



“Prevalencia de disfunción sexual en ginecología oncológica”.

Estimar la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes tratadas por cáncer ginecológico (excluyendo patología mamaria) en seguimiento en la Unidad de Ginecología Oncológica en el Hospital Pereira Rosell durante el período Julio-Setiembre 2016.

Br. Borbonet, Florencia
Br. Cancela, Maria Antonella
Br. Laguzzi, Rosina
Br. Magrini, Maria Laura
Br. Paladini, Maria Fernanda
Grupo 65

Tutores:

Prof. Adj. Dr. Laufer, Joel. Prof. Adj. Dr. Scasso, Santiago. Prof. Dr. Alonso, Justo.

Clínica Ginecológica C - Centro Hospitalario Pereira Rosell

Facultad de Medicina - UdelaR

INDICE

Resumen	3
Introducción	4
Antecedentes	4
Planteo del Problema	4
Justificación	4
Marco Teórico	5
Objetivos	11
Generales	11
Específicos	11
Metodología	11
Diseño	11
Procedimiento	11
Muestra	11
Criterios de inclusión	11
Criterios de exclusión	11
Herramientas	12
Aspectos éticos	12
Definición de variables	12
Recursos necesarios	16
Cronograma de ejecución	16
Resultados	17
Conclusión y perspectivas	22
Referencias bibliográficas	24
Agradecimientos	26
Anexos	27

RESUMEN

Objetivo. Estimar la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes tratadas por cáncer ginecológico en seguimiento del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) en el período Julio-Setiembre 2016.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo de corte transversal con muestra a conveniencia.

Población. Mujeres mayores de 18 años atendidas en las policlínicas de ginecología oncológica del CHPR. Criterios de inclusión: pacientes con cáncer ginecológico, sexualmente activas, con tratamiento finalizado hace más de 3 meses y menos de 5 años, con capacidad intelectual suficiente para responder el cuestionario y haber otorgado el consentimiento. Se excluyeron menores de 18 años, antecedente de cáncer de mama o cualquier otro cáncer no ginecológico.

Metodología. Se utilizó como instrumento el cuestionario Index Female Sexual Function (IFSF) el cual ha sido estandarizado y validado para screening de disfunción sexual. Se evalúan fases de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dispareunia, utilizando como punto de corte 26. Se realizó un cuestionario suplementario de factores sociodemográficos y personales con las variables que se asocian a disfunción sexual.

Resultados. Se incluyeron un total de 54 pacientes en el estudio, evidenciando una prevalencia de disfunción sexual del 70%. La edad promedio fue de 54 años (rango 23-81). El cáncer más prevalente fue el de cuello uterino en un 70%. La modalidad terapéutica predominante fue la radioterapia en un 90%. Un 70 % de las usuarias manifestó que en las consultas previas, el tema sexualidad no había sido abordado.

Conclusiones. Consideramos una elevada prevalencia de disfunción sexual en las pacientes con cáncer ginecológico en nuestro medio. Dicha problemática no está siendo abordada por el equipo asistencial en la mayoría de los casos. Parece oportuno la incorporación de este tipo de herramientas en la práctica clínica para arribar a un diagnóstico y tratamiento precoz de la disfunción sexual, como área importante en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Disfunción Sexual. Sexualidad femenina. Cáncer ginecológico. Tratamiento. IFSF.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

La sexualidad es un área importante en la calidad de vida de los pacientes, habitualmente infravalorada en la práctica clínica diaria. Sin embargo, en los últimos años surge de manera creciente a nivel de la literatura internacional cientos de artículos científicos relacionados a la disfunción sexual (DS). Mundialmente, se estima que la prevalencia de DS está comprendida entre el 41% - 47% (1). En España, el 58% de las mujeres comprendidas entre 55 y 80 años presentan algún tipo de dificultad en su funcionamiento sexual (2). En Estados Unidos, el 43% de las mujeres se ve afectada por algún tipo de DS, este número es considerablemente mayor en pacientes tratadas por cánceres ginecológicos (3). A modo de ejemplo en la región: en Colombia, la prevalencia de DS en todas las mujeres con actividad sexual es 38,4% (1), en Chile, en mujeres entre 40 y 59 años es de 35,6% (4), en Brasil, se estima una prevalencia de DS antes de la gravidez del 23,9%, y durante la misma de 67,7% (5). Estudio multicéntrico realizado en América Latina, en 2009, incluyó 5391 mujeres sexualmente activas entre 40 a 59 años, resultando una prevalencia entre 21 - 98% dependiendo del centro evaluado (6).

PLANTEO del PROBLEMA

Varios estudios demostraron una alta prevalencia de DS, siendo reconocida, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un problema de salud pública que debe ser abordado (5).

Los estudios existentes en nuestro país sobre sexualidad femenina son escasos. Según un estudio realizado por Abulafia y col en la policlínica de Tracto Genital Inferior del CHPR, Montevideo se encontró una prevalencia de DS del 48,6% (7). Específicamente en el grupo de pacientes oncológicos no hemos encontrado publicaciones al respecto, siendo este un grupo muy vulnerable para dicha problemática. El cáncer genito mamario ocupa el primer lugar en incidencia en nuestro país según datos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el cáncer (8). Es de relevancia conocer cuántas de estas mujeres sufren DS, ya que es un hecho importante que afecta la calidad de vida y la satisfacción de las mismas por ende surge así la necesidad de un diagnóstico de situación.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer se ha convertido actualmente en una enfermedad crónica y controlable, gracias a la evolución de los tratamientos oncoespecíficos. Este progreso ha determinado que la prioridad sea no solamente el control y eventual cura de la enfermedad, sino también la calidad de vida en sus diferentes áreas, para obtener una visión integral del paciente.

La sexualidad es un área fundamental en la calidad de vida, pero frecuentemente no se contempla a pesar de ser conocida la alta frecuencia de DS secundarias a la enfermedad y/o su tratamiento. Los síntomas vinculados con la enfermedad, junto con las alteraciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas secundarias al tratamiento, conspiran para destruir la sexualidad y su satisfacción.

El objetivo principal del estudio fue conocer la prevalencia de DS en pacientes oncológicas durante su seguimiento en la Unidad de Ginecología Oncológica del CHPR. Esto es el puntapié inicial para establecer la magnitud del problema y así elaborar estrategias de acción y ofrecer una mejor atención integral a este grupo de pacientes.

MARCO TEÓRICO

Según la OMS: "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (9).

El ser humano expresa su sexualidad de diferentes maneras desde que nace hasta que muere. Las dificultades fisiológicas se van incrementando a medida que aumenta la edad. Otras dificultades que influyen en el funcionamiento sexual son aspectos afectivos, cognitivos y habilidades conductuales relacionadas con la sexualidad (2).

Masters y Johnson describen clásicamente a la respuesta sexual femenina como un ciclo que consta de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente se agregó la fase del deseo (10).

La fase del 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 de tener sexo (11).

En la fase de excitación hay un aumento del aporte sanguíneo a la región pélvica y región genital. La mujer sufre una serie de cambios, la erección de los pezones debido a la contracción involuntaria de las fibras musculares, un aumento de tamaño y consistencia del clítoris por congestión venosa. Se produce la lubricación vaginal y la expansión de la misma, fase denominada lubricación-hinchazón comandada por control parasimpático del sistema nervioso

autónomo. Se produce un trasudado de las paredes de la vagina debido a la dilatación del plexo venoso, formándose así la plataforma orgásmica. A medida que se incrementa la excitación hay un aumento y elevación uterina por la llegada de sangre, haciendo que el cérvix se coloque en una posición favorable para la fertilización. Los labios mayores también sufren cambios favoreciendo la apertura vaginal (10).

La fase de meseta está caracterizada por el rubor sexual, el aumento de las mamas y areolas. La continuidad de la secreción vaginal (menor que en la fase anterior) y el desplazamiento hacia arriba del cérvix y útero (10).

La fase orgásmica está caracterizada por las contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la esquelética. En esta fase los músculos perineales, vulvares y pubeococígeos, los del suelo del periné y los vaginales internos se contraen de forma rítmica, siendo los receptores propioceptivos profundos y los sensoriales viscerales los que transmiten las sensaciones orgásmicas al cerebro, haciéndose así, conscientes y placenteras (10).

La fase de resolución depende de la evolución de las fases anteriores, caracterizada por una inversión fisiológica del proceso (10).

En el ciclo de respuesta sexual también existe un marcado componente extra genital que afecta diversos órganos y sistemas. Hay un aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca y ventilación pulmonar que alcanza su máximo en el orgasmo. También se han encontrado cambios en los niveles de hormonas, siendo lo más documentados aumentos de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina tras el mismo, así como el aumento difuso y sostenido de adrenalina, gonadotrofinas y testosterona asociadas a la actividad sexual. Se producen igualmente cambios psíquicos, como alteraciones características del estado de conciencia de intensidad variable en la fase orgásmica. Todo ello indica que la respuesta sexual implica una respuesta integrada que afecta la totalidad del organismo (10).

Las alteraciones de la función sexual generan patologías diversas, definiendo así: “Las DS que se caracterizan por un trastorno de los procesos del desarrollo de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo) o por un dolor asociado a las relaciones sexuales” (12).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) la clasifica en 5 grupos:

1. Trastorno del deseo o interés sexual: ausencia de sentimientos o disminución de interés sexual, pensamientos o fantasías, y falta de respuesta de deseo. Escasas o inexistentes motivaciones (razones o incentivos) para intentar tener la excitación sexual.

2. Trastornos de la excitación: Ausencia o disminución marcada de los sentimientos de excitación (sexual o placer) de cualquier tipo de estimulación sexual, así como ausencia o alteración de la excitación genital (lubricación, hinchazón vaginal).
3. Trastorno orgásmico: ausencia o disminución de la intensidad de las sensaciones del orgasmo o marcado retraso del orgasmo de cualquier tipo de estimulación.
4. Trastorno del dolor sexual: Definiendo así la dispareunia como dolor persistente o recurrente del intento o la entrada del pene a la vagina. El vaginismo: definido como la dificultad persistente o recurrente de la mujer de permitir la entrada vaginal de cualquier objeto a pesar del deseo expresado. Hay a menudo evitación y anticipación al miedo de la experiencia del dolor junto con la contracción del músculo pélvico involuntario.
5. Trastorno de la excitación sexual persistente: Pensamientos espontáneos desagradables que pueden convertirse en obsesiones, de manejo difícil y preocupante sobre el interés y deseo sexual. (13)

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) clasifica los trastornos de la respuesta sexual en cuatro grupos: Deseo, Excitación, Orgasmo y Dolor Sexual. Más adelante en la “Conferencia internacional para el desarrollo del consenso sobre disfunciones sexuales femeninas” se agregan dos aspectos de DS: Lubricación y Satisfacción. Basado en este consenso, Rosen et al. desarrollan un test denominado IFSF (7).

Laumann y cols. encontraron que la DS es más frecuente en mujeres (43%) que en hombres (31%) y que se asocia a varias características psicodemográficas como edad, educación, salud física y emocional. Se cree que en la población general hasta un 60% de mujeres de menos de 60 años tienen algún grado de DS (13). La etiología de la disfunción sexual femenina (DSF) es multifactorial, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales, económicos, políticos, comportamiento de la pareja sexual y de la interrelación personal (1).

Dentro de los aspectos biológicos ocurren cambios en la función sexual, relacionados al desarrollo del ser humano, como la edad, estado hormonal, menopausia, embarazo, parto y lactancia.

En cuanto a los aspectos psicológicos se incluyen la depresión, ansiedad, preocupación, estrés, baja autoestima e intolerancia.

En varias enfermedades crónicas se ha visto un impacto negativo sobre la función sexual como diabetes, hipertensión arterial, cáncer, enfermedad renal crónica, lesiones de la médula espinal, enfermedades autoinmunes, entre otras (13).

Existe evidencia que demuestra que las pacientes con cáncer ginecológico sufren un impacto negativo en su calidad de vida, al verse afectada su sexualidad y relaciones íntimas (3).

Tener una vida sexual placentera en una paciente con cáncer ginecológico puede generar efectos positivos en su vida, disminuyendo la ansiedad y la depresión, sintiéndose acompañada; siendo esto de ayuda para lidiar con el enojo y la confusión, y así adaptarse lo mejor posible a su enfermedad y el tratamiento (14).

Cualquier tipo de cáncer afecta la sexualidad y la intimidad de la persona, ya sea durante o después de la terapia, pero los de la esfera ginecológica tienen un mayor impacto (3).

La psicoterapia tiene un papel fundamental sobre las disfunciones sexuales. Dentro de ésta, el enfoque conductivo-conductual ha encontrado efectos positivos en aspectos como la excitación, orgasmo, satisfacción, disminución de la depresión y el bienestar general. Además, los factores psicosociales como la buena comunicación e intimidad en la pareja son un predictor de la satisfacción sexual (3).

También es importante reconocer las formas en que los discursos socioculturales dan a interpretar las relaciones, nos dice lo que es “normal” o “anormal”, ya que esto produce un impacto en cómo llegamos a experimentar y construir nuestro bienestar sexual (15). “La presencia de barreras culturales, mitos, temores y creencias religiosas, así como la ausencia de una educación sexual fundamentada en el desarrollo integral del individuo, contribuyen a que el silencio sobre estos asuntos sea generalizada” (1).

A pesar de que muchos reconocen que la calidad de vida después de la terapia del cáncer es un aspecto importante de la atención al paciente, a menudo no es la principal consideración al recomendar el tratamiento (16).

El tratamiento del cáncer ginecológico puede incluir, cirugías radicales, y dependiendo de la etapa del tumor y factores de riesgo adicionales, quimioterapia (QT) y/o radioterapia (RT) adyuvante. Estas terapias oncológicas pueden causar significativos efectos adversos físicos que pueden interferir con la sexualidad. La RT y/o QT pueden dañar las estructuras neuronales así como el tejido vaginal y también afectar la función ovárica en mujeres premenopáusicas. En segundo lugar, los factores psicosociales asociados con el diagnóstico de cáncer también son factores importantes que influyen en la sexualidad. Los cambios en la percepción de sí mismo con pérdida subjetiva del atractivo son especialmente importantes en este contexto (17).

A modo de ejemplo los tratamientos quirúrgicos de cáncer de vulva abarcan desde una simple escisión de la lesión vulvar hasta una cirugía mutilante como la vulvectomía con remoción de clítoris con cambio en la imagen corporal y alteraciones en las fases de la respuesta sexual femenina (15,18). Por otro lado, las mujeres histerectomizadas asocian cambios adversos vaginales: incluyendo acortamiento de la vagina y el daño de los nervios pélvicos. La pérdida de la sensibilidad y la interrupción orgásmica, dispareunia y sangrado vaginal, la dificultad en la

excitación, disminución de la lubricación vaginal, la falta de deseo e interés sexual, reducción de la satisfacción sexual y la menopausia precoz (15).

Se exploró el impacto de la histerectomía radical (HR) en la función sexual de las pacientes con estadio temprano de cáncer de cuello en comparación con la de los controles sanos de la misma edad. Las pacientes experimentaron problemas orgásmicos graves y relaciones sexuales incómodas debido a un acortamiento de la longitud vaginal durante los primeros 6 meses después de la HR, dispareunia severa durante los primeros 3 meses, e insatisfacción sexual durante las 5 semanas después de la RT (19). Sin embargo, un pequeño número de estudios también encontraron que la histerectomía no dio lugar a la DS en las mujeres con cáncer ginecológico y que después de este procedimiento la mayoría de los aspectos de la función sexual y el placer se mantuvo intacta, incluidos los intereses y el deseo sexual (15). Una persistente falta de interés sexual y la lubricación se informó a través de los primeros 2 años después de la HR. A largo plazo, la falta de interés sexual y la lubricación vaginal insuficiente fueron confirmadas por la percepción subjetiva de la paciente 12 meses después de la HR en comparación con el diagnóstico previo de cáncer (19).

La RT pelviana en cáncer ginecológico suele incluir radioterapia externa y braquiterapia. La misma tiene su propio espectro de complicaciones, entre ellas se incluye la atrofia vaginal, que puede hacer que las relaciones sexuales sean difíciles o incluso imposibles (19) ya que se genera acortamiento, disminución de la elasticidad, reducción de la lubricación vaginal, entumecimiento genital y dispareunia por ende disminución de las actividades sexuales (15).

Se ha reportado DS persistente y cambios vaginales adversos a lo largo de los 2 años después de la RT, con pequeños cambios en el tiempo: la mayoría de las pacientes tuvieron poco o ningún interés sexual (19). Las pacientes que se sometieron a RT tuvieron más dificultades para excitarse sexualmente, lograr la lubricación vaginal, alcanzar el orgasmo, y alcanzar la satisfacción sexual, que las pacientes no irradiadas (19).

Varios estudios han informado que las mujeres que recibieron RT primaria presentan mayor DS que las mujeres que recibieron cirugía primaria. Las mujeres que reciben RT primaria o la RT combinada con la cirugía son más propensas a experimentar dispareunia y pérdida de placer sexual después del tratamiento que las mujeres que no recibieron RT (15).

Las sobrevivientes de cáncer de cuello uterino tratadas con RT tenían un peor funcionamiento sexual que las tratadas con HR y disección de los ganglios linfáticos (16).

En muchos pacientes, la satisfacción sexual ocupa un lugar muy relevante. Por lo tanto se debe destacar la importancia que tiene promover una vida sexual sana y placentera. Se debe conocer el daño que provoca el propio cáncer y su tratamiento sobre la función sexual y la intimidad.

Los médicos que asisten a pacientes portadores de patología oncológica no deben subestimar las DS. Es necesaria la información adecuada y el enfoque interdisciplinario (14).

El abordaje de la sexualidad durante la consulta, es una dimensión importante de la calidad de vida y de gran interés para los pacientes con cáncer y sus parejas antes, durante y después del tratamiento. La falta de evidencia científica sobre el comportamiento sexual y el deterioro después del tratamiento del cáncer ginecológico, explica en parte la falta de abordaje. Usualmente la mujer no consulta por las manifestaciones, cambios o alteraciones de su sexualidad (17).

Muchas veces las mujeres no perciben las disfunciones como un problema en su salud y cuando lo hacen tienen una dificultad para expresarlo generándose una barrera en el abordaje de los profesionales, siendo necesaria una correcta preparación y sensibilización para intervenir en la consulta (5).

El equipo de salud presenta escasa preparación y capacidad en la identificación y la posterior gestión de la DS femenina. A veces las mujeres se presentan directamente refiriendo DS pero más a menudo las mujeres se presentan con síntomas encubiertos como dolor pélvico, angustia sobre la menstruación, insatisfacción general, para lo cual hay que estar alerta a estas pistas e indagar con preguntas abiertas para explorar estos temas. Las mujeres esperan que los médicos sean capaces de discutir y ofrecer estrategias al respecto (13).

Una historia sexual exhaustiva debe incluir información médica, reproductiva, quirúrgica, psiquiátrica, social y sexual. Con el examen físico incluyendo un examen pélvico en busca de evidencia de atrofia de vagina, sequedad y dolor (13) y la utilización de herramientas que auxilian el diagnóstico preciso de las DS (5).

OBJETIVOS

GENERAL

Estimar la prevalencia de la DS en pacientes tratadas por cáncer ginecológico (no mama) en seguimiento en policlínicas oncológicas del CHPR durante el período julio – setiembre 2016.

ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población estudiada.
- Determinar las frecuencias relativas de la DS por dominio u área afectada.
- Evaluar si el tema sexualidad es abordado por el equipo de salud durante las consultas en la práctica clínica diaria.
- Proponer posibles herramientas a utilizar para detección de DS femenina.

METODOLOGÍA

Diseño. Estudio observacional, de tipo descriptivo de corte transversal.

Procedimiento. Protocolo fue presentado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina e institucional (CHPR). Toda paciente que cumplió los criterios de inclusión luego de ser informada y firmado el consentimiento (Anexo 1) fueron incluidas en nuestro proyecto de investigación durante el período julio-setiembre. Los cuestionarios fueron anónimos y codificados. Las pacientes completaron los mismos dentro de un consultorio o en un espacio donde se cuidó su privacidad teniendo acceso a referentes cuando se presentaron dudas. Las pacientes brindaron su consentimiento para acceder a su historia clínica en caso de requerir datos específicos vinculados al tratamiento recibido.

Muestra. La misma fue tomada a conveniencia, partiendo de la población que se atiende en las policlínicas de Seguimiento de la Unidad de Ginecología Oncológica de la institución, durante los meses de julio – setiembre del corriente año.

Criterios de inclusión.

- Paciente mayor de 18 años.
- Pacientes con cáncer ginecológico.
- Sexualmente activas.
- Más de 3 meses y menos de 5 años de haber completado su tratamiento (QT, RT, cirugía).
- Pacientes con capacidad intelectual suficiente para poder responder el cuestionario.
- Haber otorgado el consentimiento.

Criterios de exclusión.

- Pacientes con antecedentes de cáncer de mama.

- Pacientes con antecedente de otro cáncer no ginecológico.

Herramientas. El cuestionario IFSF desarrollado por Rosen y cols., estandarizado y validado para tal fin. El cuestionario fue traducido al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español (backward-translate technique). Este cuestionario consta de 19 preguntas múltiple opción y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (Anexo 2); cada pregunta tiene 5 o 6 opciones (11), la entrevistada debió elegir la respuesta que más se ajustó a su situación en las últimas cuatro semanas (7). Se le asignó un puntaje del 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplicó por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios (11). Un valor de 26 o menos en el total se consideró como DS (7). A mayor puntaje mejor sexualidad (Anexo 3) (11). Este formulario es adecuado como screening para la detección de DS como herramienta de investigación y para evaluación terapéutica (7). Además se confeccionó un cuestionario de recolección de datos sociodemográficos y de variables fuertemente asociadas a DS, para caracterizar a la población en estudio que incluyó, edad, estado civil, nivel educativo, religión, menopausia, hijos, índice de masa corporal (IMC), antecedentes de enfermedades médicas, psiquiátricas y quirúrgicas, tipo de cáncer ginecológico, tratamiento recibido, fecha de última intervención y abordaje de sexualidad (Anexo 4).

Aspectos éticos, decreto 379/008. Se obtuvo en Julio 2016 la aprobación de la investigación al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y del CHPR, previa al inicio del protocolo. Contamos con la autorización y colaboración correspondiente de los encargados de la policlínica de seguimiento Oncológica específicas del CHPR.

Los datos obtenidos fueron guardados en forma segura y confidencial. Solo tuvieron acceso a los mismos los integrantes del equipo de investigación.

Definición operacional de las variables. Se estudiaron como variables cualitativas los dominios de la DS incluidas en el IFSF: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO ESCALA	CONJUNTO DE VALORES
<u>Deseo</u>	Es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías de tener sexo (11).	Cualitativa ordinal.	Escala de likert (Anexo 3).
<u>Excitación</u> (durante la actividad sexual)	Es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación genital o contracciones musculares (11).	Cualitativa ordinal.	Escala de likert (Anexo 3).
<u>Lubricación</u> (durante la actividad sexual)	Aumento del trasudado vaginal que facilita la penetración (20).	Cualitativa ordinal.	Escala de likert (Anexo 3).
<u>Orgasmo</u> (durante la actividad sexual)	Sensaciones de placer que se experimentan simultáneamente con las contracciones musculares de la región pélvica y otras partes del cuerpo, que liberan la tensión sexual acumulada, lo que puede producirse con o sin eyaculación (20).	Cualitativa ordinal.	Escala de likert (Anexo 3).
<u>Satisfacción</u> (durante la actividad sexual)	Sensación de saciedad, placer por haberse aplacado los deseos sexuales (20).	Cualitativa ordinal.	Escala de likert (Anexo 3).
<u>Dolor</u> (dispareunia)	Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, que se produce antes, durante o después del coito (20).	Cualitativa ordinal.	Escala de likert (Anexo 3).
<u>Edad</u>	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la consulta	Cuantitativa Discreta.	18, 19, 20... etc.
<u>Nivel Educativo</u>	Nivel académico máximo alcanzado.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria: completa / incompleta. • Secundaria: completa / incompleta. • Terciaria: completa/ incompleta. • UTU: completa/ incompleta.

<u>Estado Civil</u>	Pareja estable: Vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas (noviazgo, concubinato, matrimonio) Viuda: Mujer cuyo marido es fallecido.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Pareja Estable. ● No pareja ● Viuda
<u>Religión</u>	Se entiende por creyente alguien que tiene fe religiosa.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Creyente ● No creyente
<u>Menopausia</u>	Cese de la menstruación de por lo menos un año.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● No ● Si
<u>Hijos</u>	Individuo respecto de su madre o su padre.	Cuantitativa Discreta.	<p>Número de hijos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No ● Si: <ul style="list-style-type: none"> ● 1 ● 2 ● > 2
<u>IMC</u>	Indicador entre la relación del peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.	Cuantitativa Continua.	Peso(kg)/Altura(m ²)
<u>Antecedentes de enfermedades médicas</u>	Enfermedades médicas previamente diagnosticadas.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión Arterial ● Diabetes ● Tabaquismo ● Consumo de Alcohol
<u>Antecedentes Psiquiátricos</u>	Enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● No ● Si
<u>Antecedentes quirúrgicos:</u>	Cirugías abdomino-pélvicas previas al tratamiento para el CG.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ● No ● Si
<u>Diagnóstico Actual</u>	Tipo de cáncer diagnosticado.	Cualitativa	<p>Tipo cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ovario ● Vulva ● Endometrio ● Cuello uterino
<u>Tratamiento Recibido</u>	Tipo de terapia utilizada previamente.	Cualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> ● Radioterapia ● Quimioterapia ● Cirugía: <ul style="list-style-type: none"> ● Convencional ● Laparoscópica

<u>Fecha de finalización del Tratamiento</u>	Día o mes de la última intervención o sesión de tratamiento.	Cuantitativa. Discreta.	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha finalización del tratamiento.
<u>Abordaje sobre sexualidad.</u>	Si alguna vez le preguntaron sobre su sexualidad.	Cualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Justificación de las variables utilizadas para caracterizar a la población:

Edad: Se encontró una asociación negativa entre la edad y el funcionamiento sexual. Las mujeres mayores de 55 años presentan una mayor prevalencia de DS (2).

Estado civil: Los factores psicosociales como la buena comunicación e intimidad en la pareja son un predictor de la satisfacción sexual (3).

Nivel educativo: El acceso y cumplimiento de la formación escolarizada, con información y capacitación en general puede favorecer en los varones y las mujeres la búsqueda de la educación sexual; ésta, a su vez, permite erradicar mitos y solicitar atención en salud, y proporciona una visión de la sexualidad más amplia y correcta. El estudio permite señalar que más de diez años de escolaridad son un factor significativamente protector de la DS (1).

Religión: La presencia de barreras culturales, mitos, temores y creencias religiosas, así como la ausencia de una educación sexual fundamentada en el desarrollo integral del individuo, contribuyen a que el silencio sobre estos asuntos sea generalizado (1).

Menopausia: El hipoestrogenismo característico de esta etapa de la vida de la mujer se asocia a una mayor prevalencia de DS (4).

Paridad: Respecto a otros factores relacionados con la sexualidad femenina, la paridad mayor a dos hijos resultó tener un impacto negativo en la sexualidad femenina (2).

Índice de masa corporal (IMC): el impacto en la imagen corporal y autoestima asociado al sobrepeso y obesidad.

Fumadora: El hábito de fumar se encontró como factor de riesgo. Un estudio en 200 mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas encontró que el tabaquismo incrementa el riesgo de DS (1).

Antecedentes de enfermedades médicas, psiquiátricas y quirúrgicas: La hipertensión arterial y la consiguiente enfermedad vascular crónica se ha relacionado con aumento de la DS (1).

Diagnóstico del cáncer ginecológico, tratamiento y fecha de última intervención.

Base de datos utilizada:

- Mendeley Desktop. 1.10.1. Software libre. Programa administrador de referencias bibliográficas.
- EPI INFO TM 7. Software libre. Utilizado para cálculo de tamaño muestral, proporciones, medias, etc.

RECURSOS NECESARIOS

Utilizamos únicamente insumos de papelería suministrados por la clínica ginecológica C – Facultad de Medicina.

CRONOGRAMA de TRABAJO

	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Elaboración del proyecto y comité de ética	■	■					
Profundización bibliográfica		■					
Recolección de datos			■	■	■		
Análisis				■	■	■	
Elaboración trabajo final					■	■	
Publicación de resultados						■	■

RESULTADOS

Durante el período julio-setiembre 2016, se reclutaron un total de 54 usuarias que cumpliendo con los criterios de inclusión aceptaron participar del estudio.

Las características de la muestra estudiada se encuentran en la Tabla 1. La edad promedio fue de 54 años (rango etario 23 a 81). Respecto al nivel educativo del total de las mujeres que participaron en el estudio, un 18,5% presentaba un bajo nivel instructivo con primaria incompleta. El 61% de las pacientes tenían pareja estable al momento de la entrevista. Respecto a los aspectos religiosos, un 83% son creyentes. El 94% de las pacientes se encuentra en un status hormonal postmenopáusico, siendo en la mayoría de ellas esta condición consecuencia del tratamiento recibido (quirúrgico, radiante y/o farmacológico)

El 91% tienen hijos, y dentro de éstas, el 54% tienen más de 2. En relación al IMC, el 44% presentan normopeso. Dentro de los antecedentes personales, un 94% no consume alcohol, 11% son diabéticas, 35% son HTA y 30% son tabaquistas. Solo un 9% presentaban antecedentes psiquiátricos. Un 61% de las encuestadas presentaron antecedentes de cirugías previas abdomino-pélvicas.

Respecto a las modalidades de tratamientos oncológicos recibidos, 90% RT (definitiva o adyuvante), 65% QT adyuvante y únicamente un 5,4% la cirugía fue el único tratamiento.

Tabla 1. Caracterización de la población.

Edad	n	Porcentaje %	IMC	n	Porcentaje %
20-29	4	7,4	Bajo peso	1	1,9
30-39	5	9,3	Normopeso	24	44,4
40-49	14	25,9	Sobrepeso	18	33,3
50-59	10	18,5	Obesidad	10	18,5
60-69	14	25,9	Sin dato	1	1,9
70-79	5	9,3	Antecedentes Psiquiátricos	n	Porcentaje %
80-89	2	3,7	No	49	90,7
Nivel Educativo	n	Porcentaje %	Yes	5	9,3
Primaria completa	9	16,7	Cirugías Abdomino Pélvicas	n	Porcentaje %
Primaria incompleta	10	18,5	No	21	38,9
Secundaria completa	4	7,4	Yes	33	61,1
Secundaria incompleta	16	29,6	Diagnóstico	n	Porcentaje %
Terciaria completa	2	3,7	Cuello	38	70,4
Terciaria incompleta	2	3,7	Endometrio	9	16,7
UTU completa	5	9,3	Vulva	5	9,3
UTU incompleta	6	11,1	Ovario	1	1,8
Estado Civil	n	Porcentaje %	Cuello Endometrio Vulva	1	1,8
No pareja	17	31,5	Tratamiento	n	Porcentaje %
Pareja estable	33	61,1	Radioterapia	5	9,3
Viuda	4	7,4	Quimioterapia	0	0
Religión	n	Porcentaje %	RT-QT	19	35,2
Creyente	45	83,3	Cirugía convencional	1	1,8
No creyente	9	16,7	Cirugía laparoscópica	1	1,8
Menopausia	n	Porcentaje %	RT-CC	11	20,4
No	3	5,6	QT-CC	2	3,7
Yes	51	94,4	CC-CL	1	1,8
Paridad	n	Porcentaje %	QT-RT-CC	14	25,9
1	7	13	Enfermedades Médicas	n	Porcentaje %
2	13	24	Fuma	16	29,6
Más de 2	29	54	HTA	19	35,1
NO	5	9	DM	6	11,1
			OH	3	5,6

Con respecto a los diagnósticos oncológicos de nuestra muestra en estudio predominó el cáncer de cuello uterino en 38/54 (70%), seguido del cáncer de Endometrio 9/54 (17%). (Fig. 1).

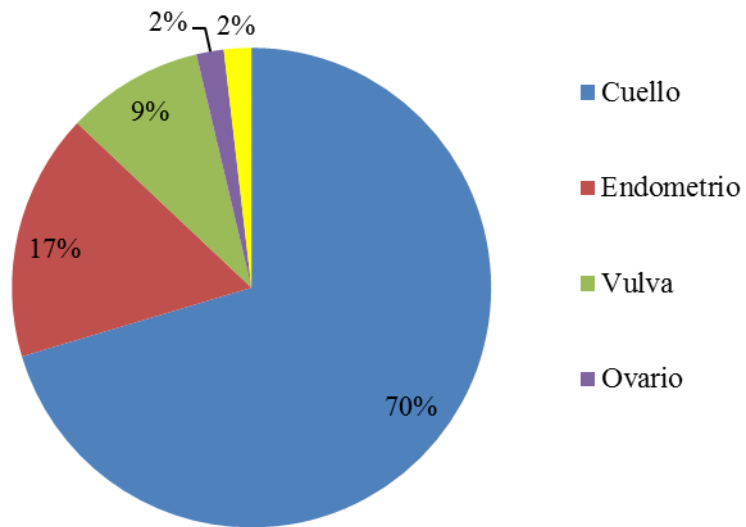


Fig. 1 Diagnósticos oncológicos

La prevalencia de disfunción sexual en nuestra muestra de estudio fue del 70% (38/54) de las usuarias, con un puntaje del IFSF de ≤ 26 , para un máximo de 36. (Fig. 2). El mayor puntaje obtenido fue de 33,7.

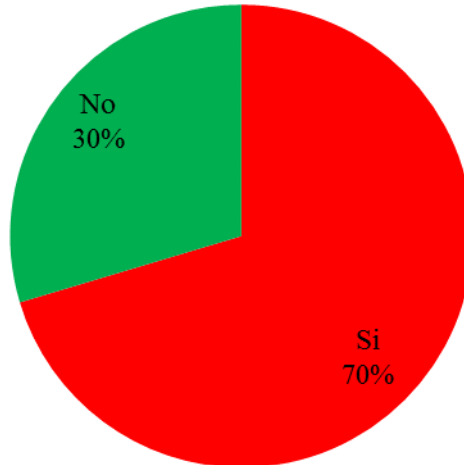


Fig. 2 Disfunción Sexual

	Disfunción Sexual
Si	38 (70%)
No	16 (30%)

En el análisis por dominio de la disfunción sexual (Fig. 3), el dominio más afectado fue la excitación con un puntaje de 117, seguido de disfunción a nivel de la fase del orgasmo y lubricación.

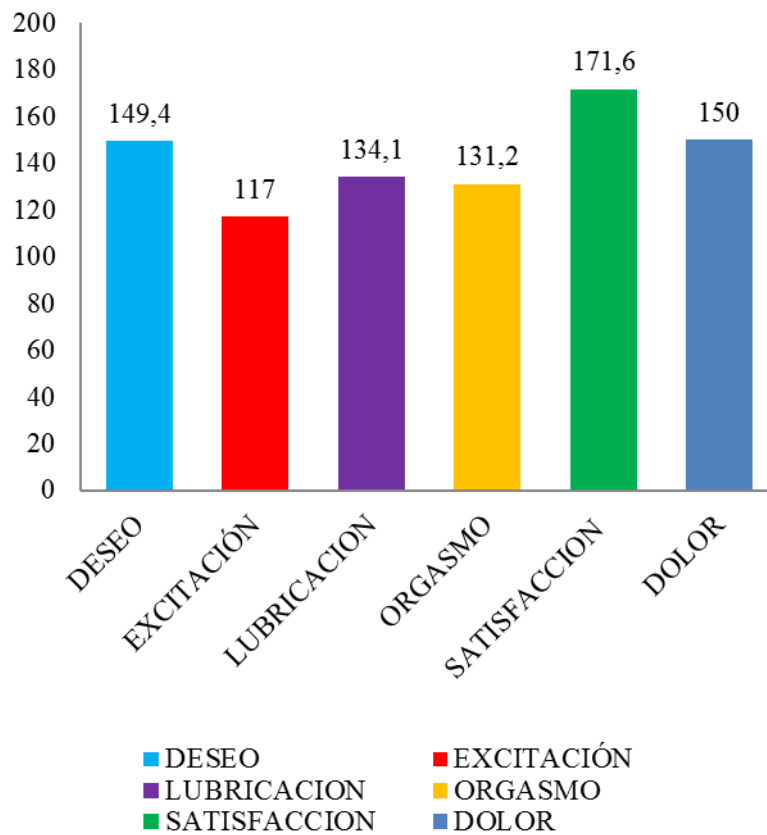


Fig. 3 Puntos por Dominio.

En la distribución de puntos totales del IFSF de cada paciente, tenemos una media de 15,8 con un máximo de 33,7 y un mínimo de 1,2. (Fig.4).

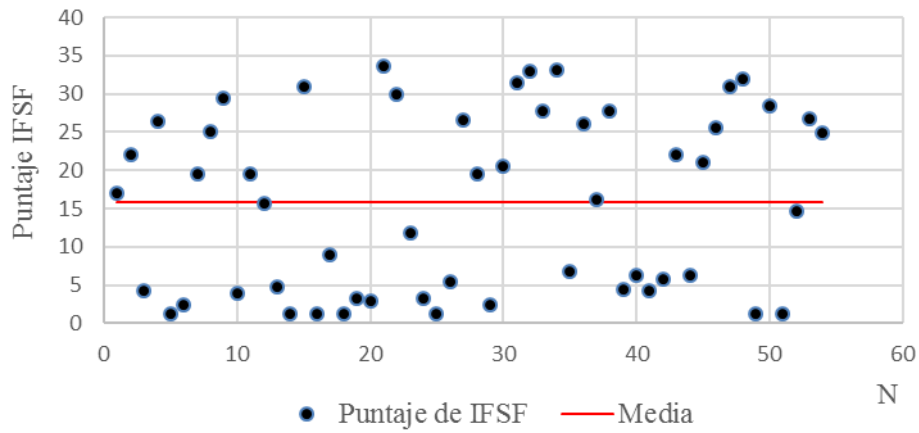


Fig. 4. Distribución de puntos IFSF

El 70% de la muestra refirió que no se abordó el tema sexualidad previamente (Fig. 5).

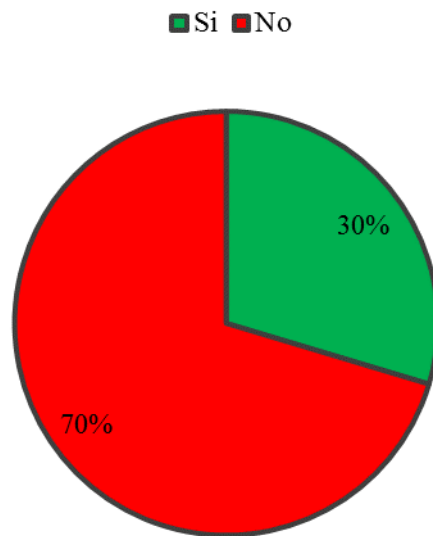


Fig. 5 Abordaje del tema sexualiad

Abordaje de la sexualidad		
	Si	No
Abordaje	16	38

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Podemos concluir que en la muestra estudiada existe una elevada prevalencia de DS como planteamos en nuestra hipótesis nula. Siete de cada 10 mujeres en seguimiento por cáncer ginecológico (no mama) en un centro de referencia nacional de patología oncológica femenina presentan disfunción sexual en alguno de sus dominios. Su impacto se ve en todas las edades, como lo refleja la edad de las pacientes involucradas en nuestro estudio de 26 a 81 años. El dominio afectado en mayor medida fue la excitación. Destacar el predominio de patología de cérvix uterino en nuestra muestra poblacional, verdadero problema de salud pública actual, dado que se trata de un cáncer prevenible y por ende evitable. Tumor que tiene como factor responsable el virus del HPV de transmisión sexual hecho este que también tiene implicancias psicológicas, emocionales y conyugales y del cual no sabemos su impacto de por sí en el análisis del deseo y excitación sexual.

Otro elemento a considerar en nuestra población es el alto porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento radiante como parte integral de su tratamiento oncológico, hecho este que genera gran impacto anatómico y funcional del aparato genital.

Encontramos que 2/3 de las pacientes sobrevivientes al cáncer ginecológico expresaron que el ítem sexualidad no fue abordado por el equipo de salud en lo que van de seguimiento. Si esto es debido a falta de capacitación en esta esfera o falta de herramientas en la consulta diaria es un tema a continuar explorando. La calidad de vida del paciente oncológico es una de las prioridades actuales en todos los centros de referencia mundial dedicados al tratamiento del cáncer, siendo la sexualidad un pilar fundamental a considerar en la práctica clínica de estos pacientes.

Dada la magnitud de la DS creemos es de relevancia el abordaje del tema en este grupo vulnerable de pacientes, mediante un interrogatorio específico y contar con el auxiliar de cuestionarios estandarizados como el IFSF para arribar al diagnóstico, y evaluar la posibilidad y alternativas terapéuticas. Hasta el momento de este estudio, dicho cuestionario no era utilizado en la consulta diaria en el CHPR, como así tampoco se cuenta con especialistas en Medicina Sexual para derivar pacientes en caso de necesidad.

En este sentido, recientemente se aprobó por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina – UdelaR , la Diplomatura de Medicina Sexual hecho que sin lugar a dudas brindará la posibilidad de formación, capacitación y mayor investigación clínica en dicha disciplina para beneficio de nuestras pacientes.

Como puntos fuertes del estudio, resaltamos el hecho de que no encontramos antecedentes de estudios de DS en pacientes con cáncer ginecológico a nivel nacional. Creemos a su vez que a partir de los resultados del mismo, podremos generar inquietudes y cambios en la concepción y

abordaje de la sexualidad en las pacientes oncológicas de nuestro centro. Esperando que esto sea el punta pie inicial para continuar profundizando acciones y estudios en esta línea de trabajo.

Si bien tiene la fuerza de un trabajo prospectivo, tiene la debilidad y los sesgos de una población pequeña, en un centro único, con una población poco balanceada con respecto al tipo de cáncer y el tratamiento recibido.

Para finalizar y como lo expresa la OMS: "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida y tiene el derecho de vivirla de forma responsable, saludable y placentera..."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvaro M-C, Jhonmer M-V, Cindy A-A. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano / Sexual dysfunction in climacteric women of African descent from the Colombian Caribbean region. *Iatreia VO* - 27. 2014; 27 (1):31.
2. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Moyano N, Granados MR, Sánchez-Fuentes MDM. Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Rev Int Andrología. SECOT*; 2014; 12 (2):64–70.
3. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*; 2010; 66 (1):23–6.
4. Figueroa J R, Jara A D, Fuenzalida P A, del Prado A M, Flores D, Blümel JE. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Rev Med Chil*. 2009; 137 (3):345–50.
5. Lima AC, Dotto LM., Mamede M. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29 (8):1544–54.
6. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*. 2009; 16 (6):1139–48.
7. Abulafia, L.; Ben, S.; Mandiá, A.; Nozar, M.; Banfi, M.; Rubano, L.; Briozzo, L.; Aproximación a la disfunción sexual femenina. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. 2012; 50: 150-158.
8. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo. Uruguay. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. c2014. Consultado el 20 de mayo 2016. Disponible en: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_209_1.html
9. Who.com, Gender and human rights. World Health Organization. Fecha de acceso 26 de Mayo 2016. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
10. Florido Navío J., Pérez Lucas R., Tratado de Ginecología y Obstetricia. 2 vols. 2a ed. Bs. As: Editorial Panamericana, 2013: T1, p266-270.
11. Blümel 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):118–25.
12. Beltran L. Disfunción sexual de la pareja. *Obstetrique. Encycl. Med. Chir. Paris Francia*; 2014: E-166A-10.

13. Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 2010; 153 (2):117–23.
14. Cedrés s., *Cáncer y Sexualidad, Oncosexología “Vida sexual luego del cáncer de próstata”, “Vida sexual luego del cáncer de mama en la mujer”*; Clínica médica oncológica, PLENUS. 2006.
15. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women’s sexual-wellbeing. *Maturitas*; 2011; 70 (1):42–57.
16. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2005; 23 (30):7428–36.
17. Grimm D, Hasenburg A, Eulenburg C, Steinsiek L, Mayer S, Eltrop S, et al. Sexual Activity and Function in Patients With Gynecological Malignancies After Completed Treatment. *Int J Gynecol Cancer*. 2015; 25 (6):1134–41.
18. Likes WM, Stegbauer C, Tillmanns T, Pruett J. Correlates of sexual function following vulvar excision. *GynecolOncol*. 2007; 105 (3):600–3.
19. 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 (7):1146–57.
20. Novoa Noceto M. *Introducción a la sexología*. Sociedad Ginecitológica del Uruguay. Biblioteca Hermógenes Álvarez. Montevideo, Uruguay; 2006
21. Boero G., *El sentido del sexo*, 2 vols., Ediciones de Banda Oriental, Montevideo, Uruguay, 2004.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los que nos han ayudado y colaborado en este proceso.

Secretarias de la Clínica C (Karina y Lisa)

Banfi, Maria Luisa (Ginecólogo especialista en Medicina de la Sexualidad)

Silvera, Jaime (Oncólogo Médico)

Da Rosa, Alejandro (Radioterapia)

Beitlel, Rosa (Enfermería)

Castagno, Andrea (Radioterapia)

Trezief, Verónica (Oncólogo Médico)

ANEXOS

1. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL
CLINICA GINECOTOCOLOGICA "C"
Prof. Dr. Justo G. Alonso



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO

Montevideo, _____ 2016.

"Estimar la prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratados por cáncer ginecológico en el Hospital Pereira Rossell".

Estimar la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes tratadas por cáncer ginecológico (excluyendo patología mamaria) en seguimiento en la Unidad de Ginecología Oncológica en el Hospital Pereira Rossell durante el periodo Julio- Agosto 2016.

Clínica Ginecotológica C Prof. Justo Alonso.

Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Bvar. Artigas 1550 Tel. 2708 7900.

Horario de Atención: Lunes a Sábado 8:00 a 12:00.

Investigadores:

Dr. Laufer Joel.

Dr. Scasso Santiago.

Muchas veces las mujeres que fueron tratadas por cáncer sufren alteraciones sexuales. En Uruguay aún no se sabe cuántas pacientes son y es importante saberlo para poder mejorar la asistencia.

Este proyecto será desarrollado por la Facultad de Medicina, Clínica Ginecotológica C.

Este estudio tiene como objetivo saber la cantidad de mujeres que sufren alteraciones sexuales, se realizará mediante un cuestionario de 19 preguntas acerca de su actividad sexual y relación sexual. Esta encuesta está dirigida a mujeres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Su participación es voluntaria, si usted no quiere participar no se verá afectada su asistencia y puede negarse a participar del mismo. No tiene beneficios directos para usted, el beneficio es colectivo. Tampoco tendrá retribución económica. Tiene derecho a dejar de ser participante cuando usted lo desee.

Usted leerá y contestará las preguntas, no se va a examinar. Será un cuestionario realizado en una oportunidad y le tomará 30 minutos aproximadamente.

Se garantizará la confidencialidad en la divulgación de los datos. Su identidad será preservada y la información será solamente utilizada con el fin de esta investigación. La misma será anónima.

Si quedan dudas con respecto a sus diagnósticos y tratamiento (tipo de radioterapia, dosis, fármacos, etc) necesitaremos acceder a su historia clínica.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL
CLINICA GINECOTOCOLOGICA "C"
Prof. Dr. Justo G. Alonso

Centro Hospitalario
PEREIRA ROSSELL



He leído y/o escuchado la información sobre el proyecto titulado: "Estimar la prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratados por cáncer ginecológico en el Hospital Pereira Rossell". He tenido la posibilidad para hacer preguntas y estoy satisfecha por las respuestas.

Autorizo a que mi historia clínica pueda ser consultada manteniendo la confidencialidad de los datos e información suministrada.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, siendo mi participación voluntaria y que en caso de no participar esto no alterará la atención que recibirá por parte del equipo de salud.

PARTICIPO EN LA UTILIZACIÓN DE DATOS DE ESTE CUESTIONARIO

AUTORIZO EL ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Firma de Investigadores

2. Cuestionario específico: Index Female Sexual Function (IFSF)



"Estimar la prevalencia de disfunción sexual en pacientes tratados por cáncer ginecológico en el Hospital Pereira Rossell".



Cuestionario: IFSF

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?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Muy alto | <input type="checkbox"/> Bajo |
| <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> Muy bajo o nada |
| <input type="checkbox"/> Moderado | |



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, ¿Cuan 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, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

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

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan 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, ¿Cuan 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, ¿Cuan 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

Muchas gracias.

3. Puntajes de IFSF.

Dominio	Preguntas	Puntaje Mínimo	Máximo	Factor	
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

PREGUNTAS	RESULTADOS					
	1	2	3	4	5	6
1	3	2.4	1.8	1.2	0.6	n/t
2	3	2.4	1.8	1.2	0.6	n/t
3	0	1.5	1.2	0.9	0.6	0.3
4	0	1.5	1.2	0.9	0.6	0.3
5	0	1.5	1.2	0.9	0.6	0.3
6	0	1.5	1.2	0.9	0.6	0.3
7	0	1.5	1.2	0.9	0.6	0.3
8	0	0.3	0.6	0.9	1.2	1.5
9	0	1.5	1.2	0.9	0.6	0.3
10	0	0.3	0.6	0.9	1.2	1.5
11	0	2	1.6	1.2	0.8	0.4
12	0	0.4	0.8	1.2	1.6	2
13	0	2	1.6	1.2	0.8	0.4
14	0	2	1.6	1.2	0.8	0.4
15	2	1.6	1.2	0.8	0.4	n/t

16	2	1.6	1.2	0.8	0.4	n/t
17	0	0.4	0.8	1.2	1.6	2
18	0	0.4	0.8	1.2	1.6	2
19	0	0.4	0.8	1.2	1.6	2

> 27 SIN DISFUNCIÓN SEXUAL

≤ 26 DISFUNCIÓN SEXUAL

4. Cuestionario para caracterización de la población.

Complete y marque los siguientes items con sus datos:

Cualquier duda consulte a referente.

1. Edad: ____ años

2. Nivel educativo (marque una sola opción):

Primaria: Incompleta Completa

Secundaria: Incompleta Completa

Estudios terciarios: Incompleto Completo

UTU: Incompleto Completo

3. Estado Civil (marque una sola opción):

Pareja Estable No pareja Viuda

4. Religión:

Creyente No creyente

5. Menopausia:

No Si

6. Paridad:

No Si:

Cantidad de hijos: 1 2 más de 2

7. IMC: _____ kg/m²

• Altura: _____ m

• Peso: _____ kg

8. Antecedentes de enfermedad médica:

Hipertensión Arterial Consumo de alcohol

Diabetes Fuma

9. Antecedentes psiquiátricos:

No Si.

10. Antecedentes quirúrgicos:

Cirugías Abdomino-Pélvicas previas: Si No

11. Diagnóstico:

• **Cáncer :**

- Ovario Endometrio
 Vulva Cuello uterino

12. Tratamiento recibido:

- Radioterapia
 Quimioterapia
 Cirugía.
 Convencional
 Laparoscopia

13. Fecha finalización tratamiento: _____

14. ¿Le habían preguntado hasta hoy sobre su sexualidad?:

- Si
No

Muchas gracias.