

Evaluación de la función sexual en mujeres con cáncer de mama, en el Quindío

Evaluation of sexual function in women with breast cancer in Quindío

Franklin José Espitia De La Hoz¹  Donald Daniel De León Ospina² 

Recibido para publicación: Enero 31 de 2019 - Aprobado para publicación: Octubre 2 de 2019

RESUMEN

Objetivo. Evaluar las alteraciones de la función sexual en las mujeres del Quindío que padecen cáncer de mama. **Materiales y Métodos.** Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal; incluyó una muestra de 48 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama; evaluadas mediante el instrumento Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), entre junio de 2016 a junio de 2017. **Resultados.** El promedio de edad fue de 46.8 ± 7.5 años. Alrededor de una tercera parte de las mujeres (29.16%) tenían entre 55 y 64 años. El promedio del puntaje total del IFSF, en la población afectada, fue de $18,09 \pm 4,14$ puntos (rango 6.81 ± 30.57), estableciendo una prevalencia de trastornos sexuales del 54.16%. El deseo sobresale como la principal alteración (54.16%) y el orgasmo (45.83%). El 58.33% presentó, en simultánea, dos o más trastornos asociados. **Conclusiones.** Un significativo porcentaje de mujeres con cáncer de mama presentan algún grado de afectación de su función sexual, siendo el deseo y el orgasmo, los más afectados. La alteración de la función sexual es más frecuente en la población de más de 55 años, en las que recibieron quimioterapia y radioterapia, así como en las que se les hizo mastectomía radical.

Palabras clave: cáncer de mama, prevalencia, sexualidad, disfunción sexual, orgasmo.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the alterations of sexual function in Quindío women suffering from breast cancer. **Material and Methods.** Observational, descriptive and cross-sectional study; It included a sample of 48 women diagnosed with breast cancer; evaluated using the Female Sexual Function Index (IFSF) instrument, between June 2016 and June 2017. **Results.** The average age was 46.8 ± 7.5 years. About a third of the women (29.16%) were between 55 and 64 years old. The average total IFSF score in the affected population was 18.09 ± 4.14 points (range 6.81 ± 30.57), establishing a prevalence of sexual disorders of 54.16%. Desire stands out as the main alteration (54.16%) and orgasm (45.83%). 58.33% presented, simultaneously, two or more associated disorders. **Conclusions.** A significant percentage of women with breast cancer have some degree of affectation of their sexual function (62.5 %%), with desire and orgasm being the most affected. The alteration of sexual function is more frequent in the population over 55 years of age, in those who received chemotherapy and radiotherapy, as well as in those who underwent radical mastectomy.

Keywords: breast cancer, prevalence, sexuality, sexual dysfunctions, orgasm.

Citación (Vancouver)

Espitia De La Hoz FJ, De León Ospina DD. Evaluación de la función sexual en mujeres con cáncer de mama, en el Quindío. Rev Avances en Salud; 2019. (3)1:8-17 . DOI: [10.21897/25394622.1754](https://doi.org/10.21897/25394622.1754)

¹ M.Sc. en Sexología, Esp. en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Alcalá de Henares. Correspondencia: espitiafranklin@hotmail.com

² Esp. en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Javeriana.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la principal causa de muerte entre las mujeres, en la mayoría de los países desarrollados (1); constituye la segunda causa más común de cáncer en el mundo y el más frecuente en mujeres en países con medianos y altos ingresos (2). La incidencia es ampliamente variable (19,3 por 100.000 mujeres en África oriental a 89,9 por 100.000 mujeres en Europa occidental), son altas (más de 80 por 100 000) en las regiones desarrolladas del mundo (excepto Japón) y bajas (menos de 40 por 100.000) en la mayoría de los países en desarrollo; sin embargo, en Latinoamérica la incidencia está aumentando debido al envejecimiento de la población y a las técnicas de detección (3-5).

En Colombia en el año 2012, se presentaron 8.686 casos nuevos de cáncer de mama, y 2.649 muertes por esta causa; con una incidencia ajustada por edad de 35.7 por 100.000 y una tasa cruda corregida de mortalidad (ajustada por edad) de 10.8 por 100.000 (2).

El diagnóstico de cáncer de mama, así como el curso de la enfermedad, está permeado por preocupaciones relacionadas con la muerte, la mutilación y el dolor, haciéndolo un período marcado por gran angustia, sufrimiento y ansiedad (6), lo que termina afectando la función sexual de la mujer que lo padece. Al tener diferentes características histopatológicas y biológicas que muestran distintos comportamientos, conduce a diferentes respuestas al tratamiento, de igual forma, así debe recibir distintas estrategias terapéuticas (7).

El tratamiento es principalmente a través de cirugía, radioterapia y quimioterapia; gracias a todo esto, alrededor del 50% de las mujeres sobreviven por lo menos 15 años (8). Sin embargo, el deterioro de la imagen corporal y el imaginario de pérdida del atractivo personal,

-resultante de los procedimientos quirúrgicos- provoca inhibiciones sexuales, generando sentimientos de vergüenza, angustia y rechazo (9). La mastectomía es vista como un dramático ataque al cuerpo, lo que indudablemente afecta la concepción de las mujeres como seres sexuales (10).

Los efectos secundarios de la quimioterapia (aumento de peso, calvicie, estreñimiento, fatiga, náuseas, vómitos, etc.), modifican la función sexual, dado que disminuyen el deseo sexual y la capacidad para participar en actividades sexuales de las mujeres enfermas (11); e igualmente, las consecuencias de los efectos secundarios, por la carga de síntomas desagradables, reducen el deseo sexual.

Es usual que los profesionales de la salud no valoren los sentimientos de baja autoestima, así como los aspectos relacionados con la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama (12). De hecho, tratan la sexualidad como una cuestión invisible y al mismo tiempo oculta. Es como si la sexualidad no existiera en la paciente oncológica, razón por la que es ignorada y, cuando sale a la luz, no se explora por razones poco conocidas (13) o desconocidas para ellos. Es por esto que la identificación precoz de las alteraciones en la función sexual, en las mujeres bajo tratamiento por cáncer de mama, al igual que los factores asociados, pueden facilitar la puesta en marcha de medidas terapéuticas que eviten la progresión de dichas dificultades, haciendo énfasis en todos los aspectos de su salud sexual. De ahí surge como objetivo de este estudio, evaluar las alteraciones de la función sexual, en las mujeres que padecen cáncer de mama, en el departamento del Quindío (Colombia).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se procedió a efectuar un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se midió la función sexual mediante la

utilización de un instrumento (cuestionario) auto administrado, llamado Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) (14,15). Utilizándose para esta investigación la versión en español. Este es un cuestionario de uso sencillo y rápido, el cual consta de 19 preguntas, agrupadas en seis dominios: deseo (items 1-2), excitación (items 3-6), lubricación (items 7-10), orgasmo (items 11-13), satisfacción (items 14-16) y dolor (items 17-19); donde cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones de repuestas, a las que

se les asigna un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios; a mayor puntaje mejor sexualidad. Un puntaje menor o igual a 26.55 se estima riesgo de trastorno sexual (14,16). Es considerada una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, con altos niveles de confiabilidad, consistencia interna y aplicabilidad en un amplio rango de edades (Tabla 1).

Tabla 1. Índice de Función Sexual Femenina (IFSF).

Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
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
Puntaje total				2	36

Fuente: Elaboración propia.

El cuestionario se diligenció por parte de la paciente luego de la entrevista clínica, resguardando la privacidad y confidencialidad, además se le interrogaron otros aspectos socio-demográficos relacionados con la investigación.

La población estuvo constituida por todas las mujeres tratadas por cáncer de mama, que acudieron a la clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío en el tiempo de realización del estudio. La muestra estuvo constituida por 48 pacientes, captadas durante el periodo del 01 de junio de 2016 al 30 junio de 2017. El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que se realizó mediante un muestreo por conveniencia.

Criterios de inclusión: Mujeres tratadas

por cáncer de mama, sexualmente activas (con actividad sexual por lo menos en las últimas 4 semanas del estudio) y deseo voluntario de participar.

Criterios de exclusión: embarazo, pacientes con trastornos psiquiátricos o con retardo mental e incapacidad de leer.

A cada mujer, luego de diligenciar el instrumento, se le realizó el llenado de los datos socio-demográficos, para completar la ficha de trabajo, previa explicación del procedimiento a seguir. Se les solicitó el consentimiento por escrito para la inclusión en el estudio de acuerdo a los lineamientos de la Declaración de Helsinki para estudio en humanos, de igual manera con

las normas del Código Civil Colombiano (artículo 1502, de la ley 23 del 1981, decreto 3380 de 1981 y la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud).

Variables medidas: Se tuvieron en cuenta variables biosocio-demográficas (edad, raza, estado civil, ocupación, origen, escolaridad, estrato socio-económico, afiliación al Sistema de Seguridad Social, índice de masa corporal (IMC); variables de comportamiento sexual como: orientación sexual, edad de la menarquia, edad de inicio de vida sexual y obstétrica, paridad, masturbación, sexo oral, coito –vaginal o anal–, frecuencia promedio de relaciones sexuales mensuales, antecedente de abuso sexual o violencia sexual; antecedente de terapia recibida; además, se indagaron las preguntas de los dominios del instrumento antes mencionado.

Análisis de los datos: Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento, fueron organizados, recopilados, y se procesaron en una base de datos, por medio del paquete estadístico SPSS Statistical Package for the Social Science (versión 15.0). Se utilizó la estadística descriptiva para describir y sintetizar datos mediante las distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central (moda, mediana, media y desviación estándar).

RESULTADOS

De una población total de 87 mujeres, que representó el 23.77% de la consulta oncológica ginecológica, 24,13% (n=21) se negaron a participar. De los 66 restantes, que cumplieron los criterios de selección, se descartaron 18.18% (n=12) por no suministrar la totalidad de la información socio-demográfica o de salud sexual y reproductiva, 5.55% (n=3) se mudaron a otro lugar del país y 5.55% (n=3) se cambiaron de centro de atención. De esta manera, para el análisis final se tomó en cuenta un total de 48 (55.17%) mujeres.

El promedio de edad fue de 46.8 ± 7.5 años (rango 36–75). Alrededor de una tercera parte de las mujeres (29.16%) tenían entre 55 y 64 años. El 56.25% recibió radioterapia, 37.44% recibió quimioterapia, 22.91% se sometió a mastectomía radical y 7.83% recibió terapia combinada.

Las mujeres, al momento de la realización del presente estudio, contaban con un tiempo promedio de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama de 7.38 ± 3.51 años. El promedio de edad al ser diagnosticadas fue de (rango 3-12) 44.1 ± 5.4 años.

El (rango 36- 75) 35.41% eran casadas y 27.08% vivían en unión libre, 58.33% eran hispanicas y el 18.75% eran obesas [IMC de 27,9 (DS \pm 4,5), rango entre 25,2 y 28,5]. En la tabla 1 se describen las características biosocio-demográficas.

Tabla 2. Características biosocio-demográficas

Característica	Rango de edad
Edad	46.8 ± 7.5 años (36-81)
IMC	$29.4 \pm 3,9$ (21,6-48)
Origen	
Urbana	60.4% (29)
Rural	39.58% (19)

Fuente: Elaboración propia

Característica	Rango de edad
Estado civil	
Casadas	35.41% (17)
Unión libre	27.08% (13)
Viudas	16.66% (8)
Divorciadas	12.5% (6)
Solteras	8.33% (4)
Situación laboral	
Empleadas	52.08% (25)
Amas de casa	20.83% (10)
Pensionadas	27.08% (13)
Raza	
Hispánicas	1. 58.33% (27)
Afrocolombianas	1. 22.91% (11)
Indígenas	20.83% (10)
Nivel educativo	
Primaria	18.75% (9)
Secundaria	54.16% (26)
Técnica	10.41% (5)
Universitaria	16.66% (8)
Obesidad	
Obesidad	18.75% (9)
Estrato socioeconómico	
Alto	16.66% (8)
Medio	35.41% (17)
Bajo	47.91% (23)
Afiliación a seguridad social	
Contributivo	85.41% (41)
Subsidiado	14.58% (7)
Heterosexuales	
Heterosexuales	93.75% (45)

Fuente: Elaboración propia

La edad de media de la menarquia fue de 14.4 ± 1.8 años (rango 9–15), la edad promedio del inicio de la vida sexual fue de 15.3 ± 2.7 años (rango 12–24). El 12.5% no tenía hijos, y el 8.33% nunca se había embarazado. Se encontró una mediana de 3 hijos en la paridad (rango entre 0 y 6). La multiparidad se observó en el 22.91%. La mediana de la edad, al tener

el primer hijo, fue de 17 años (rango entre 13 y 24).

A la pregunta ¿cuántas veces tuvo relaciones sexuales? (periodo definido como el lapso de los siete días anteriores), el 20.83% contestó 1 vez, arrojando una mediana de 2 relaciones sexuales por mes (rango entre 1 y 5). La práctica sexual más frecuente fue el coito vaginal (100%),

y la menos frecuente el coito anal (14.58%); la masturbación es considerada una actividad poco practicada (10.41%). El 79.16% afirmó disfrutar realizar el sexo oral, y el 95.83% expresó disfrutar que se lo practicaran, por encima de la penetración.

El 16.66% manifestó haber sufrido alguna forma de violencia sexual a lo largo de la vida, mientras que el 6.25% informó violencia o abuso sexual por parte de la pareja.

En las 48 mujeres, que constituyeron la población de estudio, 30 presentaron trastornos sexuales de acuerdo al IFSF, que corresponde a una prevalencia del 54.16% (Tabla 2); siendo más alta la prevalencia de trastornos sexuales (85.71%) en grupo de 55 a 64 años.

La mayor prevalencia de trastornos sexuales se presentó en las mujeres con antecedente de mastectomía radical (83.3%), pero en las que

recibieron quimioterapia y radioterapia la prevalencia fue del 81.9%.

Entre las mujeres que presentaron trastornos sexuales, las características más frecuentes fueron: edad mayor de 55 años, las que recibieron radioterapia o se les hizo mastectomía radical, solteras, obesas, nulíparas, procedencia rural e instrucción primaria.

El análisis y comparación de las medias de los dominios del IFSF, permitió establecer que existen significativas alteraciones en el deseo, el orgasmo y la excitación, con presencia representativa de dolor, comprometiendo la satisfacción. Se evidenció que el promedio del puntaje total del IFSF, en la población afectada, fue de $18,09 \pm 4,14$ puntos (rango $6,81 \pm 20,57$). El dominio deseo presentó el menor puntaje ($2,52 \pm 0,36$). (Tabla 3)

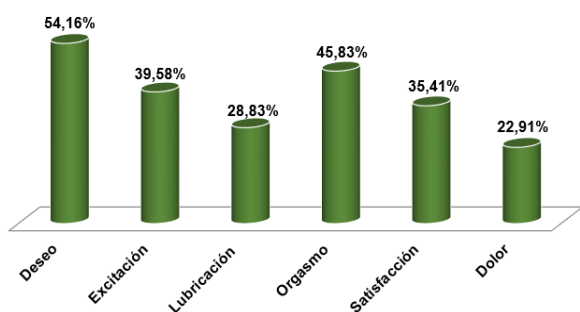
Tabla 3. Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), en mujeres con cáncer de mama, en el Quindío

Dominios	Puntaje
Deseo	$2,52 \pm 0,36$
Excitación	$2,85 \pm 0,81$
Lubricación	$2,91 \pm 0,69$
Orgasmo	$2,73 \pm 0,75$
Satisfacción	$2,97 \pm 0,99$
Dolor	$4,11 \pm 0,54$
Total puntaje IFSF	$18,09 \pm 4,14$

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar la prevalencia de trastornos sexuales, el deseo sobresale con una alteración del 54.16% y el orgasmo se afecta en un 45.83%, mientras la satisfacción se mantiene en el 64.58%. El 58.33% presentó, en simultánea, dos o más trastornos asociados. (Gráfica 1).

Gráfica 1. Prevalencia de trastornos sexuales en mujeres con cáncer de mama.



Fuente: Elaboración propia

En relación a la raza, se observó que las mujeres hispánicas e indígenas mostraron puntuaciones más bajas en el IFSF, reportando un porcentaje más alto de trastornos sexuales (64.86%) que las mujeres afrocolombianas (36.36%).

Del total de mujeres encuestadas que presentaron trastornos sexuales, 39.58% se encuentran sin tratamiento para su trastorno sexual, 35.41% no sabía que presentaba una disfunción sexual (lo asociaba a una condición natural del cáncer), 27.08% la había comentado con la pareja, pero no a su médico y apenas el 18.75% había buscado ayuda profesional, mientras que al 14.58% no le importaba o no le preocupaba lo relacionado con la sexualidad.

En las mujeres universitarias, los resultados del puntaje del IFSF marcan una menor afectación (21.45 ± 6.27) en relación con las que solo habían cursado la primaria ($14,58 \pm 7,26$), estas últimas apenas superadas por las que recibieron radioterapia ($13,74 \pm 5,61$) o se les hizo mastectomía radical ($13,92 \pm 4,98$).

Linfedema se relacionó con una significativa

pérdida de la autoestima, las mujeres coincidieron en una pobre imagen corporal (87.5% reportaron sentirse menos femeninas).

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en el presente estudio, muestran que las mujeres con cáncer de mama, presentan significativos porcentajes de trastornos sexuales, con una prevalencia del 54.16%; sus tratamientos contribuyeron a incrementar las disfunciones sexuales hasta un 83.3%. Siendo significativamente más altas, en las mayores de 55 años.

En esta investigación, 58.33% de las mujeres encuestadas reportaron cambios ostensibles en su salud sexual, presentando, en simultánea, dos o más trastornos asociados. El hecho de no identificar y manejar adecuadamente estos síntomas, resultó en un deterioro de la función sexual. Lo cual es compatible con lo publicado por otros estudios (17), a pesar que nuestra investigación mostró una inferior prevalencia.

Respecto a la edad de las participantes, quienes se encontraban en un promedio de edad de 44.1 ± 5.4 años al ser diagnosticadas, sugiere, que el cáncer de mama, en el departamento del Quindío, se diagnostica cada vez más, en mujeres más jóvenes por efecto del tamizaje, a diferencia de lo descrito por otros autores (18).

En relación a la raza, existen diferencias entre la prevalencia de los trastornos sexuales al observar los resultados de las hispánicas e indígenas, respecto a las afrocolombianas, lo cual lleva a pensar en la influencia de aspectos socioculturales.

Las mujeres con cáncer de mama, presentan una actitud negativa frente a la enfermedad y la transfieren a su sexualidad, esto puede deberse a la complejidad de los tratamientos y de las actividades de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, los efectos secundarios de la quimioterapia, radioterapia

pia o la mutilación de la mastectomía, además del miedo a las complicaciones. Asimismo, los sentimientos de enojo, culpa, resentimiento y tristeza propios del diagnóstico de esta patología, los cuales interfieren con la habilidad de vivir su sexualidad a plenitud.

Las personas con cáncer de mama, pueden desarrollar prácticamente cualquier trastorno afectivo, constituyéndose en una causa frecuente de pérdida del deseo sexual (19), lo cual es acorde con esta investigación, donde el trastorno del deseo es la disfunción sexual más frecuente –en más de la mitad de la población participante-, seguida de la afectación del orgasmo.

En este estudio el porcentaje de afectación de la sexualidad es mayor, a lo reportado por otras publicaciones (alrededor del 50%) (20,21); siendo concordante en las alteraciones sexuales más comunes en mujeres con cáncer de mama (trastorno del deseo, del orgasmo y dolor) (21,22).

Se estima que menos del 20% de las sobrevivientes de cáncer de mama buscan ayuda médica para problemas sexuales (22,23,24), lo cual es discretamente superior a lo encontrado en esta investigación.

El dolor durante la actividad sexual, en esta población de mujeres, surge como consecuencia de la sequedad vaginal, lo cual es comúnmente reportado por mujeres que han sido tratadas por cáncer de mama (22,25), justificando la disminución de la frecuencia del coito.

El linfedema se asoció a una notoria pérdida de la feminidad, porcentaje superior a lo registrado en otros estudios (26); lo cual se asoció a que el 18.75% de las mujeres manifestó cambios a nivel de pareja, siendo tres veces mayor a lo reportado por otros autores (27).

Los predictores más significativos de las difi-

cultades sexuales, en la mujer con cáncer, incluyen sequedad vaginal y la percepción de menor atractivo sexual (22,24,28). Las cuales resultaron ser el común denominador, en este estudio, entre las mujeres que experimentaron una función sexual deteriorada.

Es importante anotar que ni el paciente ni el médico, muchas veces, atienden las inquietudes sobre la sexualidad; ya sea por desconocimiento, por considerarlo una condición normal a consecuencia de la enfermedad y los tratamientos, o por pena, temor a ser criticados o rechazados o simplemente porque deja de importarles (24).

Se hace necesario educar a los profesionales de la salud, y desarrollar programas con el propósito de ofrecer una atención integral en las mujeres oncológicas, a fin de identificar y atender los conflictos que el cáncer genere en su salud sexual o en la de la pareja (29).

La mujer sometida a procedimientos quirúrgicos mutilatorios entra a padecer un componente psicológico de ansiedad, lo cual redundará de forma negativa en su salud sexual; a la vez el cambio desfavorable percibido en la autoimagen, ofrece una influencia negativa en el aspecto corporal, por otra parte, el duelo por la pérdida corporal (mama en este caso), símbolo de la feminidad y del prototipo de belleza de nuestra cultura, aunado al enfrentamiento del entorno socio-cultural y a las demandas de belleza y perfección de la pareja, no le facilitan un equilibrio estético o cosmético que le de tranquilidad a la mujer con cáncer de mama; en síntesis, todos ellos actúan como factores que influyen negativamente en la función sexual de las mujeres oncológicas (22,24). A sabiendas que aproximadamente 91% de las mujeres con cáncer de mama sobreviven por más de 5 años (22,24,30), esto obliga a la mujer a adaptarse a su nueva condición de vida, con aceptación de las consecuencias físicas y psicosociales; con el propósito que no afecten, de forma negativa, su sexualidad y su función sexual en general.

Entre las debilidades de esta investigación, sobresalen que el instrumento utilizado exige cierto nivel educativo, no resultando fácil de diligenciar la población de bajo nivel educativo. Para realizar un muestreo por conveniencia, se corre el riesgo de excluir a muchas mujeres con potenciales disfunciones sexuales; lo cual podría introducir un sesgo en la prevalencia. Se destacan como fortalezas que es el primer estudio, de estas características, realizado en la población del Quindío, además de haber incluido a más de la mitad de la población seleccionada. Así como contar con la utilización del IFSF, un reconocido instrumento de comprobada confiabilidad y consistencia interna, además de ser validado recientemente en Colombia, tal como lo ha expresado Espitia et al. (29) en múltiples ocasiones.

CONCLUSIONES

Las mujeres del Quindío, con cáncer de mama, tienden a presentar porcentajes altos de afectación de su función sexual (54.16%), siendo los trastornos del deseo y el orgasmo, los más frecuentes. Es perentorio entablar prontamente, planes de contingencia al respecto, a fin de facilitar tanto el diagnóstico como las acciones terapéuticas.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés y no haber recibido ningún tipo de patrocinio para llevar a cabo esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de mujeres que permitieron realizar este estudio, y a mi esposa la doctora Lilian Orozco Santiago, siempre dispuesta a brindarme su apoyo en estos proyectos.

REFERENCIAS

1. Spitale A, Mazzola P, Soldini D, Mazzucchelli L and Bordoni A. Breast cancer classification according to immunohistochemical markers: clinicopathologic features and short-term survival analysis in a population-based study from the South of Switzerland. *Ann Oncol* 2009; 20:628-635.
2. Globocan I. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [Internet]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/factsheets_cancer.aspx
3. Launoy G. Epidemiology of cancers in France. *Rev Prat* 2010 20;60(2):178-182.
4. Hery C, Ferlay J, Boniol M, Autier P. Quantification of changes in breast cancer incidence and mortality since 1990 in 35 countries with Caucasian-majority populations. *Ann Oncol* 2008;19(6):1187-1194.
5. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide IARC Cancer Base, 1027-5614, No. 10. 2010.
6. Venâncio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2004 Jan-Mar; 50(1):55-63.
7. Blows FM, Driver KE, Schmidt MK, Broeks A, van Leeuwen FE, Wesseling J. Subtyping of breast cancer by immunohistochemistry to investigate a relationship between subtype and short and long term survival: a collaborative analysis of data for 10,159 cases from 12 studies. *PloS Med* 2010; 7: e1000279.
8. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin.* 2008 Mar-Apr; 58(2):71-96
9. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estud Psicol.* 2003 Jan-Abr; 8(1):155-63.
10. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008 Mar-Apr; 14(2):176-81.
11. Rogers M, Kristjanson LK. The impact on sexual functioning of chemotherapy induced menopause in women with breast can-

- cer. *Cancer Nurs.* 2002 Feb; 25(1):57-65.
12. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen PL, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality related issues. *Cancer Nurs.* 2007 Sept-Oct; 30(5):399-404.
 13. Ressel LB, Gualda DMR. A sexualidade invisível ou oculta na enfermagem? *Rev Esc de Enferm USP.* 2002 Mar; 36(1):75-9.
 14. Rosen R. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:191-208.
 15. Espitia De La Hoz, FJ. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero, *Rev.cienc. Biomed.* 2016; 7(1):25-33.
 16. Espitia De La Hoz, FJ. Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. *Arch Med (Manizales)* 2017; 17(1):70-7.
 17. Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Sexual well-being and breast cancer in Australia: Experiences of people with breast cancer and health professionals. School of Psychology, University of Western Sydney, Sydney, Australia and Breast Cancer Network Australia (BCNA), Melbourne, Australia. 2011.
 18. Schwartz, G. F., K. S. Hughes, et al. "Proceedings of the international consensus conference on breast cancer risk, genetics, & risk management, April, 2007." *Cancer* 2008;113(10): 2627-37.
 19. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients. *JAMA* 1983; 249:751-7.
 20. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, et al. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol.* 1998; 16(2):501-14.
 21. Schover LR, Montague DK, Lakin MM. Sexual problems. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 5th ed. Philadelphia, Pa: LippincottRaven Publishers, 1997; 2857-2872.
 22. Espitia De La Hoz, FJ. Prevalencia de trastornos sexuales en mujeres con cáncer ginecológico en el departamento del Quindío, *Rev.cienc.biomed.* 2016; 7(2):203-211.
 23. Moreira ED Jr, Brock G, Glasser DB, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract.* 2005 Jan;59(1):6-16.
 24. Espitia FJ. Mi primer año en "La Crónica". Bogotá. Editorial Bolívar. 2016; 6(3):81-82.
 25. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB, Zakalik D, Decker DA. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J.* 2005; 11(6):440-7.
 26. Schevers et al. Millon Women Study Collaborators. *Lancet.* 1995; 362: 419-27
 27. Arango AL, Botero B, Ossa LM. Algunos cambios en la calidad de vida manifestados por varias pacientes con cáncer de mama usuarias de la EPS. Seguro Social Medellín. Universidad Javeriana- Universidad de Antioquia 1998; 40.
 28. Lara LA, de Andrade JM, Consolo FD, Romao AP. Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment. *Clin J Oncol Nurs.*2012; 16(3):273-7.
 29. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 Colombian cities, 2009-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2018; 69:9-21. doi:10.18597/rcog.3035
 30. Howlander N, Noone AM, Krapcho M, Garshell J, Neyman N, Altekruse SF, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Cho H, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010, National Cancer Institute. Bethesda, MD, Based on November 2012 SEER Data Submission, Posted to the SEER Web Site, April 2013.