

Trabajo Fin de Grado

Impacto de la histerectomía en la sexualidad de las mujeres diagnosticadas de cáncer de útero.

Alumno: María Tamés Dorado

Director: Andrada Cristoltán

Madrid, mayo de 2024

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Presentación.....	6
2. Estado de la cuestión:	7
2.1 Fundamentación.....	7
2.1.1 Anatomía del útero.....	7
2.1.2 Histología del útero.....	8
2.1.3 Fisiología del aparato reproductor femenino.....	9
2.1.4 Cáncer de útero.....	10
2.1.5 Epidemiología y etiología.....	12
2.1.6 Signos, síntomas y diagnóstico.....	12
2.1.7 Tratamiento.....	13
2.1.8 Efectos inmediatos y tardíos de la histerectomía.....	15
2.1.9 Sexualidad y salud sexual.....	15
2.2 Justificación.....	17
3. Objetivos.....	19
3.1 Objetivo general.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4. Metodología.....	20
4.1 Diseño del estudio.....	20
4.2 Sujetos de estudio.....	21
4.3 Variables.....	23
4.4 Instrumentos de recogida de datos.....	26
4.5 Procedimiento de recogida de datos.....	27
4.6 Fases del estudio.....	28
4.7 Cronograma.....	29
4.8 Análisis de datos.....	30
5. Aspectos éticos.....	31
6. Limitaciones del estudio.....	32
7. Bibliografía.....	33

ANEXOS	36
Anexo I: Consentimiento informado	37
Anexo II: Cuestionario acerca de datos sociodemográficos	40
Anexo III: Cuestionario de Inteligencia Emocional (Escala TMMS-24)	42
Anexo IV: Escala de Autoestima de Rosenberg.....	45
Anexo V: Índice de Función Sexual Femenina.....	46
Anexo VI: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)	52

Resumen.

Introducción: En el presente proyecto de investigación se trata un tema muy importante para la disciplina de la Enfermería, el cáncer. El cáncer de útero supone la 6º neoplasia más frecuente en mujeres, llegándose a diagnosticar 7000 nuevos casos cada año en nuestro país. La histerectomía es un procedimiento quirúrgico altamente invasivo, cuyo impacto no afecta solo a nivel físico, si no que provoca deterioros en la sexualidad y en la calidad de vida de las mujeres. Es por ello, que este estudio pretende profundizar en el nombrado impacto sobre la sexualidad, puesto que ninguna mujer está exenta de sufrir alteraciones en ella.

Objetivos: Analizar el impacto de la histerectomía en la sexualidad de las mujeres diagnosticadas de cáncer de útero.

Metodología: Diseño observacional descriptivo transversal, cuya población objeto de estudio está compuesta por las pacientes captadas en las consultas de ginecología oncológica del Hospital Universitario La Paz.

Implicaciones para la enfermería: Proporcionar un marco teórico junto con unos resultados descriptivos que permitan a los profesionales concienciarse y comprender la situación para poder llevar a cabo planes de asesoramiento y de apoyo para las mujeres.

Palabras clave: cáncer de útero, histerectomía, sexualidad, calidad de vida.

Abstract.

Introduction: In the current investigation project, cancer, a relevant topic in the Nursing profession, is discussed. Uterine cancer is the 6th most frequent diagnosed cancer in women, with up to 7000 new cases diagnosed each year in our country. Hysterectomy is a highly invasive surgical procedure, which impact doesn't only regard the physical level, but also deteriorates the patient's quality of life and sexuality. Therefore, this projects main objective is to elaborate on the impact on sexuality, since no women is exempt of suffering deterioration in it.

Objectives: To analyse the impact hysterectomy has in the sexuality of women who have been diagnosed of uterine cancer.

Methodology: Descriptive and cross-sectional study which's object of study is conformed by the patients engaged in the onco-gynaecological consults at the University Hospital of La Paz.

Implications for the practice of Nursing: To provide a theoretical framework as well as descriptive results that enable professionals to become aware and comprehend the situation, so counselling and support plans for women can be structured.

Key words: uterine cancer, hysterectomy, sexuality, quality of life.

1. Presentación.

Este proyecto nace del interés personal y profesional, y es un tema que me inquieta como mujer, puesto que creo que no se trata de la manera correcta.

El verdadero interés por este tema surge tras una jornada en la Asociación Española Contra el Cáncer, donde se nos expone que el porcentaje de mujeres que refieren haber recibido información acerca de su sexualidad durante su recorrido con el cáncer es ínfimo.

Considero que estamos relativamente concienciados acerca de los tratamientos altamente invasivos que los pacientes oncológicos tienen que recibir, así como de las extensas intervenciones quirúrgicas, pero creo que se deja fuera el aspecto más humano de todo el proceso.

Es una realidad que aquellas mujeres que se someten a una histerectomía ven su cuerpo “mutilado”, sufren cambios irreversibles muy bruscos de la noche a la mañana, como la pérdida de la menstruación o la capacidad de quedar embarazadas, y ven su feminidad amenazada. Es por ello que yo me cuestiono si, hoy en día, la sanidad está planteada para ayudar a estas mujeres a afrontar su proceso desde una perspectiva holística, y no centrándose solo en los aspectos médicos.

Es aquí donde, los cuidados enfermeros y junto al resto de profesionales de salud, debemos incidir para llevar a cabo actividades que ayuden a estas mujeres a sanar más allá de a nivel físico, permitiendo que no solo sanen como pacientes oncológicas, sino que lo hagan como personas y, sobre todo, como mujeres. Es nuestra obligación ayudarles a que puedan retomar su vida tras la enfermedad, y que lo hagan de manera plena, siendo mucho más que “supervivientes de un cáncer”.

Agradecimientos.

Me gustaría agradecer de manera especial a mi familia. Por su esfuerzo y su apoyo incondicional durante estos años. Gracias por haberme permitido llegar a donde estoy hoy, no habría sido posible sin vosotros.

2. Estado de la cuestión:

2.1 Fundamentación.

Este trabajo relata el impacto de la histerectomía y sus efectos a corto y largo plazo en la salud sexual de las mujeres con cáncer de útero.

En primer lugar, se hablará acerca de la anatomía del aparato reproductor femenino, y de la fisiología e histología del útero. Después se describe qué es el cáncer de útero, su estadificación, sus signos y síntomas, los métodos de diagnóstico y los tratamientos que se emplean en la actualidad.

Posteriormente, se analizan los efectos a corto y largo plazo de la histerectomía y de las diferentes líneas de tratamiento para el cáncer de útero, así como de su impacto en la salud sexual de las mujeres.

La búsqueda bibliográfica de este proyecto se ha realizado a través de fuentes como libros (anatomía y fisiología, oncología y ginecología), páginas web como American Cancer Society y SEOM y bases de datos como PubMed, Elsevier y CINAHL Complete.

2.1.1 Anatomía del útero.

El aparato reproductor femenino se compone por un conjunto de órganos los cuales incluyen ovarios, trompas uterinas o de Falopio, útero, vagina y órganos genitales externos, el conjunto de los cuales es denominado vulva. (1)

Las glándulas mamarias se consideran parte del aparato reproductor femenino, al igual que del sistema tegumentario.

El útero es un órgano muscular, hueco, cuya forma y tamaño es de pera invertida. Se encuentra situado entre la vejiga y el recto. Sus medidas son de aproximadamente 7,5cm de longitud, 5cm de ancho y 2,5cm de grosor en aquellas mujeres que nunca han estado embarazadas, adoptando un tamaño mayor en aquellas que han estado embarazadas recientemente, y, un tamaño menor (atrofia), en aquellos casos en los que los niveles de hormonas sexuales son bajos, como ocurre tras la menopausia. (1) (2)

Encontramos numerosas subdivisiones anatómicas, entre las cuales observamos: fondo, es superior a las trompas uterinas y posee forma similar a una cúpula; cuerpo, que es la parte central y es estrecha, cuyo interior se denomina cavidad uterina; cuello, es la porción inferior que se abre a la vagina, su interior se denomina canal cervical, y es angosta. Entre el cuerpo del útero y el cuello se encuentra el istmo, zona de aproximadamente 1cm de largo que es también estrecha. El canal, respectivamente, se abre a la altura del orificio interno a la cavidad uterina, mientras que, en el orificio externo, lo hace a la vagina. (1) (2)

Conforma parte del trayecto por el cual los espermatozoides se desplazarán desde la vagina hasta las trompas uterinas, y es, asimismo, donde se producirá la implantación de óvulo fecundado, el desarrollo del feto a lo largo del embarazo y el parto. (2)

2.1.2 Histología del útero.

El útero está formado por tres capas de tejido: perimetrio, miometrio y endometrio. (1) (2)

La capa externa, el perimetrio o serosa, se encuentra formada por epitelio pavimentoso simple y tejido conectivo areolar. Se convierte en el ligamento ancho y cubre la vejiga, formando un saco superficial, el fondo de saco uterovesical. Cubre, asimismo, el recto, formando un saco profundo entre útero y recto, el fondo de saco rectouterino o de Douglas. (1)

La capa intermedia, el miometrio, se encuentra formada por tres capas de fibras de músculo liso. Encontramos en el fondo las más gruesas y en el cuello uterino las más delgadas. Durante el trabajo de parto y el parto, son las contracciones del miometrio en respuesta a la oxitocina quienes asisten a la expulsión del feto desde el útero. (1)

La capa interna, el endometrio, posee tres componentes y se encuentra altamente vascularizada: la capa más interna se encuentra compuesta de epitelio columnar simple y reviste la luz; el estroma endometrial es un área muy gruesa formado por tejido conectivo areolar; las glándulas endometriales se encuentran desarrolladas como invaginaciones del epitelio luminal, y su extensión alcanza hasta casi el miometrio. (1)

2.1.3 Fisiología del aparato reproductor femenino.

Las hormonas sexuales femeninas son los estrógenos y los gestágenos, siendo dentro del primer grupo el estradiol y la estrona los más relevantes, y la progesterona en el caso del segundo grupo. (3)

Los ovarios junto con el hipotálamo y la hipófisis son las glándulas encargadas de la circulación y mantenimiento de las hormonas sexuales.

- Hipotálamo: rige el sistema hormonal.
- Hipófisis: activa la producción hormonal de los ovarios.
- Ovarios: glándulas sexuales femeninas, las cuales rigen el ciclo menstrual. (3)

El hipotálamo secreta GnRH (hormona liberadora de gonadotropinas u hormona liberadora de hormona luteinizante). Esta hormona regula la producción y liberación de LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona foliculoestimulante) en la adenohipófisis. Son la LH y la FSH las encargadas de regular la ovulación y estimular a su vez la secreción de las hormonas sexuales, estradiol y progesterona, mediante los ovarios. Son estas últimas hormonas quienes estimulan los órganos del aparato reproductor, como por ejemplo la vagina y el útero, y las mamas.

Es la liberación de GnRH la que induce la pubertad. Al principio, su liberación hipotalámica es menos sensible a la inhibición de la progesterona y los estrógenos y es el incremento en la liberación de dicha hormona lo que promueve la secreción de FSH y LH. Estas hormonas, a su vez, estimulan la producción de hormonas sexuales, estrógenos principalmente y, estos producen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. (3) (4)

En la menopausia, se produce una disminución en los niveles de la inhibina, hormona encargada de la regulación de los niveles de FSH, mientras que los niveles de estrógenos se mantienen estables. Estos primeros cambios provocan que los ciclos menstruales sean de menor duración. (5) (6)

Debido a la atresia ovárica, los niveles de FSH sufren un aumento, descendiendo así la síntesis de estrógenos y sus niveles séricos. El descenso en los niveles de estrógenos provoca que el hipotálamo libere mayores cantidades de GnRH, permitiendo así que la hipófisis reciba la señal para producir más FSH, pero ya no hay folículos suficientes para la producción. (6)

En este proceso, las mujeres pueden experimentar una serie de cambios fisiológicos entre los cuales se encontrarán deterioros a nivel óseo que pueden derivar en osteoporosis, cambios

psicológicos, cardiovasculares, en músculos y articulaciones, y a nivel de sexualidad, entre otros. (7)

2.1.4 Cáncer de útero.

El cáncer de útero da comienzo cuando las células que revisten de manera interna la cavidad del útero (células de las glándulas endometriales) crecen de forma descontrolada. Este tipo de tumores se denominan carcinoma endometrial, y son los más frecuentes. Existe otro tipo de cáncer denominado sarcoma, el cual se desarrolla a partir del tejido muscular o conjuntivo y, pese a que son menos comunes, tienden a ser más agresivos. (2) (8) (9)

Se puede clasificar de la siguiente manera:

- Tipo I: es el tipo más frecuente, es estrógeno-dependiente y no suele ser excesivamente agresivo. Hasta el 80% de los casos diagnosticados presentan un buen pronóstico, y es más común en mujeres jóvenes o con sobrepeso y durante la perimenopausia.
- Tipo II: no son estrógeno-dependientes, tienden a presentarse en mujeres de edad más avanzada y son más agresivos. Presentan un peor pronóstico que aquellos de tipo I. (10)

La estadificación del cáncer de endometrio puede realizarse mediante dos sistemas diferentes: el sistema de clasificación del cáncer del TNM del AJCC (American Joint Committee on Cancer) y el sistema FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Ambos se basan en tres factores para realizar la estadificación:

- T (extensión o tamaño del tumor)
- N (propagación del tumor a los nódulos o ganglios linfáticos adyacentes)
- M (propagación o metástasis a zonas distantes) (10)

Etapa	Agrupación por etapas según sistema TNM	Descripción de las etapas
I	T1, N0, M0	T1: el cáncer prolifera en el interior del útero. Posible crecimiento en glándulas cervicales, sin presencia en tejido conectivo de soporte del cuello uterino. N0: no existe propagación a ganglios linfáticos adyacentes. M0: no existe propagación a zonas distantes.
IA	T1a, N0, M0	T1a: cáncer en el endometrio y posible proliferación en la primera mitad del miometrio. N0 y M0 igual a etapa I.
IB	T1b, N0, M0	T1b: el cáncer se extiende al miometrio, pero no se propaga fuera del cuello uterino. N0 y M0 igual a etapa I.
II	T2, N0, M0	T2: el cáncer se propaga hacia el tejido conectivo de soporte del útero desde el cuello uterino. No sale del útero. N0 y M0 igual a etapa I.
III	T3, N0, M0	T3: el cáncer se propaga fuera del útero, pero no alcanza el interior del recto ni la vejiga. N0 y M0 igual a etapa I.
IIIA	T3a, N0, M0	T3a: el cáncer se propaga a la serosa (superficie uterina) y los anejos (ovarios o Trompas de Falopio) N0 y M0 igual a etapa I.
IIIB	T3b, N0, M0	T3b: el cáncer se propaga a la vagina o al parametrio. N0 y M0 igual a etapa I.
IIIC1	T1-t3, N1, M0	T1-T3: el cáncer crece en el cuerpo uterino y puede diseminarse a tejidos cercanos, pero no a vejiga o recto. N1: el cáncer se propaga a los ganglios linfáticos de la pelvis. M0: igual que en etapa I.
IIIC2	T1-T3, N2, M0	T1-T3: igual que en etapa IIIC1. N2: el cáncer se propaga a los ganglios linfáticos adyacentes a la aorta además de la pelvis. M0: igual que en etapa I.
IVA	T4, cualquier N, M0	T4: el cáncer se propaga a la mucosa del recto o vejiga urinaria. N: puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. M0: igual que en etapa I.
IVB	Cualquier T, cualquier N, M1	T: el cáncer puede ser de diferentes tamaños N: puede o no haberse extendido a los ganglios linfáticos colindantes. M1: el cáncer se propaga a ganglios linfáticos inguinales, epiplón, zona superior del abdomen y a órganos distantes del útero (hígado, huesos o pulmones)

Tabla 1: Clasificación según Sistema TNM. Elaboración propia a partir de American Cancer Society, 2019.

2.1.5 Epidemiología y etiología.

El cáncer de útero se trata de la 6ª neoplasia más habitual en mujeres a nivel global, y la 2ª en el caso de las neoplasias ginecológicas, por detrás del cáncer de cérvix. (2)

En el año 2020 se diagnosticaron más de 400.000 nuevos casos, y más de 90.000 muertes. Se trata del cáncer ginecológico más frecuente en países desarrollados, cuya incidencia es de 15.9 casos y su mortalidad de 2.4 casos por cada 100.000 mujeres respectivamente. A nivel mundial estos datos se traducen en una incidencia de 8.7 casos y una mortalidad de 1.8 casos por cada 100.000 mujeres. (2) (11)

Constituye la 4ª neoplasia más frecuente en mujeres en España, habiéndose diagnosticado más de 6.500 nuevos casos en el año 2020. Su incidencia en nuestro país es de 13.1 casos y su mortalidad de 2.2 casos por cada 100.000 mujeres al año. (2) (11)

No es posible la prevención de una gran mayoría de los casos, pero una reducción en la exposición a los factores de riesgo puede disminuir la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. Algunos de los factores de riesgo son el exceso de la exposición a estrógenos, bien sean endógenos, por ejemplo, por obesidad, menarquia precoz o menopausia tardía o exógenos, por terapias estrogénicas. La edad y los antecedentes familiares también influyen, puesto que si dichos antecedentes son de un familiar de primer grado el riesgo aumenta desde un 2% hasta un 3.1%. La dieta, la nuliparidad o la infertilidad, la etnia o la región geográfica y la radioterapia pélvica son también factores de riesgo para tener en cuenta. (2) (11)

2.1.6 Signos, síntomas y diagnóstico.

Los principales signos y síntomas de este cáncer son el sangrado vaginal después de la menopausia, así como entre periodos menstruales y el dolor pélvico. La percepción de una masa (tumor), o la pérdida repentina de peso sin un cambio en la dieta podrían indicar también la existencia de este cáncer. (12)

Se puede realizar un diagnóstico temprano, dado a que el sangrado postmenopáusico se presenta en el 91% de las mujeres que padecen cáncer de endometrio. Dicho diagnóstico puede llevarse a cabo mediante una ecografía transvaginal, que es, de hecho, la primera línea de evaluación para pacientes con este síntoma. Se puede realizar, asimismo, un muestreo

endometrial, el cual es mínimamente invasivo y cuya precisión es muy elevada (>99% en mujeres postmenopáusicas y >90% en mujeres premenopáusicas). La histeroscopia diagnóstica es otro método de diagnóstico temprano, cuya efectividad para el diagnóstico de cáncer de endometrio en mujeres post y premenopáusicas con sangrados anormales es muy alta. (13)

Para el diagnóstico y la posterior atención, son de suma importancia la historia clínica personal y la familiar. La historia clínica personal será relevante para la detección y para la valoración de nuevos casos diagnosticados. Asimismo, se tendrá en cuenta para la evaluación de factores de riesgo.

Para la evaluación, el examen pélvico permitirá la confirmación en el origen del sangrado, así como la valoración del tamaño, movilidad y contorno uterinos para la posterior planificación quirúrgica. (13) (14)

2.1.7 Tratamiento.

Existen diferentes líneas de tratamiento para este tipo de cáncer, siendo la quirúrgica la más empleada en la mayoría de las mujeres. La elección del tratamiento se realiza en base al tipo de tumor y el estadio en que este se encuentra. (14)

La quimioterapia es el empleo de drogas que acaban con las células cancerosas. Normalmente forma parte del tratamiento cuando el cáncer ha migrado fuera del útero y no se puede intervenir quirúrgicamente. Esta línea de tratamiento no suele emplearse cuando el cáncer se encuentra en estadios tempranos, si no que se emplea en aquellos estadios más avanzados, en los que el tumor crece y se disemina rápidamente, así como en tumores que se reproducen tras el tratamiento.

En numerosos casos se realiza una combinación de distintas quimioterapias, y el tratamiento se aplica en ciclos, alternando ciclos en los que se da tratamiento con periodos de descanso. Algunos de los fármacos quimioterápicos más empleados son el Paclitaxel, Carboplatino o Cisplatino.

Las mujeres sometidas a este tratamiento pueden experimentar efectos secundarios, y, dentro de los más comunes podemos encontrar náuseas y vómitos, pérdida del cabello, ulceraciones en la boca o pérdida de apetito. Aquellas mujeres tratadas con cisplatino o paclitaxel pueden sufrir neuropatía o cistitis hemorrágica. (15) (16)

La radioterapia consiste en el empleo de radiación de alta energía para conseguir la destrucción de células cancerosas. Puede realizarse de dos formas: mediante la introducción de materiales radiactivos en el interior del cuerpo (radioterapia interna o braquiterapia) o mediante la radiación del tumor, de forma externa (radioterapia de haz externo). Existen casos en los que se pueden combinar ambas formas de tratamiento, tomándose esta decisión en base al estadio en el que se encuentra el cáncer. Esta línea de tratamiento suele emplearse con mayor frecuencia tras la cirugía.

Las pacientes tratadas mediante radioterapia pueden experimentar efectos secundarios a corto y largo plazo. Los primeros incluyen cambios en la piel, desde enrojecimiento hasta descamación, cistitis por radiación o vaginitis por radiación. Dentro del segundo grupo encontramos cambios en el revestimiento vaginal que producen sequedad, estenosis vaginal, dispareunia, menopausia prematura o linfedema entre otros. (15) (16)

La cirugía suele ser la principal línea de tratamiento para el cáncer de útero, consistiendo en una histerectomía, junto a la cual también puede llevarse a cabo la extirpación de los ganglios linfáticos y una salpingooforectomía.

La principal cirugía que se realiza para el tratamiento de este cáncer es la histerectomía, la cual consiste en la extirpación del útero y del cuello del útero. Si dicha cirugía se realiza mediante una incisión abdominal se denomina histerectomía abdominal simple o total, mientras que si se realiza mediante la vagina se denomina histerectomía vaginal. El último tipo de histerectomía es la histerectomía radical, la cual se realiza cuando el cáncer se ha diseminado al cuello uterino o al parametrio, y consiste en la extirpación del útero y los anejos. Algunos efectos secundarios de la cirugía serán la infertilidad, que se dará en todas ellas; la menopausia por la extirpación de los ovarios y los consiguientes sofocos, sequedad vaginal o sudores e incluso osteoporosis a largo plazo; linfedema, consistiendo en una acumulación de líquido en la zona genital y las piernas debido a la extirpación de los ganglios linfáticos de la pelvis y, también, una afectación en la vida sexual de la mujer debido a los síntomas de la menopausia derivados de la cirugía. (16) (17) (18)

Existen diferentes formas de abordar la cirugía para realizar la histerectomía radical, siendo las mismas por laparoscopia, abierta o robótica. Se demostró que la cirugía robótica permitía realizar una disección más exacta del tejido reduciendo así el número de incisiones. Debido a esto, y al menor número de riesgos y complicaciones que presenta la cirugía mínimamente invasiva, es de esperar que esta se convierta en la opción principal para realizar este tipo de operaciones.

La terapia hormonal es un tratamiento que emplea hormonas o medicamentos bloqueadores de las mismas para tratar la enfermedad. Este tratamiento es empleado cuando el cáncer se encuentra en estadios más avanzados o en tumores recurrentes. Las progestinas son el tratamiento hormonal de elección, y las más empleadas son el acetato de medroxiprogesterona y el acetato de megestrol. Su función consiste en retardar el crecimiento de las células cancerosas, y es un tratamiento útil en el caso de mujeres que desean poder quedar embarazadas. Posee diversos efectos secundarios como sofocos, sudores, agravamiento de trastornos depresivos o aumento de peso. Otro tratamiento hormonal es el tamoxifeno, cuya función consiste en evitar que los estrógenos presentes favorezcan el crecimiento del tumor. Los agonistas de la hormona luteinizante se emplean en mujeres cuyos ovarios no han sido extirpados, y su función consiste en la inactivación de estos para evitar la producción de estrógenos. Debido a esta disminución en los niveles estrogénicos, las mujeres experimentarán síntomas muy similares a los producidos por la menopausia, como pueden ser sofocos, sequedad vaginal e incluso osteoporosis. (15) (16)

2.1.8 Efectos inmediatos y tardíos de la histerectomía.

Dentro de los efectos inmediatos de la cirugía podemos encontrar el cese de la menstruación, así como la incapacidad para concebir. Asimismo, si también se extirpan los ovarios, se producirá una menopausia artificial o quirúrgica con sus consiguientes síntomas. (19)

A largo plazo se podrán producir deterioros en la calidad de la vida sexual de las mujeres, debido a un descenso de la lubricación vaginal. Derivados directamente del proceso de la histerectomía, podemos encontrar efectos como una debilitación del suelo pélvico, e incontinencia urinaria y fecal. Pueden producirse, asimismo, cambios a nivel psicológico, desarrollándose incluso trastornos depresivos que se encontrarían relacionados con la autopercepción y baja autoestima. (20) (21)

2.1.9 Sexualidad y salud sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como *“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener*

experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.” (22)

La capacidad de las mujeres para la adaptación a una histerectomía depende de diversos factores, como la enfermedad de base, los tratamientos recibidos pre o post cirugía, el desarrollo de la intervención quirúrgica, complicaciones posteriores derivadas de la cirugía, el dolor, y la psicología de la mujer, así como el apoyo por parte de su entorno entre otros elementos. (23)

El principal efecto de la histerectomía sobre la función sexual es que provoca un acortamiento de la vagina, y puede dar lugar a entumecimiento en la zona genital. Pese a esto, existen otras afectaciones derivadas de la histerectomía, como la capacidad para orinar o defecar normalmente. Derivado directamente de la extirpación del útero, se encuentra la ausencia inmediata de la menstruación y la incapacidad para poder quedar embarazada, al igual que, si también se extirpan los ovarios, se producirá una menopausia artificial con sus consiguientes síntomas. (24)

Un estudio realizado por Suzzane Dedden demuestra que el factor psicológico posee gran importancia en la calidad de las relaciones sexuales post histerectomía. Se prueba que, problemas sexuales existentes antes de la cirugía, bajas expectativas con respecto a la misma o trastornos como la depresión inciden negativamente en la sexualidad después de la intervención. (24)

Asimismo, un estudio realizado en la Escuela Anna Nery evidencia que, pese a que algunas mujeres cuya enfermedad base no fuese el cáncer han experimentado mejoría en sus relaciones sexuales tras la intervención, muchas otras experimentan diversas dificultades. Entre dichas dificultades se encuentra el dolor durante las relaciones sexuales, un descenso en el deseo sexual, y dificultades durante la penetración debido a la disminución de lubricación y la autopercepción de su imagen. Las participantes del estudio también manifestaron que la incontinencia urinaria y el aumento de peso incidían de manera negativa en sus relaciones. Dicho estudio pone de manifiesto también el sentimiento de desinformación que estas mujeres percibieron durante el proceso, y expresan la necesidad de ser informadas por el personal sanitario. (25)

Referente a las alteraciones hormonales derivadas de la extirpación de los ovarios, encontramos que la menopausia que ocurre provoca síntomas similares a la depresión,

pérdida de elasticidad de la mucosa vaginal que deriva en dolor y sequedad en las relaciones sexuales, así como dificultades en la comunicación y un descenso de la autoestima, los cuales exacerbarán los anteriores síntomas. El descenso de los andrógenos que se produce da lugar a un descenso en la libido y en el deseo sexual. (7) (6)

El útero es un símbolo de feminidad, fertilidad y maternidad entre otros conceptos, por lo que el procedimiento de la histerectomía supone una gran dificultad para las mujeres porque se asocia con la pérdida de estos conceptos. Varios estudios demuestran que las mujeres sufren preocupaciones por su imagen corporal tras la cirugía, lo que normalmente deriva en una baja autoestima y sufrimiento psicológico. Los episodios depresivos aumentan tras este procedimiento, y se ha observado que ocurre con más frecuencia en aquellas mujeres que presentaba un deseo de ser madres previo a la cirugía. (26) (27)

2.2 Justificación.

Los diferentes tratamientos y técnicas que son empleados en la curación del cáncer de útero pueden alterar, y de hecho alteran significativamente la sexualidad de la mujer. (15)

La histerectomía es una intervención traumatizante para las mujeres debido al simbolismo de feminidad y maternidad que representa el útero, y debido a la fuerte representación que el mismo posee en el cuerpo femenino. Tras la realización de este procedimiento se produce una radical modificación en la autopercepción corporal de las mujeres, modificación para la cual en numerosas ocasiones las mujeres no se encuentran psicológicamente preparadas. Derivadas de la histerectomía podemos encontrar secuelas como la debilitación del suelo pélvico, incontinencia, cese de la menstruación y alteraciones hormonales, dolor durante las relaciones sexuales, disminución del deseo sexual y dificultades durante la penetración, entre diversas otras. Aquellas secuelas referentes a las relaciones sexuales no tienen solo componentes físicos, si no que se encuentran altamente relacionadas con la autopercepción corporal, la baja autoestima y el sufrimiento psicológico. (27) (28)

La disfunción sexual es un tema que se trata de manera insuficiente, principalmente en mujeres, y más si dicho problema se encuentra asociado a una enfermedad como el cáncer. Gran parte de este problema radica en la vergüenza que se encuentra asociada al tema, no solo por parte de las pacientes, sino también del personal sanitario, y de la sociedad en términos generales.

Debido a la prevalencia de esta tumoración, que es la 6ª neoplasia más frecuente en las mujeres a nivel mundial, y la 2ª de las neoplasias ginecológicas, es necesaria la realización de este estudio observacional para identificar las distintas necesidades percibidas respecto a su sexualidad y feminidad, así como con respecto al sistema sanitario durante todo el tratamiento y tras la cirugía. (11)

3. Objetivos.

3.1 Objetivo general.

- Describir el impacto que tiene la histerectomía sobre la sexualidad de mujeres diagnosticadas de cáncer de útero.

3.2 Objetivos específicos.

- Determinar las afectaciones que tiene sobre las mujeres el tratamiento y sus efectos secundarios, tanto a corto como a largo plazo.
- Identificar aquellos aspectos respecto a los cuales las mujeres sienten mayor preocupación.
- Analizar el impacto sobre la calidad de vida, la autoestima y la salud mental de las mujeres que supone todo el proceso, desde el diagnóstico hasta el periodo post-quirúrgico.
- Estudiar la posible relación existente entre la inteligencia emocional y la capacidad de las mujeres de afrontar la situación.

4. Metodología.

4.1 Diseño del estudio.

Se define este proyecto de investigación como un estudio observacional descriptivo, cuyo objetivo, como ha sido definido con anterioridad, es analizar el impacto sobre la sexualidad que tiene la histerectomía en mujeres diagnosticadas de cáncer de útero.

Referente a la recogida de datos, para este estudio se realiza la misma en un único momento temporal, poniendo por ello de manifiesto que este estudio se identifica como un estudio de carácter transversal.

Por ello, y relativo a los motivos expuestos con anterioridad, surge la necesidad de realizar un estudio observacional descriptivo transversal dirigido a esta población para poder así conocer el impacto, previamente referenciado, a través de un análisis estadístico de las correspondientes variables.

La motivación para la elección del presente diseño radica en el escaso enfoque que se le da a la sexualidad de las mujeres y su bienestar después de una enfermedad como es el cáncer de útero, viéndose la mayoría de los aspectos que no son la supervivencia como secundarios.

Se selecciona, de esta manera, dicho diseño con la justificación de realizar un estudio donde la sexualidad y necesidades de las mujeres no sean secundarias, si no que sean el enfoque principal de la investigación, con el fin de llevar a cabo un objetivo general y unos objetivos específicos que permitan mostrar las necesidades sentidas por las mujeres y de esta manera puedan ser abordadas por parte del personal sanitario.

Respecto a términos temporales, se estima un periodo de duración de un año para la realización del estudio, siendo la distribución cronológica de los apartados que corresponden a la fase experimental los siguientes:

Fase metodológica	Duración temporal
Búsqueda bibliográfica y determinación de la muestra de estudio.	Septiembre - Noviembre
Adquisición del consentimiento informado.	Diciembre - Enero
Recolección de datos mediante cuestionarios.	Febrero - Junio
Análisis de datos y redacción de los resultados.	Julio - Septiembre

Tabla 2. Distribución cronológica de la fase metodológica del proyecto de investigación. Elaboración propia a partir de “Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería” (29)

4.2 Sujetos de estudio.

Tras definirse el tipo de diseño, deben identificarse los sujetos que formarán parte del mismo, así como los criterios de inclusión y exclusión. De igual modo, deberá definirse el tamaño de la muestra tomando en cuenta la validez externa, lo que implica la representatividad de la muestra a la población a la que se quiere aplicar los datos conseguidos mediante el estudio.

La **población diana** se compone por todas las mujeres pertenecientes a la Comunidad de Madrid a las cuales se les haya practicado una histerectomía tras ser diagnosticadas de cáncer de útero.

En relación a la **población accesible**, engloba a todas las mujeres que residen en la zona norte de Madrid. En términos geográficos, el proyecto de investigación se llevará a cabo en el Hospital Universitario La Paz, en las consultas de ginecología oncológica, deduciendo de esta manera, que los sujetos constituyentes de esta muestra procederán de dicho hospital.

Para la obtención de la **población elegible** tras la descripción de ambas poblaciones, se describirá el tipo de muestreo que se emplea para el estudio, el cual consiste en un muestreo no probabilístico de conveniencia, puesto que los sujetos deberán cumplir una serie de criterios, tanto de inclusión como de exclusión, que se definirán a continuación.

Criterios de inclusión:

- Mujeres histerectomizadas por cáncer de útero.
- Edad entre 25 y 65 años.
- Realización de la histerectomía no hace menos de 3 meses del momento de entrega

del cuestionario ni más de 3 años.

- Mujeres cuya vida sexual fuese activa antes del diagnóstico de cáncer de útero.
- Capacidad de lectura y escritura para poder comprender y firmar los documentos necesarios.
- Deseo de participar de manera voluntaria en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Estar diagnosticada de metástasis o recidiva.
- No hablar español.
- Padecer algún trastorno psiquiátrico o psicológico previo al diagnóstico de cáncer de útero por posibles alteraciones en la conducta, relaciones socioafectivas, percepción y el pensamiento.
- No firmar el consentimiento informado para la realización de la encuesta.

Muestra del estudio:

Tomando en consideración el tamaño poblacional, es decir, las 95 mujeres seguidas en consulta, se aplicará un nivel de confianza de un 95% y un margen de error del 5%, con lo que se concluye la necesidad de 77 participantes para la realización del estudio.

4.3 Variables.

La población de interés de este estudio, como expuesto con anterioridad, es un grupo de mujeres el cual deberá cumplir con los criterios de inclusión presentados.

Respecto al grupo de mujeres que participarán en el estudio, se incluirán las siguientes variables: edad, estado civil, nacionalidad, nivel de estudios, situación laboral, estadio tumoral, sexualidad, tiempo transcurrido de la histerectomía, autoestima.

Variable	Tipo de variable	Herramienta de recogida	Categorías posibles de las variables y/o unidad de medida
Edad	Cuantitativa continua	Cuestionario sociodemográfico	Menos de 25 años 25 – 35 años 36 – 45 años 46 – 55 años 56 – 65 años Más de 65 años
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario sociodemográfico	Soltera En pareja Casada Divorciada Viuda
Nacionalidad	Cualitativa nominal	Cuestionario sociodemográfico	Española Europea no española Africana Latinoamericana Asiática Norteamericana
Nivel de estudios	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario sociodemográfico	Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios
Situación laboral	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario sociodemográfico	Estudiante Empleada Desempleada Jubilada Ama de casa

Estadio tumoral	Cualitativa ordinal	Cuestionario sociodemográfico	0 I II III IV Recidiva
Autoestima	Cualitativa nominal politómica	Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	Puntuación de 1 a 4
Sexualidad	Cualitativa nominal politómica	Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)	Puntuación de 0 a 5
Tiempo transcurrido de la histerectomía	Cuantitativa continua	Cuestionario sociodemográfico	Menos de 3 meses Más de 3 meses Más de 6 meses Más de 1 años Más de 2 años Más de 3 años
Inteligencia emocional	Cualitativa nominal politómica	Trait Meta Mood Scale (TMMS)	Puntuación individual de cada pregunta
Afrontamiento	Cualitativa ordinal	Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)	Puntuación individual de cada pregunta

Tabla 3. Resumen de las variables de las pacientes.

- Edad: aporta información sobre el tiempo que ha pasado desde el nacimiento de la persona. Se trata de una variable necesaria ya que es un criterio de inclusión del estudio. Se mide en años.
- Estado civil: se trata de la condición de una persona en el plano civil, en función de si tiene o no pareja y de la situación legal en relación con ello. Se trata de una variable que posee gran importancia debido a su relación con la sexualidad.
- Nacionalidad: esta variable se define como la condición de ciudadano de una persona en función del lugar en el que ha nacido. La importancia de esta variable radica en los aspectos culturales y sociales.

- Nivel de estudios: esta variable se tiene en cuenta buscando averiguar el grado más alto de estudios finalizados. Esta variable es un criterio de inclusión en el estudio puesto que se encuentra directamente relacionado con la capacidad de leer y escribir de la persona.
- Situación laboral: se define como la situación con respecto al mercado laboral en la cual se hallan las personas. La importancia de esta variable es que se encuentra relacionada con el aspecto psicológico y por tanto posiblemente con el sexual de la persona.
- Estadio tumoral: aporta la definición acerca del tamaño del tumor y su diseminación. Se trata de un dato clínico el cual se tiene en cuenta como criterio de exclusión.
- Autoestima: se trata del conjunto de pensamientos, valores, sentimientos y juicios que una persona tiene sobre sí misma. Podríamos definir este concepto también como la satisfacción propia con respecto a la persona.
- Sexualidad: se define como el conjunto de actitudes, comportamientos y conductas que se encuentran relacionadas con el placer sexual.
- Tiempo transcurrido desde la histerectomía: supone el periodo de meses o años que han transcurrido desde la realización de la intervención quirúrgica. Su importancia radica es que es parte de los criterios de inclusión.
- Inteligencia emocional: se define como la capacidad de reconocer, comprender, usar regular y administrar nuestras propias emociones, así como las emociones ajenas.
- Afrontamiento: Se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales llevados a cabo por las personas con el fin de afrontar situaciones estresantes.

4.4 Instrumentos de recogida de datos.

Cuestionario acerca de variables sociodemográficas: es un instrumento creado “ad-hoc” el cual recoge variables de carácter personal, social y laboral que se emplean en el estudio. Dichas variables serán recogidas en diferentes subgrupos: edad, estado civil, nacionalidad, nivel de estudios, situación laboral, estadio tumoral y tiempo transcurrido desde la histerectomía. Se llevará a cabo una comparación entre los resultados obtenidos teniendo en cuenta la variable “tiempo transcurrido desde la histerectomía” para observar la diferencia en las respuestas de los cuestionarios.

Escala de autoestima de Rosenberg: Los datos relativos a la autoestima serán recogidos a través de la Escala de Autoestima de Roenberg (30). Se trata de una escala la cual consta de 10 afirmaciones, 5 de las cuales son sentimientos negativos mientras que las otras 5 son sentimientos positivos hacia la propia persona. Cada Ítem recibe una puntuación del 1 al 4, encontrando respuestas que varían en un rango de “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. La puntuación de la escala se encuentra entre los 10 (baja autoestima) y los 40 puntos (alta autoestima).

Índice de Función Sexual Femenina: Los datos relativos a la sexualidad serán recogidos a través del Índice de Función Sexual Femenina (31). Es un cuestionario formado por 19 preguntas que se agrupan en 6 dominios diferentes: excitación, lubricación, deseo, orgasmos, dolor y satisfacción. Cada pregunta posee entre 5 y 6 opciones de respuesta, a las cuales se les asigna una puntuación comprendida entre el 0 y el 5. La puntuación que se obtenga en cada dominio debe ser multiplicada por un factor, y el resultado final se obtendrá mediante la suma de todos ellos. Su interpretación se realiza de manera que, mientras más alta es la puntuación obtenida, mejor es la sexualidad.

Escala TMMS-24: Los datos acerca de la inteligencia emocional serán recogidos mediante la TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale). (29) La escala se compone de 24 Ítems, cada uno de los cuales es puntuado entre el 1 (nada de acuerdo) y el 5 (totalmente de acuerdo), y los cuales se encuentran agrupados en las siguientes dimensiones: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional. Para obtener un resultado, deben sumarse todas las puntuaciones conseguidas asignadas a los Ítems que corresponden a cada dimensión, y dichas puntuaciones podrán ser interpretadas mediante el uso de las tablas correspondientes al perfil de la persona que haya realizado el cuestionario.

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos: la variable “afrontamiento” será recogida y medida mediante el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO) (32). Cada pregunta del cuestionario está relacionada con una escala propia del mismo, por lo que para obtener el resultado final se deberán sumar las puntuaciones de todas las preguntas, cuyas respuestas varían desde 0 (no coincide en absolutamente nada) hasta el 3 (coincide en gran medida), obteniendo de esta forma resultados que varíen desde un afrontamiento negativo hasta un afrontamiento positivo.

4.5 Procedimiento de recogida de datos.

Las mujeres participantes en el estudio serán las que teniendo en cuenta el periodo de cuatro meses de duración para la recogida de datos acudan a las consultas de ginecología oncológica siguiendo su calendario de citas médicas.

Se programarán reuniones con el personal responsable de las consultas de ginecología oncológica, primordialmente aquellos médicos que tengan pacientes a quienes se le haya practicado una histerectomía debido a un cáncer de útero. Estas reuniones tendrán la finalidad de informar a los profesionales del proyecto y sus objetivos, buscando su participación para la posterior captación de los sujetos de estudio.

Se facilitará a los profesionales el consentimiento informado, donde queda detallado el objetivo del estudio y toda la información relevante que las pacientes deben conocer. Todos los cuestionarios serán entregados de manera presencial por el investigador en las consultas durante las visitas de las pacientes, tras haber firmado el consentimiento informado y una vez hecha la comprobación acerca de los cumplimientos de los criterios de inclusión.

Una vez cumplimentados los cuestionarios, estos deberán ser entregados de manera presencial en una fecha acordada, siendo el investigador quien recogerá los mismos, también en dichas consultas.

4.6 Fases del estudio.

El estudio se compone de múltiples fases, las cuales se desarrollan desde el comienzo, el planteamiento del problema de investigación, hasta la finalización del estudio con su posterior publicación. Dichas fases se corresponden con las cuatro siguientes las cuales están ordenadas en orden cronológico: **fase conceptual, fase metodológica, fase empírica y publicación.**

Comenzando por la **fase conceptual** encontramos que en un principio se procedió a la identificación del problema de investigación y el posterior planteamiento de la pregunta de investigación (¿Posee la histerectomía en mujeres diagnosticadas de cáncer de útero un impacto sobre su sexualidad?). Tras este planteamiento, se realizó una extensiva búsqueda bibliográfica, en español y en inglés, en diversas bases de datos, y con la información obtenida se redactó el estado de la cuestión, se elaboró la justificación del presente proyecto de investigación y se plantearon los objetivos tanto generales como específicos.

Tras finalizar la fase conceptual, se procedió con la **fase metodológica**, en la cual se llevó a cabo el diseño del estudio correspondiente a la metodología, que en este caso se trata de un proyecto de investigación de estudio observacional. Una vez se hubo realizado el diseño de la metodología y de los apartados que conforman la misma, se procedió a definir los sujetos participantes en el estudio, las variables de investigación y el proceso a emplear para la recogida de datos.

Finalmente, en la **fase empírica**, se llevó a cabo la recogida de datos mediante los cuestionarios pertinentes, y, por último, se procedió a su análisis e interpretación para su posterior difusión.

La **publicación** de este proyecto conforma la última fase de este, y la realización de la misma se estima en los meses posteriores a la finalización de la fase empírica.

4.7 Cronograma.

Meses/Fases	Conceptual	Metodológica	Empírica			
Septiembre 2023	Pregunta de investigación y revisión bibliográfica					
Octubre 2023						
Noviembre 2023						
Diciembre 2023	Estado de la cuestión					
Enero 2024						
Febrero 2024	Objetivos	Diseño del estudio, identificación de sujetos y definición de variables.				
Marzo 2024						
Abril 2024						
Mayo 2024						
Junio 2024						
Julio 2024						
Agosto 2024						
Septiembre 2024						

Tabla 4. Tabla expositiva de la duración de las fases.

4.8 Análisis de datos.

Se llevará a cabo un análisis estadístico empleando el programa IBM SPSS Statistics 29.0®, y se emplearán diferentes análisis en base a si la variable es cualitativa o cuantitativa.

En el caso de las variables cuantitativas, se emplearán medidas de tendencia central, como son la media, la mediana, la moda y la suma, así como de dispersión, tales como la desviación típica, la varianza y el rango. Para las variables cualitativas, se realizará una tabla de frecuencias, empleando la frecuencia absoluta al igual que la relativa.

Respecto a las asociaciones entre variables, se realizará entre las variables de sexualidad y tiempo transcurrido desde la histerectomía para poder responder al objetivo general que se plantea este estudio. Mediante esta asociación, conseguiremos determinar el impacto que tiene la histerectomía en la sexualidad de las mujeres, viendo si este varía en base al tiempo que ha transcurrido desde la cirugía.

Se aplicará la prueba de Chi-cuadrado para llevar a cabo dicha asociación, y para ello es necesario que las variables sean cualitativas o cuantitativas recodificadas. Se realizará un contraste de hipótesis y dos tablas de contingencia.

5. Aspectos éticos.

El presente proyecto de investigación observacional sobre el impacto de la histerectomía en la sexualidad de mujeres diagnosticadas de cáncer de útero será sometido a la pertinente revisión por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario La Paz para la obtención de su dictamen favorable.

Como se ha mencionado anteriormente, la obtención del consentimiento de los pacientes se realizará mediante la entrega del documento del consentimiento informado (anexo 1) y la recolección del mismo firmado, autorizando así la participación del paciente en el proyecto.

La participación en el presente estudio no conlleva ningún riesgo para el paciente que interviene en el mismo. No se realizará ninguna técnica o procedimientos invasivos o de riesgo, aunque podría presentarse una alteración en el estado de ánimo del paciente durante la cumplimentación de los cuestionarios requeridos.

Todos aquellos datos de índole personal serán tratados de manera estrictamente confidencial de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en el reglamento que desarrolla la misma, permitiendo a las mujeres participantes ejercer sus derechos de acceso, oposición, modificación y cancelación de los datos.

Todos los datos obtenidos en este proceso serán tratados de manera informática, siendo incorporados a un fichero automático de datos de carácter personal. Dichos datos serán identificados mediante un código completamente aleatorio, que no poseerá ninguna relación con datos personales.

6. Limitaciones del estudio.

La primera limitación que encontramos es el tamaño de la muestra, puesto que se trata de una muestra pequeña, la cual sería más precisa si la información obtenida proviniese de todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, no solo del Hospital Universitario La Paz.

Otra de las limitaciones encontradas relacionada de nuevo con el tamaño de la muestra, es que no permite aplicar los resultados obtenidos al resto de la población. Es por ello que puede entenderse que debido a que el muestreo realizado es por conveniencia, puede haberse producido un sesgo de selección.

Encontramos también como limitación el carácter íntimo de las cuestiones que deben responder las participantes, acerca de temas que pueden seguir siendo considerados tabús, y, que, en base a la edad de las participantes, podrá sesgar la total sinceridad de las respuestas obtenidas.

7. Bibliografía.

(1) Tortora GJ, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología, 15ª edición. Madrid[etc: Médica Panamericana; 2018.

(2) Cáncer de endometrio-útero - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019. Available at: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/endometrio?start=0>. Accessed Nov 12, 2023.

(3) Jessica E. McLaughlin. Endocrinología reproductiva femenina - Ginecología y obstetricia. 2022; Available at: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/endocrinolog%C3%ADa-reproductiva-femenina/endocrinolog%C3%ADa-reproductiva-femenina>. Accessed Dec 28, 2023.

(4) B. David Vantman, B. Margarita Vega. Fisiología reproductiva y cambios evolutivos con la edad de la mujer. Revista Médica Clínica Las Condes 2010 May 1,;21(3):348-362.

(5) Hall JE. Endocrinology of the Menopause. Endocrinol Metab Clin North Am 2015;44(3):485-496.

(6) Voedisch AJ, Dunsmoor-Su R, Kasirsky J. Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice. Clinical obstetrics and gynecology 2021 Sep 1,;64(3):528-554.

(7) Arar MA, Erbil N. The effect of menopausal symptoms on women's daily life activities. Prz Menopauzalny 2023 March 1,;22(1):6-15.

(8) Pose VV, López VC, Martelo MP, González MM, Bañuelos JFC. Cáncer de útero. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2021;13(27):1527-1532.

(9) Boggess JF, Kilgore JE, Tran A. 85 - Uterine Cancer. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Kastan MB, Doroshow JH, Tepper JE, editors. Abeloff's Clinical Oncology (Sixth Edition) Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 1508-1524.e4.

(10) Endometrial Cancer Stages | Uterine Cancer Staging. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>. Accessed Jan 1, 2024.

(11) Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2022; Available at: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf. Accessed Nov 12, 2023.

(12) Chelmow D, Brooks R, Cavens A, Huber-Keener K, Scott DM, Sheth SS, et al. Executive Summary of the Uterine Cancer Evidence Review Conference. Obstet Gynecol 2022 April 1,;139(4):626-643.

(13) Endometrial Cancer Screening - NCI. 2023; Available at: <https://www.cancer.gov/types/uterine/patient/endometrial-screening-pdq>. Accessed Jan 6, 2024.

- (14) Braun MM, Overbeek-Wager EA, Grumbo RJ. Diagnosis and Management of Endometrial Cancer. *Am Fam Physician* 2016 -03-15;93(6):468-474.
- (15) Treating Endometrial Cancer | Uterine Cancer Treatment. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer/treating.html>. Accessed Jan 4, 2024.
- (16) Filippova O, Leitaó MM. The current clinical approach to newly diagnosed uterine cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* 2020 July 1;20(7):581-590.
- (17) Surgery for Endometrial Cancer. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer/treating/surgery.html>. Accessed Jan 3, 2024.
- (18) Gil-Moreno A, Carbonell-Socias M, Salicrú S, Centeno-Mediavilla C, Franco-Camps S, Colas E, et al. Radical Hysterectomy: Efficacy and Safety in the Dawn of Minimally Invasive Techniques. *Journal of minimally invasive gynecology* 2019 Mar 1;26(3):492-500.
- (19) Chen V, Shackelford L, Spain M. Pelvic Floor Dysfunction After Hysterectomy: Moving the Investigation Forward. *Cureus* ;13(6):e15661.
- (20) Vermeulen CKM, Veen J, Adang C, Coolen ALWM, van Leijsen SAL, Bongers MY. Long-term pelvic floor symptoms and urogenital prolapse after hysterectomy. *BMC Women's Health* 2023 March 21;23(1):1-9.
- (21) Kocaay AF, Oztuna D, Su FA, Elhan AH, Kuzu MA. Effects of Hysterectomy on Pelvic Floor Disorders: A Longitudinal Study. *Diseases of the colon & rectum* 2017 Mar;60(3):303.
- (22) Salud sexual. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, cop. 2024 [citado 4 enero 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- (23) Sex and the Adult Female with Cancer. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/side-effects/fertility-and-sexual-side-effects/sexuality-for-women-with-cancer.html>. Accessed Jan 4, 2024.
- (24) Dedden SJ, van Ditshuizen MAE, Theunissen M, Maas JWM. Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology* 2020 Apr;247:80-84.
- (25) Schmidt A, Sehnem GD, Cardoso LS, Quadros JSd, Ribeiro AC, Neves ET. Sexuality experiences of hysterectomized women. *Esc Anna Nery* 2019 July 29;23:e20190065.
- (26) Marni H, Adnani SS. Women's Sexuality and Relationship with Hysterectomy. *JOURNAL OBGIN EMAS* 2020 Jul 6;4(2):241-250.
- (27) Abd El Gwad NS, Mahmoud AS, El-Sayad SM, Abd El Fatah B. BODY IMAGE, SELF-ESTEEM AND QUALITY OF SEXUAL LIFE AMONG WOMEN AFTER HYSTERECTOMY. *Port Said Scientific Journal of Nursing* 2020 December 31;7(4):227-242.
- (28) Ana Virginia Simo Velazquez. Reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres hysterectomizadas. Un estudio cualitativo de testimonios. Universidad de Almería; 2020.

(29) Elena-Sinobas P, coordinador. Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería. 1ª ed. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria; 2011.

(30) Rojas-Barahona CA, Zegers B, Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev Med Chile. 2009;137(6):791-800.

(31) Oliva Delgado A, Antolín Suárez L, Pertegal Vega MA, Ríos Bermúdez M, Parra Jiménez A, Hernando Gómez A, et al. Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. : Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011.

(32) Miaja Avila M, Romero Retes R, Ibáñez Guerra E, Soriano Pastor J, García-Conde A. Propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO). Psicooncología 2017 Jan 1,;13(2-3):271-284.

ANEXOS

Anexo I: Consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar en este estudio de investigación dirigido por María Tamés Dorado en el Hospital Universitario La Paz. La presente hoja recibida a fecha de 00/00/0000 se trata del consentimiento informado, y los datos, derechos e información que contiene se corresponden con los requisitos establecidos en la aprobación llevada a cabo por la Comisión de Investigación.

En base a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria, se le proporciona toda la información necesaria que pueda precisar. Por medio de esta misma Ley, usted posee el derecho de otorgar o revocar su consentimiento informado a participar en este proyecto de forma voluntaria y tras la comprensión de la información dispuesta en el mismo.

Mediante la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se garantiza el carácter plenamente confidencial de sus datos, y se expone su derecho a solicitar el tratamiento realizado con los mismos, así como a solicitar su acceso y modificación. Es necesario recalcar que todo profesional presente en este estudio está obligado a cumplir esta Ley.

Por favor, lea con calma y atención la información que se dispone a continuación y pregunte acerca de cualquier duda que se le presente con total libertad.

El objetivo de este estudio de investigación es conocer el impacto de la histerectomía sobre la sexualidad de las mujeres diagnosticadas de cáncer útero. Esta investigación centra sus esfuerzos en estudiar los cambios producidos sobre la autoestima, el deseo sexual, y el plano físico de las relaciones, incluyendo el grado de satisfacción de las mismas.

Para la obtención de esta información, las participantes deberán responder un cuestionario sociodemográfico, así como una escala de autoestima, de inteligencia emocional, de sexualidad y de afrontamiento, las cuales les serán entregadas en la consulta de ginecología oncológica.

Es de vital importancia recalcar que la participación en este estudio no entraña ninguna clase de riesgo para ninguna de las participantes, siendo cierto que el relatar experiencias personales podrían alterar el estado de ánimo de manera temporal.

Mediante esta investigación, podremos comprobar con mayor profundidad las alteraciones que sufren las mujeres histerectomizadas en su vida sexual, siendo beneficioso, en consecuencia, para poder llevar a cabo el diseño de planes de educación y acompañamiento para estas mujeres.

Lea detenidamente las aclaraciones expuestas a continuación:

- El presente estudio cuenta con la aceptación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario La Paz.
- Mediante la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal usted podrá ejercer derechos de acceso, oposición, modificación y cancelación de los datos proporcionados.
- Todos los datos obtenidos serán tratados informáticamente, siendo incorporados a un fichero de datos de carácter personal cuya responsable es la directora del estudio, María Tamés Dorado.
- Cada participante será asignado un código identificativo, lo que implica que solo la persona responsable del estudio y los colaboradores que participan en el mismo podrán relacionar los datos obtenidos con las mujeres participantes.
- La participación en este estudio es íntegramente voluntaria, siendo usted capaz de decidir si quiere o no formar parte de él, y pudiendo revocar su consentimiento y abandonar la investigación en cualquier punto del proyecto, teniendo en cuenta que ello nunca interferirá con la atención sanitaria recibida ni la continuidad de sus cuidados.
- No recibirá ninguna clase de pago o beneficio económico ni de ningún otro carácter por su participación en el estudio.
- Si cumple alguno de los criterios de exclusión previamente establecidos, el investigador podrá decidir retirarla del estudio.

Así, Yo (nombre y apellidos) a fecha (día, mes y año) afirmo haber recibido, leído y comprendido el presente documento de consentimiento procedente de parte de la investigadora María Tamés Dorado a fecha (día, mes y año).

Tras la lectura y comprensión del mismo, me declaro informada de todo lo que respecta al proyecto de investigación de manera voluntaria y libre de cualquier coacción.

Por ello, Otorgo/Deniego mi consentimiento a la participación en este proyecto titulado “Impacto de la histerectomía en la sexualidad de mujeres diagnosticadas de cáncer de útero”. De este modo, tras haber otorgado/revocado mi consentimiento, firmo a continuación en una hoja duplicada, siendo una para el investigador y la otra para el participante.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Anexo II: Cuestionario acerca de datos sociodemográficos

Código identificativo: _____

Fecha del día en que rellana el cuestionario: ____/____/____

Para determinar si va a formar parte del estudio, necesitamos conocer algunos datos sobre usted. Rogamos, por favor, responda a las siguientes preguntas con total sinceridad, marcando con una X aquella casilla de la respuesta que quiere dar como válida.

1. Edad

- ☐ Menos de 25 años
- ☐ 25 – 35 años
- ☐ 36 – 45 años
- ☐ 46 – 55 años
- ☐ 56 – 65 años
- ☐ Más de 65 años

2. Estado civil

- ☐ Soltera
- ☐ En pareja
- ☐ Casada
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda

3. Nacionalidad

- ☐ Española
- ☐ Europea no española
- ☐ Africana
- ☐ Latinoamericana
- ☐ Asiática
- ☐ Norteamericana

4. Nivel de estudios

- ☐ Sin estudios
- ☐ Primarios

- ☐ Secundarios
- ☐ Universitarios

5. Situación laboral

- ☐ Estudiante
- ☐ Empleada
- ☐ Desempleada
- ☐ Jubilada
- ☐ Ama de casa

6. Estadío del tumor

- ☐ 0
- ☐ I
- ☐ II
- ☐ III
- ☐ IV
- ☐ Recidiva

7. Tiempo transcurrido desde la histerectomía

- ☐ Menos de 3 meses
- ☐ Más de 3 meses
- ☐ Más de 6 meses
- ☐ Más de 1 años
- ☐ Más de 2 años
- ☐ Más de 3 años

Anexo III: Cuestionario de Inteligencia Emocional (Escala TMMS-24)

Código identificativo: _____

Fecha del día en que rellana el cuestionario: ____/____/____

Mediante esta escala valoraremos la inteligencia emocional de la persona. Por favor, lea los siguientes ítems con detenimiento y marque, con una X y con total sinceridad, aquella respuesta con la que se sienta más identificada.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis	1	2	3	4	5

	sentimientos.					
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5

22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Anexo IV: Escala de Autoestima de Rosenberg

Código identificativo: _____

Fecha del día en que rellana el cuestionario: ____/____/____

Mediante esta escala se podrá evaluar el nivel de autoestima de la persona, es decir, el nivel de satisfacción que la persona tiene consigo misma. Por favor, lea los siguientes ítems con detenimiento y marque, con una X y con total sinceridad, aquella respuesta con la que se sienta más identificada.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades				
3. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
7. En general, estoy satisfecha conmigo misma				
8. Desearía valorarme más a mí misma.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy buena para nada.				

Anexo V: Índice de Función Sexual Femenina

Código identificativo: _____

Fecha del día en que rellana el cuestionario: ____/____/____

El siguiente cuestionario contiene preguntas acerca de su sexualidad en las últimas 4 semanas. Por favor, lea detenidamente estas preguntas y conteste de la forma más sincera y clara posible.

- Aclaraciones relevantes antes de proceder con el cuestionario:
 - La “actividad sexual” hace referencia a caricias, masturbación, juegos sexuales y relaciones sexuales.
 - El concepto “relación sexual” hace referencia a la penetración, es decir, la introducción del pene dentro de la vagina.
 - La “estimulación sexual” incluye autoestimulación (masturbación), juegos sexuales con la pareja o fantasías sexuales.
 - El “deseo” o “interés sexual” hace referencia a la sensación que incluye deseos de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja o fantasear sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o nada
5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Muy alta confianza
 - Alta confianza
 - Moderada confianza
 - Baja confianza
 - Muy baja o nada de confianza
6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual?
 - No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)

- A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre
 - La mayoría de las veces (más que la mitad)
 - A veces (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil
 - Difícil
 - Poco difícil
 - No me es difícil
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
 - Siempre o casi siempre la mantengo
 - La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
 - A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
 - Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
 - Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
- No tengo actividad sexual
 - Extremadamente difícil o imposible
 - Muy difícil

- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha

- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

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

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

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

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Anexo VI: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)

Código identificativo: _____

Fecha del día en que rellana el cuestionario: ____/____/____

Mediante este cuestionario se podrá evaluar la capacidad de afrontamiento de la persona. Por favor, lea detenidamente estas preguntas y conteste de la forma más sincera y clara posible.

	Nunca (0)	Algunas veces (1)	Muchas veces (2)	Casi siempre (3)
1. Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2. Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3. Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4. Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5. He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6. Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7. Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8. Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3

9. Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10. Hablo de mis preocupaciones con personas que son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11. Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12. Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13. Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14. Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15. Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16. Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17. Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18. Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19. Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20. Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21. Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22. Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo.	0	1	2	3

23. Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24. Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25. Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26. Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27. Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28. Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29. Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30. Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31. Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación	0	1	2	3
32. Creo que aunque supere situación, quedará muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33. Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34. Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”.	0	1	2	3
35. Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36. La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37. Creo que en esta situación lo	0	1	2	3

mejor es aceptar las cosas como vienen.				
38. Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39. Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
40. Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3