

Actualmente, el cáncer es conocido como el término genérico que se designa a un espectro de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo; caracterizándose por la multiplicación rápida de células anormales, las cuales pueden extenderse más allá de sus límites habituales, incluso llegando a invadir partes contiguas u otros órganos y originando metástasis (OMS, 2015). Esta enfermedad es una problemática de salud pública, pues representa la tercera causa de muerte a nivel latinoamericano (Zaharia, 2013).

Dentro de este tipo de neoplasias, el cáncer de cuello uterino, cáncer de cérvix o cáncer cérvicouterino, es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo y tiene la cuarta tasa de mortalidad más alta entre los cánceres femeninos (Instituto Nacional de Cáncer, 2015a). En el reporte del 2012 se registró un estimado de 527,624 nuevos casos y 265,653 muertes a causa de esta enfermedad (Bruni, Barrionuevo-Rosas, Albero, Aldea, Serrano, Valencia, Brotons, Mena, Cosano, Muñoz, Bosh, de San José y Castallsagué; 2015).

No obstante, se estima que más del 80% de casos a nivel mundial estaría constituido por mujeres provenientes de países en vías de desarrollo, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna; a pesar de ser aquella con mayor potencial de prevención a nivel secundario (Lewis, 2004; Stewart y Wild, 2014). Dentro del contexto nacional; en los últimos años, se han incrementado las enfermedades crónicas y degenerativas, siendo el cáncer de cérvix una de las enfermedades que agudiza esta problemática (Pinillos-Ashton y Limache-García, 2013). Las estimaciones actuales indican que cada año 4,636 mujeres son diagnosticadas con este tipo de neoplasia y 1,715 mueren a causa de la misma. De esta manera, el cáncer de cuello uterino se ubica como la neoplasia más frecuente entre la población peruana femenina (Bruni et al, 2015).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), hasta el 2011, reportó haber recibido en promedio, 1600 casos al año. Siendo los estadios II y III los más frecuentes (MINSa, 2011). Por otro lado, el indicador de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA), reportó a través del estudio de carga de enfermedad para el Perú, que este tipo de cáncer causa la mayor cantidad de pérdidas por cáncer en mujeres con 44,924 AVISA sólo en un año (Vásquez, 2009 citado en MINSa 2011).

Asimismo, se sabe que existen cuatro tipos de estadios para el cáncer de cuello uterino (IA Y IB, IIA y IIB, III, IVA) (Instituto Nacional de Cáncer, 2015a). Este tipo de neoplasia se forma en los tejidos del cuello uterino, órgano que conecta el útero con

la vagina. A su vez, se caracteriza por ser un cáncer que crece lentamente después de los 40 años; con una incidencia predominante alrededor de los 45 años y una mortalidad cerca a los 60 años (PATH, 2009). Puede no tener síntomas, pero se detecta a través de un frotis de papanicolaou y los tratamientos indicados suelen ser la cirugía, quimioterapia, radioterapia y braquiterapia; dependiendo del caso y el estadio de la paciente. Estos tratamientos suelen ser agresivos y muchas veces conllevan efectos secundarios que generan cambios en el estilo de vida, temor, deterioro del autoconcepto y la autoimagen, entre otros (Parra y Carrillo, 2011). La mayoría de veces, esta enfermedad surge a causa del virus del papiloma humano (VPH) (Instituto Nacional de Cáncer, 2015a).

A nivel mundial, se estima que existen aproximadamente 630 millones de personas infectadas con el VPH. Asimismo, se sabe que entre el 50% y el 80% de las mujeres sexualmente activas se infectan con VPH al menos una vez en sus vidas. Afortunadamente, en la mayoría de casos, estas infecciones desaparecen gracias a respuestas inmunológicas naturales de cada organismo. Generalmente hay una demora prolongada entre la infección del VPH y el cáncer invasivo. Por este motivo los programas de detección llegan a ser sumamente eficaces para este tipo de neoplasia (PATH, 2009). En el plano nacional, se viene fortaleciendo la capacitación de profesionales en estrategias de “ver y tratar” mediante el uso de pruebas de tamizaje y tratamiento de lesiones preneoplásicas tales como la inspección visual con ácido acético y la crioterapia (Pinillos-Ashton y Limache-García, 2013).

Junto a los esfuerzos del MINSA, es importante ponerse como reto explorar y tratar diferentes aspectos de la calidad de vida, proceso dinámico que se da en base a las interacciones entre el individuo y su entorno, dependiendo de la época y la sociedad a la que pertenece (Schwartzmann, 2003). Al atravesar enfermedades crónicas como esta, pueden haber consecuencias en relación al grado de satisfacción y bienestar físico, psicológico, social y espiritual (Montes, Mullins y Urrutia, 2006; Parra y Carrillo, 2011). Uno de los aspectos que se encuentra principalmente afectado tras el tratamiento y genera preocupación en las pacientes en relación a su salud sexual, es el funcionamiento sexual (Hugues, 2008; Pinar, Kaplan, Akalin, Abay, Ayhan y Ayhan, 2015).

Para poder entender este concepto, primeramente se debe comprender la sexualidad como un constructo multidimensional con dimensiones físicas, psicológicas y sociales que mantienen relaciones dinámicas entre sí; (Tierney, 2008) siendo un

aspecto central para cada individuo a lo largo de su vida (OMS, 2006). Asimismo, todos los elementos que la constituyen, sus posibilidades eróticas, su capacidad de ternura, intimidad y placer tienen origen en el cuerpo o en la mente de cada persona (Moreno, 2015). A su vez, se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (OMS, 2006). Si bien puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas siempre se experimentan debido a que se encuentra influenciadas por la interacción de factores sociales, políticos y culturales (OMS, 2006). Generalmente se le reconoce y se expresa mediante las relaciones sexuales; sin embargo, sus manifestaciones pueden tener diferentes formas, no únicamente mediante el coito; debe constituir una experiencia gratificante para la persona, conceptualizándola como la capacidad que esta posee para iniciar la actividad sexual (Pino, 2010).

El funcionamiento sexual, al igual que la imagen corporal y la capacidad reproductiva, es considerado como un aspecto central de la sexualidad en las personas. Tener un funcionamiento sexual saludable comprende una serie de conductas determinadas por la interacción de factores sociales, físicos y emocionales (Tierney, 2008). En relación a las conductas fisiológicas, estas se constituyen a partir del ciclo de respuesta sexual (Kaplan, 1979; Kinsey, Pomeroy, Martin y Ghebar, 1953; Masters y Johnson, 1966).

El ciclo de respuesta sexual femenino consta de 6 fases, dos subjetivas y cuatro objetivas (Greenberg, Bruess y Conklin, 2010). En primer lugar, se da la primera fase subjetiva de deseo sexual, el cual se define como el interés por el sexo. En segundo lugar, la excitación, la cual es caracterizada por la respuesta física al deseo. En tercer lugar, surge la meseta, fase en la que el cuerpo mantiene un elevado estado de excitación encontrándose particularmente sensible y produciendo la lubricación en las mujeres. Posteriormente, puede producirse el orgasmo o clímax sexual, fase en la que sensaciones intensas que ocurren en diferentes partes del cuerpo pueden dar origen a contracciones rítmicas. En esta fase, la tensión sexual es liberada a través de la secreción de endorfinas y la mujer siente contracciones en el útero. La resolución es la fase que procede a la excitación y el orgasmo, en la que los cambios corporales vuelven a la normalidad. Finalmente, se produce la satisfacción sexual a modo de evaluación subjetiva en términos de grado de complacencia, ya sea positiva o negativa, experimentada por la mujer luego de la actividad sexual (Pino, 2010).

Según el DSM IV, las disfunciones sexuales surgen cuando se producen alteraciones que afectan una o más fases del ciclo de respuesta sexual. Estos desórdenes se caracterizan por generar cambios negativos a nivel físico y psicológico debido al estrés percibido o producto del estrés que pueda tener la persona en sus relaciones interpersonales (American Psychiatric Association, 2000). Por otro lado, el DSM V conceptualiza a las disfunciones sexuales como un grupo heterogéneo de trastornos que normalmente se caracterizan por presentar una alteración clínicamente significativa en la capacidad de una persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual (American Psychiatric Association, 2013).

Las disfunciones afectan la sexualidad, tanto en hombres como en mujeres. Si bien no ponen en riesgo la vida de las personas, afectan de forma significativa la salud física, mental y el bienestar del individuo (Real, 2010). A nivel femenino, pueden ser sintomáticas de problemas biológicos, conflictos intrapsíquicos e interpersonales (disfunciones sexuales psicógenas) o también una combinación de ambas. Es importante diferenciar entre las disfunciones sexuales que aparecen en cualquier contacto o relación sexual (generalizadas), de aquellas que tienen lugar en situaciones concretas o que se limitan a una pareja específica (situacionales) (Sánchez Hernández, Hernández y Gándara Martín, 2005 en Castelo-Branco, Puigvert, y Gándara; 2005). A su vez, el DSM V incluye dos subtipos más; las disfunciones sexuales permanentes, que hacen referencia a un problema sexual que ha estado presente desde las primeras experiencias sexuales, así como también las disfunciones sexuales adquiridas, que refiere a aquellos trastornos sexuales que se desarrollan después de un período sexual relativamente normal (American Psychiatric Association, 2013).

En un estudio que incluyó a mujeres de edad media de 29 países, se reportó el deseo sexual hipoactivo como la disfunción sexual con mayor prevalencia en mujeres mayores de 40 años (Laumann, Nicolosi, Glasser, Paik, Gingell, Moreira y Wang, 2005). Asimismo, la falta de interés sexual y la incapacidad de lograr el orgasmo afecta al 28.1% y al 22.4%, de mujeres latinoamericanas, respectivamente. A su vez, la disminución de la lubricación constituye el factor de riesgo más relacionado a problemas sexuales en esta muestra (Laumann et al, 2005). Por otro lado, el vaginismo, conocido como el espasmo involuntario que interfiere con la penetración y la dispareunia, conocida como el dolor genital recurrente en relación al coito, constituyen las disfunciones más persistentes por dolor en población latinoamericana (Kingsberg,

2009). Finalmente, se reporta a la satisfacción como el dominio menos afectado del funcionamiento sexual, sin embargo los autores del estudio hipotetizan que esto podría ser debido a que existe una tendencia en las mujeres latinoamericanas a negar la discapacidad sexual o minimizar este problema. Probablemente estas mujeres tengan bajas expectativas a nivel sexual o hayan aprendido a vivir con problemas de esta índole (Kingsberg, 2009).

Asimismo, es importante señalar aquellas variables que pueden estar relacionadas o no a un posible riesgo en el funcionamiento sexual femenino. En el 2009, un estudio realizado con 338 mujeres chilenas de 29 a 59 años sexualmente activas, demostró que las dimensiones que componen el funcionamiento sexual femenino, logran su máxima expresión entre los 35 y 45 años, disminuyendo conforme se da el inicio de la menopausia, especialmente sobre las fases de deseo y excitación (Blümel, 2009). Por otro lado, un estudio colombiano, que hizo una revisión de bases de datos con estudios relacionados a las disfunciones sexuales femeninas, reportó que aquellos factores de riesgo asociados significativamente a esta problemática fueron: (1) la baja frecuencia de relaciones sexuales, (2) presencia de una enfermedad médica de base, (3) contar con un bajo nivel educativo, (4) tener más de 40 años y tener un matrimonio de más de 10 años, (5) estar desempleada o ser ama de casa y (6) tener una pareja con disfunción eréctil (Muñoz y Camacho, 2016). A su vez, los autores resaltan que en cinco de los nueve artículos revisados, se observa la influencia de la edad y la presencia de disfunción sexual (Muñoz y Camacho, 2016).

Del mismo modo, una investigación española expuso que el perfil de una mujer con disfunción sexual consistía en ser mayor de 44 años, no contar con pareja estable, practicar alguna religión, estar desempleada y tener baja autopercepción de su calidad de vida (Artiles, Gutiérrez y Sanfélix, 2006). No obstante, se reportó que la satisfacción (tanto con la vida sexual de la persona, como con la relación o el acercamiento emocional con la pareja) era el único componente del funcionamiento sexual femenino que no se ve influenciado por el hecho de no tener una pareja estable (Artiles et al, 2006). En este sentido es importante poder estudiar el funcionamiento sexual tanto en mujeres con pareja como también en mujeres solteras y constatar si efectivamente, no tener pareja constituye un factor de riesgo para poder evaluar el funcionamiento sexual femenino.

En lo que respecta a las mujeres con cáncer de cuello uterino, se sabe que los tratamientos utilizados para contrarrestar la enfermedad, pueden dañar una o varias

fases de la respuesta sexual (Parra y Carrillo, 2011; Pino, 2010). Al ser este un cáncer que afecta directamente los órganos genitales, resulta evidente que la sexualidad se vea afectada (Pinar et al, 2015). Incluso la sensación de no sentirse sexualmente atractivas puede disminuir el interés sexual (Pino, 2010; Pinar et al, 2015).

Entre los principales tratamientos utilizados se encuentran: la cirugía, la radioterapia (externa y la braquiterapia intracavitaria), la quimioterapia y la terapia dirigida; los cuales son empleados dependiendo del estadio en que se encuentre el cáncer y el organismo de la paciente, de forma única o combinada (Instituto Nacional de Cáncer, 2015b). Cada tipo de tratamiento trae consigo afectaciones específicas en el organismo que pueden limitar el funcionamiento sexual. Por ejemplo, la radioterapia; constituida por la braquiterapia intracavitaria, que se usa además de la radiación externa como parte del tratamiento principal; daña tejidos internos, produce cicatrices que pueden resultar dolorosas posteriormente al tener relaciones sexuales, causando colapso, dispareunia, estrechamiento y atrofia vaginal (American Cancer Society, 2015). Por otro lado, la quimioterapia, puede afectar los niveles de deseo, así como el bienestar general debido a sus efectos secundarios (American Cancer Society, 2015). Las cirugías también pueden producir ascitis, dolores pélvicos, hemorragias, e incluso la extirpación del clítoris, limitando la percepción de deseo y placer para la mujer (Palli, Lluch y Valero, 2010).

Según la investigación cualitativa de Juraskova, Butow, Bonner Robertson y Sharpe (2011) se sabe que el tratamiento que afecta más el área afectiva y psicológica de la sexualidad en pacientes oncológicos es la cirugía de Meiggs, seguida por la exenteración pélvica y la radioterapia. Asimismo a través de una investigación realizada con 114 mujeres sobrevivientes de cáncer de cérvix y mujeres sanas, con edades inferiores a 55 años, se reportó que las pacientes irradiadas presentaron significativamente peores puntuaciones sobre su calidad de vida relacionada a la salud, estrés psicosocial y funcionamiento sexual. Las mujeres tratadas quirúrgicamente no presentaron diferencias sobre estas variables en comparación con las mujeres sanas del estudio (Borduka y Sun, 2006; Frumovitz, Sun, Shover, Munsell, Jhingran, Wharton, Eifel, Bevers, Levenback, Gershenson y Borduka, 2005). De igual manera, en un estudio con 173 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio temprano, se reportaron diferentes tipos de alteraciones sexuales durante los dos primeros años posteriores al tratamiento de radioterapia. El estudio señala que la estrechez vaginal, que surge como efecto secundario de este tratamiento, dificulta la penetración por lo que un 30% de las

pacientes tienen dificultad de completar el acto sexual, mientras que para un 45% realizarlo fue imposible (Jensen, Groenvold, Klee, Thranov, Petersen y Machin, 2003).

A su vez, se dio a conocer que el reinicio de la actividad sexual tras haber recibido tratamiento de radioterapia es recordado como un evento psicológicamente traumático. Las participantes abordadas en el estudio de Jeruskova et al. (2011); expresaron que el miedo en sus primeras experiencias sexuales post tratamiento es tan abrumador que se describen a sí mismas como “emocionalmente desconectadas”. Asimismo, señalan temor e inseguridad por no poder satisfacer sexualmente a sus parejas, incluso llegando a desafiar su salud para lograrlo (Jeruskova et al, 2011). Este temor también se comparte a lo largo de la investigación española desarrollada por Palli et al. (2010), en donde las mujeres manifestaron tener pérdida de deseo, la cual fue causa de preocupación por el posible perjuicio que pudiera ocasionar en sus relaciones de pareja, teniendo como miedo principal el distanciamiento emocional a causa de la falta de conexión sexual.

Muchas veces, el personal médico no aborda directamente aquellos problemas relacionados a la sexualidad. Puede que la falta de formación profesional, la incomodidad para hablar de estos temas, o incluso no saber la manera en cómo llegar a la paciente limiten la comunicación para ahondar sobre esta área, lo cual puede generar estrés y preocupación en estas mujeres (Palli, et al, 2010). Dentro del contexto español, se sabe que las mujeres buscan que este tema sea abordado por el personal médico; ya que las ideas erróneas producto de mala información también pueden ser la causa de problemas sexuales (Pino, 2010). Un estudio a mujeres españolas con esta neoplasia reportó que más del 90% de pacientes entrevistadas consideraron importante tener información específica sobre la enfermedad y el tratamiento, ya que; estos pueden repercutir sobre su vida sexual y la de su pareja (Palli et al., 2010). Debido a la falta de orientación, las mujeres se manifestaron confundidas con respecto a la disposición para tener relaciones sexuales, incluso llegando a pensar en la posibilidad de cambios sentimentales hacia sus parejas (Palli et al., 2010).

A su vez, se sabe que el 90% de pacientes, en algún momento de la enfermedad oncológica, manifiestan disfunciones sexuales y cerca del 50% de las pacientes con neoplasias ginecológicas tienen dificultades severas y prolongadas, las cuales pueden producir cambios en la intimidad de pareja y su dinámica de encuentro (Pino, 2010). Además, se puede decir que los cambios físicos, del mismo modo que influyen sobre la actividad sexual, generan barreras psicológicas para la mujer (Stead, Fallowfield, Selby

y Brown, 2007). Un ejemplo de ello es la asociación entre el estrés y la fatiga, producto de los diversos tratamientos oncológicos y el cambio de estilo de vida debido a la enfermedad, la cual puede alterar el funcionamiento sexual, particularmente en la dimensión de deseo (Tierney, 2008).

No obstante, es imposible comprender la conducta sexual de una paciente sin conocer y evaluar su historia personal y su sexualidad previa al diagnóstico del cáncer de cuello uterino, teniendo en cuenta como es su relación de pareja y las características particulares de la misma (García et al, 2006). Asimismo, la presencia de disfunciones no implica que la preocupación sobre la sexualidad disminuya. Por el contrario, el interés por retomar la vida sexual sigue presente, evidentemente teniendo en cuenta que la expresión de la sexualidad puede desenvolverse de manera diferente (Pino, 2010).

En este sentido, la aparición del cáncer en la mujer supone una serie de cambios, ya sea por el diagnóstico o por el tratamiento. Los cuales se encuentran asociados a la posible percepción de estrés psicológico; que a su vez, puede alterar diferentes dimensiones como la sexualidad (Stead et al, 2007). De esta manera, el estrés se constituye como un tema importante a considerar debido a los cambios físicos y emocionales por los que atraviesan las pacientes, pudiendo tener consecuencias perjudiciales para la salud a corto, mediano y largo plazo (Davis y Brantley, 2004).

El estrés, introducido en el ámbito de la salud a partir de Selye (1973), surge cuando una persona se encuentra predispuesta a factores irritantes ambientales; a su vez, puede presentarse como una respuesta a demandas específicas, agudas o persistentes (Selye, 1973). Lazarus y Folkman (1984), mediante su modelo transaccional, explican la importancia de los factores psicológicos que median entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés, factores que se refieren al tipo de pensamientos evaluativos que la persona tiene con respecto a lo que le ocurre. De esta manera el estrés se concibe como el resultado de una valoración que la persona realiza a partir del desequilibrio entre sus recursos y las capacidades que posee para afrontar determinadas situaciones.

El estrés percibido corresponde al grado en que las personas perciben las situaciones de su vida como impredecibles, valorándolas como estresantes (Barra y Vaccaro, 2012). Asimismo, se hace referencia al término *distrés*, entendiéndose como altos niveles de estrés percibido o un estado emocional que afecta el nivel de bienestar de la persona (Taylor, 2007). Este se constituye por síntomas que implican malestar subjetivo, los cuales hacen referencia a displacer y sufrimiento físico y mental, que normalmente interfieren con la productividad de las personas (Manning-Walsh, 2005).

De esta manera, padecer una enfermedad oncológica supone altos niveles de estrés durante el proceso de adaptación a la misma, ya sea al momento del diagnóstico o el tratamiento (Golden-Kreutz, Thornton, Wells-DiGregorio, Frierson, Jim, Carpenter, Shleby, y Andersen, 2005). A su vez, el estrés se asocia a la preocupación por problemas físicos y el temor a que surjan recaídas, tendiendo a prevalecer pese a haber sobrevivido a la enfermedad (Golden-Kreutz et al., 2005; Montes et al, 2006). Mediante un estudio realizado con 67 pacientes con cáncer de mama, evaluadas antes, durante y posteriormente al tratamiento adyuvante; se sabe que, durante los tres periodos, se encontró que el estrés impactó significativamente en la calidad de vida de las mujeres. No obstante, con el paso del tiempo, estas mujeres elevaron la percepción sobre su calidad de vida (Costa-Requena, Rodríguez & Fernández-Ortega, 2012).

Si bien las disfunciones a nivel sexual no parecen ser una preocupación prioritaria para la paciente oncológica, diferentes estudios han reportado que el peor efecto de ser diagnosticada y ser tratada de cáncer, se da en la salud sexual (Pinar et al., 2015). En este sentido, conservar la imagen corporal y la sexualidad en estas pacientes es central para mantener el cuidado de su calidad de vida (Stead et al., 2007).

El estudio cualitativo realizado con 15 mujeres diagnosticadas con algún cáncer ginecológico, de aproximadamente 50 años y con 18 meses en promedio libres de tratamiento, demostró que algunas mujeres tenían preocupaciones sobre su vida sexual (Stead et al., 2007). Otras experimentaban estrés en su día a día debido a la condición de cáncer que habían presentado. No obstante, las mujeres se sentían principalmente preocupadas por su falta de deseo sexual y no entendían porque su excitación había cambiado. Esto último, no las ayudaba a afrontar los cambios físicos a los que se encontraron expuestas. Asimismo, algunas manifestaron sentirse preocupadas por la pérdida de satisfacción, mientras que otras se sentían temerosas de mantener actividad sexual debido a la preocupación por el dolor físico que podían sentir al momento de la misma. Asimismo, todas las mujeres que eran sexualmente activas previo al tratamiento notaron cambios a nivel físico, que posteriormente, generaron estrés en ellas mismas (Stead et al., 2007).

Se sabe que la mayoría de disfunciones sexuales se representan a nivel físico debido a que la excitación y el orgasmo únicamente se producen si el cuerpo cuenta con un buen aporte de sangre, el sistema nervioso y central se encuentran intactos, existe soporte muscular y el balance hormonal del cuerpo es correcto (Cruzado, 2014). No obstante, luego de un periodo de tiempo de culminar el tratamiento oncológico, los

problemas físicos se amilanan. Sin embargo, aquellas secuelas psicológicas relacionadas a estos cambios son más difíciles de superar, sobre todo en aquellas mujeres que no tienen con quien compartir dichas preocupaciones (Stead et al, 2007). Por ello, se deben tener en cuenta aquellos factores psicológicos relacionados; como el estrés, las creencias, el afrontamiento, la motivación, etc.; todo ello con el fin de proveer una visión más completa de la sexualidad en pacientes con cáncer (Cruzado, 2014).

Por este motivo, es relevante hacer referencia a la relación existente entre el estrés y la sexualidad, específicamente en como el estrés se encuentra relacionado a la aparición de problemas o disfunciones sexuales. No obstante, a pesar de que existen varios estudios que apoyan la hipótesis de que el estrés diario se encuentra relacionado con una pobre calidad marital y la disminución de la función marital, son pocos los estudios que han buscado estudiar directamente la relación entre el estrés y el funcionamiento sexual (Bodenmann, Ledermann, Blattner y Galluzo, 2006).

A través de un estudio realizado a 198 parejas suizas, se tuvo como objetivo explorar la relación entre el estrés y el funcionamiento sexual a partir de indagar en aspectos como: (1) síntomas psicológicos, (2) calidad de la relación de la pareja, (3) percepción del estrés interno diario, (4) estrés externo diario y (5) eventos críticos de la vida. El estudio reportó que sí existe un incremento de la percepción de estrés sobre los problemas sexuales, y a su vez, que mayoritariamente el estrés interno diario y los eventos críticos de vida se encuentran mayormente asociados a problemas sexuales, así como también a disfunciones sexuales del deseo y dolor, de manera específica en mujeres. A su vez, el estudio sugiere que para poder contrarrestar los problemas sexuales se deben tratar los problemas relacionados a la pareja, ayudándola a manejar de mejor manera el estrés que puede producirse dentro de la relación (Bodenmann et al, 2006).

Del mismo modo, un estudio realizado con 228 mujeres iraníes en edad reproductiva, que tuvo como objetivo evaluar la relación entre el estrés percibido, el funcionamiento sexual y la satisfacción, reportó correlaciones significativas entre el estrés percibido y las dimensiones del funcionamiento sexual femenino; el deseo sexual, la excitación, el orgasmo, la lubricación, el dolor sexual, y la satisfacción (Abedi, Afraze, Javadifar y Saki, 2015). A pesar de que la correlación de ambas variables no se ha realizado sobre población oncológica, el estudio demostró la importancia de estudiar la relación de las mismas en mujeres de adultez media. Asimismo, se planteó como principal recomendación investigar sobre los efectos nocivos del estrés en la

actividad sexual y la satisfacción de la misma, en mujeres de edad reproductiva (Abedi et al., 2015).

Si bien dentro del contexto peruano aún no existen estudios que hayan buscado relacionar dichas variables, varias investigaciones han estudiado las variables en relación con otros constructos. En cuanto al estrés percibido, se ha investigado su relación con el afrontamiento y las conductas de salud de estudiantes universitarios, en una muestra de 155 estudiantes con edad promedio de 18 años; encontrando que el estrés percibido no constituyó una variable predictora sobre las conductas de salud (i.e. sueño y buena alimentación) (Becerra, 2013). Por otro lado, en relación a población oncológica, Lostaunau y Torrejon (2013), realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar la contribución que tienen el estrés percibido, el estrés traumático, los estilos de afrontamiento, la migración y el tipo de tratamiento recibido sobre la variabilidad de los componentes físico y mental de la CVRS en 53 mujeres mastectomizadas, diagnosticadas por primera vez con cáncer de mama. El estudio reportó un mayor uso del control del estrés en comparación con la expresión del estrés (Lostanau y Torrejon, 2013). Por otro lado, en relación al funcionamiento sexual, se realizó un estudio para evaluar el funcionamiento sexual en mujeres diabéticas postmenopáusicas una muestra de 72 mujeres, 36 con diabetes mellitus tipo II y 36 sanas, procedentes de la región de Piura. Se encontró que las mujeres diabéticas reportaron mayores disfunciones sexuales en comparación de las mujeres sanas (Mezones-Holguin, Blümel, Huezco, Vargas, Castro, Córdova, Valenzuela y Castelo-Branco, 2008).

Actualmente, se producen más investigaciones sobre el cáncer de mama o próstata, a pesar de que el cáncer de cuello uterino es la neoplasia que afecta a la mayoría de mujeres en el Perú (MINSA, 2015). Existen estudios peruanos que han investigado las repercusiones que trae consigo este tipo de neoplasia, como el estudio de Cristóbal (2007) que se ha enfocado en mostrar las representaciones del cáncer de cérvix y su inserción en el imaginario correspondiente a la sexualidad de líderes y tomadores de decisiones locales de diferentes departamentos del país, como un marco que podría o no favorecer la introducción de la vacuna contra el VPH, impulsando un enfoque preventivo o también el estudio de Chirinos (2010) sobre la organización del cuidado familiar a un grupo de mujeres enfermas con este tipo de neoplasia. No obstante, aún no se han realizado estudios sobre las vivencias de las mismas pacientes.

Para poder comprender las disfunciones sexuales es fundamental explorar el componente físico a la par que las condiciones psicológicas que podrían influir o surgir

a raíz de las mismas (Hugues, 2008). Tener que adaptarse al cáncer, trae consigo una carga emocional y física. La experiencia de preocupación, malentendidos o miedos sobre la actividad sexual, representa un estrés adicional al proceso de adaptación e integración de esta condición como parte de su estilo de vida (Stead et al., 2007).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se considera pertinente indagar en la relación existente entre ambos constructos, ya que el presente estudio se constituye como la primera aproximación entre dichas variables en población oncológica limeña. Además, podría permitir desarrollar mejores estrategias de atención médica y psicológica. En este sentido, la presente investigación analiza la relación entre el estrés percibido y el funcionamiento sexual en un grupo de mujeres adultas con cáncer de cuello uterino, que asisten a controles ambulatorios en un instituto oncológico especializado de Lima. Se espera encontrar que a menor estrés percibido, mejor será el funcionamiento sexual.

MÉTODO

Participantes

Las participantes fueron 36 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, pacientes de un instituto oncológico especializado, ubicado en Lima, Perú. La edad de las participantes osciló entre los 31 y los 46 años ($M=41.25$; $DE= 4.35$). Se determinaron como criterios de inclusión que todas ellas debían acudir a la institución de manera ambulatoria para controles periódicos, tener un año como tiempo mínimo de diagnóstico, encontrarse libres de tratamiento desde hace seis meses y residir en Lima desde hace un año como mínimo. Asimismo, se tuvo como criterio de exclusión que ninguna de las participantes estuviera histerectomizada.

Todas las mujeres que conformaron el estudio fueron informadas de los objetivos del mismo, del carácter anónimo y voluntario de su participación, así como del compromiso de confidencialidad para trabajar sobre los datos recolectados a través del consentimiento informado (Anexo A) que fue brindado por la investigadora al momento de la aplicación. De igual manera, se brindó información sobre los riesgos y beneficios del estudio. Algunas de las mujeres llegaron a experimentar emociones displacenteras al momento de hablar y recordar experiencias relacionadas a la enfermedad o a las variables psicológicas en cuestión. Si bien el estudio no tuvo beneficios directos sobre su condición de enfermedad, este les brindó la oportunidad de compartir sus experiencias en relación a las variables psicológicas abordadas. Posteriormente, se realizarán talleres a modo de devolución de resultados, que contribuyan a poder entender las vivencias de las mujeres con cáncer de cuello uterino.

Para la recolección de las variables sociodemográficas de las participantes, se construyó una ficha de datos (Anexo B). Asimismo, en el anexo C se puede apreciar la descripción de las características sociodemográficas.

Se observa que la mayoría de las participantes son originarias de Lima. Si bien un 33.6% es de provincia, todas residen en Lima, desde hace 32 años en promedio. En cuanto al estado civil, se aprecia que el 38.9 % es conviviente y, a pesar de que el 13.9% mencionó estar separadas al momento de la evaluación; el 75% de las participantes se encontraba con pareja y el 97.2% tiene al menos un hijo. La mayoría practica alguna religión (66.7%). Por otro lado, no se registraron los niveles socioeconómicos alto y muy alto; por el contrario, el 69.4% de las participantes se percibe en un nivel socioeconómico bajo. Respecto al grado de instrucción, se observa que más de la mitad no culminó sus estudios básicos regulares (52.8%) y la mayor parte de la muestra se

ocupa como ama de casa (63.9%). Con respecto al tipo de tratamiento recibido, predominó el uso de esquemas de quimioterapia, radioterapia y braquiterapia (52.8%).

Asimismo, en relación al tiempo de diagnóstico, el tiempo mínimo de haberlo recibido fue de un año y el máximo de 11, teniendo en promedio a mujeres con dos años de diagnóstico. A su vez, tenían, como mínimo, seis meses libres de tratamiento y diez años como máximo, teniendo en promedio dos años sin el mismo. De igual manera, se solicitó información médica adicional, encontrando que un 33.3% de las mujeres presentaban otra enfermedad paralelamente al diagnóstico del cáncer (e.j. gastritis, migraña, vitíligo).

Medición

Al inicio de la aplicación se brindó una ficha de datos, la cual tiene como propósito la recolección de información básica referente a cada mujer (Ver anexo B).

Posteriormente, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS).

El instrumento en su versión original fue elaborado por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), con el objetivo de evaluar el grado en el cual las personas valoran como estresores situaciones cotidianas de su vida, todo ello en base al concepto de estrés propuesto en el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (Cohen et al, 1983). El instrumento es de tipo auto informe y evalúa el nivel de estrés percibido por la persona durante las últimas 4 semanas. Consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala líkert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La escala puntúa de 0 a 56; una mayor puntuación equivale a un mayor nivel de estrés percibido. Asimismo, cuenta con dos factores y cada uno está conformado por 7 ítems (Cohen et al., 1983).

La escala ha sido traducida y validada en una muestra española por Remor y Carrobles (2001) demostrando un buen desempeño para evaluar estrés percibido en pacientes con VIH. Posteriormente, en el 2006, Remor realizó la validación de la versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS) para las versiones de 14 y 10 ítems, a partir del estudio a una muestra heterogénea de 440 adultos. Se demostró una consistencia interna de .81 y de .82 para las dos versiones de la escala respectivamente. Mientras que la confiabilidad test-retest realizada a las dos semanas, fue de .73 y .77 para ambas escalas. Asimismo, se midió la validez concurrente, a

través de la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS). Se encontraron correlaciones significativas de .71 y .71 para ambas escalas (Remor, 2006).

Cabe mencionar que la validación española de Remor ha sido utilizada en un estudio peruano que buscó investigar el rol del afrontamiento en relación al estrés percibido y conductas preventivas de salud en una muestra de 155 estudiantes universitarios, obteniendo una consistencia interna de $\alpha = .84$ y una correlación ítem-test por encima de .30 en todas las preguntas de la escala, excepto en el ítem 12, el cual obtuvo .11. Por este motivo, el ítem fue eliminado (Becerra, 2013).

Asimismo, la investigación peruana de Lostaunau y Torrejon (2013) realizada en pacientes con cáncer de mama, utilizó la validación y adaptación cultural mexicana realizada por González y Landero (2007). Dicha escala fue adaptada en una muestra de 365 universitarios mexicanos, reportando una consistencia interna de $\alpha = .83$ para el primer factor y $\alpha = .78$ para el segundo. A su vez, las correlaciones ítem-test fueron pertinentes, siendo la correlación del ítem 12 la más baja ($r = .25$); no obstante este ítem no fue eliminado debido a que la consistencia interna no aumentaba. Asimismo, ambos factores explicaron el 48.02% de la varianza. De manera similar, la investigación de Lostaunau y Torrejon (2013), reportó $\alpha = .80$ de consistencia interna global y $\alpha = .72$ para el primer factor y $\alpha = .76$ para el factor segundo factor.

Dicho esto, la presente investigación utilizó la validación realizada por González y Landero (2007) ya que ha sido utilizada en población oncológica nacional (Lostanau y Torrejon, 2013). El presente estudio reportó niveles de confiabilidad para el puntaje global de $\alpha = .70$; así como también de $\alpha = .61$ para el factor 1 de *expresión de estrés* y $\alpha = .74$ para el factor 2 *control de estrés*. La correlación del ítem-test del ítem 4, que conforma el factor expresión de estrés, es la más baja ($r = .03$). No obstante, se decidió no eliminar el ítem, ya que se comprobó que la confiabilidad no mejora significativamente eliminándolo.

Índice de función sexual femenina (IFSF).

La versión original de este instrumento fue desarrollada por Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson y D'agostino (2000), consta de 19 preguntas, agrupadas en seis dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 6 opciones de respuestas, a las cuales se les asigna un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios; a mayor puntaje, mejor

funcionamiento sexual. Asimismo, la prueba cuenta con un punto de corte para definir la disfunción sexual, que implica tener un puntaje menor a 26.55 (Wiegel, Meston y Rosen, 2005). A su vez, cuenta con propiedades psicométricas que permiten evaluar la sexualidad en diferentes etapas de vida, siendo adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos (Rosen et al., 2000).

Originalmente, el cuestionario se aplicó a una muestra de 259 mujeres voluntarias, con y sin pareja, encontrándose en un rango de edad de 21 a 68 años (128 con diagnóstico de trastorno de la excitación sexual según criterios del DSM IV y 131 mujeres sanas que conformaron el grupo de control). En cuanto a los valores psicométricos del instrumento, se observa una alta consistencia interna para las 6 dimensiones ($\alpha=.82$). Asimismo, se demostró la validez discriminante a través de la diferencia de medias entre la población seleccionada (mujeres con trastorno de la excitación sexual) y el grupo de control, reportando que la diferencia más alta para los grupos de mujeres estudiadas fue encontrada en los dominios de excitación y lubricación. A su vez, la validez divergente se estableció comparando el instrumento con el Test de Satisfacción Marital de Locke-Wallas, obteniendo una correlación moderada para el grupo de control ($r=.53$) y baja para el grupo de enfermas ($r=.22$) (Rosen et al., 2000).

Cabe resaltar, que este instrumento ha sido utilizado en población oncológica, específicamente en pacientes con cáncer de cérvix que recibieron tratamiento de radioterapia (Lorenz, Stephenson y Meston, 2011). Asimismo, se ha demostrado la efectividad del uso del IFSF para evaluar los cambios relacionados al tipo de tratamiento utilizado en cánceres ginecológicos y a partir de los resultados se pudo plantear una intervención psicoeducacional para contrarrestar las disfunciones sexuales (Brotto, Heiman, Goff, Greer, Lentz, Swisher, 2008).

Dentro del contexto latinoamericano se viene utilizando la versión traducida del IFSF gold estándar, la cual ha sido aplicada y validada en mujeres chilenas por Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Izaguirre y Sarrá (2004). Se aplicó en mujeres de entre 20 y 59 años, con diferentes estados civiles, que tuvieron actividad sexual en los últimos 3 meses previos a la aplicación, no eran usuarias de terapia de reemplazo hormonal o anticonceptivos orales, no se encontraban histerectomizadas, ni en los 6 primeros meses de post parto. Asimismo, cuenta con 19 preguntas, agrupadas en 6 dimensiones y cuenta con una alta consistencia interna para cada una de las mismas (Deseo $\alpha=.71$, Excitación

$\alpha=.87$, Lubricación $\alpha=.85$, Orgasmo $\alpha=.74$, Satisfacción $\alpha=.88$, Dolor $\alpha=.85$). (Blümel et al., 2004).

Si bien el IFSF no ha sido validado ni adaptado en el Perú, ha sido aplicado en países como Chile (Valenzuela, 2014) y Colombia (Saénz, Caromoto y Castro 2007). Así como también, ha sido utilizado en una muestra de mujeres piuranas peruanas con Diabetes Mellitus (Mezones-Holguin et al., 2008). Dicho esto, la presente investigación utilizó la validación realizada por Blümel (2004), reportando un puntaje global de $\alpha=.97$ y consistencia interna mayor a $\alpha=.60$ en todos sus dominios (Deseo $\alpha=.88$, Excitación $\alpha=.96$, Lubricación $\alpha=.93$, Orgasmo $\alpha=.93$, Satisfacción $\alpha=.60$, Dolor $\alpha=.95$).

Procedimiento

En primer lugar, las comisiones de investigación y ética de la institución oncológica aprobaron el estudio. Se tuvo acceso a la muestra de mujeres y sus historias clínicas a través de visitas a los consultorios del departamento de ginecología en horas previas de atención. Posteriormente se realizó un piloto con 5 mujeres con el objetivo de ajustar el procedimiento, la aplicación de los cuestionarios y ver si se comprendían los ítems de ambos instrumentos.

Al ser las participantes contactadas; de manera individual, se les comunicó la temática de la investigación, explicándoles en qué consistía, con el objetivo de ver si se encontraban interesadas en participar. Posteriormente, se brindó un consentimiento informado (Anexo A). Una vez aceptada su participación voluntaria, las pacientes fueron evaluadas de manera individual durante un aproximado de 45 minutos. Se procedió a la aplicación de los instrumentos en el siguiente orden: *Ficha sociodemográfica*, *Escala de Estrés Percibido (PSS)*, *Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)*. Asimismo, mientras se aplicaron los instrumentos, se registró de manera escrita aquellas impresiones, comentarios o dudas generadas a partir de los instrumentos, con el fin de poder reportar de manera más detallada la experiencia de las participantes.

De igual manera, se tuvo en cuenta que el uso del Índice de la Función Sexual Femenina generó susceptibilidades en las participantes. En varios momentos de la aplicación compararon su sexualidad (últimas 4 semanas previas a la aplicación) con la previa al diagnóstico, o también evocaron conflictos de pareja. Por ello, se buscó generar un espacio de confianza con el fin de asegurar la comodidad de las mujeres durante la evaluación. De esta manera, al inicio de la aplicación se brindaron algunos

minutos para saber cómo se encontraban las participantes en ese momento, mientras que al finalizar se brindó un espacio breve de contención. En el caso de las participantes que se movilizaron y en sí, todas las que estuvieron interesadas en seguir ahondando sobre estos temas, fueron invitadas a acercarse al servicio de psicología, el cual se encontraba al tanto de la investigación y contaba con la disponibilidad de asistir a aquellas mujeres en busca de apoyo psicológico.

Análisis de datos

Al cierre de la aplicación, se creó una base de datos con toda la información obtenida, mediante el programa estadístico SPSS versión 22 con el objetivo de procesar y analizar los resultados obtenidos.

En primer lugar se ejecutó la prueba de normalidad de ajuste de Shapiro-Wilk, así como el análisis de asimetría y curtosis, para poder evaluar y determinar la distribución de los puntajes alcanzados por las pacientes. En relación a los constructos de funcionamiento sexual y estrés percibido se obtuvieron distribuciones normales para la variable de estrés global percibido y las dimensiones que lo componen; así como también para la dimensión de satisfacción perteneciente a la escala de funcionamiento sexual. Por el contrario, se obtuvieron distribuciones no normales para las demás dimensiones de funcionamiento sexual.

Posteriormente, se procedió a revisar la correlación entre ambos constructos. Para ello, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. A su vez, se obtuvieron los estadísticos descriptivos correspondientes a las variables psicológicas, así como también para las variables de tipo sociodemográficas y médicas.

Finalmente, se realizó un análisis exploratorio sobre la correlación entre las dimensiones pertenecientes a cada uno de los constructos, utilizando los coeficientes r de Pearson y de Spearman, dependiendo del tipo de distribución que presentaban. De la misma manera, se investigó si existían diferencias significativas en el estrés percibido por las pacientes y el funcionamiento sexual que presentan, según algunas variables sociodemográficas; haciendo uso de la Prueba T para muestras independientes y la prueba U de Mann-Whitney, según correspondió.

RESULTADOS

A continuación se procederá a presentar los resultados obtenidos en esta investigación, según los objetivos de la misma. En primer lugar se reportarán los resultados a nivel descriptivo de las variables de Estrés percibido y Funcionamiento sexual. Posteriormente, se presentarán los resultados obtenidos para el objetivo general. Finalmente, se señalarán aquellos resultados significativos encontrados al realizar los análisis exploratorios.

En relación a la escala de estrés percibido (PSS), se obtuvo a nivel de datos descriptivos un puntaje mínimo de 13 y un máximo de 40, observándose un puntaje medio muestral de 27.03 ($DE= 4.57$). Asimismo, se reporta que un 27.8% de mujeres presenta un nivel de estrés percibido bajo, un 52.8% reportó un nivel de estrés moderado, mientras que un 19.4% de las participantes presenta un mayor estrés percibido en relación a la media muestral de la escala.

Por otro lado, en cuanto al índice de funcionamiento sexual femenino (IFSF), se obtuvo un puntaje medio muestral (mediana) de 18.85, con un puntaje mínimo de 4 y un máximo de 33. Del mismo modo, la escala reporta que un 86.1% de las participantes presentan disfunciones sexuales. Los puntajes descriptivos de las dimensiones que componen ambas escalas se muestran a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos para las dimensiones de Funcionamiento sexual y Estrés Percibido

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Expresión de estrés ^a	10.86	-	3.83	4	19
Control de estrés ^a	16.17	-	4.63	5	24
Deseo	-	2.40	1.18	1	6
Excitación	-	2.25	1.65	0	5
Lubricación	-	3.60	2.21	0	6
Orgasmo	-	3.40	2.02	0	6
Satisfacción ^a	3.43	-	1.20	1	6
Dolor	-	3.80	2.20	0	6

$N=36$, ^a= Paramétrica

En relación al objetivo general se reporta que no existen correlaciones significativas entre las variables del estudio.

Posteriormente, se realizó un análisis exploratorio, en el que se buscó correlacionar las dimensiones que componen el funcionamiento sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) con los dominios del estrés percibido (expresión de estrés y control de estrés). También, se analizó si existen diferencias significativas en cada constructo según algunas variables sociodemográficas que permiten esta comparación.

De esta manera, se encontró que la dimensión de deseo presentó una correlación significativa, directa y media, ($r_s=.44$, $p=.00$) (Cohen, 1988 citado en Privitera, 2012), con la edad de las mujeres que participaron en la investigación. Asimismo, sobre esta dimensión, se reportaron diferencias significativas en relación a la procedencia de las participantes. Se obtuvo que las mujeres procedentes de Lima ($Mdn=2.40$, $DE=1.23$) puntuaron más alto en deseo ($U=82.50$, $p=.035$) que las mujeres de provincia ($Mdn=1.20$, $DE=.86$). Por último, se hallaron diferencias significativas en la dimensión de satisfacción entre las mujeres que practican y aquellas que no practican alguna religión. Se observó que el grupo de mujeres que practica alguna religión ($M=2.80$, $DE=.98$) evidenció un mayor nivel de satisfacción ($t(34)=2.36$, $p=.024$) que las mujeres que no practican ningún tipo de religión ($M=3.75$, $DE=1.20$).

DISCUSIÓN

En base a los resultados presentados, se procederá a analizar el objetivo principal de la investigación; el cual implicó estudiar la relación entre el estrés percibido y el funcionamiento sexual en un grupo de mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de cuello uterino. Asimismo, se discutirá los puntajes a nivel descriptivo de cada variable, así como también lo reportado a través del análisis exploratorio. Finalmente, se señalarán y discutirán los principales alcances, fortalezas y limitaciones encontradas a partir de la realización del estudio; así como también se brindarán sugerencias para futuras investigaciones.

Es importante mencionar que a pesar de que ambos instrumentos han sido utilizados dentro del contexto nacional, aún no han sido validados. No obstante, reportan un nivel óptimo de replicabilidad lo cual permite su uso dentro de la presente investigación. En cuanto al instrumento que mide el estrés percibido, si bien reporta un buen nivel de fiabilidad, se obtuvo una correlación ítem-test más baja para el ítem 4 ($r=.03$) perteneciente al factor “expresión de estrés”. A pesar de esto, el ítem no fue eliminado, ya que el análisis demostró que al eliminarlo no mejoraba la consistencia interna. De forma similar, la adaptación y validación mexicana de Gonzales y Landero (2007) reporta adecuadas correlaciones ítem-test, siendo la correlación más baja la del ítem 12 ($r=.25$). Asimismo, este ítem tampoco fue eliminado debido a que al hacerlo no mejoraba la consistencia interna de la prueba.

A un nivel cualitativo, se observó que al momento de la aplicación de la prueba, algunas mujeres tuvieron problemas para entender parte de los enunciados. Se tuvo que rephrasear en varias oportunidades la parte del enunciado “con qué frecuencia” por “cuántas veces” para que las participantes tuvieran un mejor entendimiento de los ítems. Si bien otros estudios realizados en población oncológica nacional, como Lostaunao y Torrejon (2013) también reportaron una adecuada fiabilidad y no presentaron correlaciones bajas dentro de sus correlaciones ítem-test, sería pertinente realizar una adaptación de la prueba original al contexto nacional con el fin de poder tener una representación más exacta de la muestra.

En relación al puntaje del estrés percibido, se encontró que la muestra presenta un nivel promedio. Este valor indica que las mujeres del estudio se perciben moderadamente estresadas en relación a las preocupaciones que componen su día a día. Asimismo, las participantes cuentan con un mayor uso del *control de estrés*, aspecto que indica la percepción de éxito o satisfacción frente al manejo de diversas situaciones

demandantes o amenazantes; en comparación a la dimensión de *expresión del estrés*, que denota la percepción de pérdida de control en el manejo de situaciones. De esta manera, se puede decir que las participantes se perciben capaces de afrontar diferentes situaciones desafiantes. Al ser el estrés una relación dinámica y bidireccional entre la persona y su entorno (Lazarus y Folkman, 1984), este hallazgo podría encontrarse relacionado a los factores situacionales que influyen en la percepción de estrés que tienen estas mujeres.

Generalmente, los acontecimientos estresantes diarios, al ser sucesos más frecuentes y temporalmente próximos al individuo, pueden producir más respuestas de estrés que acontecimientos grandes y poco frecuentes (Lazarus y Folkman, 1984). Puede que estas pacientes, por sus condiciones de vida, se encuentren expuestas a diferentes factores situacionales que les han permitido percibir y valorar los eventos estresores de cierta manera y hacer un mayor uso de su control de estrés. Dichos hallazgos guardan relación con lo obtenido en el estudio de Lostaunau y Torrejon (2013) donde también se encontró un mayor uso del *control de estrés* en comparación con la *expresión de estrés*. De esta manera, se podría decir que ambos grupos de participantes se perciben capaces de enfrentar de manera eficiente los estresores que se les presentan en el día a día.

En este sentido, es pertinente hablar de aquellos recursos que posiblemente permitieron que estas mujeres no se perciban tan estresadas. En general, la aparición del cáncer supone una cierta situación de crisis y deterioro en la calidad de vida (Rodríguez-Marin, Pastor, Lopez-Roig, 1993). Por ello, es importante destacar los estilos cognitivos y conductuales que utilizan las mujeres para poder aceptar y convivir con este tipo de enfermedad (Baiocchi, Lugo, Palomino y Tam, 2013). En este punto, corresponde señalar aquellas estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres para sobrellevar el diagnóstico de cáncer; teniendo en cuenta que todas ellas son el resultado de una transacción entre las experiencias individuales, los aspectos personales y las exigencias propias del ambiente al que pertenece el individuo (Lozano, Cupil, Alvarado y Granados, 2011).

Dentro del contexto peruano se realizó una investigación para determinar los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de cuello uterino con 150 pacientes atendidas en un centro de enfermedades neoplásicas de la capital, reportando que la estrategia de afrontamiento que presentó una mayor frecuencia de uso, dentro del estilo enfocado en la emoción, fue la fe en la religión (87%). Mientras que, en relación al

estilo enfocado en el problema, la estrategia más utilizada fue planificación (73.3%). En cuanto al estilo de afrontamiento evitativo, que suele asociarse a un tipo de afrontamiento negativo o poco adaptativo, predominaron las estrategias de desentendimiento mental (65%), enfocado específicamente en la evitación del problema mediante actividades laborales y disminución del esfuerzo conductual y cognitivo sobre la enfermedad (79%) (Baiocchi et al., 2013). De esta forma, se entiende que los estilos de afrontamiento, se presentan como recursos dirigidos a manejar el estrés percibido como consecuencia de las demandas asociadas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad oncológica. Determinan, en gran manera, la adaptación al proceso de la misma (Baiocchi et al., 2013). En este sentido, puede que las mujeres a lo largo del proceso de enfermedad, hayan desarrollado diferentes estrategias de afrontamiento, con el fin de adaptarse, así como también poder incorporar la representación del cáncer, permitiéndoles desenvolverse de una manera más saludable durante el proceso de tratamiento y en etapas posteriores (Baiocchi et al., 2013).

Asimismo, el soporte social se encuentra íntimamente relacionado con el afrontamiento, en especial en el caso de enfermedades crónicas y degenerativas como el cáncer; debido a que puede constituirse como una estrategia de afrontamiento, en sí mismo (Rodríguez-Marin et al, 1993). En esta misma línea, se sabe que el soporte social que reciben las pacientes oncológicas es clave para mediar aquellos efectos de estresores del día a día y disminuir la incidencia de trastornos del humor (Pinar, Okdam, Buyukgonenc y Ayhan; 2012).

Una mujer diagnosticada con cáncer de cuello uterino experimenta diferentes cambios a partir de sus roles sociales, sus relaciones interpersonales, restricciones asociadas a diferentes funciones del cuerpo y su apariencia; estresores que pueden conllevar al desarrollo de depresión y ansiedad. No obstante, como reporta un estudio con 187 mujeres turcas, contar con soporte social es beneficioso para las pacientes con cáncer ginecológico, especialmente cuando este soporte viene por parte de familiares y personas de confianza para la misma. De esta manera, el soporte social percibido se encuentra relacionado a mejores niveles en su calidad de vida, así como también a menores niveles de depresión y ansiedad (Pinar et al, 2012). En este sentido, las participantes del presente estudio podrían contar con un soporte social adecuado que les permita sobrellevar los cambios experimentados a raíz de la enfermedad.

Asimismo, estas pacientes podrían percibirse no tan estresadas; ya que, a raíz del diagnóstico podrían haber mostrado resiliencia. Se entiende este constructo psicológico

como un fenómeno común que resulta, en la mayoría de los casos, a partir de la operación de sistemas básicos de adaptación humana y permite el desarrollo de respuestas de crecimiento frente a situaciones desafiantes (Masten, 1994; Masten, 2001). En un estudio con 281 mujeres con cánceres ginecológicos, se encontró que las mujeres resilientes reportaron altos puntajes de calidad de vida durante el diagnóstico oncológico; ya que fueron más propensas a expresar emociones positivas, replantear su experiencia y resignificar la misma (Manne, Myers-Virtue, Kashy, Ozga, Kissane, Heckman, Rubin y Rosenblum, 2015). Por otro lado, en un estudio longitudinal con pacientes oncológicos adolescentes, se reportó una relación entre la búsqueda de información poco después de recibir el diagnóstico y sentir adaptación psicosocial 18 meses después del mismo (Engvall, Cernvall, Larsson, Von Essen y Mattsson, 2011).

Aquellos resultados podrían relacionarse con los hallazgos del presente estudio. Es así como el afrontamiento, el soporte social y la resiliencia, podrían haber influenciado en la adaptación a la enfermedad. Asimismo, al ser pacientes que tienen tiempo de haber recibido el diagnóstico y además se encuentran libres de tratamiento, puede que no sientan un alto nivel de estrés relacionado al mismo.

En relación al funcionamiento sexual, el presente estudio ha demostrado que las disfunciones sexuales son un problema predominante en mujeres de edad media con cáncer de cuello uterino. El dominio principalmente afectado es el de excitación, seguido por la dimensión de deseo. La mayoría de estudios sobre funcionamiento sexual femenino, reportan al área de deseo como la más afectada (Monterrosa, Márquez y Arteta, 2014; Pinar et al., 2012; Ratner, Foran, Schwartz y Minkin, 2010; Vega, Flores, Ávila, Becerril, Vega, Camacho y García, 2014). Por otro lado, en un estudio latinoamericano realizado con el objetivo de evaluar la prevalencia de disfunciones sexuales y factores de riesgo asociados en mujeres sanas de adultez media, se observa similitud entre los resultados de la presente investigación con los puntajes obtenidos en mujeres bolivianas (Cochabamba) y limeñas. Este hallazgo es interesante, ya que a pesar de no contar con una condición crónica de enfermedad, aquellas mujeres también presentan niveles similares de disfunción sexual (Blümel, Chedraui, Baron, Belzares, Benscome, Calle, Espinoza, Flores, Izaguirre, Leon-Leon, Lima, Mezones-Holguin, Monterrosa, Mostajo, Navarro, Ojeda, Onatra, Royer, Soto, Vallejo y Tserotas, 2009).

Del mismo modo, es valioso comparar los resultados del presente estudio con los expuestos por Mezones-Holguin et al (2008), sobre el impacto de la diabetes en el funcionamiento sexual de la mujer peruana, debido a que ambos grupos son afectados

por una enfermedad crónica. Se observa que las pacientes con diabetes mellitus 2 presentan puntajes similares de disfunción sexual en todos los dominios, al igual que las mujeres de este estudio. Es importante señalar que el 50% de las participantes reportó que su sexualidad se vio considerablemente afectada por la enfermedad. Asimismo, en promedio, presentan un nivel de disfunción sexual menor al de las mujeres con cáncer de cuello uterino, pero significativamente similar en comparación a aquellas mujeres que no presentan una condición crónica (Blümel et al, 2009; Mezones-Holguin et al, 2008).

A su vez, los resultados de la presente investigación guardan relación con la investigación de Pinar et al. (2015), la cual presenta, en promedio, un nivel de disfunción sexual similar al de la muestra, afectando al 80% de estas mujeres. En relación a estos resultados, se explica que la predominancia de las disfunciones estaría relacionada a las características de vulnerabilidad que presenta dicha población oncológica, como por ejemplo, no hablar de problemas sexuales porque son considerados un tabú y solo una mínima parte de la población afectada por este tipo de neoplasias busca ayuda profesional (Pinar et al., 2015). De manera similar, dichas características fueron expresadas de manera verbal, al momento de la aplicación, por las participantes.

En cuanto al objetivo principal de investigación, se esperaba encontrar una relación inversa entre el estrés percibido y el funcionamiento sexual de las mujeres con cáncer de cuello uterino. No obstante, no se presentó una relación significativa entre ambos constructos. Se cree que este hallazgo estaría relacionado a la poca variabilidad en los resultados del estudio. Sobre todo, los puntajes obtenidos en la escala de funcionamiento sexual; demuestran altos niveles de disfunciones sexuales. Como ya se ha venido mencionando, al ser el cáncer de cuello uterino una neoplasia que aqueja principalmente los órganos genitales es común que posteriormente, las mujeres presenten secuelas debido a los tratamientos utilizados (Pino, 2010; Hugues, 2008; Tierney, 2008; Stead et al., 2007). Si bien no se han realizado muchos estudios de sobrevivencia, un estudio estadounidense con mujeres sobrevivientes (a 5 años luego de haber recibido el diagnóstico), reportó que incluso luego de este periodo algunas mujeres aún mantenían altos niveles de disfunciones sexuales que inevitablemente influían sobre su calidad de vida (Frumovitz et al., 2005).

Asimismo, estos marcados puntajes, en relación a los resultados que explican el estrés percibido de la muestra, podrían hacer alusión a la representación mental que

estas mujeres han elaborado sobre la enfermedad, ya que la percepción de encontrarse estresadas en relación a su funcionamiento sexual pasa a un segundo plano. En este sentido, podrían estar prevaleciendo otro tipo de preocupaciones para estas mujeres, ya sea relacionadas o no a su enfermedad (Stead et al., 2007).

Se podría explicar la variabilidad de los puntajes según lo reportado verbalmente por las participantes. Al momento de la aplicación, entre los temas mencionados, se habló de infidelidades, problemas de comunicación pre o post diagnóstico de cáncer con la pareja, miedos relacionados al daño de sí mismas o al daño que podría producir su pareja si se siguen manteniendo relaciones sexuales, miedo al contagio del virus nuevamente, así como también miedo a la recidiva de la misma enfermedad. Incluso se mencionó que a pesar de no tener deseo u excitación por tener actividad sexual, siguieron teniendo relaciones sexuales debido al temor de abandono por parte de la pareja. Asimismo, las participantes de los estudios de Stead et al., (2007) y Pinar et al., (2015) mencionan temas similares a los reportados de manera espontánea durante la aplicación de las pruebas. Los investigadores señalan que la presencia de estas preocupaciones constituyen factores de riesgo para disfunciones sexuales y la presencia de estrés psicológico.

Asimismo, se podría explicar que el estrés que perciben las participantes también podría estar relacionado a aspectos cotidianos, como su situación económica, los conflictos que puedan tener con sus hijos, su situación actual de enfermedad o el temor por presentar una recaída, en lugar de encontrarse estresadas únicamente por su funcionamiento sexual. Ello guarda relación con las problemáticas presentadas por las participantes del estudio de Stead et al. (2007), donde se menciona que si bien al momento del diagnóstico la preocupación por su funcionamiento sexual no era predominante, al recibir el tratamiento los cambios a nivel físico se hacían más evidentes, por ende generaban un estrés mayor en relación a ese tema. No obstante, en algunas mujeres estas preocupaciones se instalaban como barreras psicológicas que posteriormente podían afectar su salud sexual (Stead et al., 2007). Al tener las participantes de este estudio en promedio 2 años libres de tratamiento, puede que este periodo de tiempo les haya permitido adaptarse a los cambios relacionados a su sexualidad.

Por otro lado, en cuanto a los análisis exploratorios, se encontró la relación de que a mayor edad de las participantes, mayor será su nivel de deseo. Si bien la mayoría de investigaciones reporta lo contrario, también se ha demostrado que tener una nueva

pareja puede incrementar el nivel de deseo a cualquier edad (Hugues, 2008). Muchas de las participantes mencionaron al momento de la aplicación temas de separación y conflictos maritales, sin embargo, también refirieron haber dado inicio a nuevas relaciones conyugales. Por otro lado, esta relación podría ser explicada a partir de la etapa evolutiva de la mujer. Se sabe que al finalizar los 30 e inicio de los 40 hay un mayor interés por la actividad sexual (Sultán y Chambless, 1998). Asimismo, un estudio chileno con mujeres sexualmente activas reportó que el funcionamiento sexual alcanza a su máxima expresión entre los 35 y 45 años (Blümel, 2009). El presente estudio tiene un rango de edades similar, ello podría explicar dicha relación entre ambas variables.

Por otro lado, en cuanto a la satisfacción y la religión, se observó una diferencia entre aquellas mujeres que practicaban alguna religión en comparación a las que no, demostrando que las primeras tienen un mayor nivel de satisfacción. Ello guarda relación con lo señalado en el estudio chileno de funcionamiento sexual en mujeres en edad climatérica, el cual reporta que acudir a la iglesia representa un factor protector para el funcionamiento sexual de estas mujeres (Figueroa, Jara, Fuenzalida, Del Prado y Blümel, 2009). No se llega a profundizar sobre esta idea, sin embargo sería importante explorar qué entienden estas mujeres por satisfacción debido a que en ambos estudios es la dimensión que puntúa más alto en comparación a las demás dimensiones de funcionamiento sexual.

En cuanto al lugar de procedencia y al nivel de deseo, se observó que aquellas mujeres que habían nacido en Lima tienen un mayor nivel de deseo en comparación a aquellas que nacieron en provincia. En este sentido, sería importante poder estudiar el nivel de aculturación de estas mujeres y como se relaciona con las dimensiones del funcionamiento sexual, considerando que el promedio de residencia en Lima fue de 32 años.

En síntesis, en la presente investigación no se comprobó la hipótesis principal. No obstante, en cuanto a los análisis exploratorios, se han encontrado resultados significativos para las dimensiones de deseo y satisfacción en relación a ciertas variables sociodemográficas como es edad, practica de alguna religión y lugar de procedencia.

Asimismo, se deben considerar las limitaciones del presente estudio. Una de ellas podría ser la comprensión lectora de las participantes, la cual podría estar vinculada al bajo nivel educativo de las mismas. A su vez, se debe tener en cuenta que la escala de estrés percibido evalúa la percepción de estresores de manera general,

durante el último mes, a partir del momento de la aplicación y puede que esto no permita denotar las preocupaciones específicas en relación al funcionamiento sexual.

Otra limitación fue que algunas de las participantes manifestaron tener dificultades en la visión, pidiendo el apoyo de la investigadora al momento de leer las pruebas, con el fin de que puedan contestar de manera oral. Ello puede haber influenciado en sus respuestas; ya sea por generar deseabilidad social en la interacción entre participantes y evaluadora. Así como también, al momento de leerles las preguntas, estas participantes tenían mayor oportunidad para pedir que se les repita las mismas, pudiendo marcar diferencias en el entendimiento de los enunciados; en comparación a aquellas participantes que respondían en silencio de manera individual.

Como sugerencia, para futuras investigaciones, sería oportuno buscar instrumentos que midan diferentes dimensiones del estrés de manera integrada, con el fin de poder explorar la relación que guarda con el funcionamiento sexual y ver cuáles son las áreas más afectadas en una muestra de mujeres con estas características. Asimismo, sería interesante evaluar, mediante un diseño longitudinal, la percepción de estas mujeres sobre su sexualidad previamente al diagnóstico de cáncer, con el fin de comparar su funcionamiento sexual y ver si este se ve explícitamente afectado por la condición crónica o también influyen ciertos determinantes sociales.

En este sentido, sería valioso poder complementar esta investigación realizando estudios cualitativos o mixtos. Si bien ambos cuestionarios demostraron replicabilidad en la muestra, sería pertinente poder complementar su uso con una entrevista semiestructurada que permita esclarecer las vivencias de las mujeres con cáncer de cuello uterino en relación a los constructos estudiados. Como por ejemplo, con el caso de la dimensión de satisfacción, perteneciente al constructo de funcionamiento sexual. Sería pertinente poder explorar esta dimensión de manera cualitativa, ya que quizás sea difícil para estas mujeres poder determinar su experiencia más subjetiva, como es la valoración sobre la satisfacción de su funcionamiento sexual, únicamente mediante una opción de respuestas. De la misma manera, podría haber una tendencia en mujeres latinoamericanas por minimizar los problemas a nivel sexual debido a bajas expectativas sobre este aspecto (Kingsberg, 2009), o también generarse deseabilidad social al momento de dar su respuesta; ya que es un tema que no suele ser abordado por el personal de salud. Es por ello, que quizás esta dimensión suela verse bien valorada en comparación de los otros dominios (Kingsberg, 2009; Monterrosa, Vega y Arteta, 2014).

Asimismo, existen otras variables que podrían influir sobre la relación de los constructos del presente estudio; por lo que sería interesante poder estudiarlas de manera paralela en futuras investigaciones. Por ejemplo la importancia del apoyo social que reciben estas mujeres por parte de sus parejas, la comunicación, como fue la relación de pareja y el funcionamiento sexual de las mujeres antes de la enfermedad.

Si bien la muestra de este estudio enfrentó una situación que involucra diferentes estresores, como constituye el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad oncológica, es importante señalar que la mayoría de las participantes reporta un estrés moderado, lo cual podría aludir a que cuentan con diversos recursos que han influenciado sobre su adaptación. No obstante, sería pertinente poder realizar un abordaje integral sobre estas pacientes, ya que, a pesar de que no haya una relación significativa entre el estrés y su función sexual, esto no quiere decir que el gran porcentaje de mujeres que presentaron una disfunción sexual no consideren esta problemática como importante. Por el contrario, esto podría estar afectando su calidad de vida. En este sentido, esta investigación podría facilitar la promoción de espacios psicoeducativos y grupos de apoyo donde las mujeres puedan encontrar el soporte necesario por parte del personal de salud y sus pares.

De esta manera, el presente estudio sugiere la necesidad de identificar a las mujeres con cáncer de cuello uterino como una población que tiene necesidades físicas, psicológicas y sociales particulares que deben ser estudiadas para poder acompañar e intervenir adecuadamente en su proceso de adaptación, tanto físico como psicológico, luego de la enfermedad. Asimismo, el estudio da cabida a la importancia de estudiar la sexualidad de la mujer peruana, la cual pocas veces es abordada, menos aún en mujeres con enfermedades crónicas como el cáncer.

REFERENCIAS

- Abedi, P., Afrazhe, M., Javadifar, N. y Saki, A. (2015). The relation between Stress and Sexual Function and Satisfaction in Reproductive-Age Women in Iran: A cross-Selectional Study. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 41(4), 384-390.
- American Cancer Society (2015). Radioterapia para Cáncer de Cuello Uterino. Recuperado de:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-treating-radiation>
- American Psychological Association (2010). El camino a la resiliencia. Recuperado de:
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/resilienciacamino.aspx#>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Ed 4.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fifth Edition. Arlington, VA.
- Artiles, V., Gutierrez, M. D., y Sanféliz, J. (2005). Función sexual femenina y factores relacionados. *Elsevier*, 38(6) 339-344.
- Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino, N. y Tam, E. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. *Revista Enfermería Herediana*, 6 (1): 18-24.
- Barra, E. y Vaccaro, MA. (2012). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit*, 19(1) 113-119.
- Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima.* Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Blümel, J.E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Benscome, A., Calle, A., Espinoza, M., Flores, D., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., Onatra, W., Royer, M.,

- Soto, E., Vallejo, S. y Tserotas, K. (2009). Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *The Journal of North American Menopause Society*, 16(6): 323-329.
- Blümel, JE., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Sánchez, F. y Gramegna, G. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Revista Médica Chilena* 130 (10): 131-138.
- Blümel, J.E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, 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.
- Blümel, J.E. (2006). Disfunción sexual en la mujer chilena. *Rev. Medicina y Humanidades* 1(3): 12-22.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D. y Galluzo, C. (2006). The association between daily stress and sexual activity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 194 (7): 494-501.
- Borduka, D. y Sun, C. (2006). Función sexual después del cáncer ginecológico. *Division of Gynecologic Oncology*, 33(4): 621-629.
- Brotto, L.A., Heiman, J.R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G.M., Swisher, E., Tamini, H y Van Blaricom, A (2008). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archives of Sexual Behavior* 37(2): 17-29.
- Bruni, L., Barrionuevo-Rosas, L., Albero, G., Aldea, M., Serrano, B., Valencia, S., Brotons, M., Mena, M., Cosano, R., Muñoz, J., Bosh, FX., de San José, S y Castellsagué, X. (2015). Human Papillomavirus and Related Diseases in Perú., Summary Report 2015-03-20. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre), Barcelona, España.
- Castelo-Branco, C., Puigvert, A. y Gándara, J. (2005). *Disfunción sexual femenina: concepto, definición y clasificación*. En: Gándara, J. y Puigvert, A. (eds) *Sexualidad humana: Una aproximación integral*. pp.139-145. Buenos Aires: Médica panamericana.

- Cristóbal, I. (2007). Representación del cáncer de cuello uterino y su relación con la sexualidad femenina: las voces de los actores políticos y de la sociedad civil de Ayacucho, Lima, Piura y Ucayali en el marco de la introducción de una nueva vacuna En: *Investigaciones Sociales*, 18, 431-454.
- Chirinos, C. (2010). *Organización del ciudadano familiar de pacientes con cáncer de cuello uterino durante el proceso de tratamiento de la enfermedad. Estudio de casos en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN) Lima*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cohen, S., Kamarck T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24, (4), 385-396
- Costa-Requena, G., Rodríguez, A. y Fernández-Ortega, P. (2012). Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 77-81.
- Cruzado, J. (2014). *Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide.
- Davis, P. y Brantley, P. (2004). Stress, coping and social support in health and behavior. En: T. Boll (Ed). *Handbook of clinical health psychology* (2), 233-267. Washington DC: American Psychological Association.
- Engvall, G., Cernvall, M., Larsson, G., Von Essen, L y Mattsson, E. (2011). Cancer during Adolescence: Negative and Positive Consequences Reported Three and Four Years after Diagnosis. *PLoS ONE* 6(12), e29001, 1-5.
- Figuroa, R., Jara, D., Fuenzalida, A., Del Prado, M., Flores y Blümel I, J.E. (2009) Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Revista Médica de Chile*, 137, 345-250.
- Frumovitz, M., Sun, C. y Schover, L. R., Munsell, M., Jhingran, A., Wharton, J., Eifel, P., Bevers, T., Levenback, C., Gershenson, D. y Borduka, D. (2005). Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal Clinical Oncology*, 23, 30, 28-26.

- García, D., García, M., Ballesteros, B y Novoa, M. (2006). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. Bogotá: *Pontificia Universidad Javeriana* 2 (2), 199-214.
- Golden-Kreutz, D., Thornton, L., Wells-DiGregorio, S., Frierson, G., Jim, H., Carpenter, K., Shleby, R. y Andersen, B. (2005). Traumatic stress, perceived global stress and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24(3), 288-296.
- González, M.T. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1) 199-206.
- Greenberg, J., Bruess, C. y Conklin, S. (2010). *Exploring the Dimensions of Human Sexuality*. Massachussets: Jones and Bartlett Publishers.
- Hugues, M. (2008). Alterations of sexual function in women with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 24, 2, 91-101.
- Instituto Nacional de Cáncer (2015a). Cervical Cancer Prevention page. Recuperado de: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/
- Instituto Nacional de Cáncer (2015b). Cáncer de Cuello Uterino: Tratamiento. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cuellouterino/Patient/page4>
- Jensen, P., Greenvold, M., Klee, M., Thranov, I., Petersen y Machin, D. (2003). Early-Stage Cervical Carcinoma, Radical Hysterectomy, and sexual function. *American Cancer Society*, 56, 1, 937-949.
- Juraskova, I., Butow, P., Bonner, C., Robertson, R y Sharpe, L. (2011). Sexual Adjustment following early stage cervical and endometrial cancer: prospective controlled multi-center study. *Psycho-Oncology*, 22, 153-159.
- Kaplan H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal Sex Marital Therapy*, 3, 3-9.
- Kingsberg, S. (2009). Sexual function in middle-aged Latin American women as determined by the Female Sexual Function Index: improving global acceptance

of the use of validated measures of sexual function- Editorial. *The Journal of The North American Menopause Society* 16, 6, 1089-1091.

Kinsey, A.C., Pomeroy W.B, Martin C.E y Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders

Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E y Wang, T (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal Impotence Research*, 17 (1), 39-57.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.

Lewis, M. (2004). *Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe*. (OPS). Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/762/92%2075%2032531%206.pdf?sequence=1>.

Lostanau, A. y Torrejón, C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Lorenz, T., Stephenson, K. y Meston, C. (2011). Validated Questionnaires in Female Sexual Function Assessment. En: Mulhall, J., Incrocci, L., Goldstain, I. y Rosen, R. (Eds), *Cancer and Sexual Health, Current Clinical Urology* (pp. 317-337). New York: Humana Press.

Lozano, A., Cupil, A., Alvarado, S. y Granados, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *GAMO*, 10 (3), 156-161.

Manne, S., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D. Heckman, C., Rubin, S. y Rosenblum, N. (2015). Resilience, Positive Coping, and Quality of Life

Among Women Newly Diagnosed With Gynecological Cancers. *Cancer Nursing*, 38(5), 375-382.

Manning-Walsh, J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal Obstetrical Gynecological Neonatal Nursing*, 34, (4), 482-93.

Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity: Challenges and prospects. En: Wang, M y Gordon, E. (Eds.), *Educational resilience in inner city America: Challenges and prospects*. (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.

Masters W.H. y Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Co.

Mezones-Holguin, E., Blümel, J., Huezco, M., Vargas, R., Castro, J., Córdova, W., Valenzuela, G. y Castelo-Branco, C. (2008). Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecological Endocrinology*, 24 (6), 1-5.

Ministerio de Salud (MINSa, 2015). Plan de Salud Escolar: Más de 475 mil niñas serán vacunadas contra el Virus de Papiloma Humano. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16252>

Ministerio de Salud (MINSa, 2011). *Guía de práctica clínica- Cáncer de cuello uterino*. Ministerio de salud- Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas.

Montes, L., Mullins, M. y Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*, 71 (2), 129-134.

Monterrosa, A.; Márquez, J. y Arteta, C. (2014). Disfunción sexual en mujeres climáticas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia*, 27 (1), 31-41.

Moreno, C. (2015). Introducción a los conceptos de sexualidad y género. Material del curso "Sexualidades en la escuela" impartido en UAbierta, Universidad de Chile.

- Muñoz, A. y Camacho, P. A. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*; 81(3), 168-180.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Cáncer. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Parra L.M y Carrillo, G. M. (2011). Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix. *Avances en enfermería*, 24 (1), 87-96.
- 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.
- Pinillos-Ashton, L y Limache-García, A. (2013). Contribuciones de la Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 99-104. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36326085019>> ISSN 1726-4642
- 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*, 1-14.
- Pinar, G., Okdem, S., Buyukgonenc, L. y Ayhan, A. (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Cancer Nursing Journal*, 35, 229–235.
- Pino, C. (2010). Disfunción sexual en pacientes con cáncer. *Revista de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 23, 135-144.
- Privitera, G. (2012). *Statistics for the behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2009). VPH Y El cáncer de cuello uterino. Planificador de acción para la prevención de cáncer de cuello uterino. Recuperado de: <http://www.rho.org/aps/learn-basics.htm>
- Ratner, E.S., Foran, K.A., Schwartz, P.E y Minkin, M.J. (2010). Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*, 66, 23–26.
- Real, R. (2010). *Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina. Asociación a otras enfermedades y factores de riesgo*. Tesis doctoral. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93
- Remor, E., y Carrobles, J. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS- 14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Rodriguez-Marin, J., Pastor, M.A. y Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. y D'Agostino, R Jr. (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.
- Saénz, C., Caromoto, Y. y Castro, T. (2007) *Calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción sexual en mujeres histerectomizadas en el hospital San Juan de Dios de Florida Blanca*. Tesis para obtener licenciatura. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept, *Am Scientist* 61:692-699.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9 (2), 9-21.
- Stead, M., Fallowfield, L., Selby, P. y Brown, J. (2007). Psychosexual function and impact of gynecological cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2), 309-320.

- Stewart, B. y Wild, C. (2014). Informe Mundial Sobre el Cáncer (IARC). Recuperado de: <http://whocp3.codemantra.com/Marketing.aspx?ID=WCR2014&ISBN=9789283204299&sts=b>
- Sultán, F y Chambless, D. (1998). Funcionamiento sexual de la mujer. En Blechaman y Brownell (Eds), *Medicina conductual de la mujer*, 1-22. Barcelona: Ed. Martinez.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México D.F.: McGraw Hill.
- Tierney, K. (2008). Sexuality: A quality of life issue for cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (2), 71-79.
- Valenzuela, R. (2014). *Función sexual en trabajadoras en turno del sector de salud*. Tesis para optar grado de Magister. Universidad de Concepción.
- Vega, G., Florea, P., Ávila, J., Becerril, A., Vega, A., Camacho, N. y García, P. (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Revista Chilena Obstetricia Ginecológica*, 79 (2), 81-85.
- Velásquez, A. (2009). La carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. *Revista Peruana Médica Exp Salud Pública*, 26 (2), 222-31
- 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, 1-20.
- Yilmaz S.D., Bal M.D., Beji N.K. y Arvas M. (2015). Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients. *Cancer Nursing Journal*, 38 (2), 57-62.
- Zaharia, M. (2013). El cáncer como problema de salud pública en el Perú (Editorial) *Revista Peruana Médica Experimental Salud Pública*, 30 (1), 7-8.



APÉNDICES

Apéndice A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada paciente:

Deseamos solicitar su participación en el estudio “**Estrés percibido y funcionamiento sexual en mujeres con cáncer de cuello uterino**” a cargo de María Claudia Carreño, estudiante de la especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú y bajo la supervisión de la Dra. María Antonia Rodríguez.

El **objetivo** del presente estudio es analizar la relación del estrés percibido y el funcionamiento sexual en un grupo de mujeres adultas con cáncer de cuello uterino que reciben tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

Su **participación implica** llenar una ficha de datos y dos cuestionarios que se le entregaran 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. En principio, la entrevista es anónima, por ello será codificada 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.

Si bien la participación en este estudio **no tiene beneficios directos** para su condición de enfermedad, le brinda la oportunidad de compartir sus experiencias como paciente; así como también, contribuye a poder entender la experiencia de mujeres con cáncer de cuello uterino.

El estudio supone un **riesgo** mínimo. Este estudio no hará ningún cambio en su tratamiento recetado por su médico. Es posible que tenga emociones de tristeza o enojo hablando y recordando experiencias relacionadas a la enfermedad.

Es importante recalcar que si bien su participación es importante para este estudio, **ud. tiene derecho a decidir si desea o no hacerlo sin ningún perjuicio**. Puede darse el caso de que alguna pregunta o actividad le incomode, en ese caso puede negarse a responder o decidir no continuar participando.

Se tiene **el compromiso de mantener la confidencialidad de toda la información del estudio** lo cual significa que nadie excepto la investigadora tendrá acceso a la información que usted proporcione. Su nombre o datos personales **no serán identificados** en ningún informe del estudio ni en sus resultados.

Si tiene cualquier pregunta puede contactarse con la investigadora al 996302919 o al correo electrónico: mccarreño@puccp.pe, con su supervisora al 626-2000 anexo: 4553. Así como también al Presidente del Comité Institucional de Ética en

Investigación, el Dr. Aristides Juvenal Sánchez Lihón al correo comité_etica@inen.sld.pe o al 2016500 anexo: 3001.

Yo, _____ he recibido información en forma verbal sobre el estudio “**Estrés percibido y funcionamiento sexual en mujeres con 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 del (de la) participante	Firma	Fecha
--	-------	-------

Nombre del Investigador responsable	Firma	Fecha
-------------------------------------	-------	-------

Código

Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el formulario de C.I. del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la PUCP.

Apéndice B- Ficha de datos

Edad: _____

Lugar de procedencia: _____

Tiempo de residencia en Lima: _____

Diagnóstico: _____ **Estadio:** _____

Fecha del diagnóstico: _____

¿Cuánto tiempo lleva sin recibir tratamiento?: _____

Presenta histerectomía: Sí () No ()

Grado de instrucción:

Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Primaria Completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>
Técnico incompleta	<input type="checkbox"/>	Técnico completa	<input type="checkbox"/>
Superior incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior completa	<input type="checkbox"/>

Ocupación actual: _____

Estado civil actual:

Soltera	<input type="checkbox"/>	Divorciada	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>	Separada	<input type="checkbox"/>
Conviviente	<input type="checkbox"/>	Viuda	<input type="checkbox"/>

¿Tiene pareja actual?: Sí () No ()

¿Tiene hijos?: Si () No ()

Número de hijos: _____

¿Practica alguna religión?: Si () No ()

Nivel socioeconómico:

Muy Alto	<input type="checkbox"/>
Alto	<input type="checkbox"/>
Medio	<input type="checkbox"/>
Bajo	<input type="checkbox"/>
Muy bajo	<input type="checkbox"/>

Tipo de tratamiento recibido (puede marcar más de una opción):

Cirugía	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Braquiterapia	
Terapia hormonal	

Si recibió cirugía, ¿Qué tipo de cirugía?

Criocirugía		Cervisectomía	
Cirugía laser		Exanteración pélvica	
Conización		Ganglios linfáticos pélvicos	

¿Presenta otra enfermedad? Sí () No ()

¿Cuál?: _____

Apéndice C*Características sociodemográficas de la muestra*

Variable		<i>f</i>	<i>%</i>
Estadio	I	7	19.4
	II	21	58.3
	III	8	22.2
Origen	Ancash	1	2.8
	Arequipa	1	2.8
	Cajamarca	2	5.6
	Cusco	2	5.6
	Huánuco	2	5.6
	Ica	1	2.8
	Iquitos	1	2.8
	Junín	2	5.6
	Lima	24	66.7
Grado de instrucción	Primaria incompleta	5	13.9
	Primaria completa	3	8.3
	Secundaria incompleta	11	30.6
	Secundaria completa	9	25.0
	Técnica incompleta	2	5.6
	Técnica completa	3	8.3
	Superior incompleta	2	5.6
	Superior completa	1	2.8
Estado civil	Soltera	9	25.0
	Casada	8	22.2
	Conviviente	14	38.9
	Separada	5	13.9

Pareja Actual	Sí	27	75.0
	No	9	25.0
Hijos	Con hijos	35	97.2
	Sin hijos	1	2.8
Nivel socioeconómico percibido	Medio	10	27.8
	Bajo	25	69.4
	Muy bajo	1	2.8
Practica de religión	Sí	24	66.7
	No	12	33.3
Ocupación	Ama de casa	23	63.9
	Auxiliar de oficina	1	2.8
	Cuidadora de persona mayor	1	2.8
	Independiente	9	25.0
	Personal de limpieza	1	2.8
	Técnica de enfermería	1	2.8
Tipos de tratamientos	Cirugía	4	11.1
	Radioterapia	2	5.6
	Radioterapia+Braquiterapia	9	25.0
	Quimioterapia+Radioterapia+Braquiterapia	19	52.8
	Cirugía+Quimioterapia+Radioterapia+Braquiterapia	1	2.8
	Quimioterapia+Radioterapia+Braquiterapia+Terapia Hormonal	1	2.8

N=36