que eran inactivas sexualmente era bien superior en un 66,5 a la edad de las activas sexualmente.

En la Tabla 7 podemos apreciar las características del ajuste sexual de las usuarias. Desafortunadamente, los datos de una participante no pudieron ser evaluados en relación a los datos presentados en esta tabla. En relación a la información recopilada y expresada en la tabla, podemos decir:

De acuerdo a la percepción de las usuarias a cuanto se ajustarán sexualmente posterior al cáncer ginecológico, la mayoría afirma que no se ha ajustado nada (62,5%), mientras que una persona dijo que se ajustó muy bien y una usuaria que se ajustó parcialmente, relativo a 7 en Escala Visual Análoga (EVA).

Tabla 7. Ajuste sexual de las participantes del estudio (n=8)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ajuste sexual posterior a cáncer ginecológico</b>		
	5	62,5
0= No me he ajustado nada	1	12,5
7= Parcialmente ajustada	1	12,5
10 =Me ajusté muy bien	1	12,5
*Missing		
<b>Disfruta su actividad sexual</b>	7	87,5
0=No disfruto nada	1	12,5
5=Disfruto medianamente		
<b>Satisfacción en la relación</b>		
0 = Nada satisfecho	4	50,0
1 = muy poco satisfecho	3	37,5
*Missing	1	12,5

\*Representa algún dato faltante.

En relación a la sensación de disfrutar la actividad sexual el 87,5% de las usuarias refirieron que no disfrutaba nada. Un 50% no presenta satisfacción en la relación con su pareja, mientras que 3 de las usuarias (37,5%) contestaron 1 en la EVA, lo que se refiere a estar muy poco satisfecha en la relación con su pareja.

## 5. DISCUSIÓN

### 5.1 Características de las participantes

En relación a las características de las 8 participantes se identificó que la mayoría presentó CaCu 50%, seguidas del cáncer de endometrio 37,5% y solo una participante había presentado cáncer de vulva, además es importante señalar que del total de participantes el 75% se sometió a tratamiento quirúrgico, mientras que una cantidad aún mayor de mujeres 87,5% se sometió a quimioterapia y radioterapia durante su proceso de tratamiento.

De las 8 participantes del estudio, según el IMC, se identificó que la mayoría tenía la condición de sobrepeso. En relación a la bibliografía consultada<sup>76</sup>. Refiere que *“El riesgo de cáncer endometrial se incrementa 3 veces en mujeres con sobrepeso de 9,5 a 23 kg y 10 veces en las que el sobrepeso es mayor a 23 kg”*. Las mujeres obesas tienen mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino. Este mismo autor nos indica que del 14 a 20% las causas de muerte por cáncer en adultos sobre 50 años son atribuibles al sobrepeso y obesidad, también se estima que si la población adulta mantuviera un IMC bajo 25 durante toda su vida se podrían evitar más de 90.000 muertes anuales por cáncer<sup>76</sup>.

Otro factor de riesgo para las personas que participaron del estudio es la edad, dicha información es corroborada, debido a que se señala que el carcinoma endometrial es más prevalente sobre los 50 años de edad. Un estudio menciona que *“La incidencia más elevada del CaCu está entre los 40 a 60 años, con un promedio de 45 a 55 años: desciende notablemente después de los 60 años<sup>26</sup>. La máxima incidencia del carcinoma cervical in situ está entre los 30 y 40 años y el invasivo entre los 40 a 50 años<sup>26</sup>”*. Es importante destacar que nuestra población estudio se encuentra en un rango de edad entre los 50-78 años<sup>26</sup>.

En relación a las comorbilidades, las más comunes en las mujeres de este estudio fueron el estreñimiento y la hipertensión arterial, representando un 50% de los casos. La hipertensión contribuye como factores de riesgo para presentar el cáncer de endometrio, ya que favorecen el estado de hiperestrogenemia o inciden indirectamente mediante mecanismos de estimulación del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1)<sup>75</sup>. También se han asociado factores médicos no específicos tales como hipertensión, diabetes mellitus y la obesidad al cáncer de vulva<sup>120-121</sup>.

Por otro lado, los tratamientos efectuados para el cáncer ginecológico, reflejaron que la mayoría de las usuarias 87,5% fueron sometidas a radioterapia y quimioterapia, siendo algunas anteriormente sometidas también al tratamiento quirúrgico (75%) y las restantes no lo precisaron. Las usuarias que recibieron tratamiento combinado (cirugía y radioterapia) reinician más tardíamente la actividad sexual que las que fueron sometidas sólo a cirugía<sup>53</sup>.

## **5.2 Linfedema**

Este estudio identificó la importancia del tratamiento kinésico para control de linfedema, especialmente con el uso de sistema contensivo o compresivo, puesto que las participantes que lo usaban no tenían diferencia de volumen entre ambas extremidades inferiores. La literatura demuestra la necesidad de uso de estos mecanismos y tratamientos<sup>1-8-9-31-33-35-36-38-39-41-47</sup>.

De modo que el sistema de vendaje multicapa actúa a nivel de capilares incrementando la presión hidrostática intersticial evitando la salida de líquido de los capilares, reduciendo así la formación del edema, mejorando el retorno venoso, favoreciendo la reabsorción linfática, mejora la efectividad del músculo y su acción de bombeo durante la actividad, ayuda a destruir y ablandar depósitos de tejido conectivo y tejido cicatricial cuando hay fibrosis<sup>1-8-9-31-33-35-36-</sup>

38-39-41-47. Su fundamento físico está basado en la ley de Laplace<sup>69-70-71</sup>. Este método de tratamiento es entregado por kinesiólogos.

En relación a lo anteriormente señalado el rol del kinesiólogo (a) en esta área, es de suma importancia, puesto que; al inicio del tratamiento del linfedema el profesional debe trabajar de manera directa sobre el edema, de distal a proximal de manera suave y lenta, siendo su principal objetivo asegurar una disminución del edema y esta terapia debe ser diaria o semanal según la condición del linfedema, culminando con el Drenaje Linfático Manual donde se evalúa las necesidades de colocar vendajes en la extremidad comprometida, con el objetivo de originar una contrapresión<sup>17-19-51-53</sup>.

Una vez establecido el linfedema, hasta la fecha no existe un tratamiento curativo, por lo que los objetivos se centran en frenar la evolución, impedir las infecciones, disminuir el volumen, la consistencia, reducir los síntomas y las complicaciones.

Esta enfermedad lleva a una fibrosis inflamatoria del tejido conjuntivo dérmico y subdérmico, con aumento progresivo y evolutivo de la región corporal afectada, disminuyendo la capacidad funcional e inmunológica de las usuarias, generando cambios morfológicos hacia la elefantiasis, el aumento de peso y las sobreinfecciones cutáneas, agravan aún más la insuficiencia linfática<sup>1-9-43-44</sup>.

### **5.3 Resultados importantes de la función sexual**

Con referencia al dolor en la penetración vaginal, las 3 participantes del estudio que tenían actividad sexual, manifestaron una alta frecuencia e intensidad de dolor tanto durante, como después de la penetración.

Los tratamientos contra el cáncer alteran el equilibrio normal en los niveles hormonales, como es el caso del estrógeno que ayuda a que la vagina



permanecer húmeda, flexible y contribuye a los cambios que ocurren con la vagina durante la excitación sexual, es por eso que el dolor en la penetración vaginal puede tener relación con la estenosis vaginal debido a la disminución del estrógeno<sup>109</sup>.

De la misma forma que lo mencionamos en el estudio anterior, se encontró una investigación realizada en Brasil, en el cual se describe las disfunciones sexuales en usuarias con cáncer cervicouterino avanzado, tratadas con radioterapia, utilizando braquiterapia en altas dosis. Se apreció que la radioterapia les generaba los mismos cambios en el revestimiento de la vagina, ocasionándoles sequedad vaginal y estenosis vaginal, provocando dolor durante las relaciones sexuales<sup>72</sup>.

#### **5.4 Tabú social de las mujeres que decían tener deseo y no admitieron sentirse excitadas**

Desde tiempos remotos se ha considerado a la mujer como ciudadano de segunda categoría, privándolas en cuanto a sus derechos, limitadas solamente a la reproducción y crianza, además del cumplimiento de las labores domésticas. Por lo que el género femenino se comportaba de manera pasiva durante el acto sexual<sup>73</sup>.

En Chile la sexualidad es modificada por diversos factores socioculturales, en un estudio realizado en Chile se determinó que los órganos sexuales femeninos son considerados sucios y con mal olor, lo cual retrasaría el examen de Papanicolaou, aumentando el riesgo de detectar precozmente el cáncer cervicouterino, algo positivo a destacar es que las mujeres chilenas refieren tener disposición para aprender más de su cuerpo<sup>74</sup>.

Este estudio muestra que el 37,5% de las participantes se encuentran activas sexualmente con pareja. Sin embargo, el 75,5% manifestó tener deseo sexual, aun así, su excitación sexual fue reportada como muy baja.

El 12,5% de las participantes relató no presentar dificultad para la lubricación vaginal. Se observó que una de las participantes decía no tener relación sexual con pareja, manifestando tener orgasmo, lo que representa indirectamente masturbación o tener otros tipos de estímulos eróticos.

En cuanto al orgasmo, las mujeres activas sexualmente señalaban extremadamente difícil e imposible 37,5%, relacionado a la satisfacción con los orgasmos, hubo predominio de la insatisfacción. Asimismo, la satisfacción en la relación emocional con la pareja hubo predominio de la insatisfacción en las participantes.

Finalmente, en relación al dolor en la penetración vaginal, las participantes que tenían actividad sexual manifestaron una alta frecuencia e intensidad de dolor tanto durante, como después de la penetración. La mayoría de las participantes no tenía relaciones sexuales con pareja.

## **5.5 Ajuste sexual**

Por medio de este estudio se observó que, de las 8 participantes evaluadas de rangos etarios entre 50 y 78 años, 3 de ellas tenían actividad sexual dentro de las últimas 4 semanas, lo que revela que las usuarias post tratamiento de cáncer ginecológico presentan también deseo sexual. Sin embargo, según la percepción de las participantes en cuanto a su ajuste sexual posterior al cáncer ginecológico, la mayoría afirma que no se ha ajustado nada (62,5 %), mientras que una persona dijo que se ajustó muy bien y una persona que se ajustó parcialmente (relativo a 7 en Escala Visual Análoga). En relación

a la sensación de disfrutar la actividad sexual la mayoría (87,5%) de las usuarias refirieron que no disfruta nada. Además, según lo relatado por las participantes un 50% no presenta satisfacción en la relación sexual, mientras que 3 de las usuarias (37,5%) contestaron 1 en la escala EVA, lo que se refiere a estar muy poco satisfecha. La dificultad para ajustarse sexualmente podría ser provocada por la ansiedad, la tensión, preocupación, depresión, náusea, dolor o cansancio. No obstante, esto no ha sido evaluado en este estudio.

Respecto a este tema, según<sup>47</sup> el deseo sexual puede verse disminuido en personas que pasan por un cáncer ginecológico:

*“Es común que las mujeres que están afrontando el cáncer pierdan en ocasiones interés o deseo por la actividad sexual. Los temores y las dudas, junto con los efectos por el tratamiento del cáncer, pueden hacer que una persona no se sienta en un óptimo estado. A veces, la preocupación sobre su salud puede que sea mucho mayor, que su interés por la actividad sexual. Pero a medida que la persona regresa a sus actividades cotidianas, puede que el deseo por la intimidad vuelva a surgir.”*

## **5.6 Limitaciones del estudio**

Dentro de las limitaciones podemos destacar el pequeño número de participantes, debido a los protocolos internos de los centros médicos donde se solicitó autorización para evaluar a pacientes y en los cuáles hubo dificultad para obtener los permisos adecuados, los datos y registros telefónicos de cada participante de esta investigación. Además, se buscó una muestra muy específica, mujeres con cáncer ginecológico y con linfedema secundario, esto también limitó el número de participantes.

## **5.7 Fortalezas**

Este estudio es uno de los pocos que se ha dedicado a investigar la función sexual de mujeres post cáncer ginecológico y que presentaban la complicación secundaria de linfedema en Chile. De este modo, es un estudio preliminar que arroja datos descriptivos de 8 mujeres que participaron voluntariamente en ésta investigación.

Al finalizar esta investigación, podemos afirmar que aún falta mucho por estudiar y buscar la relación que existe entre el cáncer ginecológico, linfedema y la función sexual, es por eso que sugerimos que se siga investigando este tema con un mayor número de mujeres con y sin linfedema; ya que este último es una de las complicaciones del cáncer y su tratamiento es menos entendida, relativamente subestimada y menos investigada.

## 6. Conclusiones

En el presente estudio se logró identificar en relación a la función sexual, que el 37,5% se encuentran activas sexualmente con parejas y que la mayoría presentaba dificultades en el funcionamiento sexual. El 75% de ellas manifestó tener deseo sexual alto y muy alto, mientras la mitad refirió presentar un nivel de excitación sexual muy baja o nada. Con respecto a la lubricación vaginal solo el 12,5% relató estar lubricada la mayor parte del tiempo durante el acto sexual. Se observó que una de las participantes que decía no tener relación sexual con parejas manifestó tener orgasmo, lo que representaría indirectamente masturbación u otros estímulos eróticos. Mientras las mujeres activas sexualmente señalaron extremadamente difícil e imposible la satisfacción y el orgasmo. Con respecto a la satisfacción y la relación emocional con la pareja hubo predominio de la insatisfacción. Finalmente las participantes que tenían actividad sexual, manifestaron una alta frecuencia e intensidad de dolor tanto durante, como después de la penetración.

De acuerdo a la percepción de las mujeres a cuanto se ajustan sexualmente posterior al cáncer ginecológico, el 62,5% afirma que no se ha ajustado nada, mientras que el 12,5% dijo que se ajustó muy bien y el otro 12,5% se ajustó parcialmente. En relación a la sensación de disfrutar la actividad sexual, el 87,5% refirieron que no disfrutaba nada, además el 50 % no presentó satisfacción, mientras que el 37.5% refiere estar muy poco satisfecha.

Un punto importante apreciado en esta tesis fue en relación al uso del sistema contensivo aplicados en el linfedema de extremidad inferior en las participantes del estudio, donde se pudo percibir que de las 8 usuarias, dos de ellas, presenta el criterio diagnóstico para linfedema, pero no utilizan método contensivo, sin embargo otras tres participantes si modulaban su linfedema, mediante el uso de sistema contensivo y tratamiento kinésico, de modo que la

diferencia entre ambas extremidades es mucho menor que 200 mL, lo que les ayuda a sobrellevar mejor su calidad de vida.

De este modo, se entiende que el kinesiólogo tiene un importante rol, en el tratamiento del linfedema, la educación y prevención de la función sexual de mujeres sobrevivientes de cáncer ginecológico.

## **7. GLOSARIO**

CaCu: Cáncer Cervicouterino

CDT: Terapia Descongestiva Completa

DLM: Drenaje Linfático Manual

EEII: Extremidad Inferior

EVA: Escala Visual Análoga

GES: Garantías Explicitas de Salud

GCLQ: Cuestionario de Linfedema de Cáncer Ginecológico

IAM: Instituto Angiológico Montpellier

IARC: Investigación Internacional del Cáncer

IFSF: Índice de Función Sexual Femenina

IMC: índice de masa Corporal

INC: Instituto Nacional del Cáncer

OMS: Organización Mundial de la Salud

RT: Radioterapia

SOCHKO: Sociedad Chilena de Kinesiología Oncológica

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

VPH: Virus Papiloma Humano



## 8. BIBLIOGRAFÍAS

- 1) Río Solá L. (2016). "Linfedema de la clínica al tratamiento Valladolid ": Hospital Clínico Universitario de Valladolid: Valladolid.
- 2) Ministerio de Salud (2005). Guía clínica cáncer cervicouterino. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede04001011f010ff2.pdf>  
Consultado: 17.11.2015
- 3) Encuesta Nacional de Salud (2009-2010). Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- 4) Donoso S E. Cambio del perfil epidemiológico y demográfico determina un mayor riesgo de cáncer ginecológico en la mujer chilena. Rev. chil. obstet. ginecol.[Internet]. 2012 [citado 2016 Mar 16], 77, (4):247-248.
- 5) Ministerio de Salud. (2015). Guía clínica cáncer cervicouterino. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede04001011f010ff2.pdf>  
. Consultado 17/11/15.
- 6) Bye A, Tropé C, Loge JH, Hjermland M, Kaasa S. Health related quality of life and occurrence of intestinal side effects after pelvis radiotherapy. Acta Oncol 2000; 39(2): 173-80.
- 7) Lawenda BD, Mondry TE, Johnstone PA. Lymphedema: a primer on the identification and management of a chronic condition in oncologic treatment. CA Cancer J Clin. 2009; 59(1):8-24. doi:10.3322/caac.20001.
- 8) Instituto Nacional del Cáncer (2011). El cáncer. Meryland. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer>
- 9) Zuther E. (2005). Physiology. In: Von Rohr M, ed. Lymphedema Management: The Comprehensive Guide for Practitioners. New York: Thieme Medical Publishers, pp. 29-44.
- 10) Foldi M, Foldi E Physiology and pathophysiology of the lymphatic system. In: Foldi E, Foldi M, eds. Foldi's Textbook of Lymphology. 2nd ed. Munich: Elsevier; 2006:179-222.

11) Osann & cols. Factors associated with poor quality of life among cervical cancer survivors: implications for clinical care and clinical trials. Gynecol Oncol. 2014 Nov;135 (2):266-72. Revisado el 05.06.15

12) Ferrandina & cols. Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: a prospective, longitudinal study. Gynecol Oncol. 2012 Mar; 124(3):389-94. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035809>

Revisado el 05. 06.15

13) Pino N, C. (2010). Disfunción sexual en pacientes con cáncer. Médicas UIS. Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander, 23(2):126-33. Recuperado de <https://www.medicasuis.org/anteriores/volumen23.2/doc6.pdf>

14) Mas, M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización, Revista Internacional Andrología, 2007; 5 (1):11-21. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/journal/1698031X/5/1>

15) Garrell Lluís, Imma. Los efectos adversos de la radioterapia oncológica. ¿Qué debe saber el médico de familia? FMC. 2015; 22(10):554-63)

16) M. López-Martín, E. De Carlos Iriarte. El papel de la escuela de linfedema y la cinesiterapia en la prevención y el tratamiento del linfedema. Rehabilitación, Volume 44, Supplement 1, October 2010, Pages 49–53. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712010001179>

17) A. Fajardo. Bilateral Lower Extremity Inflammatory Lymphedema in Air Force Basic Trainees Clinical and Epidemiologic Study of a New Disease Entity, JAMA Dermatolgy. 2015 151 (4):395-400.

- 18) T. Leard & Barrett C. Successful Management of Severe Unilateral Lower Extremity Lymphedema in an Outpatient Setting, *Phys Ther*, 2015 Sep; 95(9):1295-306.
- 19) Lasinski, BB. Complete Decongestive Therapy For Treatment of Lymphedema, *Semin Oncol Nurs.* 2013 Feb; 29(1):20-7.
- 20) Ferrandez, J. C. & Torres Lacomba, M. (2008) El drenaje linfático manual de la extremidad inferior: guía para una aplicación actual. Recuperado de: [http://www.centrovodder.com/wp-content/uploads/2014/02/Drenaje\\_linfatico\\_6.pdf](http://www.centrovodder.com/wp-content/uploads/2014/02/Drenaje_linfatico_6.pdf)
- 21) Berkow R, Beers M, Fletcher A (1899). Manual Merck de información médica para el hogar. Editorial Océano: Barcelona.
- 22) Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estadísticas Vitales. Chile 2009 revisado el 05.06.15 recuperado de: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/estadisticas\\_vitales/2011/Vitales\\_2009\\_21102011.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/2011/Vitales_2009_21102011.pdf)
- 23) FICA, A. Prevención del cáncer cérvico-uterino en Chile: Mucha vacuna y poco Papanicolau. *Rev. chil. infectol.* [online]. 2014, vol.31, n.2, pp.196-203. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000200010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000200010&lng=es&nrm=iso)
- 24) Medina L. E & Kaempffer R. A. Mortalidad por cáncer en Chile. *Revista médica de Chile*, 2010;128:10, Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872001001000014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872001001000014).
- 25) Itriago G. Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Rev med clin Condes*, 2013; 24(4) 531-552, disponible en: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/1\\_Dra.-Laura-Itriago-G.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/1_Dra.-Laura-Itriago-G.pdf)
- 26) Llanes CA, Torres F, I A, Barrientos G, C, Lin O, D. El cáncer cervicouterino, enemigo número uno de la salud de la mujer. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad* [Internet]. 2011;1(3):1-15. Recuperado

de [http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/1\\_3/3\\_Rev-TeoCVU-EnemigoMujer.pdf](http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/1_3/3_Rev-TeoCVU-EnemigoMujer.pdf)

27) R.Ortiz, M.D., Uribe, C, Pérez, M.D., Luis Alfonso Díaz Martínez, M.D., Yuriko Rafael Dangond Romero, O.D. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2004, 55:146-160.

28) E.López, E González González. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. Oncología, 2005; 28 (3):164-169. <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/10.pdf>

29) Abalo, J., Abreu, M., Roger, M., & González, G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Revista Cubana Oncología, 1999;15: 49-65. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15\\_1\\_99/onc09199.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm)

30) Mosche, L. El rol del kinesiólogo en la rehabilitación oncológica tesis de grado licenciatura en kinesiología. Universidad F.A.S.T.A, 2012. Recuperado de: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/215>.

31) Shura, E. Linfedema. Cuader Cir. 2001; 15:107-115. Recuperado de: [http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED\\_19\\_1/13\\_Linfedema.pdf](http://www.clinicalascondes.com/areaacademica/pdf/MED_19_1/13_Linfedema.pdf)

32) Meneses KD, McNees P. Upper Extremity Lymphedema after treatment for Breast Cancer. Ostomy Wound Manage:2007;53 pagina16-29.

33) Ciucci JL. III Consenso latinoamericano para el tratamiento del linfedema. Ed Nayarit: Buenos Aires; 2008. Página 55-180.

34) Fortuny EI, Godoy MF, Godoy JM. Es reversible el linfedema. Revista Chilena de dermatología. 2014;30:página 375-378.

35) Isselbacher K, Braunwald E, Wilson J, Martin J, Fauci A, Kasper D. Principios de la Medicina Interna Harrison 13a edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.Madrid.1994.

36) Földi M, Casley-Smith JR. The roles of the lymphatics and the cells in high oedemas. Mol Aspect Med. 1978; paginas 77-146

37) Triana M, M, E., y cols. Determinación de algunos indicadores bioquímicos en personas con linfedema secundario de miembros inferiores. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. 2013; 14(1). [http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol14\\_1\\_13/angio07113.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol14_1_13/angio07113.htm).

38) Moffat CJ, Franks PJ, Doherty DC. Linfedema: an underestimated health problema. Q J Med ;2003.96: pagina 731-738.

39) Arias C, Alvarez MJ . Rehabilitación del linfedema, actualización y protocolo . Editorial Xunta de Galicia . Galicia. 2010;44 Supl 1:29-34.

40) T de Roo. Analysis of lymphoedema as first symptom of in a series of 650 patients with limb involvement..Radiol Clin (Basel). 1976;45(2-4):236-41).

41) Rodriguez- Cerdeira MC, Gonzalez E , Guerra Tapia A, Cancer de vulva. Revista mas dermatologia 2008;4;5-13. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3829328>.

42) Clasificación of International Society of Lymphology, Clasificación of International Society of Lymphology, 2015. Recuperado de: <http://www.u.arizona.edu/~witte/ISL.htm>

43) Mohler E, Mondry T, LANA. Lymphedema: Etiology, clinical manifestations, and diagnosis. 2011. Recuperado de [http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?25/56/26497?source=see\\_link](http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?25/56/26497?source=see_link)

44) Téllez de Peralta G, Tratado de cirugía cardiovascular. Auspiciado por la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. Editorial Díaz de Santos 1998; 783-790 . Madrid.

45) Arias Cuadrado A1, Álvarez Vázquez MJ1 1(F.E.A. Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Comarcal de Valdeorras) [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/tratamiento\\_del\\_linfedema.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/tratamiento_del_linfedema.pdf) f 2010españa.

46) Instituto Nacional del Cáncer, (2011), Biopsia de ganglio linfático centinela, recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico>

estadificacion/estadificacion/hoja-informativa-ganglio-centinela, 27.08.2015.  
Página 16

47) American Cancer Society, (2015), Disección del ganglio linfático centinela, recuperado de <[http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/extirpacion\\_ganglios\\_linfaticos/diseccion\\_centinela](http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/extirpacion_ganglios_linfaticos/diseccion_centinela), 27.08.2015

48) Tratamiento transdisciplinario del linfedema mediante terapia físico-combinada compleja. Análisis de nuestra experiencia E. Srur a, P. Toro b, M. Leivac, M. Rojas d y N. Contreras. *Angiología*. 2015;68(1):33---37.

49) Cómo valorar un linfedema Maria Antònia Vila Coll\* y Nadia Jdid Rosàs, *FMC*. 2013;20(7):391-8

50) Shaw C, Mortimer P, Judd PA. A randomized controlled trial of weight reduction as a treatment for breast cancer-related lymphedema. *Cancer*. 2007;110:1868-74.

51) Godoy-Gerreiro M, De Godoy-Pereira A, De Godoy-Pereira J, *Terapia Linfático Manual*. Editorial Expressao e Arte Editora Gráfica. Brasil, 2016.

52) Allevato M y Bilevich E. Linfedema. *Act Terap Dermatol*. 2008; 31: 294.

53) Tratamiento transdisciplinario del linfedema mediante terapia físico-combinada compleja. Análisis de nuestra experiencia E. Srur a, P. Toro b, M. Leivac, M. Rojas d y N. Contreras. *Angiología* 2015;68(1):33---37.

54) Urrutia MT, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*. 2014;79(5):368-377.

55) MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E; KOLODNY, R.C. *Human Sexuality*. 2. ed. Toronto: Little, Brown and Company, 1985.

56) González-Labrador I, Miyar-Pieiga E. Respuesta sexual en la mujer climática. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(4):390-4.

57) Adela Herrera P. Sexualidad en la vejez ¿Mito o realidad? *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2003; 68(2): 150-162

- 58) Flores C, Araya A, Pizarro-Berdichevsky J, Díaz C, Quevedo E, Gonzalez S. Descripción de la función sexual en mujeres con alteraciones del piso pélvico en un hospital público de Santiago. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(5):331-337.
- 59) Mella C, Oyanadel JC, Vargas S, de Ugarte N. Salud sexual en Chile: una aproximación descriptiva al comportamiento y la satisfacción sexual de los chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2015;80(4):289-296.
- 60) Pallí, C., Lluch, J., & Valero, S. (2010). Sexualidad, comunicación y emociones: Estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 7(1), 153–173. Bogotá.
- 61) Bernardo BC, Lorenzato FRB, Figueroa JN, Kitoko PM. Disfunção sexual em pacientes com cancer do colo uterino avançado submetidas a radioterapia exclusiva. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007;29(2):85-90.
- 62) Scott J, Gibbs R, Karlan B, Haney A. (2005). Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. 9ª Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- 63) Ye S, Yang J, Cao D, Lang J, Shen K. A systematic review of quality of life and sexual function of patients with cervical cancer after treatment. *Int J Gynecol Cancer* 2014; 24:1146-1157.
- 64) American Cancer Society, 2016. Radioterapia para el cáncer de endometrio. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeendometrio/guiadetallada/cancer-de-endometrio-uterino-treating-radiation>
- 65) Pérez P, Salem Z, Henning L, Uherek P, Schultz O. Linfedema de miembro superior secundario al tratamiento de cáncer de mama. *Revista Clínica Las Condes* 2007, Recuperado de [http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED\\_19\\_1/13\\_Linfedema.pdf](http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_19_1/13_Linfedema.pdf)
- 66) Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI). *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26:191–208.
- 67) Blumel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(2):118-125.

- 68) Phelps J, Albo M, Dunn K, Joseph A. Spinal Cord Injury and Sexuality in Married or Partnered Men: Activities, Function, Needs and Predictors of Sexual Adjustment. *Archives of Sexual Behavior*. 2001;30-6.
- 69) Zuther JE. Lymphedema management. The comprehensive guide for the practitioners. Nueva York:Ed.Thieme;2009.
- 70) European Wound Management Association (EWMA). Focus Document Lymphoedema bandaging in practice. London: MEP Ltd; 2005.
- 71) M.S. Gil Hernández, M.E.López Blanco, M.P.Crespo Cobo y C. de Miguel Benadiba, Vendaje en linfedema. *Rehabilitación*, Vol. 44, Octubre 2010.
- 72) Zomkowski K, Machado T, Sacomori C, Dias M, Flores F. Sexual function and quality of life in gynecological cancer pre-and post-short-term brachytherapy: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* DOI 10.1007/s00404-016-4099-5. Revisado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27117556>
- 73) González I, Miyar E, González R.M. Mitos y tabúes en la sexualidad humana. *Rev Cubana Med Gen Integr* (2002) v.18 n.3. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252002000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000300012) .
- 74) Lamadrid S .Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. *Cad. Saúde Públ* (1998), 14 (Supl. 1):33-40.
- 75) Sanz T, Vilar-Compte D, De Nicola-Delfín L, Meneses A. Sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión en cáncer de endometrio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. (2013); 51(3):326-9 .
- 76) Sánchez C, Ibáñez C, Klaassen J. Obesidad y cáncer. *Rev Med Chile* (2014) ; 142: 211-221
- 77) Cuello E, Forner I, Forner A. Linfedema: métodos de medición y criterios diagnósticos. *Rehabilitación (Madr)*. 2010;44(S1):21–28.
- 78) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975 Oct;23(10):433-41



- 79) Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2016; 26: 191-208.
- 80) Cindy M. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2011, 29:1, 39-46.
- 81) Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. In: Ministerio de Salud, ed. Chile; 2008. Recuperado de <http://www.deis.cl/>
- 82) Chiu M., Prieto M. Atlas interactivo de Mortalidad ajustada por cáncer cervicouterino años 1987-2005, comparación entre regiones: <http://epi.minsal.cl/epi/html/AtlasInteractivos/AtlasCervicoUterino/atlas.html>; 2007.
- 83) Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer. Population Fact Sheets: Chile. Estimated Incidence, Mortality and 5 Years Prevalence: Both Sexes. <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations?population=152&sex=0#collapse1>
- 84) Juan F, Janer S. Abordaje integral del dolor pélvico crónico: revisión de la literatura. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Programa de Residencia en Ginecología y Obstetricia. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecología* 2014; 79(4): 330 – 339.
- 85) Klee M, Thranov I, Machin D. The patients` perspective on physical symptoms after radiotherapy for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000;76:14-23.
- 86) Pablo C, Elisa I, Gerardo F, Rubén U, Mateo P, Héctor M, Yuri M, Lorena U, Paula B, Talía Y, Leonardo C, Ineke D, Leonardo B. Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP, Unidad de Oncología Ginecológica, Unidad de Salud Mental, Unidad de Docencia e Investigación, Servicio de Radioterapia. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecológica* 2010; 75(6): 383 – 389.

87) Campisi C, Eretta C, Pertile D, et al. Microsurgery for treatment of peripheral lymphedema: long-term outcome and future perspectives. *Microsurgery*. 2007;27:333-338.

88) Llanes CA, Torres FIA, Barriento GC, Lin OD. El cáncer cervicouterino, enemigo número uno de la salud de la mujer. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad [Internet]*. 2011;1(3):1-15.

89) Urrutia SMT, Araya GA, Poupin BL. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cervicouterino - Auge del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000500002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500002)

90) Montalvo EG, Coronel MJA, Alvarado ZA, Cantu LD, Flores AD, Ortega RA, et al. Onco guía - en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324533.pdf>

91) International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). GLOBOCAN, estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012: cancer fact sheets: cervical cancer. Lyon: IARC; 2014.

92) Flores AC, Vidal GO, Zaldívar RD, Núñez ARD. Prevalencia de Displasia Cervical en embarazadas en el Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecológica* 2010; 75(5).

93) Organización Panamericana de la Salud. Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres [Internet]. Washington, D.C.: disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstre/pdf?ua=1>

94) Lénis Martelis J, Van De Wyngard V, Lagos M, Barriga MI, Puschel Illanes. Detección precoz del cáncer cervicouterino en Chile: tiempo para el cambio. *Revista de Medicina Chile* 2014;1 42(8):1047-55.

95) Tovar-Rodríguez JM. Detección primaria del cáncer cervicouterino. *Cirugía y Cirujanos* 2015;83(5):448-53.

96) Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol 2002;55:244-65.

97) Cancer de l'endomètre, collection Recommandations et référentiels, INCa, Boulogne-Billancourt, November 2010. Recuperado de: <http://www.e-cancer.fr/content/download/63386/570397/file/Les-traitements-du-cancer-de-l-endometre.pdf>.

98) Seror J, Bats AS, Chamming's F, Ngo C, Bensaïd C, Douay-Hauser N, et al. Cáncer de endometrio: diagnóstico y evaluación preterapéutica. EMC - Ginecología-Obstetricia 2015;51(4):1-8.

99) Casciato DA. Manual of clinical oncology, 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

100) Mitin, T. Radiation therapy techniques in cancer treatment. Uptodate. Consultado 09/03/2015. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/radiation-therapy-techniques-in-cancer-treatment>

101) U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Recuperado de: [https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_2010-06-14\\_QuickReference\\_5x7.pdf](https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf)

102) Cox JD, Stetz J, Pajak TF. Toxicity criteria of the radiation therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Int J radat Onco Biol Phys.1995;31:1341-6.

103) Hickok J, Morrow G, Roscoe J, Mustian K, Okunieff P. Occurrence Severity, and Longitudinal Course of Twelve Common Symptoms in 1129 Consecutive Patients During Radiotherapy for Cancer. J Pain Sympom Manage 2005;30:434-42.

104) Jereczek-Fossa B, Marsiglia H, Drecchia R, Radiotherapy-Related fatigue. Crit Rev Oncol Hematol. 2002;42:317-25.

105) Bower JE, Back K, Berger A, Breitbart W, Escalante CP, Gonz PA, Et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014;32:1840-50.

106) Windsor PM, Nicol KF; Potter J. A randomized, controlled, trial of aerobic exercise for treatment-related fatigue in men receiving radical external beam radiotherapy for localized prostate carcinoma. *Cáncer*. 2004; 101:550-7.

107) Bradley KA, McHaffie DR. Treatment-related toxicity from the use of radiation therapy for gynecologic malignancies. *Uptodate*. Consultado en marzo 2015. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-related-toxicity-from-the-use-of-radiation-therapy-for-gynecologic-malignancies>

108) Krychman M, Millheiser LS. Sexual health issues in women with cancer. *J. sex Med*. 2013; 10 suppl 1:5-15.

109) National Cancer Institute. The Prevalence and Types of Sexual Dysfunction in People With Cancer. Accessed at [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality/HealthProfessional) on November 20, 2012.

110) Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, et al. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. A longitudinal study. *Cancer*. 2004; 100:97-106.

111) Association of Reproductive Health Professionals. Fact Sheet: Female Sexual Response. Accessed at [www.arhp.org/Publications-and-Resources/Clinical-Fact-Sheets/FemaleSexual-Response](http://www.arhp.org/Publications-and-Resources/Clinical-Fact-Sheets/FemaleSexual-Response) on November 20, 2012.

112) S.Vidal-Sicart, B.Domenech, B. Lujón, J.Pahisa, A. Torné, S. Martinez-Roman, J. Antonio Lejárcegui, P.Fusté, J. Paredes, F. Pons. Ganglio centinela en cáncer ginecológico. *Revista Española de Medicina*. 2009; 28(5):221-228.

113) Servicio Gallego de Salud. Rehabilitación del linfedema. Actualización y protocolo. Servicio de medicina física y rehabilitación. Recuperado de:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/tratamiento\\_del\\_linfedema.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/tratamiento_del_linfedema.pdf)

114) Araya P. (2016). Manejo Kinésico del linfedema secundario a cáncer de mama. SOCHKO Sociedad Chilena de Kinesiología Oncológica. Recuperado de: [http://www.mastologia.cl/documentos/pres\\_linfedema\\_evidencia.pdf](http://www.mastologia.cl/documentos/pres_linfedema_evidencia.pdf)

115) Cemal Y, Jewell S, Albornoz C, Pusic A, Mehrara B (2013). Systematic review of quality of life and patient reported outcomes in patients with oncologic related lower extremity lymphedema. LYMPHATIC RESEARCH AND BIOLOGY Volume 11, Number 1, 14-19

116) Elizabeth E. Hopp a, □, Janet L. Osborne b , Deborah K. Schneider c , Claudia J. Bojar d , Denise S. Uyar A prospective pilot study on the incidence of post-operative lymphedema in women with endometrial cáncer . Gynecologic Oncology Reports 15 (2016) 25–28

117) Lee Y, Lim M, Joo J, Park S. Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. Cancer Res Treat. 2016;48(4):1321-1329.

118) Winters-Stone KM, Dobek J, Bennett JA, Nail LM, Leo MC, Schwartz A. The effect of resistance training on muscle strength and physical function in older, postmenopausal breast cancer survivors: a randomized controlled trial. J Cancer Surviv 2012;6(2): 189-99.

119) Meneses J, González E, Correa J, Ramírez R. Intervenciones con actividad física supervisada en el manejo de la fatiga relacionada con el cáncer: una revisión sistemática. Nutr Hosp. 2014;30(3):486-497

120) Creasman W, Linn J, Menck H. The National Cancer Data Base Report on Early Stage Invasive Vulvar Carcinoma. Cancer 1997; 80: 505-13.

121) Cárcamo M, Orellana J, Gayán P, Valenzuela M. Análisis de sobrevida en pacientes con diagnóstico de Cáncer de Vulva en el Instituto Nacional del Cáncer Rev Med Chile 2010; 138: 723-728

## 9- ANEXOS

### Anexo 2.1

Carta de aprobación del comité de ética científica de la Universidad San Sebastián.



#### INFORME PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

##### TÍTULO:

“Adherencia y efectividad de una intervención educativa protocolizada para la prevención de disfunciones del piso pélvico y linfedema en mujeres en tratamiento por cáncer ginecológico en el Instituto Nacional del Cáncer, Chile”.

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Kinesióloga Paulina Araya

**Equipo investigador:** Cinara Sacomori, kinesióloga.  
Jaime Leppe, kinesiólogo,  
Roberto Salgado, médico

##### CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:

Estudio clínico cuasi-experimental consistente en una intervención educativa protocolizada y seguimiento por un período de 6 meses.

Serán elegibles para participar del estudio mujeres que presenten cáncer cérvicouterino o de endometrio atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer, antes de empezar el tratamiento radioterápico.

Las pacientes serán reclutadas en un período de 10 meses de marzo de 2016 a diciembre 2016 y seguidas por un período de 6 meses. El reclutamiento será hecho por las enfermeras coordinadoras del Servicio de Ginecología y Radioterapia del Instituto Nacional del Cáncer. Los contactos y entrevistas telefónicas serán realizados por profesionales del servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional del Cáncer, resguardando que no sea la misma persona que realizó la intervención educativa. Los criterios de inclusión son: mujeres que cursen por un cuadro de cáncer cérvicouterino o de endometrio, edad mayor o igual a 18 años, que sean atendidas en el Instituto Nacional de Cáncer, en Santiago de Chile. Como criterios de exclusión: cursen un cuadro de cáncer avanzado en cuidados paliativos (criterio: pacientes derivadas o ingresadas al programa de Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado), analfabetismo, presenten déficit cognitivo que impida seguir las instrucciones.

**Tamaño de muestra:** Se pretende incluir en la cohorte todas las mujeres elegibles en el período de diez meses. Según datos del Instituto Nacional de Cáncer al año son atendidas cerca de 300 mujeres con el diagnóstico de esos cánceres.

La adherencia (**principal outcome**) será evaluada con una Cartilla de control semanal del uso de dilatadores y de práctica de ejercicios de piso pélvico. Las informaciones de la cartilla serán reportadas a los investigadores mensualmente por teléfono. Además, se utilizará una escala visual analógica de adherencia al uso de dilatadores y a la práctica de ejercicios de piso pélvico (0= nada adherente, 10=muy adherente).

**Outcomes secundarios:** incontinencia urinaria, fuerza de piso pélvico, compliance vaginal, linfedema, calidad de vida y función sexual.

#### **EVALUACIÓN COMITÉ**

El Comité de Ética Científica (CEC) de la Universidad San Sebastián analizó los siguientes documentos:

- 1 Proyecto conteniendo diseño del proyecto, metodología e instrumentos de medición.
- 2 Consentimiento informado.
- 3 Sobre la base de todos los antecedentes presentados, el Comité de Ética Científica de la Universidad San Sebastián considera que no hay objeciones de tipo ético en este proyecto.
- 4 Se le solicita al Investigador Principal del proyecto informar a este Comité, al menos una vez al año, de la marcha de su estudio.

  
Dra. Lilián Reyes  
Secretaria

  
Dra. María Inés Romero  
Presidente

Santiago 5 de septiembre de 2015

## Anexo 2.2

### PROTOCOLO DE LLAMADAS TELEFÓNICAS

#### 1º llamada: Invitación a participar

¿Buenas tardes, podría hablar con la señora xxxxx, por favor??

Buenas tardes señora xxxxx mi nombre es xxxxx, la estamos contactando por medio de la Kinesióloga Cinara Sacomori, ya que, sabemos que usted fue sometida a tratamiento por cáncer y se le hinchan una o ambas piernas, ¿es correcto?

Le cuento, nos hemos contactado con usted, porque en este momento estamos realizando un estudio para ver si presenta alguna dificultad con sus piernas y otras molestias, derivadas de su tratamiento.

Por esta razón queremos invitarla a participar en la investigación. Las kinesiólogas en formación a cargo de la investigación le haremos algunas preguntas y le mediremos ambas piernas, para ver si usted tiene algún tipo de dificultad en las actividades de su vida diaria.

Para la evaluación la podemos citar en el INC. Esta visita no tiene costo para usted y no durará más de 40 minutos.

Le aclaro que su participación es voluntaria.



¿Dónde vive usted?

Bueno, entonces quedamos agendadas para el día xxxxx, a las xx:xx horas, en el repetir dirección acordada... yo la volveré a llamar el día antes para recordarle nuestra visita...

¿Quiere hacerme alguna otra pregunta?

Hasta luego señora y muchas gracias por su tiempo.

### **2º llamada: Confirmación de asistencia**

¿Buenos días, podría hablar con la señora xxx, por favor??

Buenos días señora, la llamo para recordar nuestra visita el día xx, recuerde que no tiene costo la evaluación.

Bien, entonces nos vemos a las xx:xx horas... en INC.

¿Quiere hacerme alguna pregunta?

Hasta luego señora xxxxx

## Anexo 2.3

Cribado de deterioro cognitivo con el test de PFEIFFER versión española



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

### CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

## **Anexo 2.4**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **IMAGEN CORPORAL, FUNCIÓN SEXUAL Y FUNCIONALIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PERSONAS TRATADAS POR CÁNCER, PORTADORAS DE LINFEDEMA SECUNDARIO**

#### **NOMBRE DE INVESTIGADORES PRINCIPALES:**

Paulina Araya (kinesióloga) F. 22606902

Cinara Sacomori (kinesióloga)

A usted se le ha invitado a participar en este proyecto de investigación, para lo cual se pone a disposición este documento con el objetivo de entregarle toda la información necesaria y así que pueda decidir libremente si desea participar en este estudio. El que se le ha explicado verbalmente y que a continuación se describe en forma resumida:

#### **Resumen del proyecto:**

El presente proyecto será realizado por profesionales kinesiólogas y estudiantes de último año de la carrera de Kinesiología y permitirá evaluar la imagen corporal, función sexual y funcionalidad de extremidades inferiores, en un grupo de personas tratadas por cáncer ginecológico, portadoras de linfedema secundario, ya que no existe mucha información sobre esta condición en nuestro país.

### **El objetivo**

Es evaluar la imagen corporal, función sexual y funcionalidad de las extremidades inferiores en personas con linfedema secundario a tratamiento por cáncer en Santiago de Chile.

### **El procedimiento**

Consistirá en la aplicación de una entrevista clínica para consignación de datos generales y antecedentes de salud en una ficha y una batería de encuestas: un cuestionario imagen corporal, uno de función sexual, uno de linfedema y la toma de medidas de sus extremidades inferiores. Todo lo anterior en una sola oportunidad, la duración de la evaluación no será mayor a 40 minutos. En una 2° oportunidad se le contactará telefónicamente para repetir 2 encuestas cortas.

### **Riesgos**

El procedimiento tiene riesgo mínimo, puede tener sensación de frío durante la evaluación ya que debe estar con sus piernas descubiertas y/o pudor para responder algunas preguntas.

### **Beneficios**

Su participación en el estudio, no tendrá un beneficio directo para Ud., sin embargo, la información podrá servir para mejorar la salud de otras personas que padecen de lo mismo. Además, si Ud. desea, una copia de la evaluación puede quedar archivada en el servicio de rehabilitación, como parte de su ficha médica.

### **Costos**

Esta investigación no contempla el pago por su participación y usted no tendrá que hacer gasto alguno asociado a este estudio.

### **Confidencialidad de la información**

Los resultados obtenidos serán informados exclusivamente a usted. El resto de la información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, sus datos personales (nombres, información de contacto, etc.) no serán en ningún caso divulgados.

### **Voluntariedad**

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a retirar su consentimiento y por tanto retirarse de esta investigación, en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como usuaria de esta institución y la calidad de la atención médica que se merece, no se verá afectada. Si usted retira su consentimiento, los datos recogidos serán desechados.

### **Información adicional**

En caso de que surja algún nuevo conocimiento o complicación durante el desarrollo del estudio que pueda afectar su voluntad de continuar participando en la investigación, se le informará tanto a usted como a su médico tratante. Además, si usted requiere de cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede escribirnos a: [paulina.araya@uss.cl](mailto:paulina.araya@uss.cl) o llamar al fono 22606902 (Paulina Araya, Investigadora).

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a sobre el estudio a desarrollar.

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan, así como los riesgos a que me expongo.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella, o una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implica ninguna consecuencia negativa para mí.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo, .....,  
Cédula de identidad o pasaporte N°....., de  
nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en  
.....

....., Consiento en participar en la investigación  
denominada: **IMAGEN CORPORAL, FUNCIÓN SEXUAL Y  
FUNCIONALIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PERSONAS  
TRATADAS POR CÁNCER PORTADORES DE LINFEDEMA SECUNDARIO**

**Deseo que quede una copia archivada en el servicio de rehabilitación del  
hospital    SI:.....                    NO:.....**

Fecha: ...../...../.....

Firma de la persona que consiente: .....



## Anexo 2.5

### Ficha de antecedentes sociodemográficos y clínicos

#### 1- Antecedentes sociodemográficos y clínicos

<b>Nombre:</b>	Edad: _____	<b>Sexo:</b>	<b>Profesión u oficio:</b>
<b>Peso: _____ kilogramos</b>	<b>Estatura: _____ metros</b>	<b>Cintura: _____ cm</b>	<b>Cadera: _____ cm</b>
Escolaridad	1. ( ) Básica incompleta                      4. ( ) Media completa 2. ( ) Básica completa                      5. ( ) Técnica 3. ( ) Media incompleta                      6. ( ) Universitaria 7. ( ) Post-grado		
Estado Civil	1. ( ) Soltera 2. ( ) Casada 3. ( ) Conviviente civil 4. ( ) Separada judicialmente 5. ( ) Divorciada 6. ( ) Viuda		
¿Cómo considera su estado de salud?	1. ( ) Muy buena 2. ( ) Buena 3. ( ) Regular 4. ( ) Mala 5. ( ) Muy mala		
Consumo de bebidas alcohólicas	1. ( ) Nunca 2. ( ) Sólo en ocasiones 3. ( ) Regularmente		
Hábito de tabaco	0. ( ) No. 1. ( ) Si 2. ( ) exfumador		
Estreñimiento	0. ( ) No. 1. ( ) Si		
Número de partos: _____	1. ( ) Parto Vaginal 2. ( ) Cesárea		
Menopausia (12 meses sin período menstrual)	0. ( ) No. 1. ( ) Si 2. ( ) En proceso		
Diabetes	0. ( ) No. 1. ( ) Si		
Hipertensión	0. ( ) No. 1. ( ) Si		
Fármacos (cuadro 42-2)			



## Anexo 2.6

Control del linfedema y medición del linfedema en EEII

### 1- CONTROL DEL LINFEDEMA EEII

Diagnóstico:.....

Tratamientos:

Cirugía. Fecha (mes, año).....

Quimioterapia. Fecha (mes, año).....Ciclos:.....

Radioterapia. Fecha (mes, año).....Sesiones:.....

Otros Antecedentes: infecciones (erisipela), lesiones en la piel, alergias.

¿Hace cuánto tiempo se empezó a hinchar?.....

FECHA:

Sistema contensivo: ¿cuál usa? calceta, media o panty, anotar marca y medida de presión

Pierna Afectada: ( ) derecha ( ) izquierda ( ) ambas

	Pierna Derecha			Pierna Izquierda		
Bimaleolar						
5 cms						
10 cms						
15 cms						
20 cms						
25 cms						
30 cms						
35 cms						
40 cms						

45 cms						
50 cms						
55 cms						
60 cms						
65 cms						
70 cms						
75 cms						
80 cms						

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Anexo 2.7**

Índice de Función Sexual (FSFI)

### **Female Sexual Function Index**

#### **Instrucciones**

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

#### **Definiciones**

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

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

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

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto

- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

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

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

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

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual

- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil

- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)

- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha

- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual ?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- \_ Muy satisfecha
- \_ Moderadamente satisfecha
- \_ Ni satisfecha ni insatisfecha
- \_ Moderadamente insatisfecha
- \_ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual



- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

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

**PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

## Anexo 2.8

### Cuestionario de Ajuste Sexual

#### 1. AJUSTE SEXUAL

1. ¿Cuál es su frecuencia de actividad sexual?

( ) 0. Ninguna;

( ) 1. Una vez por mes o menos;

( ) 2. A cada 2 semanas o menos;

( ) 3. Una vez a la semana;

( ) 4. De 2 a 3 veces a la semana;

( ) 5. De 4 a 5 veces a la semana;

( ) 6. Seis o más veces a la semana);

2. ¿Cuánto crees que te has ajustado sexualmente después del cáncer?

0      1            2      3      4      5      6      7      8      9      10

No me he

me ajusté

ajustado nada

muy bien

3. ¿Usted en general disfruta de la actividad sexual como parte de su relación con su pareja?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

No disfruto

Disfruto

nada

mucho

4. ¿Qué tan satisfecha está en relación a la calidad de su relación con su pareja?

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    1    Nada

Mucho

satisfecha