

## CARACTERÍSTICAS DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

### SEXUALITY IN BREAST CANCER WOMEN

Sandra García Lumbreras\* y Tomás Blasco\*\*

\* Asociación Contra el Cáncer (AECC) de Barcelona.

\*\* Grup d'Investigació en Estrés i Salut. Unitat de Psicologia Bàsica. Universitat Autònoma de Barcelona.

#### Resumen

**Objetivo:** Conocer las características y problemáticas de la sexualidad en pacientes de cáncer de mama que acuden a un taller sobre sexualidad y evaluar la eficacia de éste.

**Método:** Se evaluaron diferentes características de la sexualidad en un conjunto de 27 mujeres que solicitaron participar en un taller de sexualidad ofrecido por la Asociación Contra el Cáncer (AECC) de Barcelona. Estas características se valoraron antes de iniciar el taller y una vez finalizado el mismo, y se compararon con las de otras 39 pacientes de cáncer de mama que acudían también a la AECC por otros motivos.

**Resultados:** Las pacientes que solicitan participar en el taller de sexualidad son mujeres que finalizaron los tratamientos hace más de cuatro años, y mostraron mayor satisfacción con su sexualidad que las mujeres que no solicitaron participar en el taller. Además, se observó que la asistencia al taller parece facilitar la resolución de problemas como la sequedad vaginal y el dolor, y, a la vez, aumentar el deseo sexual y la calidad de las relaciones.

**Conclusiones:** El interés por mejorar la sexualidad en pacientes de cáncer de mama parece cobrar importancia cuando han transcurrido al menos cuatro años desde la finalización del tratamiento. El taller de sexualidad que se ha aplicado puede ayudar a algunas de estas pacientes a manejar mejor diversos problemas y pequeñas disfunciones que facilitan que la sexualidad pueda tener una mayor calidad y redunde en una mejor calidad de vida.

**Palabras clave:** Sexualidad, cáncer de mama, programa de intervención en grupo.

#### Correspondencia:

Tomás Blasco.  
Unidad de Psicología Básica. Edifici B. Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Barcelona)  
E-mail: tomas.blasco@uab.es

#### Abstract

**Purpose:** The aims of this study were to describe the characteristics of breast cancer patients who followed a group intervention program, and to know whether this program improved some features of their sexuality.

**Method:** Sexual characteristics and problems of a group of 27 breast cancer patients who were engaged in a sexual functioning group intervention program at the Asociación Contra el Cáncer (AECC) de Barcelona were assessed before and after completing this intervention. These data were compared with those obtained in a comparison group of 39 breast cancer patients who were also assisted at the AECC, but who were not engaged in the intervention group.

**Results:** Patients engaged in the group intervention program finished cancer treatments more than four years ago and were more satisfied with their sexual activity than women in the comparison group. Women who followed the intervention program improved sexual desire and sexual intercourses, as well as decreased pain and vaginal dryness.

**Conclusions:** Women who showed greater interest in sexuality were those who finished cancer treatments more than four years ago. Group intervention program provided women with strategies and abilities which helped them to improve sexual desire and the quality of their sexual relationships.

**Key words:** Sexuality, breast cancer patients, intervention group.

#### Agradecimientos:

Agradecemos a Carme Viladrich, de la Unitat de Metodologia de les Ciències del Comportament de la Universitat Autònoma de Barcelona, las sugerencias aportadas a la elaboración de este artículo.

## INTRODUCCIÓN

En España se diagnostican unos 16.000 casos nuevos de cáncer de mama al año, lo que representa el 26,6% de todos los tumores diagnosticados a personas del género femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se detectan entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y 65 años<sup>(1)</sup>. La supervivencia ha mejorado notablemente en la última década y actualmente el 86% de las mujeres con cáncer de mama sobreviven más de 5 años<sup>(2)</sup>.

A diferencia de muchos otros efectos fisiológicos secundarios del tratamiento del cáncer de mama, los problemas sexuales no suelen resolverse por sí solos durante los dos primeros años tras la enfermedad y muchas veces pueden permanecer constantes<sup>(3)</sup>. La sexualidad se convierte en un factor importante de la calidad de vida de las pacientes cuando finalizan los tratamientos y entran en la fase de intervalo libre, pero es un área poco explorada y a la que se presta poca atención terapéutica, lo cual quedaría justificado por la gravedad y relevancia de las fases anteriores que se han superado. No obstante, en la medida en que la incidencia del cáncer de mama está aumentando<sup>(4)</sup>, y aumenta también el número de curaciones y/o tiempo de supervivencia, la atención integral a las pacientes debe pasar por un soporte que ayude a recuperar el máximo de funcionalidad y calidad de vida. Bajo esta perspectiva, la sexualidad se convierte, pues, en un desafío para los profesionales, al tratarse de un tema íntimo, de delicado manejo, pero real y vigente, que requiere de determinadas habilidades de exploración y tratamiento<sup>(5)</sup>.

La psicooncología está sensibilizándose de la necesidad de abordar la sexualidad. Diversos trabajos han ido planteando esta cuestión en distintos ti-

pos de tumores<sup>(3,6,7)</sup>. Además, se han realizado nuevas aportaciones en los dos últimos congresos mundiales de Psicooncología<sup>(8-14)</sup>.

A pesar de que esta situación refleja un interés claro por el tema y, posiblemente, la consolidación de una línea de trabajo, es necesario obtener más conocimientos sobre cómo abordar la sexualidad en pacientes de cáncer. Centrándonos en el cáncer de mama, y a pesar de que los problemas durante los primeros meses de tratamiento oncológico han sido documentados<sup>(15,16)</sup> y parecen afectar a un 60% de las mujeres, según datos recientes<sup>(17)</sup>, se sabe poco sobre las características de la sexualidad cuando los tratamientos han finalizado, ya que hay pocos trabajos sobre el tema<sup>(18)</sup> y se han llevado a cabo fuera de nuestro entorno cultural. Además, tampoco se ha valorado la eficacia de las posibles intervenciones terapéuticas que se puedan llevar a cabo en esta etapa de la enfermedad, si bien hay estudios previos que sugieren que la intervención terapéutica en mujeres recién mastectomizadas facilita una mejoría del estado emocional y de la sexualidad<sup>(19)</sup>. Desde nuestra experiencia clínica en la Asociación Contra el Cáncer (AECC) de Barcelona sabemos que muchas mujeres manifiestan preocupación por el tema y solicitan ayuda para abordar los problemas que sobre este aspecto de sus vidas dicen tener. Sin embargo, no tenemos información sistemática y contrastada sobre el porcentaje de mujeres que manifiestan interés por mejorar su sexualidad y sobre el tipo de problemas y demandas que formulan. Por esta razón, el presente trabajo intenta aportar algunos datos que nos permitan conocer mejor la sexualidad y la eficacia de una intervención terapéutica en pacientes de cáncer de mama de nuestro entorno cultural y que se encuentran en fase de intervalo libre.

El objetivo del trabajo es, pues, conocer algunas características y problemáticas de la sexualidad en pacientes de cáncer de mama que acuden a un taller sobre sexualidad en la AECC y compararlas con las que manifiestan otras mujeres que no acuden a dicho taller. Asimismo, se pretende valorar la eficacia del taller para mejorar los problemas de sexualidad de las mujeres que han participado en el mismo. La investigación es de carácter longitudinal, llevándose a cabo una primera evaluación en el momento de iniciar el taller, y una segunda valoración en la última sesión del mismo, al cabo de un mes. Sin embargo, dado que hay una diferencia importante entre el número de mujeres que realizaron la primera evaluación (un total de 66 casos: 27 que participaron en el taller de sexualidad y 39 que no lo hicieron) y las que cumplieron la segunda (un total de 51 casos: 21 que participaron en el taller de sexualidad, y 30 que no lo hicieron), los datos obtenidos serán presentados en dos estudios separados. En el primero describiremos las características de sexualidad de los 66 casos que completaron la primera evaluación, así como las diferencias entre las mujeres que accedieron al taller y las que no optaron al mismo. En el segundo estudio haremos el mismo análisis con los 51 casos que completaron las dos evaluaciones previstas y analizaremos si el taller ha sido útil para mejorar la sexualidad de las mujeres que lo realizaron.

## MÉTODO

### Estudio 1:

#### *Participantes*

Las participantes de este estudio son mujeres que han sido diagnosticadas y tratadas por un cáncer de mama, que

no reciben actualmente quimioterapia ni radioterapia, y que acuden voluntariamente a la Asociación Contra el Cáncer (AECC) de Barcelona para asistir a talleres, terapias de grupo, o consultas individualizadas. Los posibles tratamientos que puedan estar siguiendo (por ejemplo, hormonoterapia), los pueden llevar a cabo de forma cómoda en su domicilio (ingesta de pastillas) y sólo acuden a los servicios de Oncología para seguir controles periódicos.

Las participantes provienen de dos tipos de servicios que ofrece la AECC. Por un lado (Grupo Intervención), las que se inscriben en un taller de sexualidad a realizar en grupo. Por otro lado (Grupo No-Intervención), las que realizan algún otro tipo de taller o de terapia (tanto individual como en grupo) no relacionado con la sexualidad. En todos los casos, las mujeres han dado su consentimiento para participar en una investigación sobre sexualidad en cáncer de mama y responder los cuestionarios preparados para realizar la evaluación. Las características de estos dos grupos de mujeres se presentan y comentan en el apartado de Resultados.

#### *Instrumentos*

Se elaboró un conjunto de preguntas para obtener la información requerida, acorde con los objetivos propuestos, a través de evaluaciones individuales de 10 minutos de duración, aproximadamente.

Para la elaboración de las preguntas sobre sexualidad se realizó una revisión de los cuestionarios de sexualidad validados al castellano seleccionando los siguientes: el Cuestionario de la Actividad Sexual de Fallowfield (FSFA)<sup>(20)</sup>, el Cuestionario de Calidad de vida para Mujeres con Cáncer de mama (QLQ-BR23)<sup>(21)</sup>, el Índice de Función Sexual Femenina

(FSFI)<sup>(22)</sup> y el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)<sup>(23)</sup>.

A partir de ahí se eligieron las preguntas que se consideró que eran más interesantes y oportunas para el estudio, extrayéndolas básicamente de los cuestionarios QLQ-BR23 y FSFA y clasificándolas en tres dimensiones: "satisfacción", "deseo" y "problemas actuales". Para llevar a cabo esta selección final se pidió la opinión a tres mujeres psicólogas profesionales. Los principales motivos para descartar otros ítems de los cuestionarios se basaron en que algunos ítems valoraban disfunción sexual (no siendo el caso que nos ocupa), y otros eran demasiado intrusivos para la mujer o no adecuados para el contexto en el que se desarrollaba el taller.

El conjunto final estaba compuesto por 11 ítems (ver anexo) cuyas características son las siguientes:

- a) Una pregunta abierta al inicio del taller sobre los temas que le gustaría tratar durante el mismo (ítem 1). Dicha pregunta solo se incluye en la primera evaluación del Grupo Intervención.
- b) Una pregunta sobre las expectativas del taller con opciones de respuesta tipo Likert (ítem 2) (no se administra al Grupo No-Intervención).
- c) Una pregunta sobre la valoración general de la sexualidad (ítem 3).
- d) Ocho preguntas sobre aspectos de la sexualidad tomando como período de evaluación el último mes (para valorar el deseo sexual, cansancio para tener relaciones sexuales, sequedad vaginal, dolor o incomodidad durante la penetración, intensidad del dolor durante la penetración, disfrute de las relaciones, frecuencia y cali-

dad de las relaciones sexuales) con opciones de respuesta tipo Likert (ítems 4 a 11).

### *Procedimiento*

El taller y sus contenidos, así como las preguntas utilizadas en la investigación, se refieren a relaciones heterosexuales.

Respecto al Grupo Intervención, los talleres se realizaron en diferentes localidades de la provincia de Barcelona en mayo y junio del 2005 y entre enero y julio del 2006. Cada taller constaba de 3 sesiones, quincenales, de dos horas de duración cada sesión (un total de 6 horas), dirigidas por una psicooncóloga con formación en sexología. La profesional que realizó los talleres de sexualidad fue siempre la misma. El contenido de las diferentes sesiones abarca diversos aspectos: definición de qué es sexualidad, fases de la respuesta sexual, sexualidad después de un cáncer de mama, disfunciones sexuales más comunes en el cáncer de mama, factores que afectan a la función sexual, explicación de los tratamientos de las disfunciones sexuales, importancia del papel de la pareja, guiones sexuales, presentación de un estudio realizado en España, repertorio sexual, fantasías sexuales y material erótico. Al finalizar cada sesión se entregaban a las mujeres diferentes materiales escritos sobre el tema que se había abordado en la sesión: lubricantes vaginales, importancia de la sexualidad, masturbación, masaje erótico, etc. Hemos de aclarar que aunque el taller estaba protocolizado, el planteamiento era flexible e intentaba adaptarse al nivel, ritmo y demanda de las mujeres de cada grupo.

El Grupo No-Intervención está formado por mujeres que han acudido a la AECC pero no han participado en el taller de sexualidad. Estas mujeres par-

participaron, entre febrero y diciembre del 2006, en diferentes localidades de la provincia de Barcelona, en talleres de otras temáticas (relajación y autoestima), o bien en terapias (de grupo, para mejorar la calidad de vida, o individuales, para orientación o apoyo psicológico por la enfermedad oncológica).

## Resultados

Respecto a los temas que les gustaría tratar a las mujeres que participan en los talleres (ítem 1 de la evaluación 1) hay 22 mujeres que responden. Teniendo en cuenta que algunas mujeres mencionan más de un tema, los que señalan son: 27,3% comunicación con la pareja, 27,3% deseo sexual, 22,7% menopausia, 13,6% sequedad vaginal, 9,1% dolor durante la penetración, 4,5% cambios físicos, 4,5% sexo después de los 60 años y 4,5% quimioterapia y sexualidad.

Los grupos del estudio no muestran diferencias en los aspectos evaluados excepto en el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento (ver Tabla 1). En el Grupo Intervención (27 casos), la media es de 4,96 años y de un total de 36 casos del grupo no-intervención (en 3 casos no conocemos el año del diagnóstico) la media es de 1,86 años, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < .01$ ). Esta circunstancia hace que los grupos no sean equiparables, lo cual será comentado en la discusión.

En lo que refiere a los diversos aspectos de la sexualidad evaluados con el cuestionario diseñado al efecto en la primera evaluación, los resultados se indican en la Tabla 2. En la misma, se han agrupado los valores que recogían valoraciones negativas (como "nada/un poco", "peor/un poco peor/igual" u otras) o ausencia de mejoría ("igual/un poco menos/mucho menos" u otras).

Estos resultados reflejan diferencias estadísticamente significativas en la variable "Satisfacción con la sexualidad", ya que una mayor proporción de mujeres del Grupo No-Intervención están menos satisfechas con su sexualidad al inicio del estudio ( $\chi^2_{(1, N=66)} = 6,06, p < .01$ ) que las mujeres del Grupo Intervención.

## Estudio 2

### Participantes

Las participantes en este estudio constituyen un subgrupo de las participantes del Estudio 1, concretamente las que realizaron las dos evaluaciones previstas en el diseño de la investigación y que se describen en el apartado de Procedimiento. Las características de estas pacientes se indican y comentan en el apartado de resultados.

### Instrumentos y Procedimiento

Idénticos a los indicados en el Estudio 1 utilizando el mismo cuestionario descrito en el Anexo. Se añade una segunda evaluación un mes después (coincidiendo con la finalización del taller en el Grupo Intervención).

### Resultados

De forma similar al Estudio 1, hemos analizado las diferencias entre el Grupo Intervención y el Grupo No-Intervención en las variables relativas a la enfermedad oncológica, encontrando que los grupos del estudio no son totalmente equivalentes (ver Tabla 3). Por un lado, y al igual que en el Estudio 1, las mujeres del Grupo Intervención hace más tiempo que finalizaron el tratamiento (5,24 años de promedio) que las del Grupo No-Intervención (1,75 años de prome-

Tabla 1. **Características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad oncológica de las mujeres que participan en el estudio 1.**

Características	Grupo Intervención (N=27) Media (DE)		Grupo No- Intervención (N=39) Media (DE)	
Edad	51,6(6,77)		48,1(8,41)	
Edad diagnóstico	45,7(6,79)		44,9(8,06)	
Años tras terminar el tratamiento	4,96(5,31)		1,86(2,97)*	
Características	Grupo Intervención (N=27)		Grupo No- Intervención (N=39)	
	N	%	N	%
Tipo Intervención				
Mastectomía	10	38,5	15	38,5
Tumorectomía	12	46,2	20	51,3
Desconocida	5	15,3	4	10,2
Tipo Tratamiento**				
Quimioterapia	23	85,2	33	89,2
Radioterapia	18	66,7	22	59,5
Tto. Hormonal	17	63	17	45,9
Estado civil				
Con pareja	26	96,3	33	84,6
Sin pareja	1	3,7	6	15,4
Número de hijos conviviendo en casa				
0	8	29,6	15	39,5
1	9	33,3	9	23,7
2	9	33,3	12	31,6
3	1	3,7	2	5,3
4	0	0	1	2,6

\*En el Grupo No-Intervención la media se calcula sobre 36 casos (en 3 se desconoce el año de diagnóstico).

\*\* Las pacientes pueden haber recibido varios tratamientos simultánea o sucesivamente.

DE= Desviación estándar / N= Número de pacientes

dio), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < .01$ ).

Por otro lado, y aunque las diferencias no alcanzan la significación estadística, hay mayor proporción de mujeres en el Grupo Intervención que están

tomando tratamiento hormonal, lo que puede repercutir en la permanencia de algunos efectos secundarios (sofocos, alteración del deseo sexual, alteración de la lubricación vaginal,...) y, por lo tanto, en la sexualidad.

Tabla 2. **Resultados de las variables de sexualidad al inicio del estudio 1.**

	Grupo de Intervención (N=27)	Grupo de NO Intervención (N=39)
<b>Satisfacción con la sexualidad</b> Nada / un poco	12 (44,4%)	29 (74,4%)
<b>Deseo</b> Mucho menos / un poco menos / igual	23 (85,2%)	34 (87,2%)
<b>Cansancio</b> Nada / un poco	17 (65,4%)	25 (64,1%)
<b>Sequedad vaginal</b> Ninguna / pocas ocasiones	7 (25,9%)	17 (43,6%)
<b>Dolor</b> Muchas / bastantes ocasiones	12 (44,4%)	19 (48,7%)
<b>Intensidad de dolor</b> Mucha / bastante	9 (34,6%)	17 (43,6%)
<b>Disfrutar con las relaciones</b> Nada / un poco	10 (37%)	23 (59%)
<b>Frecuencia de relaciones</b> Menos / un poco menos / igual	21 (77,8%)	29 (76,3%)
<b>Calidad de las relaciones</b> Peor / un poco peor / igual	21 (77,8%)	29 (76,3%)

Por último, las mujeres del Grupo Intervención tienen 52,9 años de media, frente a los 48,9 años de media de las mujeres del Grupo No-Intervención. Aunque las diferencias no alcanzan la significación estadística, podemos considerar que las mujeres del Grupo No-Intervención son algo más jóvenes que las mujeres del Grupo Intervención, lo cual puede ir ligado al hecho de haber transcurrido también más tiempo desde la finalización del tratamiento en este grupo de mujeres.

Para evaluar la eficacia del taller se han realizado dos análisis. En primer lugar, se presenta (Tabla 4) el número y porcentaje de mujeres que, en cada grupo, y en cada uno de los ítems de sexualidad, cambian su valoración entre

la primera y la segunda evaluación. Puede observarse que no todas las mujeres cambian y que estos cambios oscilan entre un mínimo de un 17% de casos (en el caso del dolor en las mujeres del Grupo No-Intervención) y un máximo de un 64% (en el caso de la sequedad vaginal en el Grupo Intervención). Además, hay algunas diferencias entre los grupos, que alcanzan la significación estadística. Concretamente, en el Grupo Intervención, la proporción de mujeres que cambian su valoración sobre la sequedad vaginal y sobre el dolor durante la penetración, es mayor que en el Grupo No-Intervención. Esta situación se invierte en la proporción de mujeres que cambian su valoración sobre la frecuencia y la calidad de las relaciones sexua-

Tabla 3. **Características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad oncológica de las mujeres que responden a las 2 evaluaciones del estudio 2.**

Características	Grupo Intervención (N=21) Media (DE)		Grupo No-Intervención (N=30) Media (DE)	
Edad	52,9(6,56)		48,9(8,56)	
Edad diagnóstico	46,8(6,77)		45,7(8,34)	
Años tras terminar el tratamiento	5,24(5,82)		1,75(2,65)	
Características	Grupo Intervención (N=21)		Grupo No-Intervención (N=30)	
	N	%	N	%
Tipo Intervención				
Mastectomía	9	42,9	10	33,3
Tumorectomía	7	33,3	17	56,7
Desconocido	5	23,8	3	10
Tipo Tratamiento**				
Quimioterapia	17	81	18	64,3
Radioterapia	15	71,4	26	92,9
Tto. Hormonal	13	61,9	11	39,3
Estado civil				
Con pareja	21	100	26	86,7
Sin pareja	0	0	4	13,3
Número de hijos conviviendo en casa				
0	7	33,3	13	44,9
1	9	42,9	5	17,2
2	4	19	10	34,5
3	1	4,8	0	0
4	0	0	1	3,4

\*\* Las mujeres pueden haber recibido varios tratamientos simultánea o sucesiva

les, ya que en este caso esa proporción es mayor en el Grupo No-Intervención.

A partir de los casos que han modificado su valoración en los ítems de sexualidad se lleva a cabo el segundo análisis, en el que se evalúa si esos cambios indicaban, o no, una mejoría en los

diversos aspectos de la sexualidad. En la Tabla 5 se indica el número y porcentaje de pacientes de cada grupo que manifestaron una mejoría entre la primera evaluación y la segunda, respecto al total de casos que cambian en cada grupo. Por mejoría se entiende tanto un incre-



Tabla 4. **Número de casos en cada grupo del Estudio 2 que han cambiado su valoración en la segunda evaluación respecto a la primera.**

	<b>Grupo Intervención (N=21)</b>	<b>Grupo No-Intervención (N=30)</b>
<b>SATISFACCIÓN</b> sexual	7 (33,3%)	11 (36,6%)
<b>DESEO</b> sexual	8 (38,0%)	16 (53,3%)
<b>CANSANCIO</b>	12 (57,1%)	18 (60,0%)
<b>SEQUEDAD VAGINAL</b> durante la penetración	11 (64,7%)(#)	10 (34,4%)(#)
<b>DOLOR</b> durante la penetración	8 (47,0%)(#)	5 (17,2%)(#)
<b>INTENSIDAD</b> de dolor	6 (35,2%)(#)	13 (44,8%)(#)
<b>DISFRUTE</b> de las relaciones	5 (29,4%)(#)	11 (37,9%)(#)
<b>FRECUENCIA</b> sexual	6 (35,2%)(#)	17 (58,6%)(#)
<b>CALIDAD</b> de las relaciones	6 (35,2%)(#)	17 (58,6%)(#)

(#) Cuatro de las mujeres del Grupo Intervención y una del Grupo No-Intervención no contestaron a estos ítems en la segunda evaluación.

Tabla 5. **Número de mujeres que mejoraron su valoración de la sexualidad en la segunda evaluación del Estudio 2.**

	<b>Grupo Intervención (N=21)</b>	<b>Grupo No-Intervención (N=30)</b>
Mejoran la <b>SATISFACCIÓN</b>	5 (71,4%)	8 (72,7%)
Mejoran el <b>DESEO</b>	8 (100%)	8 (50%)
Disminuyen el <b>CANSANCIO</b>	7 (58,3%)	9 (50%)
Disminuye la <b>SEQUEDAD VAGINAL</b>	8 (72,7%)	3 (30%)
Disminuye el <b>DOLOR</b>	7 (87,5%)	1 (20%)
Disminuye la <b>INTENSIDAD DE DOLOR</b>	4 (66,7%)	7 (53,8%)
Mejoran el <b>DISFRUTE</b>	2 (40%)	6 (54,5%)
Mejoran la <b>FRECUENCIA</b> sexual	5 (83,3%)	8 (47,1%)
Mejoran la <b>CALIDAD</b> de las relaciones	6 (100%)	5 (29,4%)

mento en la valoración de los aspectos positivos (Satisfacción, Deseo, Disfrute, Frecuencia de las relaciones, y Calidad de las relaciones) como un decremento en la valoración de los aspectos negativos (Cansancio, Sequedad vaginal, Dolor, e Intensidad de dolor).

Los resultados indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la mejora del deseo sexual ( $\chi^2_{(1,N=24)}=6,00$ ,  $p<.01$ ) ya que todas las mujeres del Grupo Intervención que cambian entre la primera y segunda evaluación (un 38% según la Tabla 4) lo hacen para mejorar. También hay diferencias estadísticamente significativas, a favor del Grupo Intervención en la mejoría del dolor durante la penetración ( $\chi^2_{(1,N=13)}=5,92$ ,  $p<.01$ ), por lo que podría afirmarse que el taller parece facilitar una solución a ese problema. Cabe añadir que hay también una diferencia prácticamente significativa a favor del Grupo Intervención en la mejoría de la sequedad vaginal ( $\chi^2_{(1,N=21)}=3,83$ ,  $p=.05$ ), lo cual puede relacionarse directamente con los resultados observados en la mejoría del dolor, ya que ésta puede venir determinada en gran medida por la presencia de sequedad vaginal. Finalmente, también hay diferencias estadísticamente significativas a favor del Grupo Intervención en la mejoría de la calidad de las relaciones ( $\chi^2_{(1,N=23)}=8,85$ ,  $p<.01$ ), pues todas las mujeres de este grupo que cambian (un 35 % del total según la tabla 4) indican que dicha calidad se ha incrementado respecto a la primera evaluación.

## DISCUSIÓN

Una primera aportación del presente trabajo es que proporciona datos que permiten conocer algunas características de la sexualidad en mujeres que han padecido un cáncer de mama. Si compa-

ramos nuestros resultados con los del estudio de la Federación Española de Sociedades de Sexología<sup>(24)</sup> que indica que el 86% de las 1.202 personas encuestadas afirman estar muy o bastante satisfechas con su actividad sexual durante el último año, vemos que esta cifra es similar al 88% que hemos observado en las mujeres del Grupo Intervención en el Estudio 1. Podemos considerar, pues, que las mujeres que solicitan el taller de sexualidad, tienen, en este aspecto, un perfil similar al de la población del que proviene el trabajo antes citado.

Este resultado contrasta con los del estudio de Broeckel, et al<sup>(18)</sup> que, al comparar a mujeres que hacía siete años que habían finalizado el tratamiento del cáncer de mama (recordemos que, en nuestro grupo, este período era de aproximadamente cinco años) con mujeres de similares características pero que no habían padecido cáncer, observó que las mujeres con cáncer de mama valoraban su funcionamiento sexual como significativamente peor. Los aspectos más relevantes eran la falta de deseo sexual (35% pacientes versus 13% mujeres sanas), la incapacidad para relajarse y disfrutar del sexo (22% versus 8%), dificultades con la excitación (28% versus 10%) y dificultad en conseguir el orgasmo (22% versus 7%). Además, el estudio reveló también que las supervivientes de cáncer de mama presentaban más fatiga, depresión, sofocos y sequedad vaginal que las mujeres sanas. La discrepancia entre el estudio de Broeckel y colaboradores, y el nuestro, puede entenderse en base al aspecto de la sexualidad que ha sido evaluado. Si valoramos la sexualidad con un ítem muy general (satisfacción) es posible entender que las mujeres de nuestro estudio no difieran de la población general. Sin embargo, esto no es incompatible con manifestar la

existencia de problemas, alteraciones y disfunciones que no se dan en mujeres que no han sufrido cáncer. Por lo tanto, es posible que, aunque, globalmente, la mujer superviviente de cáncer de mama pueda encontrarse satisfecha con su sexualidad, sea consciente de la existencia de dificultades que desearía corregir (como la falta de deseo y de comunicación con la pareja que indican las pacientes de nuestro estudio) y para lo cual recurriría a recursos como la asistencia a un taller.

Nuestro trabajo proporciona también una aproximación al perfil de sexualidad de pacientes de cáncer de mama en diferentes momentos del período post-tratamiento. El Estudio 1 muestra que hay diferencias en la satisfacción con la sexualidad, ya que las mujeres del Grupo No-Intervención están menos satisfechas con su sexualidad al inicio del estudio que las mujeres del Grupo Intervención. La explicación de esta diferencia podría deberse a que en las mujeres del Grupo No-Intervención ha transcurrido menos tiempo desde el diagnóstico oncológico (recordemos que en promedio, habían transcurrido menos de dos años, mientras que en el grupo de mujeres que asistió al taller este período era de casi cinco años). Cabe suponer entonces que, durante los dos primeros años tras el diagnóstico, la sexualidad se vea afectada por los tratamientos oncológicos y que, por otra parte, las mujeres tengan menor interés por su sexualidad, y sus preocupaciones se dirijan a otros aspectos psicosociales como la familia o la recuperación de las capacidades funcionales. Así pues, parece que el perfil de 'usuario del taller' es el de mujeres que tuvieron el diagnóstico hace más de dos años y que, por ello, probablemente han ido estabilizando otros aspectos de su vida y se plantean ahora normalizar también la sexualidad.

Una segunda aportación de nuestro trabajo es la de mostrar que el taller puede ser una estrategia eficaz para mejorar problemas sexuales en algunas mujeres que acuden al mismo, ya que hay más casos en el Grupo Intervención que muestran mejoría en la sequedad vaginal, en el dolor durante la penetración, en el deseo sexual y en la calidad de las relaciones sexuales. Sin embargo, no podemos afirmar con total seguridad que estas diferencias se deban al taller, ya que, como hemos señalado, los grupos del estudio no son totalmente equivalentes. Además, en una tercera evaluación que se realizó al cabo de un mes de la segunda mediante un contacto telefónico, y cuyos resultados han sido descritos en otro trabajo<sup>(25)</sup>, se observó que no había diferencias entre los grupos del estudio en el nivel de deseo sexual. Por tanto, aun cuando no podemos asegurar que el taller, a medio plazo, es más eficaz que el simple paso del tiempo, sí cabe suponer que la asistencia al mismo puede haber ayudado a algunas mujeres a manejar mejor diversos aspectos de su sexualidad.

Al margen de estas consideraciones a la hora de valorar la significación de los resultados obtenidos, deben comentarse también otras limitaciones que ha tenido este estudio y que se deben, en parte, a la dificultad derivada de la propia complejidad de la sexualidad en sus distintos aspectos (fisiológico, emotivo, cultural, etc.).

Así, una primera limitación viene de la elevada tasa de abandono de las participantes en el estudio. Como indicábamos anteriormente, 15 (22,7%) de las 66 mujeres no han contestado la segunda evaluación del estudio. Consideramos que hay diversas razones que pueden explicar esta situación. En primer lugar, nuestras evaluaciones se realizan fuera del ámbito hospitalario, y podría ocurrir

que la realización de las mismas fuera incompatible con otras actividades que debe realizar la persona (acudir a una visita médica, no encontrarse demasiado bien para desplazarse, surgir algún imprevisto relacionado con la familia, el trabajo, etc.). En segundo lugar, las mujeres del Grupo No-Intervención, al hallarse en un momento más próximo al diagnóstico, presentan una sintomatología más intensa, y en determinados momentos pueden dar más prioridad al tratamiento de estos síntomas que a la asistencia a la visita psicológica o al taller en el que están inscritas. La presencia de todos estos factores podría haber constituido una barrera para poder asistir con regularidad a las sesiones previstas.

La segunda limitación es el grado de comparabilidad entre el Grupo Intervención y el Grupo No-Intervención debida al diferente tiempo transcurrido desde el diagnóstico, lo que puede repercutir en el estado físico (efectos secundarios) y psicológico (prioridades diferentes) de las mujeres, siendo las del Grupo No-Intervención más susceptibles de presentar sintomatología física y psicológica. También, un número significativamente más elevado de mujeres del Grupo Intervención están tomando o han tomado tratamiento hormonal, lo que puede repercutir en la provocación de la menopausia prematura con todos los efectos secundarios que ya hemos descrito, y algunos de los cuales influyen directamente sobre las relaciones sexuales.

Un tercer aspecto que puede permitir entender parte de los resultados obtenidos es que términos como calidad, satisfacción o disfrute pueden entenderse a partir de diferentes criterios y, en consecuencia, dificultar la comparación de los datos obtenidos, lo que se justificaría, una vez más, por la complejidad del fenómeno estudiado. Por otra

parte, para un mejor conocimiento de la sexualidad en estas mujeres debe realizarse una detección de los problemas que vienen provocados directamente por la enfermedad oncológica y los tratamientos, y separarlos de aquellos otros que dependen de la edad (problemas de salud, aumento de peso, menopausia, etc.), de los años de relación de pareja (con la monotonía que en ocasiones se puede dar), o de la aparición de problemas familiares, laborales o económicos que podrían dar lugar a la aparición de problemas emocionales susceptibles de alterar la sexualidad.

A partir de ahí, diseñar intervenciones eficaces es una tarea que tiene por delante un amplio campo de acción. En este sentido, merece comentarse un aspecto de nuestro trabajo que nos puede permitir entender un poco mejor la aparentemente escasa eficacia obtenida con el taller. Así, hemos de tener en cuenta que la intervención de sexualidad se ha realizado siempre en grupo y quizás algunos aspectos hubiera sido mejor abordarlos de forma individual. Quizá la intervención ideal debe combinar ambos tipos de estrategia.

Finalmente, algunas recomendaciones que podemos plantear de cara a futuras investigaciones son las siguientes: En primer lugar, debería intentar obtenerse una muestra con mayor número de casos, teniendo en cuenta el alto número de abandonos que se dan en este tipo de estudios. En segundo lugar, sería recomendable homogeneizar la muestra (edad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y finalización de los tratamientos oncológicos, etc.); en tercer lugar, establecer un taller psicoeducativo de sexualidad de más sesiones y mayor tiempo entre ellas para permitir que la mujer vaya incorporando las estrategias aprendidas, pueda ir experimentando los cambios correspondientes y pueda

ir planteando todas las dudas que le vayan surgiendo (por ejemplo un taller de 2 horas cada mes durante 6 meses).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Española contra el Cáncer (AECC). El cáncer de mama en cifras. [acceso 30 de agosto del 2005]. Disponible en: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Cánceres+por+localizaciones>
2. American Cancer Society: Cancer Facts & Figures 2002. American Cancer Society: Atlanta, GA: 9-17.
3. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol*. 1998; 16(2):501-14.
4. National Cancer Control Programme. Breast Cancer. Basic Facts and Need for Action. Swiss Federal Office of Public Health. Swiss Cancer League 1996.
5. Grau JA, Llantá M, Chacón M, Fleites G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cub Oncol*. 1999; 15(1):49-65.
6. Fossa SD, Woehre H, Kurth KH, Hetherington J, Bakke H, Rustad DA, et al. Influence of urological morbidity on quality of life in patients with prostate cancer. *Eur Urol*. 1997; 31(3):3-8.
7. Olivares E, Hernández V. Sexualidad en la patología neoplásica ovárica. *Psicooncología*. 2003; 0(3):57-73.
8. Dinkevich I, Fyodorov A. We have no sex [abstract]. Presentado en la sesión de Posters del 8th World Congress of Psycho-Oncology, Venecia, Octubre 2006.
9. Estapé T, Estapé J, Grau JJ. Changes in sexual function along the first year after breast cancer diagnosis. Presentado en la sesión de Posters del 8th World Congress of Psycho-Oncology, Venecia, Octubre 2006.
10. Pramod DS, Salgokar RN, Nirmalkumar V, Vaishali PS. Sexuality assessment in patients with oncopathology: 'Need to break psychological barriers'. Presentado en la sesión de Posters del 8th World Congress of Psycho-Oncology, Venecia, Octubre 2006.
11. Costa A, Grangeia R. Sexuality and cancer. Presentado en la sesión de Posters del 8th World Congress of Psycho-Oncology, Venecia, Octubre 2006.
12. Bloom J, Maunsell E, Stewart S, Wenzel L, Aziz N. Psychological, social and employment impacts on breast and cervical cancer survivors. Presentado en el 9th World Congress of Psycho-Oncology, Londres, Septiembre 2007.
13. Hordern A, Hoey L, Jefford M, Hegarty S, Akkerman D. Improving communication around sexuality: the impact of a training program for allied health professionals working in an oncology setting: initial results. Presentado en el 9th World Congress of Psycho-Oncology, Londres, Septiembre 2007.
14. Flynn KE, Tzeng J, Jeffery DD, Reeve BB, Weinfurt KP. Conceptualizations of sexual functioning and intimacy among cancer sufferers and survivors. Presentado en el 9th World Congress of Psycho-Oncology, Londres, Septiembre 2007.
15. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks P, Bloom R. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15:579-94.
16. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J* 2008; 14(2): 176-81.
17. Beckjard E, Campas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed of breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2007; 25(2):19-36.
18. Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2002; 75:241-48.

19. Kalaitzi C, Papadopoulos V, Michas K, Vlasis K, Skandalakis P, Filippou D. Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: effects on sexuality, body image and psychological well-being. *J Surg Oncol* 2007; 96:235-40.
20. Thirlaway KJ, Fallowfield L, Cuzick J. The sexual activity questionnaire: A measure of women's sexual functioning. *Qual Life Res* 1996; 5:81-90.
21. Arraras JI, Tejedor M, Illarramendi JJ, Pruja, E, Marcos M, Arias F, et al. El Cuestionario de calidad de vida para cáncer de mama de la EORTC, QLQ-BR23. Estudio psicométrico con una muestra española. *Psicol Conduct.* 2001; 9(1):81-7.
22. Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marit Ther* 2002; 28:155-64.
23. Sánchez F, Pérez M, Borràs JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero, A. Diseño y validación del Cuestionario de Función sexual de la mujer (FSM). *Aten Primaria* 2004; 34(6):286-92.
24. Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS). Estudio sobre las actitudes y hábitos sexuales en España. [acceso 21 noviembre 2006]. Disponible en: <http://www.fess.org.es/pdf/16.pdf>
25. García Lumbreras, S. Factores que modulan la eficacia de un taller de sexualidad en mujeres con cáncer de mama [Trabajo de Investigación no Publicado]. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona; 2007.

**ANEXO****EVALUACIÓN 1 (TALLER)**

1. Por favor, anota los temas que te gustaría comentar durante el taller:

—

—

—

2. ¿En qué medida crees que el taller te ayudará a mejorar tus relaciones sexuales?

Mucho

Bastante

Un poco

Nada

3. ¿Te sientes satisfecha con tu sexualidad?

Mucho

Bastante

Un poco

Nada

**Durante el mes pasado:**

4. ¿Cómo ha sido tu deseo sexual en comparación con lo que es normal para ti?

Mucho más

Un poco más

Igual

Un poco menos

Mucho menos

5. En general, ¿estabas cansada para tener relaciones sexuales?

Muy cansada

Bastante cansada

Un poco cansada

Nada cansada

**Contesta a estas preguntas solo si tuviste actividad sexual (siempre haciendo referencia al mes pasado):**

6. Durante las relaciones sexuales, ¿en cuantas ocasiones tuviste sequedad vaginal?

- Muchas
- Bastante
- Pocas
- Ninguna

7. ¿En cuántas ocasiones has tenido dolor o incomodidad durante la penetración?

- Muchas
- Bastantes
- Pocas
- Ninguna

8. ¿Qué intensidad ha tenido el dolor durante la penetración?

- Mucha
- Bastante
- Poca
- Ninguna

9. ¿Has disfrutado de tus relaciones sexuales?

- Mucho
- Bastante
- Un poco
- Nada

10. ¿Cuál fue la frecuencia sexual en comparación con lo que es normal para ti?

- Mucho más
- Un poco más
- Igual
- Un poco menos
- Menos

11. ¿Cómo fue la calidad en tus relaciones sexuales en comparación con lo que es normal para ti?

- Mucho mejor
- Un poco mejor
- Igual
- Un poco peor
- Mucho peor