

SALUD SEXUAL Y ALTERACIONES EMOCIONALES EN MUJERES COLOMBIANAS CON CÁNCER DE MAMA

SEXUAL HEALTH AND EMOTIONAL CHANGES IN COLOMBIAN WOMEN WITH BREAST CANCER

Luz Stella Bueno-Robles y Virginia Inés Soto-Lesmes

Universidad Nacional de Colombia – Sede Bogotá, Facultad de Enfermería – Departamento de Enfermería – Grupo de Investigación Cuidado y Práctica en enfermería, salud familiar enfermería familiar y medición en salud. Bogotá, Colombia

Resumen

Objetivo: Determinar el efecto del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión sobre la salud sexual y el impacto en mujeres colombianas que han sido sometidas a tratamiento por cáncer de mama.

Métodos: Diseño correlacional transversal, muestreo no probabilístico, muestra 103 mujeres sometidas a tratamientos por cáncer de mama. Se aplicó el cuestionario de función sexual – SFQ de Karen Syrjala, 2000), Perfil de estados de ánimo – POMS, inventario de ansiedad y depresión de Beck.

Resultados: El impacto de los tratamientos en cáncer de mama se afecta por la ansiedad y la depresión que experimentan las mujeres sometidas a estos tratamientos. También, se relaciona negativamente con la salud sexual en las dimensiones excitación, actividad, deseo, satisfacción, orgasmo, relaciones e interés, y con el estado de ánimo en la subescala vigor. En contraste, el estado de ánimo afecta tanto la salud sexual como el Impacto del tratamiento.

Conclusiones: Se contribuye al conocimiento sobre la salud sexual y emocional que enfrenta la mujer como consecuencia de los efectos de los tratamientos por cáncer de mama y provee las bases a enfermería para

Abstract

Objective: Determine the effect of mood, anxiety and depression on sexual health and the impact on colombian women who have undergone treatment for breast cancer. **Methods:** cross-correlational design, non-probability sampling, sample 103 women undergoing treatment for breast cancer. Sexual Function Questionnaire – SFQ (Karen Syrjala, 2000), Profile of mood – POMS, anxiety and depression inventory of Beck was applied.

Results: The impact of treatment in breast cancer is affected by anxiety and depression experienced by women undergoing these treatments. Also, it is negatively related to sexual health in the dimensions excitement, activity, desire, satisfaction, orgasm, relationships and interest, and the mood in the vigor subscale. In contrast, the mood affects both sexual health as the impact of treatment.

Conclusions: It contributes to knowledge about sexual and emotional health facing women as a result of the effects of treatments for breast cancer and provides the basis for nursing development, implementation and measurement of interventions to mitigate the impact of the treatments.

Correspondencia:

Luz Stella Bueno-Robles
Ciudad Universitaria: Carrera 30 No. 45 -03.
Torre de Enfermería Edificio 101, oficina 801.
Bogotá, 111321 – Colombia.
E-mail: lsbuenor@unal.edu.co

el desarrollo, implementación y medición de intervenciones para mitigar el impacto de los tratamientos.

Palabras claves: Neoplasias de la mama, salud de la mujer, emoción expresada, investigación en enfermería, salud sexual, sexualidad.

Keywords: Breast Neoplasms, women's health, expressed emotion, nursing research, sexual health, sexuality.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es el estado de bienestar físico, emocional y social relacionado con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo hacia la misma y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener una experiencia placentera⁽¹⁾. La literatura describe cómo el cáncer de mama y sus tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal), impactan la salud sexual de las mujeres a nivel físico y emocional⁽²⁻⁴⁾. Se presentan cambios en la reducción del interés, la actividad sexual, dispareunia⁽⁵⁻⁷⁾, en la autoestima sexual, atrofia vulvovaginal, pérdida de la libido⁽⁸⁾, resequedad vaginal y menopausia prematura⁽²⁾. Las estadísticas reportan prevalencia de alteraciones de la salud sexual, en este grupo de mujeres entre 30% y 100%^(3,9-13), entre los que se incluyen disminución el deseo sexual (23-64%), disminución de la excitación sexual o vaginal lubricación (20-48%), anorgasmia (16-36%) y dispareunia (35-38%)⁽⁹⁾.

En el ámbito emocional las mujeres que afrontan el cáncer de mama frecuentemente experimentan un número importante de alteraciones emocionales dentro de las que se destaca las alteraciones del estado de ánimo, ansiedad (producida por miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro) o de depresión, dado que la persona se enfrenta a un mundo hasta entonces desconocido y negado en el que experimenta una serie de alteraciones emocionales⁽¹⁴⁾. El estado de ánimo, se considera

como un periodo prolongado de emotividad que trasciende sentimientos, emociones y aptitudes en general. Se caracteriza por: ser temporal, dado que fluctúa de acuerdo a las circunstancias y en el caso de que no se intervenga puede desencadenar alteraciones graves y duraderas que van desde el júbilo a una depresión severa^(15,16). Beck y Clark (1988)⁽¹⁷⁾ conceptualizan la ansiedad como la respuesta emocional que se centra en el miedo a un peligro físico o psicológico, caracterizada por valoraciones negativas, selectivas y específicas a situaciones de miedo, y que anticipan posibles sucesos negativos. Para estos autores, la depresión es un trastorno mental caracterizado por pérdidas dentro del dominio personal, con una visión negativa del yo, del mundo y del futuro; con pensamientos que implican pérdidas y fallos, y valoraciones negativas globales frecuentes y conclusivas⁽¹⁷⁾.

La literatura destaca en este tipo de pacientes cambios en el estado de ánimo⁽¹⁴⁾ ansiedad y depresión, desde 20% a 51%⁽¹⁸⁾; Robles et al. (2010), por su parte describe que éstos dos últimos son descritos como trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en pacientes con cáncer que van respectivamente, ansiedad 2% al 44% y depresión 6% al 25%⁽¹⁹⁾. Las consecuencias de las alteraciones emocionales incluyen variación de la salud mental, bajos niveles de bienestar emocional y de vitalidad, grandes dificultades en la vida diaria, síntomas de depresión y pensamientos específicos de la enfermedad, porque perciben una mayor amenaza a sus vidas, reportan-

do una pobre calidad en el entorno social, con un gran impacto en la sexualidad^(2,20).

Cabe destacar la importancia que recobran las alteraciones de la salud sexual y emocional, dado que mundialmente, el cáncer de mama es el de más frecuente incidencia en las mujeres con un reporte de 124,8 por 100.000 mujeres por año⁽²¹⁾. Según la agencia para la investigación en cáncer - Globocan (2012), reporta para Colombia una incidencia de 35,7 por 100.000 habitantes, con una prevalencia a 5 años del 32,6%, lo que demuestra que a diario aumenta el número de mujeres que experimentan este tipo de alteraciones tanto a nivel mundial como nacional como consecuencia de la enfermedad y sus tratamientos⁽²²⁾.

Como las mujeres, objeto de este estudio, presentan repercusiones emocionales del cáncer de mama y de los tratamientos se deduce que sufren el impacto que, sobre la salud sexual, provocan los tratamientos para atacar la enfermedad, lo que influye de manera significativa en sus emociones que alteran diversas dimensiones de su vida, y que se proyecta en todas las interacciones, incluido las de su salud sexual⁽²³⁾. Hasta el momento no hay estudios que aborden el efecto del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión sobre la salud sexual y el impacto de los tratamientos en mujeres colombianas con cáncer de mama.

MÉTODOS

Enfoque cuantitativo, corte transversal, de tipo correlacional, muestreo no probabilístico. La muestra quedó conformada por 103 mujeres que se habían sometido a tratamientos por cáncer de mama, de 5 principales ciudades colombianas y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: mujeres que habían terminado el tratamiento por cáncer de mama hasta un máximo de cinco años; mujeres entre 25 y 64 años; mujeres que tuvieran pareja y sin

alteraciones psiquiátricas antes del diagnóstico del cáncer. Criterios de exclusión: mujeres que rehusarán participar.

Procedimiento

Se recibió el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y cumplió con los requerimientos establecidos por cada una de las organizaciones que agrupan a mujeres con cáncer de mama. Se respetaron los principios éticos de autonomía, justicia, reciprocidad y beneficencia. Todas las participantes diligenciaron el consentimiento informado. El período de recolección de datos tuvo lugar entre agosto del 2010 y diciembre del 2011. Telefónicamente, se concertó cita con cada una de las participantes del estudio en lugares que brindaban privacidad para diligenciar los instrumentos de manera individual.

Variables e Instrumentos

Se incluyen 5 variables: salud sexual, impacto de los tratamientos, estado de ánimo, ansiedad y depresión. Las dos primeras variables son explicadas (dependientes) y las demás son explicativas (independientes).

Se utilizó una ficha sociodemográfica para la caracterización sociodemográfica y de salud. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario de función sexual en mujeres (*Sexual Functioning Questionnaire -Women, SFQ-W*)⁽²⁴⁾ versión en inglés, desarrollada por Syrjala et al. (2000) consta de 19 preguntas tipo likert y 2 con respuesta dicotómica; comprende 9 subescalas con preguntas tipo likert: interés, deseo, actividad, excitación, orgasmo, satisfacción, relaciones, masturbación y problemas. Dentro de las pruebas psicométricas presenta: α Cronbach 0,94; validez de constructo niveles de cargas factoriales en los ítems de las escalas: Interés 0,81 a 0,90; deseo 0,81 a 0,94; excitación 0,59-

0,94; orgasmo 0,97; satisfacción 0,89; actividad 0,58- 0,94; relaciones 0,78 – 0,87 y masturbación 0,90 – 0,96; a mayor puntaje en la escala representa mejor salud sexual (puntaje final: 0-5)⁽²³⁾. La escala impacto de los tratamientos sobre la salud sexual⁽²⁴⁾, versión en inglés, desarrollada por Syrjala et al. (2000), consta de 6 preguntas, 5 de tipo Likert y 1 pregunta abierta, presenta α Cronbach 0,84; nivel de carga factorial 0,68 – 0,89. Los anteriores dos instrumentos cuentan además con validez de contenido, criterio y discriminante significativas. Interpreta que a mayor puntaje en la escala, mayor impacto del tratamiento sobre la salud sexual (puntaje final: 0-5)⁽²⁴⁾. Para el desarrollo de este estudio se les realizó traducción, retraducción, validez facial y validez de contenido logrando un índice de validez de contenido de 0,90 y de 1 a través del modelo de Lawshe modificado para los instrumentos respectivamente.

Perfil de estados de ánimo- POMS-A, versión española, validada por Fuentes et al. (1994), escala abreviada con 15 ítems, respuesta tipo likert, consta de dimensiones: depresión, vigor, cólera, tensión y fatiga, α Cronbach: 0,77. El total de las nuevas formas de 15 ítems, explica aproximadamente el 87% de la varianza total de la escala completa de 58 ítems. Puntaje total del POMS - A según valores típicos: mínimo 42, máximo 100, evidencia que a mayor puntaje, mayor alteración del Estado de ánimo clasificados como bajo, medio y alto⁽²⁵⁾. El inventario de ansiedad de Beck-BAI versión mexicana validada por Robles et al. (2009) con 21 ítems, con respuestas tipo likert. Presenta Alfa de Cronbach 0,84, validez facial, validez de constructo: cuatro factores principales (rotación varimax) y validez convergente; los resultados del instrumento clasifican la ansiedad en mínima, leve, moderada y severa⁽²⁶⁾. El inventario de depresión de Beck –BDI-II- versión mexicana validada por Beck et al.

(1996) con 21 ítems, con respuestas tipo likert. Alfa de Cronbach 0,92; validez de contenido, validez de constructo y capacidad discriminadora de diagnóstico; los resultados evidencian depresión mínima, media, moderada y severa⁽²⁷⁾. Para los tres instrumentos en español se les realizó validez facial y validez de contenido demostrando un índice de validez de contenido significativo de 0,84; 0,86 y 1 respectivamente.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y estadística inferencial como el modelo de regresión lineal simple - múltiple y análisis factorial. Los datos se analizaron en el programa SPSS – Versión 19: Statistical Product and Service Solutions.

Resultados

Características sociodemográficas y de salud: La muestra fueron 103 mujeres de cinco ciudades colombianas -Ibagué, Cali, Medellín, Bogotá y Cartagena. La edad media fue 48 años (DS= 8,5; mín. 28 y máx. 64) y cerca del 70% habían recibido tres o más tratamientos combinados. El resto de características demográficas y de salud se muestran en la tabla 1.

La salud sexual, medida a través del cuestionario SFQ, presentó, en las mujeres, una media de 2,32 (DS= 0,85; mín. 0 y máx. 4). Las puntuaciones para esta variable oscilan principalmente entre 0 y 3, demostrando que la salud sexual esta alterada en este grupo de mujeres. La variable Impacto de los tratamientos presentó una media de 2,27 (DS= 1,05; mín. 0 y máx. 5), 61,2% presentó impacto moderado de los tratamientos, mientras 13,6% alcanzó un gran impacto.

Dentro de las alteraciones emocionales, se encontró que el estado de ánimo en las

Tabla 1. **Características demográficas y de salud de la muestra (n: 103)**

Variables	n	%	
Estado civil			
Casadas	71	69	
Unión libre	32	31	
Ocupación			
Hogar	51	49,5	
Empleadas en empresas	44	42,7	
Empleadas independientes	6	5,9	
Jubiladas	2	1,9	
Nivel educativo			
Primaria	15	14,6	
Secundaria	39	37,9	
Técnico	19	18,4	
Profesional	30	29,1	
Religión			
Católica	89	86,4	
Cristiana	11	13,6	
Tratamiento			
Solo quimioterapia	3	2,9	
Solo cirugía (mastectomía con o sin reconstrucción)	5	4,9	
Dos tratamientos combinados ^a	23	22,3	
Tres o más tratamientos combinados ^a	71	68,9	
Menopausia			
Antes del tratamiento	24	23,3	
Durante el tratamiento	40	38,8	
Después del tratamiento	14	13,6	
Recaída			
Si	19	18,4	
No	84	81,6	
	Media	DS	Rango
Edad (años)	48	8,5	28-64
Terminación del tratamiento (meses)	22,8	21,3	0,03 - 60

^a Bajo este epígrafe se incluyen la combinación de algunos de los siguientes tratamientos: cirugía y/o radioterapia y/o quimioterapia y/o terapia hormonal.

mujeres reportó media de 61,4 (DS= 5,7; mín. 47,6 y máx. 76,1); alcanzando 58,3% niveles altos de alteraciones emocionales. La media de la ansiedad fue 11,89 (DS= 10,08; mín. 0 y máx. 49), el 24,3% de las mujeres presentó ansiedad moderada a

severa. La depresión reportó una media de 8,83 (DS= 6,10; mín. 0 y máx. 25) y 8,7% demostró depresión moderada a severa. Ver tabla 2.

La variable edad reportó correlaciones negativas con el estado de ánimo (corre-

Tabla 2. **Datos descriptivos de las variables centrales del estudio (n: 103)**

Variables	n	%	
Salud Sexual (Puntaje total escala 0- 5)^b			
Puntaje 0 -1	22	21,4	
Puntaje 2 -3	75	72,8	
Puntaje 4 - 5	6	5,8	
Impacto de los tratamientos^c			
Puntaje 0-1	26	25,2	
Puntaje 2- 3	63	61,2	
Puntaje 4 -5	14	13,6	
Estado de ánimo			
Medio	43	41,7	
Alto	60	58,3	
Ansiedad			
Mínima – Leve	78	75,7	
Moderada - Severa	25	24,3	
Depresión			
Mínima – Leve	94	91,3	
Moderada – Severa	9	8,7	
	Media	DS	Rango
Salud sexual	2,32	0,85	0-4
Impacto de los tratamientos	2,27	1,05	0-5
Estado de ánimo	61,4	5,7	47,6-76,1
Ansiedad	11,89	10,08	0-49
Depresión	8,83	6,10	0 -25

^b. La variables salud sexual, medida con el instrumento Sexual Function Questionnaire – SFQ reporta que a mayor puntaje mejor es la salud sexual. ^c La escala impacto de los tratamientos, reporta que a mayor puntaje, mayor Impacto del tratamiento sobre la salud sexual

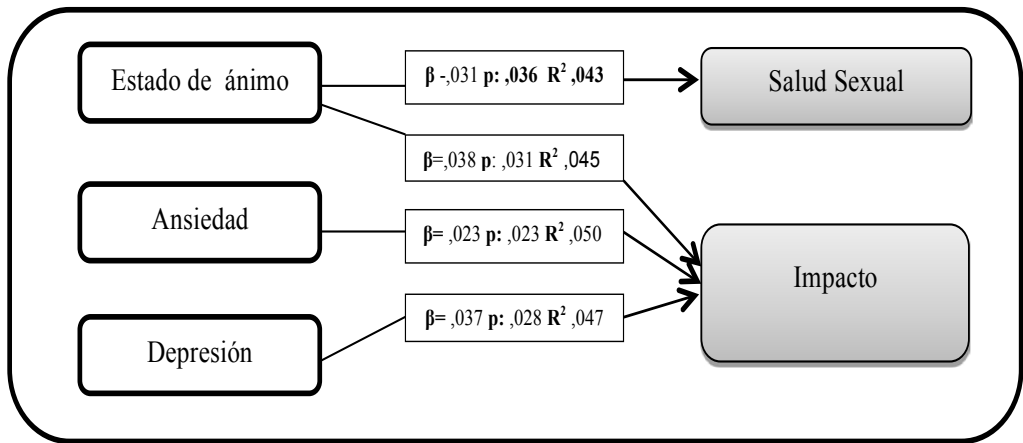
lación de Pearson= -0,211 p= 0,032), la ansiedad (correlación de Pearson= -0,273 p= 0,005) y la depresión (correlación de Pearson= -0,288 p= 0,003); es decir, que a mayor edad de las mujeres menor es la presencia de estados de ánimo negativo, ansiedad y depresión. La relación entre las variable salud sexual (correlación de Pearson= - 0,178 p= 0,072) e impacto del tratamiento (correlación de Pearson= 0,091 p= 0,362) no evidenció correlaciones significativas. Otra variable que reporta diferencia significativa fue el pro-

medio del Impacto entre las mujeres con y sin menopausia (t= -2,701, p= 0,008). Las que reportaron menopausia, presentaron mayor promedio en el Impacto de los tratamientos sobre la sexualidad (\bar{x} = 2,37).

El análisis de las variables centrales del estudio evidenciaron resultados significativos como los muestra en la figura 1.

Por regresión lineal⁽²⁸⁾, se logró detectar un efecto significativo del estado de ánimo sobre la salud sexual de las mujeres (β =-0,031; p= 0,036). En contraste, no se identificó efecto de la ansiedad

Figura 1. Efecto significativo de las variables explicativas sobre la salud sexual e impacto (n: 103)



($\beta = -0,011$; $p = 0,177$) y la depresión ($\beta = 0,021$; $p = 0,128$) sobre la salud sexual. El efecto univariado, que se encontró en la variable estado de ánimo, se pierde al ajustar un modelo múltiple ($\beta = -0,025$; $p = 0,157$), en el que, además se incluyeron las variables ansiedad ($\beta = -0,001$; $p = 0,925$) y depresión ($\beta = -0,009$; $p = 0,573$).

Al analizar el impacto de los tratamientos, se resalta que desde el modelo de regresión lineal simple, las tres variables explicativas (estado de ánimo, ansiedad y depresión), ejercen un efecto significativo sobre el Impacto ($\beta = 0,038$ $p = 0,031$; $\beta = 0,023$; $p = 0,023$; $\beta = 0,037$ $p = 0,028$) respectivamente. No obstante, al aplicar el modelo de regresión múltiple, no se corroboraron efectos conjuntos significativos sobre la variable impacto ($\beta = 0,019$ $p = 0,385$; $\beta = 0,012$ $p = 0,347$; $\beta = 0,019$ $p = 0,346$ respectivamente).

Al no encontrar efectos significativos, desde una perspectiva multivariada, se realizó un análisis factorial exploratorio⁽²⁹⁾, a través del método de estimación de la componente principal, con el fin de verificar la existencia de posibles correlaciones entre las subdimensiones de los constructos salud sexual, impacto de los

tratamientos, estado de ánimo, ansiedad y depresión. La prueba Kaiser-Meyer y Olkin (0,800) demuestra aceptable adecuación de los datos al modelo de análisis factorial. La prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0,001$), permite concluir, que existe correlación significativa entre las variables. En la matriz de componentes rotados (tabla 3) se lograron cargas factoriales $> 0,30$. Se obtuvieron cinco componentes con valores propios > 1 , que explican el 72,16 % de la varianza observada, distribuida respectivamente: componente 1: 28,73%; componente 2: 14,10%; componente 3: 12,17%; componente 4: 8,90%; componente 5: 7,23%.

El análisis factorial identificó cinco factores, cuatro están conformados por variables que pertenecen a diferentes constructos. El factor 1, se asocia con la salud sexual (subdimensiones: excitación, actividad, deseo, satisfacción, orgasmo; relaciones; interés), impacto de los tratamientos y el estado de ánimo (subescalas vigor). Factor 2 y 3 se enfocan a medir las alteraciones emocionales; el factor 4, se asocia con el orgasmo, los problemas de la salud sexual y el impacto de los tratamientos. Ver tabla 3.

Tabla 3. Método de componentes rotados de las variables en el grupo de mujeres

Variables	Sub-escalas	Factores				
		1	2	3	4	5
Salud sexual	Excitación	,901				
	Actividad	,875				
	Deseo	,842				
	Satisfacción	,789				
	Orgasmo	,718			,327	
	Relaciones	,690				-,328
	Interés	,701				,361
	Problemas				,859	
	Masturbación					,819
Impacto de los tratamientos		-,567			-,520	
Estado de ánimo	Vigor	,356	-,675			
	Fatiga		,739			
	Cólera			,782		
	Depresión			,784		
	Tensión			-,737		
Ansiedad			,693	,377		
Depresión			,759			

Método de extracción: Análisis de componentes principales – Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en siete iteraciones.

DISCUSIÓN

En las mujeres, el comportamiento del estado de ánimo logra un efecto significativo sobre la salud sexual ($\beta = -0,031$; $p = 0,036$); estos hallazgos concuerdan con Huber et al. (2006)⁽³⁰⁾, quienes encontraron que los cambios en el estado de ánimo alteran la salud sexual. En cuanto a las variables ansiedad y depresión, en este estudio, no se notaron efectos significativos desde el modelo de regresión sobre la salud sexual, lo que difiere con autores que plantean que las variables emocionales alteran la salud sexual en personas con cáncer^(31,32), los cuadros depresivos causan en la mujer pérdida de interés en la sexualidad⁽³³⁾.

Al relacionar las variables estado de ánimo, ansiedad y depresión con el impacto de los tratamientos, se encontró que todas

logran efecto relevante; es así como el estado ánimo afecta el impacto ($\beta = 0,038$; $p = 0,031$), hallazgo que es posible que coincida con Knobf (2006)⁽²⁰⁾, su estudio encontró que el tratamiento afecta el funcionamiento ovárico lo que genera alteraciones emocionales que ocasionan impacto en las mujeres; por el contrario Huber Ramnarace Mccaffrey (2006) reportan que la presencia de estos cambios surge como resultado del impacto de los tratamientos⁽³⁰⁾. Respecto a la variable ansiedad, ésta afecta el impacto del tratamiento ($\beta = 0,023$; $p = 0,023$), aspecto que es referido por Pedersen, Sawatzky y Hack (2010) quienes destacan la ansiedad como condición que influye en todos los aspectos de la vida llegando a comprometer la dimensión sexual⁽³⁴⁾. La depresión, también, interviene significativamente en el impacto de los tratamientos ($\beta = 0,037$;

$p=0,028$), pero difiere con Skrzypulec et al. (2009)⁽³⁵⁾, quienes plantean, que son los tratamientos como la mastectomía los que acentúan la depresión.

A mayor impacto menor excitación, actividad, deseo, satisfacción, interés, orgasmo y relaciones; lo que es coherente con diversos autores que refieren que los tratamientos oncológicos deterioran la salud sexual^(6,13,8,36 - 42).

Para algunas mujeres es percibido como el declive de su vida sexual⁽⁴³⁾, en una o más fases de la respuesta sexual⁽³⁸⁾; incluso las mujeres refieren experimentar en su cuerpo una forma totalmente nueva y desconocida, pueden tener un impacto que acelera sentimientos extraños que afectan la falta de deseo⁽⁴⁴⁾; también parecen disminuir los sentimientos de atracción sexual y de comodidad durante la actividad sexual⁽⁷⁾, pérdida de la libido secundaria a los cambios en la imagen corporal y dispareunia⁽⁸⁾, alteración de la satisfacción hasta 6 veces más debido a la combinación de estas terapias⁽³⁷⁾; aspectos que son reportados con mayor frecuencia en mujeres jóvenes (< 50 años)⁽³⁹⁾. Respecto al orgasmo y las relaciones, se reportan resultados similares en mujeres con hasta cinco años postratamiento, quienes presentan incapacidad para disfrutar del sexo y conseguir el orgasmo⁽⁴⁵⁾, aspecto que afecta la sintonía sexual con la pareja ocasionando problemas⁽⁷⁾.

Este estudio, reveló que a medida que aumenta el impacto de los tratamientos disminuye el vigor, aspecto emocional que se altera como consecuencia del cáncer y los tratamientos^(6-7,38-40), con el agravante que estos cambios emocionales suelen pasar desapercibidos⁽⁴¹⁾.

Ahora bien, a medida que disminuye el vigor aumenta la fatiga, la ansiedad y la depresión, hallazgo también significativo, por cuanto la literatura consultada es limitada frente a estos hallazgos; Sheppard y Ely (2008)⁽²³⁾ y Andersen et al. (2007)⁽⁴⁶⁾ encontraron relación entre la depre-

sión y la ansiedad, en mujeres con cáncer de mama, trastorno que pueden ser más alto al momento del diagnóstico y pueden declinar con el tiempo⁽³⁹⁾, sin embargo son preocupaciones comunes en este grupo de mujeres^(13,39,47).

Los resultados evidencian que a medida que disminuye el estado de ánimo en términos de tensión, aumenta el nivel de cólera, depresión y ansiedad, especialmente en mujeres de bajos estrato socioeconómicos y bajo nivel educativo. Resultados que parcialmente coinciden con Sarason y Sarason (2006)⁽⁴⁸⁾, quienes describen que la depresión y la ansiedad son entidades autónomas, pero, en la práctica clínica, ambas coexisten con frecuencia, es posible que todas las mujeres presenten necesidades emocionales y requieran soporte, sin embargo, algunas requieren apoyo adicional, por presentar mayores necesidades como es el caso de las pacientes jóvenes, solteras, con o sin soporte, nivel bajo de ingresos y educación universitaria⁽⁴⁹⁾.

CONCLUSIONES

A nivel del efecto de las variables estado de ánimo, ansiedad y depresión sobre la salud sexual y el impacto de los tratamientos en las mujeres con cáncer de mama, se evidencian sólo algunos efectos en los modelos univariados: la ansiedad y la depresión afectan el impacto, mientras que el estado de ánimo afecta tanto la salud sexual como el impacto. Por otra parte, el análisis factorial demostró que el impacto de los tratamientos disminuye la excitación, la actividad, el deseo, la satisfacción, el orgasmo, las relaciones, el interés y el vigor, alterando su salud sexual.

Se aporta al desarrollo del conocimiento en el área de salud sexual y emocional de la mujer como consecuencia de los efectos de los tratamientos por cáncer de mama. Cabe resaltar que estos hallazgos, le dan a enfermería elementos para direccionar un

cuidado diferenciado o específico para la realidad que afrontan este grupo de mujeres, dado que las participantes representan las principales ciudades de Colombia. En futuros estudios se requiere contrastar estos resultados en pacientes con diversos tipos de cáncer. Desarrollar estudios longitudinales para indagar si los cambios en la salud sexual y las alteraciones emocionales se mantienen a lo largo del tiempo. Finalmente, se requiere diseñar y validar intervenciones que promuevan el bienestar emocional de las mujeres con cáncer de mama e incluyan la participación de los esposos.

Se presentaron limitaciones en este estudio, por el tipo de muestreo no probabilístico, dado que la población estaba dispersa en varias organizaciones no gubernamentales, el subregistro es muy alto y la ausencia de programas de seguimiento a pacientes que terminan el tratamiento. Pero si bien no es un estudio aleatorizado, se destaca el hecho de haber incluido personas de diferentes ciudades colombianas, lo cual permite aportar a la minimización de posibles sesgos de selección.

AGRADECIMIENTOS:

Al Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, COLCIENCIAS por el crédito condonable otorgado a la autora principal a través de la convocatoria "apoyo a la comunidad científica nacional, a través de los programas de doctorado nacionales 2008". A la Universidad Nacional de Colombia y a las mujeres participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud -OMS. Defining sexual health [online]. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. p. 1. [Acceso 10 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
2. Zee B, Huang C, Mak S, Wong J, Chan E, Yeo W. Factors related to sexual health in Chinese women with breast cancer in Hong Kong. *Asia Pac J Clin Oncol* 2008;4:218-26. Doi: 10.1111/j.1743-7563.2008.00214.x
3. Kinamore C. Assessing and supporting body image and sexual concerns for young women with breast cancer: A literature review. *J Radiother Pract* 2008;7:159-71. Doi: 10.1017/S1460396908006377
4. Denieffe S, Gooney M. A meta-synthesis of women's symptoms experience and breast cancer. *Eur J Cancer Care* 2011;20:424-35. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2010.01223.x
5. Wimberly SR, Carver CS, Laurenceau JP, Harris SD, Antoni MH. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:300-311. Doi:10.1037/0022-006X.73.2.300
6. Althof SE, Parish SJ. Clinical interviewing techniques and sexuality questionnaires for male and female cancer patients. *J Sex Med* 2013;10 Suppl 1:35-42. Doi: 10.1111/jsm.12035
7. Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer - a two-year follow-up study. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17:340-345. Doi: 10.1016/j.ejon.2012.09.002
8. Krychman ML, Katz A. Breast cancer and sexuality: Multi-modal treatment options. *J Sex Med* 2012; 9:5-13. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02566.x
9. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med* 2010;7(1 Pt 2):349-73. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01620.x
10. Kedde H, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC, Wijsen C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Sup-*

- port Care Cancer 2013;21:271-80. Doi: 10.1007/s00520-012-1521-9
11. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006;15:579-94. Doi: 10.1002/pon.991
 12. Fobair P, Spiegel D. Concerns about sexuality after breast cancer. *Cancer J* 2009;15:19-26. Doi: 10.1097/PPO.0b013e31819587bb
 13. Hummel SB, Van Lankveld JJ, Oldenburg HS, Hahn DE, Broomans E, Aaronson NK. Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunction in women treated for breast cancer: Design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2015;15:321. Doi:10.1186/s12885-015-1320-z
 14. López I. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Med Interna (Madrid)* 2007;24:209-11
 15. Durand M y Barlow DH. *Psicopatología - Un enfoque integral de la psicología anormal*. 4a. ed. México: Thomson Editores, 2007.
 16. Von Ah D, Kang DH. Correlates of mood disturbance in women with breast cancer: Patterns over time. *J Adv Nurs* 2008; 61:676-89. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04563.x
 17. Beck A, Clark D. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Stress Coping* 1988;1:23-26. Doi:10.1080/10615808808248218
 18. Badger TA, Braden CJ, Mishel MH. Depression burden, self-help interventions, and side effect experience in women receiving treatment for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2001;28: 567-74. Doi: 10.1188/07.ONF.E42-E50
 19. Robles R, Morales M, Jiménez LM, Morales J. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psychooncología* 2009;6:191-201
 20. Knobf MT. The Influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *Oncologist* 2006;11:96-110. Doi:10.1634/theoncologist.11-2-96
 21. National Cancer Institute. Surveillance, epidemiology, and end results.cancer of the breast—seer stat fact sheets. [Acceso el 13 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html#prevalence>
 22. International Agency for Research on Cancer – World Health Organization. Breast cancer Estimated Incidence, mortality and prevalence in 2012. [Acceso 13 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.
 23. Sheppard L, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J* 2008;14:176-81. Doi: 10.1111/j.1524-4741.2007.00550.x
 24. Syrjala K, Schroeder TC, Abrams JR, Atkins TZ, Brown WS, Sanders JE et al. Sexual function measurement and outcomes in cancer survivors and matched controls. *J Sex Res* 2000; 37: 213- 225. Doi: 10.1080/00224490009552042
 25. Fuente MG, Melía JL, Balaguer I. Formas paralelas de la adaptación valenciana del perfil de estados de ánimo (POMS). Ponencia presentada en el IV Congreso de evaluación psicológica. 21-24 septiembre, 1994, Santiago de Compostela.
 26. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex Psicol* 2001;18:211-8
 27. Beck AT, Steer R, Brown G. *Manual –Beck depression inventory BDI-II*. 2a ed. San Antonio: The Psychological corporation, Harcourt Brace & Company. 1996
 28. Hernández R, Fernández, C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: Mc Graw Hill; 2010
 29. Cea-D'Ancona, MA. *Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis, 2002
 30. Huber C, Ramnarace T, Mccaffrey R. Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*

- 2006;33:1163-67. Doi: 10.1188/06.ONF.1163-1167
31. Garrusi B, Faezee H. How do Iranian women with breast cancer conceptualize sex and body image?. *Sex Disabil* 2008;26:159-65. Doi: 10.1007/s11195-008-9092-x
32. Hughes M. Sexuality and cancer: The final frontier for nurses. *Oncol Nurs Forum* 2009;36: 241-6. Doi: 10.1188/09.ONF.E241-E246
33. Arango I. *Sexualidad Humana*. México D.F: Manual moderno. 2008
34. Pedersen A, Sawatzky JA, Hack T. The sequelae of anxiety in breast cancer: A human response to illness model. *Oncol Nurs Forum* 2010;37:469. Doi: 10.1188/10.ONF.469-475
35. Skrzypulec V, Tobor E, Drosdzol A, Nowosielski K. Byopsychosocial functioning of women after mastectomy. *J Clin Nurs* 2009;18: 613-619. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02476.x
36. Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, Kentli S, Kinay M, Alanyali H, et al. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: A comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori* 2009;95:212-8
37. Safarinejad MR, Shafiei N, Safarinejad S. Quality of life and sexual functioning in young with early stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psychooncology* 2013; 22:1242-8. Doi: 10.1002/pon.3130
38. Grau AJ, Llantá MC, Chacón M, et al. La sexualidad en pacientes con Cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol* 1999;15: 49-65
39. Gao J, Dizon DS. Preparing for survivorship: Quality of life in breast cancer survivors. *J Sex Med* 2013; 10 Suppl 1:16-20. Doi: 10.1111/jsm.12029
40. Krychman M, Millheiser LS. Sexual health issues in women with cancer. *J Sex Med* 2013;10 Suppl 1:5-15. Doi: 10.1111/jsm.12034
41. Aerts L, Christiaens MR, Enzlin P, Neven P, Amant F Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *Breast* 2014;23:629-36. Doi: 10.1016/j.breast.2014.06.012
42. Dizon DS, Suzin D, McIlvanna S. Sexual health as a survivorship issue for female cancer survivors. *Oncologist* 2014;19:202-10. Doi:10.1634/theoncologist.2013-0302
43. Santos D.B, Vieira E.M. Sexual scripts among Brazilian women living with breast cancer. *Sexologies* 2014;23: e1-e4. Doi : 10.1016/j.sexol.2013.12.006
44. Klaeson K, Sandell K, Berterö Cm. To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011;20:728-37. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01239.x
45. García LS, Blasco T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2008;5: 155-70
46. Andersen BL, Carpenter KM, Yang HC, Shapiro CL. Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *J Clin Oncol* 2007;25: 3151-7. Doi: 10.1200/JCO.2006.09.6958
47. Barsotti Santos D, Ford NJ, Dos Santos MA, Vieira EM. Breast cancer and sexuality: The impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. *Cult Health Sex* 2014;16:246-57. Doi:10.1080/13691058.2013.867075
48. Sarason I, Sarason B. *Psicopatología: psicología anormal – el problema de la conducta inadaptada*. 11a. ed. México D.F: Pearson educación; 2006. [Acceso 17 de julio 17 de 2015]. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=U9aZ9cSXuRoC&printsec=frontcover&source=gs_bv2_summary_r&cad=0.
49. Wyatt G, Beckrow KC, Gardiner J, Pathak D. Predictors of postsurgical subacute emotional and physical wellbeing among women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2008; 31:28–39. Doi: 10.1097/01.NCC.0000305705.91787.55