

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología
con Mención en Psicología Clínica que presenta:

CAROLINA ANTUANETT DEL CARMEN GRANADOS PAZOS

ASESORA

ANDREA MÓNICA CHÁVEZ CORNEJO

LIMA, 2021

Agradecimientos

A mi familia, principalmente a mis padres, mi prima Sandra y mi tía Luz quienes han sido mi mayor fuente de apoyo e inspiración en todo momento. Asimismo, para mi pequeña Leia que me acompañaba durante todo el proceso de la investigación dándome mucho amor y cariño.

A mis supervisores y amigos del internado, quienes me brindaron ánimo y ayuda constante en la presentación del estudio al Comité de Ética, en brindarme consejos para la redacción de la tesis y en la aplicación de las pruebas.

A mi asesora Andrea Chávez, por la paciencia, enseñanzas y tiempo dedicado.

Y, un infinito agradecimiento a las 106 pacientes que accedieron a participar en la investigación, esto es por y para ustedes. Gracias a todas por compartir sus experiencias, confiar en mí y contribuir a generar conocimiento sobre la sexualidad en la población oncológica, tema poco discutido por diversos factores.



Resumen

El objetivo principal del estudio fue conocer la relación entre la Calidad de Vida y el Funcionamiento sexual, en una muestra de 106 pacientes histerectomizadas por cáncer de cuello uterino, cuyas edades oscilan entre los 26 a 65 años ($M= 47.55$; $DE= 9.69$) que recibían atención ambulatoria en una institución oncológica de Lima Metropolitana. Para ello se utilizó el Cuestionario de Calidad de vida (QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993) junto con su módulo específico para Cáncer de cuello Uterino (QLQ-CX24) (Greimel et al., 2006) y el Índice de Funcionamiento Sexual Femenino (IFSF) (Blümel et al., 2004). Se reportó que hay una correlación significativa entre algunas dimensiones de la calidad de vida del QLQ-C30 (funcionamiento emocional, la fatiga y el dolor) y el funcionamiento sexual. Con respecto al QLQ-CX24, algunas dimensiones del IFSF correlacionaron directamente con el disfrute, actividad y funcionamiento sexual, e inversamente con la experiencia de síntomas, síntomas de menopausia y la preocupación sexual. Por otro lado, no se encontró diferencias del funcionamiento sexual entre las pacientes que sí recibieron y que no recibieron información. Las pacientes jóvenes tenían un mayor funcionamiento sexual general ($d=.58$; $p=0.02$) y excitación ($d=.73$; $p= 0.01$) que las mayores de 45 años; y estas, presentaron mayor deseo ($d=.74$; $p=0.00$) y orgasmo ($d=.58$; $p= 0.02$). Además, se encontró diferencias según ciertas variables sociodemográficas. Por último, se discuten estos hallazgos, así como las limitaciones y se brindan sugerencias para futuras investigaciones.

Palabras clave: Calidad de vida, funcionamiento sexual, cáncer de cuello uterino, histerectomía.

Abstract

The purpose of this study was to describe the association found between the Quality of Life and Sexual Functioning in a sample of 106 patients who had undergone this type of surgery (hysterectomy) because of having cervical cancer, whose ages range between 26 and 65 years old ($M=47.55$; $DE= 9.69$) and who also received ambulatory care in an institution specialized in cancer in Lima Metropolitana. For this end, were used Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993) together with its specific module for cervical cancer (EORTC QLQ-CX24) (Greimel et al., 2006), and the Female Sexual Function Index (FSFI) (Blümel et al., 2004). It's reported that there is a significant correlation between some dimensions of QLQ-C30 quality of life (emotional functioning, fatigue and pain) and sexual functioning. With respect to the QLQ-CX24, some dimensions of the FSFI directly correlated with enjoyment, activity and sexual functioning, and inversely with the experience of symptoms, menopausal symptoms and sexual preoccupation. On the other hand, there were no differences in sexual functioning between the patients who did receive and who did not receive information. Young patients had greater general sexual functioning ($d=.58, p=0.02$) and excitation ($d=.73; p=0.01$) than those older than 45 years; and these, presented greater desire ($d =.74, p= 0.00$) and orgasm ($d=.58, p=0.02$). In addition, differences were found according to certain sociodemographic variables. Finally, these findings are discussed, as well as limitations and suggestions are offered for future research.

Keywords: Quality of Life, Sexual Functioning, cervical cancer, hysterectomy.

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	15
Análisis de datos	15
Resultados	17
Discusión	23
Referencias	31
Apéndices	45
Apéndice A Consentimiento informado	46
Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos	47
Apéndice C: Características sociodemográficas	49
Apéndice D: Confiabilidad por consistencia interna	51
Apéndice E: Comparaciones según tipo de información recibida	54

Introducción

Un fenómeno importante que ha generado gran impacto en la salud pública a nivel global, es el cáncer. De acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer (2015) esta enfermedad se define, desde un enfoque biológico, como la proliferación de células anormales que se da de manera descontrolada y rápida y, que tiene la posibilidad de expandirse hacia otros tejidos, afectando a distintos órganos. En algunos casos se da mediante la generación de un tumor y si este llegara a crecer, las células se propagarán a diferentes partes del organismo produciendo nuevos tumores.

En la actualidad, el cáncer es considerada como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, estimándose en el 2015, 8.8 millones de fallecidos a causa de ello (Organización Mundial de la Salud, 2018). Asimismo, se presentó en el 2012, 14 millones de casos nuevos de pacientes y se predijo que luego de 20 años la cifra puede incrementar un 70% (OMS, 2015). En el Perú, la incidencia anual es alrededor de 150 cada 100 000 habitantes, donde el 75% de los diagnosticados tienen estadio avanzado (Salazar, 2013) y los sobrevivientes de esta enfermedad presentan consecuencias físicas a raíz del tratamiento y efectos psicológicos (American Society of Clinical Oncology, 2017).

En base a esto último, el impacto emocional en el paciente se puede reflejar mediante síntomas ansiosos, tristeza, cólera, confusión e incertidumbre sobre los acontecimientos que puedan surgir en su futuro o duelo por tener el diagnóstico (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013; American Cancer Society [ACS], 2015). También, la enfermedad repercute en el ámbito social porque los familiares asumen nuevos roles de cuidado y se puede generar rupturas o problemáticas con la pareja, así como en la dinámica sexual según Die Trill (Como se citó en Grau 2002).

Uno de los tipos de cáncer con mayor repercusión a nivel psicológico y social por estar asociado con aspectos vinculados con la identidad femenina, el funcionamiento sexual y el rol reproductivo es el cáncer de cuello uterino, siendo este el segundo tipo de cáncer más común en la mujer a nivel global (OMS, 2018). Se estiman 530 232 casos nuevos y aproximadamente el 86% se dan en los países en desarrollo de acuerdo al ingreso per cápita (Hernández, Apresa, & Patlán, 2015).

En Perú, el Ministerio de Salud [MINSA] (2017) señaló que este tipo de cáncer es el que se presenta con más frecuencia en las mujeres, con mayor índice entre los 40 y 50 años, y se considera como la tercera causa de muerte en ellas. Además, en el 2018, se diagnosticó 4103

casos nuevos con una incidencia estandarizada por edad de 23,2 por cada 100,000 mujeres (Bendezu, Soriano, Urrunaga, Venegas & Benites, 2020). En base a ello, se podría decir que el cáncer de cuello uterino continúa siendo un peligro para la salud de las peruanas y constituye una problemática que debe buscar solución desde múltiples ángulos incluyendo políticas públicas relacionadas a la salud.

Uno de los factores de riesgo más importantes de esta enfermedad es la infección con el virus del papiloma humano (VPH) de un genotipo de alto riesgo oncogénico, la cual se transmite mediante las relaciones sexuales (ACS, 2020f). Se estimó que la infección por el VPH en mujeres con cáncer de cuello uterino es del 65, 9% mientras que las demás tuvieron lesiones de alto o bajo grado, así como citología normal (MINSa 2017) y el principal procedimiento de detección es el Papanicolau (Barrionuevo, Palència & Borrell, 2013). Sin embargo, un estudio halló que muchas peruanas no se realizaban la prueba de detección por diversas razones, entre ellas, no poseían un seguro médico, su nivel educativo era bajo, tenían escasos recursos económicos o residían en provincias lejos de la ciudad (Barrionuevo, 2014).

Del mismo modo, existen barreras sociales y culturales debido a que hace muchos años se ha atribuido patrones sobre cómo la mujer debe comportarse y expresar su sexualidad, lo que a su vez tiene un impacto en su acceso de servicio de salud pública ya que, en el propio sistema de salud, diversas autoridades enmascaran su responsabilidad, incriminando a las mujeres de sus “creencias culturales” como justificación de no cooperar con las modernas prácticas médicas. En ese sentido, se encontró cierto nivel de estigmatización asociado al cáncer de cuello uterino, lo cual produce que las pacientes oculten sus síntomas por miedo a que las juzguen por su vida sexual y eso, podría afectar el tratamiento al cual deberían someterse y la razón por la que la mayoría no se encuentre en estadios tempranos (Arellano & Castro, 2013; Duarte & García, 2016; Ingar, 2016; López, 2012 y MINSa 2011).

Reconocer el estadio del tumor permite definir su localización, el tamaño, plantear un tratamiento según cada caso y determinar el pronóstico del cáncer de cuello uterino, el cual se origina por una alteración celular en el revestimiento del cuello uterino y se presenta al inicio, a través de lesiones precursoras con un avance lento y progresivo, que posteriormente puede tornarse en un cáncer *in situ*. (Instituto Nacional del Cáncer, 2020; MINSa, 2017; Sociedad Española de Oncología Médica, 2020).

De acuerdo al sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia hay 4 estadios (Álvarez et al., 2012). En el primero el cáncer únicamente se ubica

en el útero; en el estadio 2, el carcinoma invade más allá de este órgano hacia áreas próximas. En el tercero, el tumor afecta la pared pélvica y la parte inferior de la vagina o causa una hinchazón del riñón; y, en el estadio 4, el cáncer se extiende a la vejiga o el recto y se puede diseminar a otros órganos (Álvarez et al., 2012). Además, un mayor estadio se asocia con diversos síntomas como dolor durante el coito o un excesivo sangrado vaginal luego de este, durante la menstruación o posterior a la menopausia y mayor secreción vaginal (ACS, 2020d).

Entre los tratamientos más utilizados está la cirugía, la cual se realiza en el estadio I o II y presenta diversos tipos como: la cirugía láser o la cervicectomía, donde se extrae el cuello uterino y la parte superior de la vagina. Y, como tratamientos coadyuvantes en los distintos estadios se utiliza la quimioterapia, donde la paciente recibe una combinación de medicamentos a través de una inyección o por vía oral para eliminar las células cancerígenas en la mayoría del cuerpo y, la radioterapia, que consiste en dirigir los rayos X hacia el tumor para poder destruir las células dañinas. Sin embargo, si el cáncer se expande a los vasos sanguíneos o linfáticos es necesario un procedimiento radical que trae consecuencias a nivel físico en la mujer, esta es la histerectomía. (ACS, 2020a, 2020b, 2020c, 2020e).

Aquella cirugía consiste en extirpar el útero ya sea una parte o su totalidad de acuerdo al tipo. En la histerectomía total se extrae el cuello uterino y también el útero, pero se preservan los ovarios y las trompas de Falopio; la histerectomía subtotal consiste en extirpar el cuello uterino; y finalmente, la radical, remueve la mayor parte de los órganos reproductores femeninos (Miranda, 2013).

Para realizar la histerectomía existen diversos procedimientos quirúrgicos, ya sea mediante una aproximación vaginal, abdominal o laparoscópica (Ortega et al., 2012). Además, se encontró que los países que tienen las tasas más altas de esta cirugía son Australia y Estados Unidos (Franco, 2017). En el contexto nacional, este procedimiento es realizado a un 20% de las habitantes, siendo la edad más frecuente entre los 35 y 49 años (Núñez & Vera, 2014).

La resección del útero genera en las mujeres un impacto en distintos niveles, por un lado, desde lo fisiológico, la paciente puede presentar dificultad en orinar hasta que los nervios en los tejidos cercanos al útero se alivien, pero no podrá menstruar ni tener un embarazo (ACS, 2020g). Además, si la histerectomía produjera la resección de los ovarios, va a causar la pérdida de los estrógenos y esto a su vez genera cambios en la función sexual ya que esta hormona es capaz de responder a estímulos sexuales con vasodilatación y una mayor lubricación (Parra, 2015).

Por otro lado, a nivel subjetivo y psicológico, en la mayoría de mujeres se da una preocupación acerca de su vida sexual asociada a una potencial disfunción en su funcionamiento sexual (Faría, Ferrarotto y Gonzales, 2015). Komura et al. (2007) sostienen que algunas pacientes consideran que el útero forma parte de los órganos asociados al placer sexual, ya sea por ciertos aspectos que se originan de este, como los movimientos y las contracciones durante el coito.

En ese sentido, diversos autores señalaron que un aspecto que produce angustia en las mujeres y que repercute a partir del tratamiento, es la percepción que ellas tienen sobre su funcionamiento sexual (Hugues, 2008; Parra, 2015); la cual es comprendida por Rosen (2000) en términos de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Y, Hawton, Gath y Day (1996) definen el mismo constructo como una manifestación del funcionamiento del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor, lo que posibilita a que el organismo realice la actividad sexual con una respuesta, la cual puede ser satisfactoria o inhibitoria dependiendo de ciertos factores que influyen como: el factor psicológico, el sociocultural y el fisiológico

Sira (1999) sostiene que existen tres componentes de la función sexual: la situación/estímulo sexual, la respuesta sexual y el tiempo de funcionamiento. La primera produce un cambio en el organismo ya sea dentro de su entorno o de manera interna, y eso estimula a que se produzca una respuesta sexual. En esta última, se va presentar ciertas variaciones a nivel anatómico, hormonal, muscular, entre otras. Y, el tiempo de funcionamiento, se da desde que comienza la actividad sexual hasta que culmina la respuesta tal como señalan Bianco y Aragón (Como se citó en Sira, 1999).

En relación a la respuesta sexual, existen varias fases donde se producen diversos cambios psicofisiológicos. La primera fase es subjetiva, el deseo sexual, donde aparecen sensaciones que conllevan a un interés hacia la actividad sexual. Luego, se producen 4 fases objetivas, en la excitación se da una respuesta física al deseo y se origina la lubricación vaginal. Después, en la meseta, se puede mantener o aumentar la excitación sexual, predisponiendo la siguiente etapa, el orgasmo. En esta hay una menor tensión psicológica sexual y se generan contracciones rítmicas de los órganos reproductores y seguido a ello, se da la resolución donde se disminuye todos los cambios anteriores y el cuerpo vuelve a su estado normal. Cabe señalar que, en las mujeres, estas fases no siguen un patrón fijo, sino que varía dependiendo del nivel de excitación que cada una tenga (Blanco, 2019). Finalmente, Pino (2010) refiere de una sexta fase subjetiva

que es la satisfacción sexual, en esta se evalúa el grado de gozo luego de la actividad sexual, pudiendo ser positiva o lo contrario

Sin embargo, en el caso de las pacientes con cáncer de cuello uterino, Palli, Llunch y Valero (2010) refieren que los tratamientos que reciben, genera que algunas fases de la respuesta sexual pueden verse perjudicadas ya que esta enfermedad afecta sus órganos genitales y en ese sentido, va a repercutir directamente en su sexualidad (Parra & Carrillo, 2011; Pino, 2010). Específicamente, en la histerectomía, Ganz y Horning (Como se citó en Pino 2010), afirman que, entre sus efectos locales, aparte de la extracción del útero se puede acortar la vagina, tener secreción vaginal o puede haber un tejido cicatrizante en la pelvis o en la cúpula vaginal junto con dispareunia.

A pesar de ello, algunos estudios indicaron que la histerectomía produce un aumento en la función sexual, por ejemplo, Greenwald y McCorkle (2008) realizaron un estudio en EE.UU con 208 mujeres sobrevivientes del cáncer de cuello uterino entre los 29 y 69 años, luego de 6 a 29 años de la enfermedad. Aquí se demostró que la mayoría de mujeres histerectomizadas ya sea con o sin la resección de los ovarios tenían una sexualidad activa, y gran parte de los casos presentaron interés, deseos y disfrute sexual a comparación de las que no se realizaban la cirugía.

En España, Parra (2015) analizó una muestra de 229 pacientes post-histerectomizadas por patología benigna para evaluar su función sexual luego de 3 y 6 meses de la operación, y se evidenció una mejora en los problemas de la penetración vaginal que se da de manera inmediata; la fase de excitación y la frecuencia de la actividad sexual mejoró en los primeros 3 meses; así como el deseo y la ansiedad anticipatoria, a partir del tercer mes manteniéndose con el tiempo.

Asimismo, en el estudio de Faría, Ferrarotto y Gonzales (2015), se evaluó a 100 pacientes venezolanas histerectomizadas por patología uterina y se evidenció un alto deseo sexual en la mitad de la muestra a los 3 meses post-histerectomía y fue en aumento hacia los 6 meses. Del mismo modo, la intensidad del dolor durante o luego del coito disminuyó a través del tiempo y, la satisfacción sexual incrementó en el 30% de la muestra y se mantuvo igual que antes en el 63 % de esta.

Por otra parte, Lonnee (2014) revisó varios estudios y en algunos señalaban que la histerectomía produce efectos negativos en la función sexual. Entre ellos se encontraba la investigación de Serati et al. (2009), quien evaluó el funcionamiento sexual con el instrumento

“Índice de Funcionamiento Sexual Femenino” (IFSF) en 35 mujeres sanas y 38 mujeres hysterectomizadas por cáncer de cuello uterino. Los puntajes de esta prueba fue mucho mayor en el grupo control que en el de estudio, y se concluyó que la hysterectomía radical deteriora la función sexual, independientemente del tipo de cirugía (laparoscopia o laparotomía), debido a los efectos físicos adversos y las implicaciones psicológicas asociadas.

Así también, Song et al. (2012) evaluaron a 105 mujeres coreanas con cáncer de cuello uterino en etapa inicial tratadas por diversos tipos de cirugías entre los años 2006 y 2009. Como resultado se demostró que las pacientes con hysterectomía radical tenían dificultades en relación con su función sexual, adquiriendo una puntaje como límite clínico para la disfunción sexual.

Las distintas opiniones con respecto a los resultados pueden deberse también a ciertos factores que intervienen a la hora de evaluar a los pacientes, ya que diversos autores señalan que las mujeres pueden estar poco complacidas luego de la hysterectomía cuando hay poca o inapropiada información de la intervención quirúrgica, e incluso, pueden sentir culpa o desorientación sobre los cambios producidos por la pérdida de deseo o tienen cambios inconscientes de sus sentimientos hacia su pareja (Komura et al., 2007; Palli, Lluch, & Valero, 2010). En el estudio de Palli, Lluch y Valero (2010) se entrevistó a 64 mujeres españolas con diversos tipos de cáncer ginecológico y más del 90% consideraron muy importante la información sobre la manera en la cual la enfermedad y el tratamiento van a repercutir en su vida sexual y de pareja.

Por otra parte, otro factor a considerar es la edad. Según diversos autores, las mujeres a partir de los 50 aproximadamente, presentan mayor disfunción sexual y cambios hormonales como la sequedad vaginal, bajo deseo sexual, dificultad para lograr el orgasmo, disminución de estrógenos y malestar físico (Freixas & Luque, 2009; Hendrickx, Gijss, & Enzlin, 2015; Sobral & Soto, 2015). De la misma manera, un estudio limeño realizado con 36 mujeres con cáncer de cuello uterino entre los 31 a 46 años demostró que las disfunciones sexuales son un gran problema para las pacientes que se encuentran en la edad media, y el dominio más afectado es la excitación y el deseo. Esto se debería a que las mujeres se sienten cohibidas de expresar sus dificultades sexuales porque lo consideran un tabú (Carreño, 2017).

Si bien existen cambios a nivel físico, también hay un correlato psicológico y subjetivo asociado a la pérdida del útero y que repercute en la mujer y en su entorno social (Olivares, 2004). Según algunos autores, este órgano está acompañado de significados asociados a la

capacidad reproductiva, el rol sexual y de maternidad, en torno a ello la identidad femenina se construyó socioculturalmente desde hace muchos años (Nuñez & Vera, 2013; Castañeda & Contreras, 2017). Ahora bien, el término de feminidad se ha modificado a través del tiempo por la globalización, la educación, el empleo, entre otras, donde se comprende y se concibe a la mujer desde sus propias particularidades, complejidades, con decisión sobre sus proyectos y estilos de vida, sin embargo, todavía en nuestra sociedad persisten las ideas heteronormativas patriarcales sobre lo que se espera de lo que una mujer debe ser y hacer (Castañeda & Contreras, 2017).

En relación a ello, la resección del útero podría hacer sentir a la paciente como si tuviera un cuerpo hueco, vacío (Cuamatzi & Vilela, 2009); e impactaría en su imagen corporal al sentirse poco atractiva (Labrador, 2008); y a nivel emocional una mujer histerectomizada se podría sentir triste, preocupada, deprimida, impotente, frustrada, entre otras debido a que es incapaz de ser fértil, y podría tener una percepción negativa de su identidad femenina, autoconcepto, así como sentimientos de negación, culpa, descontrol y ansiedad ya que no logra encajar con un tipo determinado de maternidad construida por la cultura (Castañeda & Contreras, 2017; Dunkel-Schetter & Lobel, 1991, Nuñez & Vera, 2013; Urrutia & Riquelme, 2009). Esto puede variar por diversos factores como la edad, el carácter, la situación real, o si es que han tenido hijos o deseaban ser madres o no (Nuñez & Vera, 2013).

Así también, en ciertos estudios se demostró que algunas mujeres tienen miedo de reiniciar su vida sexual con su pareja porque creen que puede recaer en la enfermedad, producirle dolor o ambos piensan que uno pueda contagiar al otro (García et al., 2003). Por ello, diversos autores señalan que el apoyo social que reciban las pacientes es importante para afrontar la enfermedad ya sea de la familia, amigos y especialmente de la pareja con muestras de cariño, paciencia y comprensión (Montes, Mullins & Urrutia, 2006; Nuñez & Vera, 2013).

Estas repercusiones a nivel psicológico también se encuentran asociadas a la calidad de vida de las pacientes (Torres et al., 2010). Según el grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la salud (1998), esta variable se define como "la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (p.551). Sin embargo, en pacientes oncológicos al momento de evaluar la calidad de vida se debe considerar los efectos del cáncer y sus tratamientos (Aronson, 1993a).

Entre las características más importantes de la evaluación de la calidad de vida está la propia subjetividad de esta, la temporalidad, la relación con el estado de salud y su estructura multidimensional (Arraras et al., 2004). En esta última, existen cuatro factores principales que se deben considerar: los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios, el funcionamiento físico; es decir, si la persona es capaz o no de realizar diferentes actividades, el funcionamiento psicológico, principalmente su estado anímico; y, finalmente el funcionamiento social, entendido como la manera de interactuar con los demás (Niegzoda & Pater, 1993).

Específicamente en el cáncer de cuello uterino, la enfermedad al caracterizarse por un conjunto de síntomas mencionados anteriormente, se evalúa la calidad de vida mediante la experiencia de los síntomas, su imagen corporal y su funcionamiento sexual (Greimel, et al., 2006). Así también, la histerectomía al repercutir en la feminidad de la mujer, en su autoimagen y en su bienestar social, va a afectar en su calidad de vida (Cerde, Pino, & Urrutia, 2006; Urrutia, Concha, & Padilla, 2014).

Ahora bien, diversos autores mencionan que pacientes post histerectomizadas que sufrían de disfunción sexual antes de la cirugía, mejoran en su calidad de vida luego de esta, específicamente en la dimensión física porque sienten un alivio de sus síntomas físicos, hay una disminución del dolor pélvico, una mayor satisfacción con su imagen corporal y sus niveles de salud son parecidos a las de una mujer sana (Albuja & Celleri, 2015; Parra, 2011), Naughton (Como se citó en Cerde, Pino, & Urrutia, 2006), Uzun, Savas y Ertunc (Como se citó en Bayram & Beji, 2010).

Además, Parra (2015) señala que estos cambios irán en aumento a partir de los tres meses de la histerectomía y al igual que en el estudio de Albuja y Celleri (2015) refieren que también habrá una mejor calidad de vida asociada a la dimensión psicológica porque las mujeres podrán disminuir sus niveles de ansiedad o depresión.

Sin embargo, también se han encontrado estudios que asocian la calidad de vida de manera negativa en las pacientes con cáncer de cuello uterino que tienen diversos tipos de tratamiento, entre ellos está: el dominio funcional ya que las mujeres no pueden hacer actividades que requieran mucho esfuerzo, el dominio físico porque tienen fatiga y diarrea producto de la radioterapia o quimioterapia, el dominio social y cognitivo que varía según el tipo de tratamiento y, a nivel sexual les puede generar molestias por la sensación del acortamiento de la vagina asociada a la radioterapia o de la cirugía. Además, la dimensión psicológica es la más afectada porque las mujeres pueden tener mayor ansiedad y preocupación por la propia

enfermedad y por futuros exámenes diagnósticos (Castillo et al., 2015; Corradina, 2017; Parra & Carrillo, 2011; Razo & Tomanguillo, 2017).

En base a lo expuesto, se ha podido resaltar las diferentes posturas de diversas investigaciones en relación a la calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino. No obstante, un estudio interesante a mencionar es el de Lee et al. (2016) que comparó la calidad de vida y el funcionamiento sexual en 208 mujeres, divididas en un grupo control y en el otro, eran sobrevivientes de la enfermedad en estadios tempranos, con un promedio de 45 meses después del diagnóstico. Todas habían tenido relaciones sexuales y se demostró que la sexualidad en relación a la calidad de vida y la función sexual, tuvo resultados similares en los dos grupos. El autor señala que estos constructos tienen mayor relevancia en pacientes que están en proceso de recuperación. Por consiguiente, se podría decir que la relación entre ambos es importante de estudiar.

Un estudio actual realizado por Bae y Park (2016) en Seúl, evidenció en base a una muestra de 137 mujeres entre 21 y 59 años con cáncer de cuello uterino que la función sexual se relacionó negativamente con la depresión, pero de manera positiva con la calidad de vida, específicamente en las dimensiones de: bienestar físico, bienestar social y bienestar funcional, siendo la de mayor puntuación el bienestar físico. Asimismo, con respecto a la edad, los más jóvenes puntuaron una mayor calidad de vida. Cabe señalar que la relación de estos dos constructos no ha sido estudiada dentro del contexto peruano y menos aún en pacientes hysterectomizadas.

Por ello, en esta investigación el objetivo principal es poder explorar, analizar y describir la relación entre calidad de vida y el funcionamiento sexual en pacientes hysterectomizadas por cáncer de cuello uterino.

Además, como objetivos secundarios se pretende explorar el funcionamiento sexual de las pacientes y analizar si este varía de acuerdo a la cantidad de información que recogen sobre las implicancias de la intervención, así como la edad que tienen.



Método

Participantes

El estudio estuvo conformado por 106 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino quienes al momento de la recolección de datos eran pacientes de un instituto oncológico de Lima. El rango de edad de las participantes fue de 26 a 65 años ($M=47.55$; $DE=9.69$), y para fines del estudio se las dividió en 2 grupos; entre los 26 a 44 y los 45 a 65 años para explorar las diferencias en su funcionamiento sexual ya que, según varios autores, las pacientes presentan un deterioro sexual asociado a un menor grado de impulso y capacidad sexual en la adultez media y, de acuerdo a los estadios psicosociales de Erickson, se prioriza la productividad y la relación con los suyos, en cambio, en los adultos jóvenes le dan más importancia a las relaciones íntimas y un compromiso recíproco (Carreño, 2017; Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2009)

Con respecto a los criterios de inclusión, las pacientes debían haber sido histerectomizadas hace seis meses como mínimo y tres años como máximo, y que su estadio de su diagnóstico haya sido I o II. Asimismo, ellas no debían tener tratamiento en la actualidad y acudían por consulta externa para sus controles médicos. Por otro lado, se tenía como criterio de exclusión a las pacientes que se encuentran en cuidados paliativos, que tengan algún tratamiento psiquiátrico o alguna enfermedad crónica.

Se evidenció que la mayoría de las participantes eran originarias de provincia (69.8%), aunque la mayor parte de ellas residían en Lima (56.6%) al momento de la aplicación. Respecto al grado de instrucción, gran parte de la muestra tenía primaria incompleta (24.5%) y el 73.6% era ama de casa. En cuanto al nivel socioeconómico, el 49.1% de las mujeres presentaron un nivel bajo, y con relación al estado civil, un 59.4% se encontraba casada o con conviviente y el 97.2% tenía al menos un hijo. Con respecto al diagnóstico, el tiempo mínimo de haberlo recibido las pacientes fue de 11 meses, y el máximo de 15 años. A la mayoría de ellas se le realizó la histerectomía radical (73.6 %), luego la histerectomía total (16 %) y la histerectomía subtotal (10.4 %) tomando en cuenta como tiempo mínimo desde la cirugía de 7 meses y máximo de 3 años. Cabe señalar que el 51.9% de la muestra recibió información del personal de salud (51.9%) (Anexo C).

Medición

Para comenzar con la aplicación, se les brindó a las participantes una ficha de datos con el objetivo de reunir información básica de cada una de ellas (Anexo B) y determinar si

cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para esta investigación. Luego se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ-C30) y el módulo específico para Cáncer de cuello Uterino (EORTC QLQ-CX24)

Se empleó el *Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ-C30)* desarrollado por “The European Organisation for Research and Treatment of Cancer” (EORTC) con el objetivo de evaluar la calidad de vida en pacientes oncológicos que participaron en ensayos clínicos internacionales (Aaronson et al., 1993b). El instrumento es de tipo autoinforme se compone de 30 ítems agrupados en nueve escalas multi-ítem y seis de un solo ítem que incorpora disnea, insomnio, pérdida de apetito, constipación, diarrea y problemas económicos. Las escalas multi-ítem consideran cinco dominios funcionales (física, de rol, cognitiva, emocional y social), tres escalas de síntomas (dolor, fatiga y náusea-vómito) y una escala que evalúa calidad de vida general (Fayers et al., 2001).

Además, se utilizó un cuestionario complementario específico para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino, el EORTC QLQ-CX24. Este último consta de 24 preguntas y es de tipo Likert de 4 puntos (1= En absoluto, 2=Un poco, 3= Bastante, 4= Mucho) al igual que en el QLQ-C30, y tiene tres escalas multi-ítem (experiencia de los síntomas, funcionamiento sexual/vaginal, e imagen corporal), y cinco escalas de un ítem (linfedema, neuropatía periférica, síntomas de la menopausia, preocupación sexual y el disfrute sexual) (Greimel et al, 2006).

Ambos cuestionarios fueron validados en diversos países (Aaronson et al., 1993b). El QLQ-C30 ha sido validado en España con 137 pacientes con cáncer de próstata determinando una adecuada validez convergente (>0.4) y validez divergente, e identificando una estructura interna de 15 sub-escalas. Además, se obtuvo una confiabilidad alta en la mayoría de las sub-escalas usando el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha > 0.7$) (Arraras et al., 2008). Asimismo, se validó en Chile, con 126 mujeres con cáncer de cuello uterino determinándose una estructura interna de 3 dimensiones con una adecuada confiabilidad para las tres sub-escalas (α de escala funcional=0,89; α de escala de síntomas=0,88; α de escala global=0,73), y el cuestionario total ($\alpha=0.88$) (Urrutia, Concha, & Padilla, 2014). En el Perú, este instrumento se aplicó a pacientes cusqueñas con cáncer de mama y se utilizó el método basado en la covarianza de ítems y evidenció una alta confiabilidad de consistencia interna ($\alpha > 0.89$) en las escalas (Monge, 2006)

Por otra parte, para la versión de 24 ítems, que como se mencionó anteriormente es un módulo complementario del QLQ-C30, Greimel et al. (2006), encontraron que es válido para

medir calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino de países europeos, asiáticos y latinoamericanos determinándose una estructura interna de 3 dimensiones (experiencia de síntomas, imagen corporal, funcionamiento sexual/vaginal), una alta confiabilidad de consistencia interna (α de experiencia de síntomas=0.72; α de funcionamiento sexual=0,87; α de imagen corporal=0.86), y una adecuada validez convergente (>0.7) y divergente. Además, aquella versión es capaz de detectar diferencias entre grupos con diferentes características clínicas mostrando evidencia de validez de criterio concurrente. De la misma manera, este tipo de validez se demostró en el estudio de Razo y Tomanguillo (2017), donde emplearon el QLQ-C30 desarrollado por Aaronson et al. (1993b) y, la versión para cáncer de cuello uterino de Greimel et al. (2006), para evaluar la calidad de vida de pacientes peruanas.

Por ende, la actual investigación empleó los cuestionarios de estos autores ya que han sido construidos empleando muestras internacionales, han sido validados en países como Alemania, Bélgica, Brasil, Croacia, Corea, Reino Unido y también se han utilizado en el contexto peruano, pero en este aún no se han validado. Por ello se realizó una prueba piloto a 30 personas con el fin de determinar las características de su uso, específicamente en pacientes histerectomizadas por cáncer de cuello uterino en la institución oncológica.

En el presente estudio se halló evidencias de confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach para cada una de las subescalas del QLQ-C30, que van del .43 al .82. De la misma manera, las subescalas del módulo complementario QLQ-CX24 presentaron una alta confiabilidad que van del .77 al .81 (Anexo D).

El índice de funcionamiento sexual (IFSF)

Este instrumento se desarrolló originalmente por Rosen et al. (2000) con el objetivo de evaluar y determinar las dimensiones de la función sexual en las mujeres en las últimas 4 semanas. El IFSF es de tipo autoinforme y está compuesto por 19 ítems agrupados en 6 dominios: el deseo sexual, la excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción global y dolor. Cada ítem presenta seis tipos de respuesta, donde se obtiene una puntuación del 0 a 5.

Las puntuaciones de cada dimensión son el resultado de la suma de sus ítems que lo componen multiplicado por un factor y la puntuación global se obtiene sumando los seis puntajes de las escalas (Rosen et al., 2000) teniendo como punto de corte de 26.55 para distinguir a las mujeres con o sin disfunción sexual (Wiegel, Meston, & Rosen, 2005).

El instrumento se aplicó la primera vez a 259 mujeres entre 21 a 69 años donde 131 eran sanas y las demás tenían trastorno de la excitación sexual (TES). Se demostró una adecuada confiabilidad de consistencia interna en los 6 dominios ($\alpha=0.82$) y una alta confiabilidad test-retest para la escala total ($r = 0.88$). Además, se evidenció la validez

discriminante entre el grupo control y las participantes con TES y, en ambos grupos hay mayor diferencia de medias en las dimensiones de lubricación y excitación. Asimismo, se demostró la validez divergente a partir de la comparación del IFSF con la prueba de satisfacción marital Locke-Wallace, obteniendo una baja y moderada correlación con el grupo de TES y el grupo control, respectivamente (Rosen et al., 2000).

Este instrumento también ha sido aplicado en mujeres con cáncer de cuello uterino en diversos contextos internacionales (Lee et al., 2016; Serati et al., 2009; Song et al., 2012), y específicamente en Chile han traducido y validado este instrumento con 383 mujeres sanas que tenían entre 20 a 59 años y habían tenido actividad sexual en los últimos tres meses (Blümel et al., 2004). Al igual que Rosen et al. (2000), el instrumento tuvo la misma cantidad de ítems y evidenció una alta confiabilidad de consistencia interna en cada escala que mide: Deseo ($\alpha=.71$), Excitación ($\alpha=.87$), Lubricación ($\alpha=.85$), Orgasmo ($\alpha=.74$), Satisfacción ($\alpha=.88$) y Dolor ($\alpha=.85$) (Blümel et al., 2004).

Cabe señalar que si bien en el contexto nacional, el IFSF no ha sido validado, se ha podido utilizar en Chile (Valenzuela, 2014), y, en el Perú, Amanqui et al. (2016) tradujeron la versión original de Rosen et al. (2000) para utilizarla en una muestra de 31 pacientes que fueron histerectomizadas por algún tipo de cáncer ginecológico. Asimismo, Mezones et al. (2008) aplicaron el instrumento validado por Blümel et al. (2004) a 108 mujeres con diabetes mellitus y Carreño (2017) lo aplicó en pacientes con cáncer de cuello uterino en Lima evidenciando una alta confiabilidad en el puntaje global ($\alpha=.97$) y en todos sus dominios (Deseo $\alpha=.88$, Excitación $\alpha=.96$, Lubricación $\alpha=.93$, Orgasmo $\alpha=.93$, Satisfacción global $\alpha=.60$, Dolor $\alpha=.95$).

A partir de ello, en este estudio se utilizó el instrumento validado por (Blümel et al., 2004) y de acuerdo a las recomendaciones de Sireci y Faulkner-Bond (2014), se realizó una prueba piloto con el propósito de verificar la validez de los instrumentos y se halló una alta confiabilidad de consistencia interna con un alfa de Cronbach de .93, y sus escalas evidenciaron una confiabilidad adecuada que van del .65 al .92 (Anexo D).

Procedimiento

Primero, se solicitó el permiso del estudio al Comité de Ética de la institución oncológica y con su aprobación, se obtuvo las historias clínicas de las pacientes. Luego, se realizó una prueba piloto a 30 mujeres para examinar si comprendían los ítems de los cuestionarios o si requerían modificación. Se consideraron estrictos estándares éticos mediante el consentimiento informado (Anexo A) y se les explicó a las pacientes los objetivos del

estudio, la confidencialidad de los datos brindados y que su participación era voluntaria y anónima. Después, se prosiguió con la aplicación de manera individual aproximadamente 20 minutos.

Primero se le entregó la *ficha sociodemográfica* (Anexo B), luego el *questionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30* junto con el *módulo de cáncer de cuello uterino EORTC QLQ-CX24* y finalmente el *Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)*. Cabe señalar que, durante la aplicación de los instrumentos, se consideró todo tipo de comentarios de las mujeres, así como sus sensaciones o dudas que les generaba realizar los cuestionarios, con el objetivo de poder evidenciar detalladamente sus experiencias.

Análisis de datos

Los datos del estudio fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS versión 24, con el fin de poder analizar los resultados que se obtuvieron. Para determinar la confiabilidad de consistencia interna se emplea el método de estimación de la homogeneidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para cada subescala de los instrumentos.

Para poder cumplir con el objetivo general propuesto, se correlacionaron ambos constructos para explorar cómo se relacionan. Se evaluó la heterocedasticidad y linealidad de los datos mediante gráficos de dispersión. En función a los resultados, y el tipo de variables (categóricas y continuas), se empleó el coeficiente Rho de Spearman. Después, se ejecutó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para evaluar si las puntuaciones de los instrumentos se ajustaban a una distribución normal y se aplicó el estadístico de Levene para verificar la igualdad de varianzas de las variables entre los grupos a contrastar en los objetivos específicos, y de esta manera, decidir si emplear estadísticos paramétricos o no paramétricos.

Luego, para responder al primer objetivo específico, se contrastó las puntuaciones del funcionamiento sexual entre las mujeres que tenían información con aquellas que no lo tenían, empleando el coeficiente *U de Mann-Whitney* y la *d* de Cohen. Similarmente, en el segundo objetivo específico, para contrastar el funcionamiento sexual de las pacientes según la edad, se empleó el coeficiente *U de Mann-Whitney* y la *d* de Cohen.



Resultados

En primer lugar, se reporta los resultados a nivel descriptivo de las variables sociodemográficas. Luego, para responder el objetivo general, se realiza la correlación entre las dimensiones de calidad de vida y el funcionamiento sexual. Finalmente, para exponer los objetivos específicos, se presenta la diferencia del funcionamiento sexual entre las pacientes que sí recibieron y que no recibieron información; y, se muestra la comparación entre el funcionamiento sexual de acuerdo a los dos grupos de edades.

Se realizaron correlaciones en cuanto las variables sociodemográficas y se encontró que la procedencia de las pacientes, el grado de instrucción y el nivel socioeconómico se correlacionan de manera directa y moderada entre sí. Se pudo observar que las pacientes que son de Lima tienen mayor grado de instrucción ($r_s = .450$), y mayor nivel socioeconómico ($r_s = .416$), a diferencia de las que son de provincia. Asimismo, se observó que existe una correlación directa y alta entre las pacientes que tienen o no pareja y su frecuencia sexual, donde aquellas que sí tienen, presentan mayor frecuencia sexual ($r_s = .504$).

Con respecto al objetivo general, para estudiar la relación entre calidad de vida y funcionamiento sexual, se realizó un análisis de correlación mediante el coeficiente rho de Spearman debido a que las variables son en su mayoría no paramétricas y categóricas.

Como se observa en la tabla 1, se obtuvieron correlaciones altas y significativas entre el IFSF y algunas subescalas del EORTC QLQ-C30. Se evidenció que el funcionamiento emocional tiene correlaciones significativas con la mayoría de dimensiones del IFSF y específicamente se encontró una correlación directa y moderada con el funcionamiento sexual general ($r_s = .474$). Además, la fatiga y el dolor se correlacionan inversamente con el funcionamiento sexual. Cabe señalar que no se evidenció correlaciones significativas entre el funcionamiento sexual y las siguientes subescalas de calidad de vida: funcionamiento cognitivo, disnea, diarrea y dificultades financieras.

Tabla 1.

Correlación entre las variables de calidad de vida y el Índice de Funcionamiento Sexual Femenino

IFSF	QLQ-C30														
	SCVG	Func. físico	Func. de roles	Func. emocional	Func. cognitivo	Func. social	Fatiga	Nausea y vómito	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Dificultades financieras
Deseo	.126	.16	.235*	.167	.235*	.202*	-.217*	-.044	-.133	-.077	-.101	-.124	-.045	-.028	-.066
Excitación	.375**	.237	.404**	.346*	.28*	.228	-.297*	-.294*	-.427**	-.174	-.283*	-.317*	-.184	.191	-.246
Lubricación	.113	.101	.17	.337*	.058	.079	-.269*	-.179	-.159	.087	-.099	-.266	-.194	.266	-.08
Orgasmo	.252	.085	.305*	.306*	.29*	.312*	-.329*	-.249	-.419**	-.115	-.303*	-.345*	-.128	.11	-.231
Satisfacción	.354**	.248	.343*	.369**	.297*	.294*	-.468**	-.257	-.551**	-.149	-.186	-.34*	-.338*	.162	-.242
Dolor	-.259	-.335*	-.381**	-.463**	-.168	-.345*	-.247	.413**	.275*	.102	.096	.044	.23	.092	.219
Total	.336*	.227	.457**	.474**	.256	.334*	-.401**	-.359**	-.450**	-.156	-.254	-.355**	-.351*	.133	-.267

Nota: P= Nivel de significancia; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Por otro lado, se obtuvo correlaciones significativas entre el IFSF y las subescalas del módulo complementario para pacientes con cáncer de cuello uterino QLQ-CX24 (ver tabla 2). Se evidenció que las dimensiones de funcionamiento sexual, actividad sexual y disfrute sexual tienen correlaciones directas y de tamaño moderado u alto con la mayoría de subescalas del IFSF.

Además, la experiencia de síntomas, los síntomas de menopausia y la preocupación sexual se correlacionan de manera inversa y moderada con el funcionamiento sexual, a excepción de la subescala de dolor que tiene una correlación directa y moderada con estas dimensiones.

Tabla 2.

Correlación de las variables de calidad de vida para pacientes con cáncer de cuello uterino y el Índice de Funcionamiento Sexual Femenino.

<i>IFSF</i>	<i>QLQ-CX24</i>								
	<i>Imagen corporal</i>	<i>Funcionamiento sexual</i>	<i>Experiencia de síntomas</i>	<i>Linfedema</i>	<i>Neuropatía periférica</i>	<i>Síntomas de menopausia</i>	<i>Preocupación sexual</i>	<i>Actividad sexual</i>	<i>Disfrute sexual</i>
Deseo	.138	.599**	-.104	-.200*	-.000	-.290**	-.334**	.526**	.554**
Excitación	.234	.566**	-.237	-.086	.030	-.327*	-.390**	.433**	.718**
Lubricación	.094	.685**	-.236	.015	.128	-.189	-.251	.288*	.347*
Orgasmo	.147	.552**	-.270	-.194	-.060	-.327*	-.469**	.325*	.627**
Satisfacción	.271*	.581**	-.402**	-.25	-.092	-.409**	-.356**	.535**	.634**
Dolor	-.306*	-.716**	.55**	.149	-.085	.326*	.552**	-.311*	-.337*
Total	.253	.828**	-.410**	-.157	.046	-.402**	-.462**	.474**	.670**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Por otra parte, se evaluaron los supuestos de normalidad para hacer la comparación entre dos muestras y se halló que las diferentes escalas y subescalas de las pruebas presentaban una distribución no paramétrica. Por lo tanto, al momento de realizar una comparación de medianas, se decidió utilizar U de Mann-Whitney.

Para el primer objetivo específico (ver tabla 3), se buscó determinar si había diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones del funcionamiento sexual y las pacientes que habían o no recibido información. Se halló que no había diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que sí recibieron y que no recibieron información con ninguna de las subescalas del IFSF.

Ahora bien, al realizar un análisis descriptivo, se evidenció que existe una correlación inversa y alta en las pacientes que no habían recibido información, y deseaban adquirir información sobre su cirugía ($r_s = -.822$), acerca de su vida sexual más adelante ($r_s = -.763$), sobre los síntomas post-cirugía ($r_s = -.843$) y de los efectos a largo plazo post histerectomía ($r_s = -.822$).

Tabla 3.

Comparación del Índice del Funcionamiento Sexual con personas que recibieron o no recibieron información

IFSF	Si recibió		No recibió		U	Sig.	d de Cohen
	M (DS)	Me	M (DS)	Me			
Deseo	7.6 (1.93)	8	7.3 (1.95)	7	1296.5	0.495	0.15
Excitación	12.5 (3.44)	12	10.6 (3.92)	11	270	0.107	0.52
Lubricación	15.6 (4.38)	17	14.7 (4.14)	14	319	0.446	0.21
Orgasmo	7.3 (3.28)	7	8.5 (3.37)	8	274	0.184	0.36
Satisfacción	6.4 (2.98)	6	7.7 (3.25)	6	280	0.148	0.41
Dolor	11.6 (2.87)	12	10.5 (3.03)	11	276.5	0.187	0.37
Total	58.7 (13.94)	58	53.0 (13.08)	54	261	0.168	0.42

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Por otra parte, al profundizar en el tipo de información provista, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento sexual de las pacientes. En ese sentido, aquellas que recibieron información sobre su cirugía presentaban mayor excitación ($d = .68$; $p = 0.85$), lubricación ($d = .65$; $p = 0.03$) y un mayor puntaje de funcionamiento sexual general ($d = .78$; $p = 0.01$). Por otro lado, las mujeres que recibían información sobre su vida sexual post histerectomía, tenían una mayor lubricación ($d = .61$; $p = 0.02$). Y, finalmente, aquellas que recibían información sobre los efectos a largo plazo de la cirugía demostraban mayor deseo sexual ($d = .79$; $p = 0.01$). (Ver anexo E)

Un aspecto a considerar es que se evidenció que el grado de instrucción tiene una correlación negativa y pequeña con haber recibido o no información de la cirugía ($r_s = -.245$) y con la información de la vida sexual ($r_s = -.204$). En ese sentido, se observó que la mayoría de pacientes que tenían un grado de instrucción de secundaria incompleta o menos, reportan no haber recibido ninguna de estas informaciones.

Respecto al segundo objetivo específico, se quería explorar si había diferencias del funcionamiento sexual según la edad de las pacientes, entre dos grupos de 26 a 44 años, y de 45 a 65 años (ver tabla 4). Se encontró que había diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la edad en las siguientes dimensiones del IFSF: deseo, excitación, orgasmo y el puntaje total del funcionamiento sexual.

Tabla 4.
Comparación del Índice del Funcionamiento Sexual según la edad

IFSF	Edad (≤ 44)		Edad (>45)		U	Sig.	d de Cohen
	M (DS)	Me	M (DS)	Me			
Deseo	6.6 (2.13)	6	8.0 (1.61)	8	821	0.001**	0.74
Excitación	12.7 (3.84)	13	10.1 (3.17)	10	218.5	0.015*	0.73
Lubricación	15.4 (4.36)	16	14.9 (4.18)	14	325.5	0.584	0.11
Orgasmo	7.0 (3.26)	6.5	8.9 (3.19)	9	224	0.029*	0.58
Satisfacción	6.4 (3.10)	6	7.7 (3.12)	8	258.5	0.083	0.42
Dolor	11.2 (3.16)	12	10.8 (2.74)	11	303.5	0.495	0.139
Total	59.2 (14.92)	61	51.7 (10.75)	51	207	0.023*	0.58

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Se pudo observar que las mujeres mayores de 45 tienen mayor deseo sexual ($d = .74$; $p = 0.00$) y mayor orgasmo ($d = .58$; $p = 0.02$) en comparación de las que tienen menor edad. Por otra parte, las pacientes de 26 a 44 años presentan mayor excitación durante la actividad sexual ($d = .73$; $p = 0.01$) y un mayor puntaje del funcionamiento sexual general ($d = .58$; $p = 0.02$) a diferencia de las mujeres que tienen 45 a más. Finalmente, no hubo relación con las subescalas de lubricación, satisfacción y dolor.

Finalmente, cabe mencionar que, al realizar correlaciones entre las variables sociodemográficas y las variables asociadas al cuestionario del IFSF, se encontró una correlación significativa, inversa y moderada entre la frecuencia sexual y la edad ($r_s = -.477$). En ese sentido, las pacientes de mayor edad presentaban menor frecuencia sexual. Y, además, la frecuencia de actividad sexual tenía una correlación directa y alta con el puntaje total del IFSF ($r_s = .502$).



Discusión

En esta sección, se discutirá los resultados de la investigación, cuyo objetivo principal implicó explorar y describir la relación entre la calidad de vida y el funcionamiento sexual en un grupo de pacientes hysterectomizadas por cáncer de cuello uterino. Luego, se discutirá los resultados entre las variables del funcionamiento sexual en relación a si las pacientes reciben o no información y según su edad. Finalmente se señalarán los principales alcances, fortalezas y limitaciones encontradas a partir de la realización del estudio y se brindarán sugerencias para futuras investigaciones.

Desde una comprensión biopsicosocial del ser humano, biológicamente tras la hysterectomía, las pacientes reportan dolor físico, además de síntomas asociados como la fatiga, baja energía, los cuales se relacionan negativamente con el funcionamiento sexual. Además, los distintos tratamientos oncológicos, los mismos que se intensifican de acuerdo a la edad del paciente, puede afectar la respuesta erótica y traer consecuencias a nivel hormonal por la presencia de una menopausia temprana. (Bayram & Beji, 2010; Melet, 2010; Palli, Lluch, & Valero, 2010; Pino, 2010; Razo & Tomanguillo, 2017).

Durante este periodo postmenopáusico, se pueden manifestar diversos cambios fisiológicos en la hysterectomizada, entre ellos, sequedad vaginal o demora en la lubricación, y, si esto no se llegase a tratar a tiempo, podría producirle dolor durante el coito y reducir su satisfacción (Bayram & Beji, 2010; Castillo et al., 2015; Freixas & Luque, 2009; Gonzales, Viáfara, Caba, & Molina, 2004; Hendrickx, Gijss & Enzlin, 2015; Melet, 2010 y Sobral & Soto, 2015).

En ese sentido, es importante considerar en relación al potencial tratamiento de dichos síntomas, el uso de lubricantes y la terapia de reemplazo hormonal ya que generan un impacto positivo en el funcionamiento sexual de las pacientes hysterectomizadas (Gonzales et al., 2004; Palli, Lluch, & Valero, 2010), evidenciando una mejora en las dimensiones de orgasmo, lubricación y dolor sexual, así como un mayor nivel de satisfacción sexual (Gonzales et al., 2004).

Ahora bien, en el presente estudio, y a pesar de la amplia bibliografía que sustenta el uso de terapia hormonal como tratamiento de los síntomas posteriores a la hysterectomía, tan solo dos pacientes mencionaron que se beneficiaron con esta práctica, el resto de participantes de la muestra no lo hicieron o desconocían cuál era su función. Este factor podría estar vinculado a los resultados obtenidos sobre la relación negativa de los síntomas de la menopausia y el

funcionamiento sexual, y a su vez podría dar cuenta de la importancia de recibir una óptima información en el momento adecuado para una mejor comprensión de los cambios producidos por la histerectomía y sobre los diversos métodos para un mayor bienestar sexual.

Además de las técnicas ya mencionadas, también se puede resaltar que las mujeres post-histerecomizadas no pierden la capacidad de sentir placer ya que el clítoris y la membrana que recubre la vagina se mantienen intactos, y en el transcurso de los meses, la mayoría de los efectos médicos se reducen (Carrobles, Gámez & Almendros, 2011; Nuñez & Vera, 2014). Todo ello podría explicar los resultados de diversos estudios, donde las pacientes luego de la histerectomía o la radioterapia reportaron sentir goce y satisfacción sexual pese a las consecuencias físicas (Bayramn & Beji, 2010; Faría, Ferrarotto y Gonzales, 2015; Greenwald y McCorkle, 2008 y Razo & Tomanguillo, 2017), y a su vez, en esta investigación se evidenció que el disfrute y la actividad sexual se asocia directamente con la mayoría de dimensiones del funcionamiento sexual y a su vez con un menor dolor sexual.

Todo ello, desde una mirada biopsicosocial invita a reflexionar sobre cómo esta enfermedad implica desde una postura biológica diversos cambios físicos que a la vez viene acompañado de sensaciones dolorosas o placenteras que se manifiestan a través del cuerpo, pero la percepción que cada uno tenga de ello depende a su vez de un componente psicológico y emocional. Del mismo modo, Anzieu (1995) menciona que toda representación mental de sí mismo va en paralelo con las vivencias físicas que se dan a través de lo corporal.

En ese sentido, en este estudio se evidenció que en las pacientes histerectomizadas el funcionamiento emocional se vincula directamente con el funcionamiento sexual, y esta última a su vez, se relaciona de manera positiva con la calidad de vida en general, como en el estudio de Bae y Park (2016), ya que el grado de satisfacción sexual se asocia con la interpretación que tenga la paciente acerca de su bienestar (Carrobles, Gámez, & Almendros, 2011).

Sin embargo, es común que se presenten síntomas asociados a un episodio depresivo o ansioso, así como preocupación sexual para tener relaciones (Melet, 2010), lo cual se vincula con un deterioro del funcionamiento sexual y con una percepción de dolor.

Esto último se puede comprender desde una mirada socioemocional porque la mayoría de pacientes tienen una percepción de vulnerabilidad vinculadas a su imagen corporal, la pérdida de su identidad sexual o de maternidad, temor de reiniciar su vida sexual por sentir dolor, miedo a contagiar a su pareja, de no disfrutarlo como antes o que se le dificulte tener nuevas prácticas sexuales. (Bayram & Beji, 2010; Castañeda & Contreras, 2017; Dunkel-Schetter & Lobel,

1991; Labrador, 2008; Melet, 2010; Nuñez & Vera, 2013, Palli, Lluch, & Valero, 2010; Urrutia & Riquelme, 2009).

Además, en algunos casos el desconocimiento de las consecuencias tras la histerectomía constituye un factor de riesgo porque algunas de ellas perciben que retomar la relación sexual es una “prueba” para evaluar si están bien luego de la cirugía o si su pareja nota algún cambio en ellas (Komura, et al., 2007; Nuñez & Vera, 2014). En base a ello, el factor cultural estaría también asociado al comportamiento y las emociones que pudieran tener las pacientes histerectomizadas, componente que se desarrollará más adelante.

Sin embargo, es importante resaltar que algunas mujeres no llegan a sentir dolor, pero mantienen intimidad sexual porque tienen creencias de que su pareja la perciba como incapaz de brindarle placer. En ese sentido, nos podemos dar cuenta que el aspecto social y cognitivo, en relación a los pensamientos negativos, estarían mediando en su bienestar, al ser dos componentes de la experiencia. (Faria, Ferrarotto y Gonzales, 2015; García et al., 2003; Nuñez & Vera, 2014; Palli, Lluch, & Valero, 2010).

En base a lo ya expuesto, se puede discutir que más allá de las consecuencias fisiológicas, la presencia de estas fantasías, percepciones subjetivas asociadas a la cirugía, el desconocimiento de los efectos de los procedimientos médicos y una mezcla de emociones puede llevar a que las pacientes se sientan con mayor malestar, dolor o perder el sentido de sí mismas, y como plantea Anzieu (1987), las alteraciones que uno pueda tener en su cuerpo puede generar una herida psíquica, un vacío que puede incluso resultar traumático.

Por otra parte, con respecto al primer objetivo específico, no se mostró una diferencia del funcionamiento sexual según si la paciente había o no recibido información, la cual puede estar relacionada a diversos motivos tales como: la dificultad para comprender la pregunta, la falta de especificidad de esta, o la presencia de gran confusión con respecto a la enfermedad al no haber sido informada adecuadamente sobre las consecuencias de la cirugía por el personal médico, o al haber recibido la información en términos difíciles de comprender, generando incertidumbre sobre el futuro. (Mejía, 2012; Nuñez & Vera, 2014; Rivera, 2016).

A raíz de ello, podemos evidenciar que, desde una perspectiva cultural, es difícil para algunas pacientes hablar de sus problemas sexuales, por considerarlo un tabú o por deseabilidad social, ya que los mismos profesionales omiten explicar sobre estos temas, y son muy pocas las que buscan orientarse con un personal capacitado (Carreño, 2017; Pinar et al., 2015).

En ese sentido, se encontraron diferencias significativas en el funcionamiento sexual según el tipo de información obtenida, entre ellas: la información de su cirugía, la información

sobre su vida sexual post histerectomía y sobre los efectos a largo plazo. Con respecto a las que recibieron la primera, se evidenció una relación con un mayor funcionamiento sexual en general, lo cual concuerda con la investigación de Brotto et al. (2008) porque al obtener una información adecuada, las pacientes están mejor preparadas psicológicamente sobre los cambios que se producen en su cuerpo, logrando comprenderlo, aceptarlo y todo ello genera una mayor probabilidad de que retomen su vida sexual satisfactoriamente (Palli, Lluch, & Valero, 2010).

Por otra parte, recibir información sobre la vida sexual post histerectomía y los efectos a largo plazo generan cambios positivos en las dimensiones de lubricación y del deseo sexual, respectivamente. Esto coincide con el estudio de Tsai et al. (2011), donde pacientes que habían tenido consejería sobre su vida sexual presentaban una menor probabilidad de tener disfunciones sexuales y, sería importante que la pareja también reciba este tipo de información ya que una comunicación acompañados de comprensión y afecto mutuo se asocia con una buena relación sexual, y ayuda a generar un mejor proceso de superación ante los traumas que ha podido tener la paciente de su sexualidad y la enfermedad (Melet, 2010; Montes, Mullins & Urrutia, 2006; Nuñez & Vera, 2013).

Un aspecto a considerar, es que menos del 50% de la muestra habían recibido al menos una de estas informaciones, probablemente porque por parte del personal médico o de la paciente se habría omitido hablar o se hubiera ocultado la información sobre cómo el diagnóstico impacta en la vida sexual y los efectos que puedan sentir durante las relaciones íntimas (Arellano & Castro, 2013; Melet, 2010).

Cabe resaltar que, en los análisis exploratorios, pudimos observar que aquellas pacientes que no recibieron ningún tipo de información tenían un mayor deseo de recibirla, lo cual se corrobora con los resultados de la investigación de Palli, Lluch y Valero (2010) donde la mayoría de sus participantes creían importante obtener información sobre el cáncer de cuello uterino y sus tratamientos, y cómo estos median en sus relaciones íntimas y su vida en pareja.

De tal manera, al explorar sobre las posibles variables que estarían influyendo en el desconocimiento de la información, se encontró que nuevamente el factor cultural estaba asociado con dos aspectos. El primero, al lugar de procedencia, Lima o Provincia, en función al grado de instrucción y el nivel socioeconómico de las mismas. Y, por otro lado, las diferencias asociadas al nivel de escolaridad alcanzado y el tipo de información recibida sobre la enfermedad. En ese sentido, las participantes que no tuvieron estudios o llevaron grados

incompletos de escolaridad reportan no haber recibido información de su cirugía ni de su vida sexual.

En relación al primer aspecto, se desprende la posibilidad de que las pacientes de provincia tengan un mayor gasto monetario, lo cual haya repercutido en su nivel socioeconómico por todo lo que implica el proceso de la enfermedad y el tratamiento que lo realizan en la capital, entre ellos, el transporte para ir al hospital, las medicinas que no cubre el seguro, o el alojamiento de un cuarto (Rivera, 2016).

Asimismo, es pertinente resaltar que los pobladores de provincia necesitan de una mayor competencia para estudiar en las escuelas rurales castellanizadas, ya que la mayoría son quechua-hablantes o tienen otra lengua materna diferente al castellano. Por ello, no todos logran completar educación básica regular y abandonan los estudios en la primaria (Rodríguez, 2012). Por otra parte, estudios previos dan cuenta de la relación entre grado de instrucción y deterioro en la mayoría de dimensiones del funcionamiento sexual de las mujeres (Parra, 2015; Tsai, et al., 2011). Esto se explica debido a que las pacientes con baja escolaridad podrían tener mayor dificultad para asimilar y comprender la información que se les brinda sobre su enfermedad (Rivera, 2016) o les toma más tiempo organizar todo lo que les sucede en su entorno y brindarle un significado al cáncer, según Mishel (Como se citó en Rivera, 2016).

Por otra parte, al analizar el segundo objetivo específico, se mostró que las pacientes histerectomizadas de 25 a 44 años tenían mayor funcionamiento sexual general y mayor excitación, lo cual coincide con otros estudios previos (Bae & Park, 2016; Palli, Lluch, & Valero, 2010; Parra, 2015). Esto se debería según Erikson (1985), porque durante la adultez temprana, las personas le dan mayor importancia a tener relaciones sexuales con su pareja con el fin de establecer un lazo estable, cercano y con mayor compromiso, mientras que entre los 40 y 50 años se reduce la frecuencia sexual por el estado físico de la persona (Papalia, 2012),

Sin embargo, en esta investigación también se encontró que las pacientes mayores de 45 presentan mayor deseo sexual y orgasmo. Este resultado es similar al estudio de Palli, Lluch y Valero (2010) donde las parejas de 65 años a más tenían intimidad sexual con alto deseo y satisfacción. De tal manera, se puede analizar que más allá de una determinada edad, poder tener relaciones dependería de tener una pareja sexualmente activa y que la mujer se sienta cómoda de experimentar su sexualidad en la fase de vida que se encuentre (Freixas & Luque, 2009; Pino, 2010).

Cabe mencionar que a partir de todo lo mencionado, se puede interpretar que el malestar de una paciente histerectomizada se compone de diversos factores, y para que se sienta capaz de disfrutar de las relaciones sexuales, fortalezca su sentido de feminidad y de identidad, tiene que ver más allá de ese malestar físico, las exigencias culturales y esa sensación de tener un cuerpo hueco o vacío, porque lo que estaría influyendo para sentirse bien es la percepción subjetiva en función a la desaparición de sus síntomas y de su propio bienestar sexual, así como refiere Naughton (Como se citó en Cerda, Pino, & Urrutia, 2006)

Para lograr ello, Anzieu (1987) propone que el ser humano frente a las adversidades que experimente en su cuerpo, pueda consolidarse a sí mismo en algo que vaya mucho más allá de ese contenedor físico, es decir que pueda trascender bajo otras reglas y características. Entonces, en base a lo señalado y en relación a la presente investigación, se puede tomar en consideración la trascendencia como un camino de salida hacia la recuperación del bienestar sexual perdido en las pacientes, mediante una experiencia psicológica.

Por otro lado, se debe considerar las limitaciones del presente estudio. Una de ellas es que no se pudo generalizar los resultados ya que algunas pacientes no deseaban participar porque evitaban hablar sobre su funcionamiento sexual, o había dificultad de contactarse con ellas. Otra limitación fue que algunas mujeres eran analfabetas, o tenían dificultad de poder entender las preguntas, y esto podría estar asociado a que ellas no han tenido la posibilidad del acceso y comprensión de la información mediante charlas de prevención y promoción de la salud, lo cual se puede considerar como un factor de riesgo.

Además, en algunos casos, no podían leer la pregunta por algún problema de la vista y pedían ayuda a la investigadora para que les lea los cuestionarios y lo respondan de manera verbal. Esto pudo influir en que las pacientes minimicen sus dificultades a nivel sexual ya que, probablemente tenían cierta incomodidad de hablar de ello, o se ha podido generar deseabilidad social al momento de brindar su respuesta porque estaban interactuando con una persona a la que perciben del personal médico. Así también, al ser un tipo de diseño cuantitativo, se recomienda que en futuras investigaciones se pueda complementar con una entrevista semiestructurada, la cual ayude a obtener información sobre la percepción que tienen las pacientes de diversas regiones del país acerca de su feminidad, y a la vez considerar las subjetividades de la paciente acerca de su vida sexual y su calidad de vida explorando otros factores que podrían influir en dicha relación, como el impacto emocional tras la histerectomía en aquellas que sí deseaban tener hijos

Por otra parte, la presente investigación ha analizado los constructos en un solo momento y sería interesante que más adelante se pueda explorar mediante un estudio longitudinal, si existen cambios del funcionamiento sexual pre y post cirugía, con el objetivo de explorar si esta variable se ve afectada por la histerectomía o por otros factores exógenos.

Cabe mencionar que en nuestro estudio la mayoría de participantes sí están dispuestas a hablar sobre su vida sexual en un ambiente y tiempo adecuado, y desean obtener mayor información. En ese sentido, a modo de sugerencia, desde el ámbito de la psicooncología, se consideraría como un factor de protección, la realización de campañas de prevención y promoción de la salud, así como un trabajo en conjunto con el equipo médico, mediante la realización de capacitaciones, para que estos informen de manera asertiva, en el momento adecuado y sin un juicio propio, sobre los cuestionamientos de las pacientes acerca de sus problemas sexuales, los cambios que se dan luego de la histerectomía y los diversos métodos para el bienestar sexual. Asimismo, se recomienda que se creen espacios psicoeducativos para las pacientes sobre su vida sexual luego del cáncer ginecológico y/o realizar consejería para los familiares donde se les brinde contención, apoyo e información sobre la enfermedad, los cuidados que se debe tener con la paciente, y plantear estrategias para una mejor comunicación y afronte de problemas

En conclusión, esta investigación tuvo como aporte principal analizar la relación entre la calidad de vida y el funcionamiento sexual en pacientes histerectomizadas por cáncer de cuello uterino ya que en el Perú no había investigaciones en base a ello, siendo esta enfermedad la que tiene mayor índice de incidencia y mortalidad en las mujeres (Minsa, 2017). Así también, se da la apertura de poder continuar investigando sobre la sexualidad en la población oncológica, la cual es poco hablada en nuestro entorno.



Referencias bibliográficas

- Aaronson, N. (1993a). Assessment of quality of life and benefits from adjuvant therapies in breast cancer. *Adjuvant Therapy of Breast Cancer IV*, 127 (1), 201-210. https://doi.org/10.1007/978-3-642-84745-5_28
- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., ... Takeda, F. (1993b). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Albano, J., Ward, E., Jemal, A., Anderson, R., Cokkinides, V., Murray, T., ... Thun, M. (2007). Cancer mortality in the United States by education level and race. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(18), 1384–1394. <https://doi.org/10.1093/jnci/djm127>
- Albuja, D. y Celleri, A. (2015). *Calidad de vida sexual en mujeres post histerectomizadas del servicio de ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín durante el año 2014* (Tesis de licenciatura), PUCE, Quito. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10424/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, C., Castro, E., Virginillo, J., Bruno, G., González, C., Vallejos, J. y Dieguez, A. (2012). Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. *Revista argentina de radiología*, 76(2), 169-171. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3825/382538499014.pdf>
- Amanqui, C., Mabel, K., De La Cruz, H., & Norez, N. (2016). *Actitud hacia la sexualidad y función sexual en mujeres histerectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa (IREN-SUR)* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3636>
- American Cancer Society (3 de enero de 2020a). *Quimioterapia para cáncer de cuello uterino*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/quimioterapia.html>

- American Cancer Society (3 de enero de 2020b). *Radioterapia para cáncer de cuello uterino*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/radioterapia.html>
- American Cancer Society (3 de enero de 2020c). *Cirugía para el cáncer de cuello uterino*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/cirugia.html>
- American Cancer Society (18 de septiembre de 2015). *Cambio del estado emocional y psicológico*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/cambios-psicoemocionales/la-ansiedad-y-el-miedo.html>
- American Cancer Society (3 de enero de 2020d). *Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html>
- American Cancer Society (3 de enero de 2020e). *Opciones de tratamiento para el cáncer de cuello uterino según la etapa*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/por-etapa.html>
- American Cancer Society. (3 de enero de 2020f). *¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino?*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
- American Cancer Society (6 de febrero de 2020g). *La cirugía puede afectar la vida sexual de la mujer*. Cancer.org. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer/cirugia-pelvica.html>
- American Society of Clinical Oncology (2017). *Sobrevivencia al cáncer*. https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_survivorship_esp.pdf
- Anzieu, D. (1987): *El Yo-piel*, trad. Sofia Vidaurrezaga Zimmermann, Biblioteca Nueva, Madrid
- Anzieu, D. (1995). *El pensar: del yo-piel al yo-pensante*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Arellano, M. y Castro, M. (2013). *El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. Estudios sociales (Hermosillo,*

- Son.*), 21(42), 259-278. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-45572013000200011&lng=es&nrm=iso
- Arraras, J, Martínez, M., Manterota, A., y Láinez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1 (1), 87-98. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404110087A/16333>
- Arraras, J., Villafranca, J., Arias de la Vega, F., Domínguez, M., Láinez, N., Manterola, A., ...Martínez, M. (2008). El cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30 (versión 3.0). Estudio de validación para pacientes con cáncer de próstata español. *Archivos Espanoles de Urología*, 61 (8), 949-954. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000800017
- Bae, H. y Park, H. (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1277-1283. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2918-z>
- Barrionuevo, L., Palència, L. y Borrell, C. (2013). ¿Cómo afectar el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú?. *Rev Panam Salud Publica*, 34 (6), 393-400. Recuperado de: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-december-2013&alias=667-como-afecta-el-tipo-de-seguro-de-salud-a-la-realizacion-del-papanicolaou-en-peru&Itemid=847
- Barrionuevo, L. (2014). *Desigualdades sociales en salud y el cribado de cáncer de cuello uterino y de mama en el Perú* (Tesis doctoral). Universitat Pompeu Fabra, España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/319716/tlbr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bayram, O. y Beji, K. (2010). Psychosexual adaptation and quality of life after hysterectomy. *Sexuality and Disability*, 28 (1), 3-13. <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9143-y>
- Bendezu, G., Soriano, A., Urrunaga, D., Venegas, G., y Benites, V. (2020). Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolaou en mujeres peruanas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud*

- Publica*, 37, 17-24. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v37n1/1726-4642-rins-37-01-17.pdf>
- Blanco, E. (12 de abril de 2018). *La respuesta sexual humana*. psicologosoviedo.com. <https://psicologosoviedo.com/especialidades/sexologia/respuesta-sexual/>
- Blümel, J.E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrazco, A., Izaguirre, H. y Sarrá, S. (2004). Índice de Función Sexual Femenina: Test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena Obstetricia Ginecológica*; 69(2), 118-125. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006
- Brotto, L., Heiman, J., Goff, B., Greer, B., Lentz, G., Swisher, E., ... Van, A. (2008). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 317–329. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9196-x>
- Carreño, M. (2017). *Estrés percibido y funcionamiento sexual en mujeres con cáncer de cuello uterino* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8109>
- Carrobes, J, Gámez, M., y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres. *Anales de Psicología*, 27 (1), 27–34. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16717018004.pdf>
- Castañeda, L. y Contreras, K. (2017). Apuntes para el estudio de las identidades femeninas. El desafío entre el modelo hegemónico de feminidad y las experiencias subjetivas. *Intersticios sociales*, 13(1), 1-19. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642017000100001&lng=es&tlng=es.
- Castillo, Y., Canencia, J., Zurbarán, M., Pertuz, D., Montes, M. y Jiménez, E. (2015). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(1), 22-31. <https://doi.org/10.18597/rcog.4>
- Cerda, P., Pino, P. y Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(3). <https://doi.org/10.4067/S0717-75262006000300012>

- Corradina, J., Urdaneta, J., García, N., Contreras, N., y Baabel, N. (2017). Calidad de vida en supervivientes al cáncer de cuello uterino. *Revista Venezolana de Oncología*, 29 (3), 219-228. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3756/375651399013/html/index.html>
- Cuamatzi, M. y Villela, M. (2009). Significado de la Histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones del parto: una visión sociocultural. *Revista CONAMED*, 14(1), 11–14. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3632382.pdf>
- Duarte J., y García-Horta, J. (2016). Igualdad, Equidad de Género y Feminismo, una mirada histórica a la conquista de los derechos de las mujeres. *Revista CS*, 107–158. <https://doi.org/10.18046/recs.i18.1960>
- Dunkel-Schetter, C., y Lobel, M. (1991). Reacciones psicológicas a la infertilidad. En *Infertilidad: Perspectivas de la tensión y la investigación de afrontamiento*, 1(1), 29-57. Recuperado de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0753-0_3
- Erikson, E. (1985). *The life cycle completed* (1ª ed.). Nueva York: Norton.
- Faría, F., Ferrarotto, M., y González, M. (2015). Función sexual en pacientes histerectomizadas. *Revista de Ginecología y Obstetricia, Venezuela*, 75 (1), 30-40. Recuperado de <http://docplayer.es/54869183-Funcion-sexual-en-pacientes-histerectomizadas.html>
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D, y Bottomley, A. (2001). *EORTC QLQC30 Scoring Manual* (3a ed.). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer
- Franco, P. (2017). *Histerectomía: tipos de abordaje y cuidados de enfermería* (Tesis de licenciatura). Universidad de Salamanca, España. Recuperado de: <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/133266>
- Freixas, A., y Luque, B. (2009). El secreto mejor guardado: La sexualidad de las mujeres mayores. *Política y Sociedad*, 46(1), 191–203. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0909130191A>

- García, D., García, M., Ballesteros, B. y Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Univ. Psychol.*, 2(2), 199-214. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64720209>
- González, M., Viáfara, G., Caba, F., y Molina, E. (2004). Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas*, 48(4), 411-420. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2003.10.005>
- Grau, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación, Desarrollo y Diversidad*, 5(2), 67-87. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/41639/004320.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Greenwald, H. y McCorkle, R. (2008). Sexualidad y función sexual en sobrevivientes a largo plazo de cáncer de cuello uterino. *Journal of Women's Health*, 17 (6), 955-963. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0613>
- Greimel, E., Kuljanic, K., Waldenstrom, A., Duric, V., Jensen, P., Singer, S., ...Wydra, D. (2006). The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer*, 107(8), 1812-1822. <https://doi.org/10.1002/cncr.22217>
- El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. (1998). Desarrollo de la evaluación de calidad de vida WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud. El grupo WHOQOL. *Psychological Medicine*, 28 (3), 551-558. Recuperado de [https://depts.washington.edu/uwcssc/sites/default/files/hw00/d40/uwcssc/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20\(WHOQOL\).pdf](https://depts.washington.edu/uwcssc/sites/default/files/hw00/d40/uwcssc/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20(WHOQOL).pdf)
- Hawton, K., Gath, D., y Day, A. (1994). Función sexual en una muestra comunitaria de mujeres de mediana edad con pareja: efectos de la edad, factores maritales, socioeconómicos, psiquiátricos, ginecológicos y menopáusicos. *Archivos de comportamiento sexual*, 23 (4), 375-395. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7993180/>
- Hendrickx, L., Gijs, L., y Enzlin, P. (2015). Tasas de prevalencia relacionada con la edad de las dificultades sexuales, las disfunciones sexuales y la angustia sexual en mujeres heterosexuales: resultados de una encuesta en línea en Flandes. *Journal of Sexual Medicine*, 12 (2), 424-435. <https://doi.org/10.1111/jsm.12725>

- Hernández, D., Apresa, T., y Patlán, R. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 53 (2), S154-161. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims152f.pdf>
- Hugues, M. (2008). Alterations of sexual function in women with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 24, 2, 91-101. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/5409058_Alterations_of_Sexual_Function_in_Women_With_Cancer
- Hutchison, E. (2003). Add Gender and Stir?: Cooking up Gendered Histories of Modern Latin America. *Latin American Research Review*, 38(1), 267-287. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/1555444?seq=1>
- Ingar, C. (2016). *Cuerpos femeninos, agencia femenina en salud reproductiva y lo político de la reproducción en el Perú: un análisis cultural comparativo de las experiencias corporeizadas menstruales entre mujeres rurales de una comunidad andina en Cusco y mujeres limeñas de clase media* [tesis de doctorado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7239>
- Instituto Nacional de Cáncer. (9 de febrero de 2015). *¿Qué es el cáncer?*. Cancer.gov.: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Instituto Nacional del Cáncer. (12 de junio de 2020). *Cáncer de cuello uterino*. Cáncer.gov. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
- Komura, L., Ferraz, P., Silva, D. y Okada, M. (2007). Histerectomía y vivencia de la sexualidad. *Index de Enfermería: Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades*, 16(57), 28-32. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2472664&orden=0&info=link>
- Labrador, I. (2008). Sexualidad femenina e histerectomía. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (4), 1-6. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400011
- Lee, Y., Lim, M., Kim, S., Joo, J., Lee, D. y Park, S. (2016). Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women. *Cancer Research and Treatment*, 48(4), 1321-1329. <https://doi.org/10.4143/crt.2015.425>

- Lonnée-Hoffmann, R., y Pinas, I. (2014). Efectos de la hysterectomía en la función sexual. *Informes actuales de salud sexual*, 6 (4), 244-251. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0029-3>
- López, J. (2012). Infecciones vaginales y lesiones celulares cervicales (III). Características de la sexualidad. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 39(3), 90-101. Recuperado de: <https://medes.com/publication/84630>
- López, S., Cruzado, J., y Feliu, J. (2012). Daños Neuropsicológicos Asociados a los Tratamientos Quimioterapéuticos: Una Propuesta de Evaluación. *Clínica y Salud*, 23 (1), 3–24. <https://doi.org/10.5093/cl2012a3>
- Martínez, M., Bustos, H., Ayala, R., Leroy, L., Morales, F., Watty, A. y Briones, C. (2010). Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a hysterectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(4), 247-252. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000400006
- Mejía, M. (2012). *Incertidumbre, calidad de vida e imagen Corporal en mujeres sometidas a mastectomía* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejiarojas.2012.pdf>
- Melet, A. (2010). Cáncer de cuello uterino: Sexualidad y problemas emocionales. *Revista Venezolana de Oncología*, 22 (4), 265–267. Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000400009
- Mezones, E., Blümel, J., Huezco, M., Vargas, R., Castro, J., Córdova, W., ... Castelo-Branco, C. (2008). Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecological Endocrinology*, 24 (6), 1- 5. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18850386/>
- Ministerio de Salud (2011). *Guía de práctica clínica- Cáncer de cuello uterino* (1ª ed.) Lima: Ministerio de salud- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Ministerio de Salud del Perú (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino* (1ª ed.) Lima: Ministerio de Salud

- Miranda, C. (2013). *Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el período febrero-agosto 2012* (Tesis de licenciatura). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Recuperado de: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3690>
- Monge, F. (2006). Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama - Hospital EsSalud Cusco. *SITUA*, 15 (1-2), 48-54. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a09.pdf
- Montes, L., Mullins, M. y Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(2), 129-134. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262006000200010>
- Niezgoda, H. y Pater, J. (1993). A validation study of the domains of the core EORTC quality of life questionnaire. *Quality of Life Research*, 2 (5), 319-325. <https://doi.org/10.1007/BF00449426>
- Núñez, T., y Vera, H. (2014). Experiencias psicosexuales de pacientes histerectomizadas del servicio de ginecología del hospital regional docente Las Mercedes–Chiclayo 2013. *Revista Científica Salud & Vida Sipanense*, 1(1), 51
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22 (1), 29-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902205>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Nota descriptiva* (29). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/cancer-datos-cifras-2015.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (12 de Setiembre del 2018). *Cáncer, Datos y cifras*. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (25 de setiembre de 2018). *Salud de la mujer*. Who.int. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
- Ortega, R., Aguilar, C., Aguilera, P., Pérez, M., Romero, R., y Fang, M. (2012). Paciente Posoperada de Histerectomía Total Abdominal. *Desarrollo Científico de*

- Enfermería*, 20(1), 24–28. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-024.pdf>
- Palli, C., Lluch, J. y Valero, S. (2010). Sexualidad, comunicación y emociones: Estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 7 (1), 153-173. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120153A>
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez* (3ª ed.) México: McGrawHill
- Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12ª ed.) España: MacGrawHill
- Parra, C. (2015). *Estudio de los cambios en la función sexual de la mujer tras la histerectomía* (Tesis doctoral). Universidad de Castilla- La Mancha, España. Recuperado de: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/8532/TESIS%20%C3%81ngel%20Parra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Parra L. y Carrillo, G. (2011). Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix. *Avances en enfermería*, 24 (1), 87-96. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35859/37066>
- Pinar, G., Kaplan, S., Akalin, A., Abay, H., Ayhan, A., y Ayhan, Y. (2015). Evaluation of Sexual Dysfunction and Affecting Factors in Turkish Women with Gynecological Cancer. *Sexuality and Disability*, 34(1), 49–62. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9411-y>
- Pino, C. (2010). Disfunción sexual en pacientes con cáncer. *Revista de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 23, 135-144. Recuperado de: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/1441>
- Razo, R. y Tomanguillo, M. (2017). *Calidad de vida en pacientes sobrevivientes de cáncer de cuello uterino en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima. Perú* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima. Recuperado de: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621905/Razo_HR.pdf?jsessionid=BF5E7585573BA277396BBD0CE6D3FC54?sequence=5

- Rivera, C. (2016). *Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7474>
- Robert, V., Álvarez, C. y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677–684. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)
- Rodríguez, E. (2012). ¿Barreras lingüísticas en la educación?: la influencia de la lengua materna en la deserción escolar. *Economía*, 35 (69), 83-151. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/view/2711>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... D'Agostino, R.. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26 (2), 191-208. Recuperado de: <https://labs.la.utexas.edu/mestonlab/files/2014/10/2000-Rosen-Brown-Heimen-et-al.pdf>
- Salazar, M., Regalado, R., Navarro, J., Montañez, D., Abugattas, J. y Vidaurre, T. (2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30 (1), 105-112. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a20v30n1.pdf>
- Sang, P., Bae, D., Joo, H., Chong, T., Cho, C., Jong, L., ... Young, H. (2007). Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer*, 110(12), 2716–2725. <https://doi.org/10.1002/cncr.23094>
- Sociedad Española de Oncología Médica (3 de febrero de 2020). *Cáncer de cérvix*. Seom.org. <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?showall=1>
- Serati, M., Salvatore, S., Uccella, S., Laterza, R. M., Cromi, A., Ghezzi, F. y Bolis, P. (2009). Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer: ¿Is there a difference between laparoscopy and laparotomy?. *The journal of sexual medicine*, 6(9), 2516-2522. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/med/19549091>
- Sira, M. (1999). Capítulo 7: Función Sexual y Embarazo. *Obstetricia moderna*, 1(1), 93-106, Recuperado de: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_07.pdf

- Sireci, S., y Faulkner, M. (2014). Validity evidence based on test content. *Psicothema*, 26(1), 100–7. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.256>
- Sobral, E. y Soto, M. (2015). Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 42(1), 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2014.05.001>
- Song, T., Choi, C., Lee, Y., Kim, T., Lee, J., Kim, B., y Bae, D. (2012). Sexual Function after Surgery for Early-Stage Cervical Cancer: Is There a Difference in It According to the Extent of Surgical Radicality? *Journal of Sexual Medicine*, 9(6), 1697–1704. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02723.x>
- Sosa, J. (2012). Actividad sexual y enfermedad cardiovascular. *Anales de La Facultad de Medicina*, 73(4), 331-334. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400010
- 9, P., Irrarázaval, M., Fasce, G., Urrejola, R., Pierotic, M., León, H.,...Badínez, L. (2010). Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: experiencia FALP. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(6), 383-398. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262010000600007>
- Tsai, T., Chen, S., Tsai, M., Su, Y., Ho, C. y Su, H. (2011). Prevalence and associated factors of sexual dysfunction in cervical cancer patients. *Journal of Sexual Medicine*, 8(6), 1789–1796. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01745.x>
- Urrutia, M., Concha, X., y Padilla, O. (2014). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 79(5), 368–377. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000500003>
- Urrutia, M., y Riquelme, P. (2009). Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(5), 276-280. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500002
- Valenzuela, R. (2014). *Función sexual en trabajadoras en turno del sector de salud* (Tesis de magister). Universidad de Concepción, Concepción. Recuperado de:

http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/1610/1/Tesis_Funci%C3%B3n_sexual_de_%20trabajadoras_en_turno_del_sector_salud.Image.Marked.pdf

Wiegel, M., Meston, C. y Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal Sexual Marital Therapy*, 31,(1), 1-20. Recuperado de: <https://labs.la.utexas.edu/mestonlab/files/2016/05/fsfi-2005.pdf>







APÉNDICES

APÉNDICE A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada paciente:

Deseamos solicitar su participación en el estudio **“Calidad de vida y funcionamiento sexual en pacientes histerectomizadas por cáncer de cuello uterino”** a cargo de Carolina Granados Pazos, estudiante de la especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú y bajo la supervisión de la Mg. Andrea Chavez Cornejo.

El **objetivo** del presente estudio es analizar la relación entre la calidad de vida y el funcionamiento sexual en un grupo de mujeres adultas con cáncer de cuello uterino que han sido histerectomizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

Su **participación implica** llenar una ficha de datos y dos cuestionarios que se le entregarán a continuación.

La información que se recoja será **estrictamente confidencial** y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Esto significa que nadie excepto la investigadora tendrá acceso a la información que pueda proporcionar.

En ese sentido, los cuestionarios resueltos por usted serán **anónimos** y por ello serán codificados utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que usted da su consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Además, es importante señalar que **puede finalizar su participación** en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para usted. Puede darse el caso de que alguna pregunta o actividad le incomode, en ese caso puede comunicárselo a la investigadora o negarse a responder.

Si tiene cualquier pregunta en relación al desarrollo del proyecto, puede contactarse con la investigadora al correo electrónico: a20131847@pucp.pe, o con su **supervisora al correo achavezc@pucp.edu.pe** . Así como también, al Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación, el Dr. Arístides Juvenal Sánchez Lihon al correo comité_etica@inen.sld.pe o al 2016500 anexo: 3001.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio **“Calidad de vida y funcionamiento sexual en pacientes histerectomizadas por cáncer de cuello uterino”** y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física o condición, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que, puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Nombre completo de la participante

Fecha

Firma

Nombre del Investigador responsable

Fecha

Firma

APÉNDICE B: FICHA DE DATOS

Nombre o apodo: _____

Edad : _____

Lugar de procedencia: _____

¿Actualmente reside en Lima?: _____ Tiempo de residencia en Lima:

Grado de instrucción:

0) Sin estudios		
1) Primaria incompleta		2) Primaria completa
3) Secundaria incompleta		4) Secundaria completa
5) Técnico incompleta		6) Técnica completa
7) Superior incompleta		8) Superior completa

Ocupación actual: 1) Trabaja 2) No trabaja 3) Ama de casa

Nivel socioeconómico: 0) Bajo () 1) Medio bajo () 2) Medio () 3) Medio alto () 4) Alto ()

Estado civil actual:

0) Soltera		3) Divorciada	
1) Casada		4) Separada	
2) Conviviente		5) Viuda	

¿Tiene pareja actual?: 0) Sí () 1) No ()

¿Tiene hijos?: 0) Sí () 1) No ()

Número de hijos: _____

Diagnóstico: _____ Estadio: _____

Fecha del diagnóstico:

¿Recibió un tratamiento previo? 0) Sí () 1) No ()

Si respondió SÍ: ¿Cuál tratamiento está llevando actualmente? (MARQUE CON UNA X)

Cirugía	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Braquiterapia	
Terapia hormonal	

Si respondió NO: ¿Cuál recibió previamente? (MARQUE CON UNA X)

Cirugía	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Braquiterapia	
Terapia hormonal	

¿Cuánto tiempo lleva sin recibir tratamiento? _____

¿Qué tipo de cirugía le realizaron? (MARQUE CON UNA X)

Histerectomía		Cervicetomía	
Criocirugía		Ganglios linfáticos pélvicos	
Cirugía laser		Conización	

Si le han hecho la histerectomía, responder: ¿Hace cuánto tiempo se la han realizado?

¿Qué tipo de histerectomía le realizaron?

0) Histerectomía total ()

1) Histerectomía sub total ()

2) Histerectomía radical ()

¿Recibió información del personal de salud sobre la intervención quirúrgica y sus efectos luego de esta? 0) Sí () 1) No ()

Si respondió SÍ: ¿Qué tipo de información recibió? (Marque con una X, puede ser más de una)

1. Sobre mi cirugía	
2. Sobre cómo iba a ser mi vida sexual más adelante	
3. Sobre los síntomas que podía tener luego de esta	
4. Sobre los efectos que podía tener a largo plazo luego de la cirugía	
5. Otra, especifique:	

Si respondió NO, responder:

¿Considera usted que la información le hubiera sido importante? (Sí) (No)

¿Qué le hubiese gustado saber?

¿Ha practicado actividad sexual en los últimos 3 meses? 0) Sí () 1) No ()

¿Con qué frecuencia?

1) Una vez al mes	
2) Dos veces al mes o quincenalmente	
3) 1 vez a la semana	
4) 2 veces a la semana	

APÉNDICE C: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 5

Características sociodemográficas de los participantes

Variable		<i>f</i>	%
Edad	26 - 44 años	41	38.7
	45 - 65 años	65	61.3
Procedencia	Lima	32	30.2
	Provincia	74	69.8
Lugar de residencia	Lima	60	56.6
	Provincia	46	43.4
Grado de instrucción	Sin estudios	8	7.5
	Primaria incompleta	26	24.5
	Primaria completa	8	7.5
	Secundaria incompleta	20	18.9
	Secundaria completa	24	22.6
	Técnico incompleta	2	1.9
	Técnico completa	11	10.4
	Superior completa	7	6.6
Nivel socioeconómico	Bajo	52	49.1
	Medio bajo	23	21.7
	Medio	31	29.2
Ocupación actual	Trabaja	23	21.7
	No trabaja	5	4.7
	Ama de casa	78	73.6
Estado civil	Soltera	26	24.5
	Casada / Conviviente	63	59.4
	Divorciada / Separada	11	10.4
	Viuda	6	5.7
Pareja actual	Con pareja	76	71.7
	Sin pareja	30	28.3
Número de hijos	0	3	2.8
	1	14	13.2
	2	23	21.7
	3	25	23.6
	4 o más	41	38.7
Estadio clínico	I	76	71.7
	II	27	25.5
	III	3	2.8
Tiempo de diagnóstico	12 meses o menos	2	1.9
	13 a 24 meses	49	46.2

	25 a 36 meses	44	41.5
	37 a más	11	10.4
Recibió información	Sí recibió	55	51.9
	No recibió	51	48
Tipo de información	Cirugía	45	42.5
	Vida sexual en adelante	28	26.4
	Síntomas post-histectomía	33	31.1
	Efectos a largo plazo	23	21.7
	No recibió ninguna información	51	48
Tipos de tratamiento previo	Quimioterapia	23	21.7
	Radioterapia	35	33
	Braquiterapia	29	27.4
	Terapia hormonal	2	1.9
Tipo de histerectomía	Total	17	16.0
	Sub-total	11	10.4
	Radical	78	73.6
Tiempo de histerectomía	6 a 12 meses	16	15.1
	13 a 24 meses	67	63.2
	25 meses a más	23	21.7
Actividad sexual en los últimos 3 meses	Sí	52	49.1
	No	54	50.9
Frecuencia de actividad sexual	No practica	54	50.9
	Una vez al mes	14	13.2
	Dos veces al mes	16	15.1
	1 vez a la semana	14	13.2
	2 veces a la semana	8	7.5

N=106

APÉNDICE D: CONFIABILIDAD POR CONSISTENCIA INTERNA**Tabla 6***Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30*

Dimensiones	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
Funcionamiento físico $\alpha=.54$	C30-1	.40	.44
	C30-2	.45	.38
	C30-3	.38	.48
	C30-4	.36	.49
	C30-5	.26	.55
Funcionamiento de rol $\alpha=.47$	C30-6	.36	
	C30-7	.36	
Dolor $\alpha=.83$	C30-9	.70	
	C30-19	.70	
Fatiga $\alpha=.68$	C30-10	.47	.61
	C30-12	.47	.62
	C30-18	.54	.52
Náusea y vómito $\alpha=.57$	C30-14	.53	
	C30-15	.53	
Funcionamiento emocional $\alpha=.82$	C30-21	.68	.76
	C30-22	.61	.80
	C30-23	.63	.78
	C30-24	.67	.77
Funcionamiento cognitivo $\alpha=.43$	C30-20	.28	
	C30-25	.28	
Funcionamiento social $\alpha=.66$	C30-26	.49	
	C30-27	.49	
Calidad de vida $\alpha=.77$	C30-29	.62	
	C30-30	.62	

Tabla 7

Confiabilidad del módulo específico de calidad de vida para pacientes con cáncer de cuello uterino EORTC QLQ-CX24

Dimensiones	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem	
Experiencia de síntomas $\alpha=.77$	CX24-1	.48	.75	
	CX24-2	.31	.77	
	CX24-3	.16	.78	
	CX24-4	.55	.74	
	CX24-5	.50	.75	
	CX24-6	.47	.75	
	CX24-7	.45	.76	
	CX24-9	.57	.74	
	CX24-11	.58	.74	
	CX24-12	.39	.76	
	CX24-13	.02	.78	
	Imagen corporal $\alpha=.81$	CX24-15	.66	.75
		CX24-16	.65	.75
CX24-17		.68	.73	
Funcionamiento sexual $\alpha=.80$	CX24-20	.45	.83	
	CX24-21	.73	.69	
	CX24-22	.59	.76	
	CX24-23	.69	.71	

Tabla 8*Confiabilidad del cuestionario Índice de Funcionamiento Sexual Femenino*

	Dimensiones	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
IFSF $\alpha=.94$	Deseo $\alpha=.86$	IFSF1	.77	
		IFSF2	.77	
	Excitación $\alpha=.86$	IFSF3	.79	.79
		IFSF4	.78	.81
		IFSF5	.61	.86
		IFSF6	.72	.83
	Lubricación $\alpha=.92$	IFSF7	.82	.90
		IFSF8	.87	.90
		IFSF9	.87	.89
		IFSF10	.87	.89
	Orgasmo $\alpha=.88$	IFSF11	.74	.88
		IFSF12	.86	.79
		IFSF13	.77	.83
	Satisfacción $\alpha=.92$	IFSF14	.87	.87
		IFSF15	.87	.87
		IFSF16	.81	.92
	Dolor $\alpha=.65$	IFSF17	.40	.64
		IFSF18	.45	.57
		IFSF19	.56	.46

APÉNDICE E: COMPARACIONES SEGÚN TIPO DE INFORMACIÓN RECIBIDA**Tabla 9.**

Comparación del Índice del Funcionamiento Sexual con personas que recibieron o no recibieron información sobre su cirugía

IFSF	<i>Sí recibió</i>		<i>No recibió</i>		U	Sig.	d de Cohen
	M (DS)	Me	M (DS)	Me			
Deseo	7.4 (1.95)	7	7.5 (1.93)	7	1344	0.85	0.05
Excitación	13 (3.37)	12.5	10.6 (3.73)	10.5	225.5	0.03	0.68
Lubricación	16.7 (3.49)	18.5	14.1 (4.44)	14	227.5	0.03	0.65
Orgasmo	6.5 (2.92)	6	8.7 (3.33)	8	201	0.01	0.70
Satisfacción	5.9 (3.05)	5	7.7 (3.03)	6.5	218	0.02	0.59
Dolor	11.9 (3.0)	13	10.5 (2.83)	11	231	0.05	0.48
Total	62 (13.17)	64	51.9 (12.73)	54	192	0.01	0.78

Tabla 10.

Comparación del Índice del Funcionamiento Sexual con personas que recibieron o no recibieron información sobre su vida sexual post-cirugía

IFSF	<i>Sí recibió</i>		<i>No recibió</i>		U	Sig.	d de Cohen
	M (DS)	Me	M (DS)	Me			
Deseo	7.3 (1.86)	7	7.5 (1.97)	7.5	1011.5	0.56	0.10
Excitación	12.5 (3.11)	12	11.2 (3.98)	11	255.5	0.36	0.36
Lubricación	16.9 (3.82)	19	14.4 (4.25)	14	186	0.02	0.61
Orgasmo	7.7 (2.81)	7.5	7.8 (3.59)	7	295.5	0.99	0.03
Satisfacción	5.9 (2.47)	6	7.4 (3.31)	6	225	0.13	0.51
Dolor	12.1 (2.94)	13	10.7 (2.92)	11	202	0.10	0.48
Total	61.1 (11.66)	57	54 (14.10)	55	201	0.12	0.55

Tabla 11.

Comparación del Índice del Funcionamiento Sexual con personas que recibieron o no recibieron información sobre los efectos de la cirugía a largo plazo

IFSF	<i>Sí recibió</i>		<i>No recibió</i>		U	Sig.	d de Cohen
	M (DS)	Me	M (DS)	Me			
Deseo	8.4 (1.16)	9	7.1 (2.02)	7	597.5	0.01	0.79
Excitación	10.5 (1.98)	11	11.9 (4.1)	12	188	0.18	0.43
Lubricación	13.2 (4.24)	12	15.8 (4.12)	17	169	0.08	0.62
Orgasmo	9.2 (2.89)	10	7.4 (3.4)	7	169	0.10	0.57
Satisfacción	7.5 (2.9)	7.5	6.8 (3.23)	6	207.5	0.35	0.23
Dolor	10.2 (2.71)	11	11.3 (3.02)	12	181	0.27	0.38
Total	49.2 (8.65)	51	57.8 (14.32)	59	131.5	0.04	0.73