

López de Dios, Laura, TFG

por Laura López De Dios

ARCHIVO	17607_LAURA_LÓPEZ_DE_DIOS_LÓPEZ_DE_DIOS__LAURA__TFG_969036_749882273.PDF (579.62K)	
HORA DE LA ENTREGA	23-ABR-2017 09:18P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS 12453
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA803385550	SUMA DE CARACTERES 69519



Trabajo Fin de Grado

**Efectividad de la Terapia Grupal Sexual en mujeres con
mastectomía por cáncer de mama.**

Alumno: Laura López de Dios
Director: Ana Sofía Fernández Ribeiro

Madrid, Marzo de 2017

Índice:

Resumen	4
Abstract	5
Presentación	6
Estado de la Cuestión	7
1. Fundamentación	7
1.1. Cáncer de mama	8
1.2. Epidemiología y etiología	9
1.3. Signos y síntomas	10
1.4. Diagnóstico.....	10
1.5. Tratamiento	12
1.6. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama	14
1.6.1. Imagen corporal y autoestima	15
1.6.2. Sexualidad	15
1.6.3. Espiritualidad	16
1.6.4. Familia	17
1.7. Intervenciones psicológicas y terapias de grupo.....	17
2. Justificación	19
Objetivos e hipótesis	20
Metodología	21
1. Diseño del estudio	21
2. Sujetos de estudio	21
2.1. Población diana	21
2.2. Población accesible	21
2.3. Lugar del estudio	21
2.4. Criterios de selección	22
2.4.1. Criterios de inclusión.....	22

2.4.2. Criterios de exclusión.....	22
2.5. Muestra de estudio	22
3. Variables.....	23
4. Intervención a evaluar	28
5. Procedimiento de recogida de datos	30
6. Fases del estudio	31
7. Cronograma.....	32
8. Análisis de los datos	33
Aspectos éticos.....	34
Limitaciones del estudio.....	35
Bibliografía	36
Anexos	41
Anexo 1: Hoja de información al paciente	41
Anexo 2: Consentimiento informado.....	44
Anexo 3: Cuestionario sobre datos sociodemográficos	45
Anexo 4: Cuestionario calidad de vida - EORTC QLQ-BR23.....	48
Anexo 5: Índice de Función Sexual Femenina.....	51
Anexo 6: Escala Hospital, Ansiedad y Depresión.....	58
Anexo 7: Escala de imagen corporal de Hopwood	62
Anexo 8: Escala de autoestima de Rosemberg	63

Resumen:

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres. En nuestro país se diagnostican cada año entre 16.000 y 20.000 nuevos casos. La mastectomía, aunque es el tratamiento de elección en tumores de gran tamaño, provoca alteraciones en la salud sexual de las mujeres mastectomizadas, además de alteraciones en la autoestima, la imagen corporal y la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la terapia grupal para mejorar la sexualidad y la calidad de vida en mujeres con mastectomía por cáncer de mama.

Metodología: Se realizó un estudio cuasiexperimental en mujeres con mastectomía por cáncer de mama, tratadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre, de la Comunidad de Madrid. Se recogieron datos sobre la sexualidad, la calidad de vida, la autoestima, la imagen corporal y alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión.

Implicaciones para la práctica de la enfermería: Este estudio busca aportar cuidados integrales en el área emocional y sexual a las mujeres que tras la enfermedad siguen sufriendo secuelas importantes a consecuencia de la mastectomía.

Palabras claves: cáncer de mama, calidad de vida, sexualidad.

Abstract:

Background: Breast cancer is the most malignant tumor and more frequent in women. In our country every year between 16,000 and 20,000 new cases are diagnosed. Mastectomy, although is the preferred treatment in large-sized tumors, it causes alterations in the sexual health of masectomized women, as well as alterations in the body image, self-esteem and quality of life.

Results: Evaluate the effectiveness of group therapy to improve the quality of life and sexuality in women with mastectomy caused by breast cancer.

Methodology: It was performed a quasi-experimental study in women with mastectomy caused by breast cancer, treated at the University Hospital 12 de Octubre, of the Comunidad de Madrid. It was collected data about sexuality, quality of life, self-esteem, body image, and psychological depression and anxiety disorders.

Implications for nursing practice: This study looks for to provide an end to end care, in the emotional and sexual area to women that after their surgery continue suffering important side effects provoked by mastectomy as a result of their illness.

Key words: breast cancer, quality of life, sexuality.

Presentación.

La elección del cáncer de mama como tema para este trabajo se debe, en parte, a la toma de contacto con este tipo de pacientes durante las prácticas clínicas y a la empatía generada hacia esas mujeres.

Durante este periodo como alumna he observado que los cuidados de enfermería en los/as pacientes oncológicos/as, a pesar de ser de calidad, se centran esencialmente en el ámbito físico. Nuestros/as pacientes son más que un cuerpo enfermo, son seres sociales, emocionales y espirituales. De ahí la importancia de realizar cuidados integrales, con el fin de cubrir las necesidades presentes en todos los ámbitos que componen a la persona. De esta idea nace la elección por la calidad de vida como área de cuidado.

Esta manera de cuidar convierte los cuidados de enfermería en cuidados excelentes, y es el cuidado excelente nuestra máxima aspiración como profesionales y el máximo beneficio para nuestros pacientes.

La sexualidad en las pacientes de cáncer de mama es un ámbito invisible en la gran mayoría de los casos para los profesionales de la salud. En las mujeres tratadas con mastectomía se percibe una mayor afectación de la sexualidad, lo que supone una mala calidad de vida una vez superado el cáncer. Por ello el presente estudio centra su intervención en la sexualidad, con el fin de buscar soluciones a las alteraciones en este ámbito debidas a la mastectomía.

Considero este trabajo una propuesta para el empoderamiento de las mujeres con cáncer de mama, pues creo que juntas se gana más fuerza para luchar contra la enfermedad.

Agradecimientos:

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Ana Sofía Fernandes Ribeiro, directora de mi TFG y coordinadora de la asignatura, por todo su apoyo, su ayuda y su infinita paciencia durante este proceso.

También a Julio César de la Torre Montero, por sus mensajes de ánimo y su apoyo incondicional a los alumnos.

Finalmente, a mis tíos, David y Janeth, por invertir parte de su tiempo en ayudarme con las traducciones. A mis padres, a mi abuela y a mis tíos, por su esfuerzo durante estos años, ya que sin ellos no estaría cumpliendo este sueño, ser enfermera.

Estado de la Cuestión:

1. Fundamentación.

Este trabajo trata sobre el cáncer de mama desde la perspectiva de la calidad de vida de las pacientes.

En primer lugar, se desarrolla que es el cáncer de mama, cuáles son sus estadios, así como sus principales métodos de diagnóstico y los diferentes tipos de tratamientos que se utilizan en la actualidad.

Posteriormente, se exponen diferentes ámbitos relacionados con la calidad de vida, y para concluir, los diferentes tipos de intervenciones psicológicas y grupales para acrecentar la calidad de vida.

Las bases bibliográficas consultadas para la búsqueda bibliográfica fueron: PubMed, Dialnet y SciELO principalmente. Complementariamente se han consultado diferentes revistas de enfermería y psicología y también La Biblioteca Cochrane Plus, entre otras.

Las palabras claves empleadas en las diferentes estrategias de búsqueda fueron: cáncer de mama, calidad de vida, tratamiento, psicología, sexualidad y en inglés: breast neoplasms, quality of life, psychology, sexuality.

1.1. Cáncer de mama.

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria (1).

El cáncer de mama se clasifica principalmente en 4 estadios. En primer lugar, el estadio 0 o Carcinoma *in situ*, dónde encontramos a su vez otra clasificación dependiendo del lugar dónde se encuentre, pudiéndose ser carcinoma lobulillar *in situ*, en el que las células anómalas se encuentran en el revestimiento del lobulillo; o carcinoma ductal *in situ* o carcinoma intraductal, en el que las células anómalas se encuentran en el revestimiento del conducto. Este último evoluciona a carcinoma infiltrante invasor. En el siguiente estadio, el estadio I, el tumor no se ha diseminado fuera de la mama y mide menos de 2 centímetros (cm) (2).

Posteriormente el estadio II, en el que puede haber afectación de ganglios linfáticos de la axila y el tumor puede medir menos de 2 cm, o bien puede medir de 2 a 5 cm, con o sin afectación ganglionar axilar, o incluso no hay afectación de ganglios linfáticos axilares pero el tumor mide más de 5 cm (2).

Por último, el Estadio III o localmente avanzado, en el que a su vez se clasifica en estadio IIIA: en el que puede haber diseminación de ganglios linfáticos axilares de manera palpable o a los ganglios posteriores al esternón y el tumor mide menos de 5 cm o también diseminación de ganglios linfáticos axilares de manera palpable o a los ganglios posteriores al esternón y el tumor mide más de 5 cm. El estadio IIIB, en el que el tumor afecta a la pared del tórax o a la piel de la mama siendo de cualquier tamaño; y el estadio IIIC, dónde el tumor es de cualquier tamaño con más de 10 ganglios linfáticos afectados, afectación de ganglios linfáticos axilares y de ganglios posteriores al esternón o afectación de ganglios linfáticos supraclaviculares o infraclaviculares (2).

1.2. Epidemiología y etiología.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres, siendo el 18,4% de todos los cánceres femeninos. La incidencia más alta se encuentra en la población blanca de Estados Unidos, con 85 nuevos casos cada año por cada 100.000 mujeres. En España la incidencia se encuentra entre 30-35 por 100.000 mujeres y año, por lo que cada año en nuestro país se diagnostican entre 16.000 y 20.000 nuevos casos (3).

En el cáncer de mama existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer la enfermedad. El principal factor de riesgo en el cáncer de mama es la edad, aumentando la incidencia de manera progresiva hasta los 45-50 años. En España la edad media de cáncer de mama es entorno a los 56 años (3, 4).

Se ha observado que el nivel socioeconómico y el lugar de residencia también influye, de manera que, a mayor nivel educacional, económico y ocupacional, mayor probabilidad de padecer cáncer de mama. De igual manera las que residen en áreas urbanas. Curiosamente se ha observado que el retraso en la edad del primer embarazo podría ser una causa del aumento de casos de cáncer de mama en mujeres menores de 45 años (4).

El estilo de vida también tiene un gran impacto en la aparición del cáncer de mama, así como el sobrepeso, la obesidad y la vida sedentaria se asocian con mayor riesgo de cáncer de mama. De la misma manera, los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el consumo de alcohol se asocian a mayor riesgo de padecer cáncer de mama (5).

Igualmente se ha analizado como un factor precursor de padecer la enfermedad el factor familiar, aumentando la incidencia en familiares de primer rango (madre, abuela, hermana o tía materna) hasta tres veces (4).

Recientemente se ha observado que el estrés repetido en el área relacional y la ausencia de al menos una óptima relación de los padres aumenta la probabilidad de tener ganglios linfáticos afectados en mujeres con cáncer de mama. Además se ha evidenciado que la lactancia materna actúa como un factor protector, debido al retraso en el restablecimiento de la ovulación y una disminución de los niveles de estrógenos y progesterona (5, 6).

1.3. Signos y síntomas.

Existen diferentes síntomas de sospecha de cáncer de mama, el primero y más habitual es una masa palpable. También un aumento o disminución del tamaño de la mama o cambios en el pezón (7).

Otro síntoma de sospecha es el enrojecimiento total o parcial o la edematización de la mama. En algunos casos puede aparecer la retracción de la piel, en forma de "hoyuelos o piel de naranja" o la aparición de ulceraciones en la piel. Es frecuente también la aparición de nódulos en la piel o nódulos regionales (axilares, supraclaviculares o infraclaviculares), incluso el sangrado a través del pezón (telorragia) (7).

1.4. Diagnóstico.

El diagnóstico de cáncer de mama se inicia en primer lugar con la inspección de ambas mamas seguido de la palpación. La maniobra de la palpación se desarrolla con la paciente tumbada y el tórax y abdomen descubiertos y se dividirá la mama en cuatro cuadrantes para facilitar la exploración. Su objetivo principal es detectar la existencia de nódulos, siendo palpables los mayores de 1 cm de diámetro (3).

La mamografía es la prueba por excelencia en el diagnóstico del cáncer de mama. Se realizan mamografías como *screening* en mujeres a partir de los 50 años. Los chequeos o revisiones periódicas en mujeres entre los 50 y los 69 años reducen la mortalidad por cáncer de mama. Entre los signos radiológicos primarios del cáncer de mama por mamografía destaca la imagen nodular, redondeada y con bordes imprecisos, la imagen en forma estelar que también se acompaña de bordes mal definidos, la imagen espiculada en la que se observan trabéculas infiltrativas y las microcalcificaciones que se observan como pequeños granos de sal. La imagen radiológica más habitual es la combinación de varias de las anteriores (3).

La ecografía, que funciona mediante ultrasonidos, es otra técnica de diagnóstico por imagen para el cáncer de mama. La imagen que se obtiene en la mama con tumor maligno se observa un nódulo con bordes irregulares, densidad heterogénea y abigarrada y una sombra posterior (3).

La resonancia magnética permite visualizar imágenes de la mama desde el punto de vista morfológico y funcional, ya que con la administración de contraste (gadolinio) puede observarse el grado de vascularización de las lesiones. Esto es debido al aumento de la vascularización de los tumores malignos. En este estudio se utilizan principalmente tres secuencias, el T1, el T2 y las secuencias de supresión grasa (3).

La tomografía por emisión de positrones (PET) es una técnica de imagen no invasiva, que con el radiofármaco 2-Deoxy-2-fluoro-Dglucosa (DFG), permite la visualización de los tumores. El PET DFG tiene una sensibilidad limitada para detectar carcinomas de mama de pequeño tamaño, pequeñas metástasis o ganglios infiltrados de pequeño tamaño, por ello no se utiliza como método diagnóstico en tumor primario, aunque si en el seguimiento de pacientes ya tratadas. Su sensibilidad depende del tamaño tumoral, aunque en nódulos de pequeño tamaño pero metabólicamente muy activos presenta una alta resolución de contraste. Sus mayores ventajas son la capacidad de detectar metástasis ganglionares y a distancia con una sensibilidad mayor al resto de técnicas de imagen, y la posibilidad de explorar todo el cuerpo de una sola vez (8, 9).

Otro método de diagnóstico es la citología mamaria, siendo esta el estudio microscópico de los elementos celulares de la mama. Dentro de este método existen tres técnicas de obtención de material. Uno de los métodos es por secreción, que consiste en la recogida y estudio de las secreciones emitidas por el pezón, mediante expresión de la mama desde la base hasta el pezón o si hay derrame de manera espontánea. La siguiente técnica es por impronta, en la que se recoge muestras de las zonas ulceradas de la mama, mediante rascado o impresión del portaobjetos contra la mama. Aunque la técnica por punción-aspiración con agua fina es la más común y utilizada. Consiste en la introducción de una aguja de 65 x 32 milímetros con jeringa de 10 milímetros en el nódulo a estudiar a través de la piel, de manera que a la retirada de la misma se aspira su contenido, cambiando varias veces de plano. Con la citología mamaria se obtienen datos citológicos de benignidad o malignidad de las masas tumorales de la mama (3).

1.5. Tratamiento.

El tratamiento de elección en el cáncer de mama varía según el estadio en el que se encuentre. En estadios iniciales, con tumores menores de 3 cm sin metástasis ganglionares axilares, el tratamiento de elección es la cirugía conservadora acompañada de radioterapia, siempre que no haya contraindicaciones. Dependiendo de los factores pronósticos se administra un tipo determinado de tratamiento adyuvante (hormonoterapia o quimioterapia) (10).

En tumores de más de 5 cm, en los que afectan a la pared torácica/piel o si presentan metástasis ganglionares axilares se administrará quimioterapia neoadyuvante, seguida de mastectomía radical y radioterapia. Si el cáncer se encuentra como enfermedad metastásica, el tratamiento de elección es sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, tratamiento biológico) pudiendo aplicarse la radioterapia como tratamiento para el control de los síntomas metastásicos. La cirugía se empleara en metástasis cutáneas, locoregionales o únicas (10).

Es habitual que los tratamientos empleados en el cáncer de mama produzcan alteraciones en el aspecto físico y emocional de las mujeres, afectando a la autoestima y a la calidad de vida (11).

La quimioterapia provoca efectos sistémicos como fatiga, pérdida de fuerza muscular, alteración del gusto, trastornos gastrointestinales, dolor y también disminución del deseo sexual, entre otros. Esto conlleva a alteraciones en la función física, sexual y social, afectando irremediabilmente en la calidad de vida (CDV) de las mujeres (12).

El tratamiento de elección en el cáncer de mama ha sido durante mucho tiempo la mastectomía. Actualmente, debido al impacto de la mastectomía en la imagen corporal, la autoestima y la CDV, se ha incrementado la utilización de otros tratamientos quirúrgicos (13).

Una opción en aumento es la conservación de la mama, que consiste en la extirpación de la masa tumoral, permitiendo una mínima mutilación de la mama, favoreciendo una adecuada estética de la misma. Este método es una buena medida terapéutica, debido a sus satisfactorios resultados en sobrevida e intervalo libre de enfermedad, además de aumentar la percepción de la imagen corporal, y por consiguiente, la CDV (14).

La cirugía oncoplástica es otra alternativa de tratamiento quirúrgico. Permite reseca tumores mamarios de mayor tamaño, concretamente cuando el tumor abarca más del 20% del volumen mamario. Se lleva a cabo cuando hay macromastia, asimetría, cuando la localización tumoral se encuentra en la zona central, medial o inferior de la mama o si en la mama afectada hay cirugías anteriores. Ambas técnicas quirúrgicas, presentan menor impacto psicológico y social en las mujeres que la mastectomía (13).

A pesar de las alteraciones probadas que provoca la mastectomía, en algunos casos sigue siendo el tratamiento quirúrgico de elección. En estos casos algunas mujeres son sometidas a reconstrucción mamaria (RM), con la que se pretende reestablecer la estética de la mama tras la mastectomía. La reconstrucción mamaria tiene buenos resultados clínicos y psicológicos, aunque a menudo provoca más complicaciones que las mastectomías sin reconstrucción. Puede realizarse al momento de hacer la mastectomía, llamándose RM inmediata, o por el contrario realizarla pasado un periodo de tiempo tras la mastectomía, llamándose en ese caso RM diferida. Los resultados estéticos y la satisfacción en las mujeres son mayores en la RM inmediata, aunque se ha observado que aumenta la tasa de complicaciones en comparación con la RM diferida (15).

En varios estudios se han observado las diferencias en CDV entre las mujeres sometidas a mastectomía en comparación con las sometidas a RM. Las mujeres sometidas a RM presentaban menores secuelas psicológicas, mejores resultados de bienestar psicológico y de CDV. Por el contrario, las mujeres sometidas a mastectomía presentaban mayor deterioro de la imagen corporal, inferior autoestima, menor bienestar emocional y mayor deterioro del funcionamiento físico (11, 16).

1.6. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Se define a la calidad de vida como una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que la persona tiene sobre su condición física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, así como con el sentido que le otorga a su propia vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CDV como “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de los sistema de valor y cultura en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (17, 18).

Por tanto, la CDV de las mujeres con cáncer de mama puede verse influenciada por variables biológicas o físicas, como puede ser el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y sus efectos secundarios, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación; como por las variables psicosociales como la imagen corporal, status emocional y las relaciones de pareja (19).

La CDV es subjetiva, por ello es fundamental evaluarla de manera particular en cada mujer, porque aunque las características objetivas de la enfermedad sean las mismas, la CDV puede variar significativamente (20).

La atención de apoyo en las mujeres con cáncer de mama mejora la estabilidad emocional, la adaptación social, la función cognitiva, la imagen corporal y la perspectiva de futuro, y por consiguiente, la CDV (21).

1.6.1. Imagen corporal y autoestima.

El concepto de imagen corporal tiene un carácter subjetivo, puesto que corresponde a la opinión que la persona tiene de su propio cuerpo. El pecho de la mujer en la cultura occidental tiene una gran importancia por su relación con la sexualidad y el atractivo físico, lo que influye en la valoración social de la mujer ejerciendo una fuerte influencia en su identidad personal. Tras el diagnóstico de cáncer de mama la integridad corporal se verá amenazada, aún más si está presente la mastectomía, la que modifica totalmente la imagen corporal. El tratamiento con mastectomía repercute a nivel psicosocial en la mujer, ya que se producen estados de ansiedad, depresión y baja autoestima.

Se han encontrado que variables sociodemográficas tienen efectos sobre la autoestima y la imagen corporal. La actividad laboral influye en tener una mejor percepción de la imagen corporal, al igual que el nivel educativo, que se asocia el mayor nivel de escolaridad con una mayor autoestima, teniendo más acceso a información sobre la enfermedad. La edad también influye en la autoestima, de manera que a menor edad, mayor es la afectación de la misma (22, 18).

1.7.2. Sexualidad.

La salud sexual es una faceta importante de la vida que suele verse realmente afectada tras el cáncer. La calidad de vida sexual abarca tanto el atractivo sexual y el interés sexual, como la participación y la función sexual. Esta calidad de vida sexual se ve mermada debido al tratamiento y a las secuelas emocionales. La cirugía de mama puede influir en la salud sexual como resultado de los cambios anatómicos, como en el caso de la mastectomía. La cirugía también puede alterar la imagen corporal y la autoestima, afectando de esta manera a la recuperación sexual de la mujer. En las mujeres jóvenes, las alteraciones en la imagen corporal debido al cáncer se consideran un factor predictor negativo de la actividad sexual, independientemente del tipo de cirugía o de si hubo o no reconstrucción mamaria posteriormente (23).

La disfunción sexual supone un trastorno en el deseo sexual y a su vez en los cambios psicológicos y fisiológicos que caracterizan la respuesta sexual. Afecta al bienestar social, mental, emocional y físico. Hay varios tipos de intervenciones para mejorar la disfunción sexual en las mujeres, como las intervenciones con medicina complementaria y alternativa, intervenciones farmacológicas mediante terapias hormonales o las intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas, como podría ser el asesoramiento o la psicoterapia (24).

Tras la mastectomía sin reconstrucción muchas son las mujeres que utilizan la prótesis mamaria externa. Se ha observado que su uso no afecta negativamente a la sexualidad, pudiendo ser una opción frente a la disfunción sexual debida a la mastectomía y su impacto en la imagen corporal (25).

1.7.3. Espiritualidad.

La espiritualidad se define como la búsqueda de lo sagrado o divino a partir de cualquier experiencia de la vida, se incluyen los sentimientos de tener contacto con uno mismo, con la naturaleza o con la comunidad, así como tener un propósito en la vida. Es una dimensión de la vida humana que permite a las personas comunicarse con el universo, dando esperanza y significado a la vida. Es la manera de entender y vivir la vida de las personas, que incluye un estado de paz y armonía con uno mismo y con el entorno. La espiritualidad no debe confundirse con la religiosidad, que es la involucración de las personas en los valores, creencias y prácticas planteadas por organización o institución religiosa (26).

En pacientes en las que este ámbito cobra tal relevancia en su vida, deben ser animadas a buscar la espiritualidad o la religiosidad como una buena herramienta para el tratamiento de las secuelas físicas y psicológicas del cáncer, ya que ayuda a disminuir el estrés psicosocial, reduce los desórdenes emocionales y aumenta la calidad de vida. Además, se ha observado que la terapia grupal espiritual mejora de manera significativa la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama (26, 27).

1.7.4. Familia.

El cáncer de mama supone una amenaza, un momento de crisis y conlleva a un desequilibrio emocional en la mujer, pero también en la unidad familiar, por lo que la identidad social de la familia y de la paciente se ve afectada en el ámbito psicológico, instrumental y social. La respuesta de la familia ante el cáncer de mama conlleva un efecto de gran importancia en la persona que padece el cáncer, mejorando en el desarrollo de acciones individuales y grupales, y también en la calidad de vida (28, 29).

Se ha observado que las pacientes con buenas relaciones familiares y sociales padecen menos trastornos mentales y una mayor autoestima. Igualmente, las personas casadas tienen una mejor adaptación a la enfermedad y una mayor calidad de vida que las personas solteras o sin pareja. Por ello, la familia es un componente de vital importancia en la recuperación de la mujer, y deben de implicarse en los cuidados de la mujer con cáncer de mama (28, 29).

1.8. Intervenciones psicológicas y terapias de grupo.

Las repercusiones que tiene el cáncer de mama en el ámbito psicológico y emocional de la mujer que sufre la enfermedad pueden llevar a respuestas esperables o por el contrario a respuestas psicopatológicas. Las principales alteraciones psicológicas en el cáncer de mama son la ansiedad y la depresión. Estas alteraciones dependen de varios factores propios de la paciente, como la etapa vital en la que se encuentre, sus recursos sociales, sus aspectos personales, los recursos de afrontamiento o las creencias. También influyen factores del entorno como el soporte social y el apoyo familiar. Indiscutiblemente, los factores asociados a la propia enfermedad como el estadio en el que se encuentre el tumor, la sintomatología que lo acompaña o el tratamiento recibido también influyen en la aparición de estas alteraciones psicológicas (30-32).

Existen diferentes tipos de intervenciones psicológicas para paliar la depresión y la ansiedad en las mujeres con cáncer de mama. Una de ellas son las intervenciones educativas, que promueven reducir los sentimientos como la confusión, la impotencia o la pérdida de control. Se basan en proporcionar información sobre la enfermedad. Otra intervención habitual es la psicoterapia individual, en la que la mujer interacciona con el terapeuta de persona a persona. Pretende disminuir los trastornos emocionales y aumentar el ánimo y la autoestima, así como ayudar a superar los problemas que sufre la paciente debido a la enfermedad (33).

La intervención cognitiva-conductual es un método que promueve la identificación y posterior corrección de los pensamientos, sentimientos y comportamientos con el fin de evitar el desarrollo de los síntomas depresivos. En último lugar, las intervenciones grupales, que pueden ser dirigidas por grupos de pacientes o por profesionales (33).

En el cáncer de mama los grupos de auto-ayuda cubren dos grandes necesidades, ya que brindan apoyo emocional y permiten resolver dudas a través del acceso a la información que facilita el resto del grupo. Son múltiples los beneficios emocionales de estos grupos, como la conexión o vinculación que se establece con mujeres que han pasado por una situación similar y entienden por lo que la persona está pasando, brindar esperanza respecto al futuro o tener un espacio dónde hablar de determinados aspectos que no es posible tratar con la familia o los amigos. Por ello, el grupo constituye a veces un recurso valioso de apoyo emocional y social (34).

2. Justificación.

El cáncer de mama afecta de manera notable a la sexualidad en las mujeres que padecen la enfermedad. Se ha observado que el 74% de una población de 54 mujeres con cáncer de mama sufrió cambios negativos en su comportamiento sexual, sufriendo el 32% de ellas disfunción sexual severa (35).

Los problemas sexuales ocasionados por los tratamientos del cáncer de mama no desaparecen por sí solos durante los dos primeros años tras el diagnóstico, pudiendo permanecer de manera constante. Los principales cambios están relacionados con la disminución de la excitación sexual, del deseo sexual y también la reducción del número de coitos (36, 35).

A pesar de la importancia de la salud sexual para las mujeres después del cáncer, es un problema que no se aborda a menudo. La gran mayoría de las pacientes no plantean el problema. Los profesionales de la salud en infimas ocasiones ponen una práctica común con las pacientes sobre sexualidad e intimidad tras el cáncer, debido a suposiciones que hacen sobre las pacientes, como la edad (a mayor edad de la paciente menor probabilidad de que esté interesada), el pronóstico general, si la paciente tiene o no pareja, o simplemente, a que si las pacientes no plantean el problema es porque no tiene realmente interés. Los profesionales deben ser conscientes de la importancia de la sexualidad para la mayoría de las personas, y un diagnóstico de cáncer no cambia esto. Por consiguiente, tomar una historia sexual de las pacientes con cáncer de mama es tan importante como entender su historia médica y social (24).

Debido a que la supervivencia en la última década ha aumentado de manera notable, ya que el 86% de las mujeres con cáncer de mama sobreviven más de 5 años, y la escasez de estudios que valoren la eficacia de la terapia grupal para la mejora de la sexualidad en mujeres tras el cáncer de mama, es necesario el desarrollo del presente proyecto de investigación, el cual pretende aportar cuidados integrales, en el área emocional y sexual, a las mujeres que tras la enfermedad siguen sufriendo secuelas importantes a consecuencia de la mastectomía (36).

Objetivos e hipótesis.

1. Objetivos.

1.1. General.

Evaluar la efectividad de la terapia grupal para mejorar la sexualidad en mujeres con mastectomía por cáncer de mama.

1.2. Específicos.

- Evaluar si la terapia grupal en torno a la sexualidad en mujeres con mastectomía por cáncer de mama mejora la autoestima.
- Evaluar si la terapia grupal en torno a la sexualidad en mujeres con mastectomía por cáncer de mama mejora la percepción de la imagen corporal.
- Evaluar si la terapia grupal en torno a la sexualidad en mujeres con mastectomía por cáncer de mama mejora la calidad de vida.
- Evaluar si la terapia grupal en torno a la sexualidad en mujeres con mastectomía por cáncer de mama disminuye las alteraciones psicológicas como depresión y ansiedad.

2. Hipótesis.

2.1. General.

La terapia grupal es eficaz para mejorar la sexualidad en mujeres con mastectomía por cáncer de mama.

2.2. Específicas.

- La terapia grupal en torno a la sexualidad es eficaz para mejorar la autoestima en mujeres con mastectomía por cáncer de mama.
- La terapia grupal en torno a la sexualidad es eficaz para mejorar la percepción de la imagen corporal en mujeres con mastectomía por cáncer de mama.
- La terapia grupal en torno a la sexualidad es eficaz para mejorar la calidad de vida en mujeres con mastectomía por cáncer de mama.
- La terapia grupal en torno a la sexualidad es eficaz para disminuir las alteraciones psicológicas como depresión y ansiedad en mujeres con mastectomía por cáncer de mama.

Metodología.

1. Diseño del estudio.

El presente estudio es del tipo cuasiexperimental.

La elección de este tipo de estudio se basa en la no utilización de un grupo control, puesto que el grupo al que se aplicará la intervención, será el grupo control antes de la intervención.

Se ha descartado la utilización de un grupo control por no considerarse ético ofrecer a un grupo una terapia en favor del bienestar sexual y psicológico y al otro grupo no ofrecerle dicha terapia.

La duración total del estudio será aproximadamente de siete meses.

2. Sujetos del estudio.

2.1. Población diana.

Mujeres con mastectomía por cáncer de mama de la Comunidad de Madrid.

2.2. Población accesible.

Mujeres con mastectomía por cáncer de mama tratadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre, en el área 11 de la Comunidad de Madrid.

Para la obtención de la muestra se llevará a cabo un muestreo no probabilístico de conveniencia, en base a los criterios de inclusión y exclusión.

2.3. Lugar del estudio.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Universitario 12 de Octubre, del Servicio Madrileño de Salud, de la Comunidad de Madrid, en aulas asignadas a fines educativos y de investigación.

2.4. Criterios de selección.

2.4.1. Criterios de inclusión.

- Mujeres con mastectomía por cáncer de mama.
- Edad entre 20 y 65 años.
- Haber pasado un año desde la realización de la mastectomía.
- Mujeres sexualmente activas antes del diagnóstico de cáncer de mama.
- Tener un buen nivel de lectura y escritura para cumplimentar los documentos necesarios.

2.4.2. Criterios de exclusión.

- Tener diagnóstico de recidiva o metástasis.
- No hablar español.
- Tener alguna patología psicológica/psiquiátrica previa al diagnóstico de cáncer de mama.
- Tener realizada la reconstrucción mamaria.
- Haber pasado más de cinco años desde la realización de la mastectomía.

2.5. Muestra del estudio.

Mediante la fórmula de comparación de proporciones, con un riesgo alfa de 0.05 (intervalo de confianza a 95%), un riesgo beta de 0.2 (poder estadístico de 20%, suponiendo que en la muestra de estudio pre-intervención tenemos una proporción del 40% y que con la intervención se obtendrá una efectividad del 90%, ajustando el tamaño muestral a un 15% de pérdidas de sujetos, se estima que se necesita una muestra de 12 pacientes para el presente estudio.

3. Variables.

Nombre	Tipo	Herramienta de medida	Unidad de medida / Categorías posibles
Edad	Cuantitativa continua	Documento de registro	Años
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Documento de registro	Casadas En pareja Divorciadas Viudas Solteras
Estudios	Cualitativa nominal politómica	Documento de registro	Sin estudios Estudios primarios Estudios secundarios Estudios universitarios
Situación laboral	Cualitativa nominal politómica	Documento de registro	Ama de casa Empleada Parada Jubilada
Enfermedad psicológica/psiquiátrica previa	Cualitativa nominal politómica	Documento de registro	Trastorno del estado de ánimo Trastorno de la personalidad Ansiedad Esquizofrenia Trastorno bipolar Trastorno de la alimentación Ninguna de las anteriores

Estadio del tumor	Cualitativa ordinal	Documento de registro	0 I II III IV
Cirugía	Cualitativa nominal politómica	Documento de registro	Mastectomía Cirugía conservadora Reconstrucción mamaria
Tratamiento coadyuvante	Cualitativa nominal politómica	Documento de registro	Quimioterapia Radioterapia Terapia biológica Terapia hormonal
Tiempo desde la intervención	Cuantitativa continua	Documento de registro	Menos de 6 meses Entre 6 meses – 12 meses 1 año 2 años Más de 2 años
Calidad de Vida	Cuantitativa continua	Escala EORTC QLQ-BR23	Resultado de 0 a 100
Función sexual	Cualitativa nominal politómica	Índice de Función Sexual Femenina	Resultado de 0 a 5
Ansiedad	Cualitativa nominal politómica	Escala Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD)	Resultado de 0 a 30
Depresión	Cualitativa nominal politómica	Escala HAD	Resultado de 0 a 30
Imagen corporal	Cualitativa nominal politómica	Escala de Imagen Corporal de Hopwood	Resultado de 0 a 30

Autoestima	Cualitativa nominal politómica	Escala de Autoestima de Rosemberg	Resultado de 10 a 40

- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Es necesaria ya que es un criterio de inclusión en el estudio.
- **Estado civil:** Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Es una variable importante en lo relativo a la intervención en relación con la sexualidad.
- **Educación:** Instrucción por medio de la acción docente. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Es una variable necesaria ya que es un criterio de inclusión (nivel adecuado de escritura y lectura).
- **Situación laboral:** Situación relativa al trabajo en su aspecto económico, jurídico y social. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Puede ser un leve referente sobre la actividad física y psicológica de las pacientes.
- **Enfermedad psicológica / psiquiátrica previa:** Alteraciones de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento anterior a la situación actual. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Es una variable importante ya que establece un criterio de exclusión de las participantes.
- **Estadio del tumor:** Extensión del tumor y tamaño. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Es un dato clínico que establece un criterio de exclusión.
- **Cirugía:** Tipo de intervención realizada mediante incisiones para curar la parte afectada del cuerpo. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Establece un criterio de inclusión.

- Tratamiento coadyuvante: Tratamiento utilizado que contribuye o ayuda a solucionar la enfermedad de manera suplementaria. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Es un dato clínico que influye de manera notable en la calidad de vida.
- Tiempo desde la intervención: Tiempo en meses o años transcurrido desde que se realizó la cirugía. Se recogerá mediante un cuestionario con varios datos sociodemográficos. Establece un criterio de inclusión.
- Calidad de Vida: Percepción subjetiva de la situación de vida, influenciada por aspectos sociales, económicos, físicos y emocionales. Su manera de recogida y medida es a través de la escala EORTC QLQ-BR23 (37), que mide aspectos específicos del cáncer de mama. El cuestionario se forma de 23 preguntas, que valoran el estado de salud, la calidad de vida y el impacto físico y emocional del cáncer de mama. Se agrupa principalmente en dos áreas, la de funcionamiento y la de síntomas. Las preguntas son puntuadas de 1 a 4, siendo 1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante y 4: mucho. La puntuación final de estandariza para determinar la afectación de las pacientes, de manera que se obtiene un valor de 0 a 100. En el área funcional un valor alto significa mejor funcionamiento, excepto en funcionamiento sexual que es a la inversa. En el área de síntomas, un valor alto supone un mal estado físico. Es una variable importante ya que la intervención pretende mejorar la calidad de vida.
- Función sexual: Actividad relacionada con los órganos, glándulas y hormonas sexuales. Su manera de recogida y medida es a través del Índice De Función Sexual Femenina (38). Consta de ítems, agrupados en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones de respuesta, a las que se les asigna una puntuación de 0 a 5. La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, de manera que a mayor puntuación mejor sexualidad. Es una variable necesaria ya que la intervención del estudio gira alrededor de la sexualidad.

- **Ansiedad y Depresión:** Trastornos emocionales que implican problemas en el pensamiento y en las conductas. Su manera de recogida y medida es a través de la Escala Hospital, Ansiedad y Depresión (HAD) (39). Consta de 14 ítems, 7 para la variable ansiedad y 7 para la variable depresión, de manera que cada pregunta es puntuada de 0 a 3. Posteriormente se suman las puntuaciones. El resultado de las puntuaciones mayores de 10 indican morbilidad, puntuaciones entre 8-10 indican posible caso de patología y puntuaciones menores de 8 indican ausencia de morbilidad. Es necesaria valorarla ya que la intervención pretende disminuir la ansiedad y la depresión.
- **Imagen corporal:** Conocimiento y representación simbólica del propio cuerpo, es decir, la manera en la que se y se imagina una persona a sí misma. Su manera de recogida y medida es a través de la Escala de Imagen Corporal de Hopwood (40). Es una escala que cuenta con 10 ítems de tipo Likert, que se puntúa de 0 a 3, de manera que 0: nada, 1: poco, 2: bastante y 3: mucho. El rango de puntuación es de 0 a 30, a mayor nivel de puntuación, mayor afectación de la imagen corporal. Es necesaria valorarla ya que la intervención pretende mejorar la imagen corporal.
- **Autoestima:** Opinión emocional que las personas tienen de sí mismas. Su manera de recogida y medida es a través de la Escala de Autoestima de Rosemberg (41). Consta de 10 ítems de tipo Likert, que puntúan de 1 a 4, de manera que 1: muy de acuerdo, 2: de acuerdo, 3: en desacuerdo y 4: muy en desacuerdo. El rango de puntuaciones del cuestionario es de 10 a 40. Es necesaria valorarla ya que la intervención pretende mejorar la autoestima.

4. Intervención a evaluar.

Se llevará a cabo una terapia grupal con el fin de mejorar la sexualidad en mujeres con mastectomía por cáncer de mama, y por consiguiente, la autoestima, la imagen corporal y la calidad de vida de las pacientes.

En la terapia grupal participarán como profesionales un equipo de enfermería principalmente, con apoyo de una sexóloga y una psicóloga.

La terapia grupal constará de un número de 6 sesiones, en la que cada sesión durará entre 2 horas aproximadamente. Se impartirán un día a la semana, durante 6 semanas continuadas.

Los contenidos de la terapia grupal serán:

Sesión	Contenidos
1	<ul style="list-style-type: none">• Presentación.• Test pre-intervención• ¿Qué es la sexualidad?• ¿Qué influye en la sexualidad?• ¿Qué es la disfunción sexual?• ¿Qué puede aportar la terapia en grupo?
2	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es la actividad sexual?• ¿Qué es la excitación sexual?• ¿Qué es la estimulación sexual?• ¿Qué es el deseo sexual?• Tratamientos para la disfunción sexual: medicina complementaria, ejercicios de suelo pélvico, geles lubricantes, terapias hormonales.
3	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo es la sexualidad actualmente tras la mastectomía?• Aspectos positivos del aspecto físico actual• ¿De qué manera ha cambiado la sexualidad en relación con la situación previa a la mastectomía?
4	<ul style="list-style-type: none">• Comunicación verbal y no verbal• Comunicación en la sexualidad• Comunicación con la pareja afectiva/sexual• Repercusión de la mastectomía en la relación de pareja

5	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la autoestima? • Autoconcepto a partir de la mastectomía • Refuerzo de la autoestima • ¿Qué es la imagen corporal? • Autoimagen a partir de la mastectomía • Aceptación de la imagen corporal
6	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad ante el encuentro sexual • ¿Cómo abordar la ansiedad en las relaciones sexuales y afectivas? • Técnicas de relajación enfocadas a la sexualidad • Resolución de dudas/conflictos • Beneficios de la terapia grupal. • Despedida • Test post-intervención

5. Procedimiento de recogida de datos.

En primer lugar se recogerán los datos sociodemográficos, a través del cuestionario destinado para ello, para valorar si cumplen los criterios de inclusión y se hará entrega del consentimiento informado.

Debido a la ausencia de grupo control y para valorar si la terapia grupal es efectiva, las participantes rellenarán 5 cuestionarios pre-intervención, al comienzo de la sesión 1 de la terapia grupal.

Estos cuestionarios valoran:

- Sexualidad: se valorará a través del Índice de Función Sexual Femenina (anexo 5). Valora los dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.
- Calidad de vida: se recogerá a través de la escala EORTC QLQ-BR23 (anexo 4), que valora la calidad de vida específicamente en cáncer de mama, así como el estado de salud, físico y emocional.
- Ansiedad y depresión: Ambas se valoran con la misma escala, la Escala de HAD (anexo 6).
- Imagen corporal: se recogerá a través de la Escala de Imagen Corporal de Hopwood (anexo 7), que valora la imagen corporal en cáncer de mama.
- Autoestima: se recogerá a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (anexo 8).

Al finalizar la terapia grupal, tras impartir la sesión 6 de la misma, se entregarán los 5 cuestionarios nuevamente para valorar si ha habido cambios significativos en las variables tras la intervención.

6. Fases del estudio.

- Fase conceptual: comienza con el planteamiento de la pregunta de investigación (¿Es efectiva la terapia grupal para mejorar la sexualidad en mujeres con mastectomía?), posteriormente con la búsqueda y revisión bibliográfica sobre cáncer de mama, redacción del estado de la cuestión, y para concluir, con la formulación de los objetivos e hipótesis de la investigación.

La duración de esta fase ha sido desde principios de septiembre de 2016 hasta mediados de marzo de 2017.

- Fase metodológica: en ella se ha elegido el diseño de estudio de investigación (cuasiexperimental), se han definido la población de estudio, se han descrito las variables de la investigación, así como las herramientas de recogidas de datos.

La duración de esta fase ha sido desde mediados hasta finales de marzo de 2017.

- Fase empírica: en esta última etapa, se han recogido los datos y han sido analizados, se ha llevado a cabo la terapia grupal, y posteriormente se han interpretado los resultados, los que han sido difundidos.

La duración de esta fase ha sido desde mediados de abril de 2017 hasta finales de noviembre de 2017.

7. Cronograma.

Fases Meses	Fase conceptual	Fase metodológica		Fase empírica
Septiembre 2016	Pregunta de Investigación			
Octubre 2016	Búsqueda y Revisión Bibliográfica			
Noviembre 2016				
Diciembre 2016				
Enero 2017	Estado de la Cuestión			
Febrero 2017				
Marzo 2017	Objetivos e Hipótesis	Población de Estudio	Selección de Estudio	
Abril 2017		Definición de Variables	Herramientas de Recogida de Datos	
Mayo 2017				Recogida y Análisis de Datos
Junio 2017				Intervención Terapia grupal
Julio 2017				Interpretación de Resultados
Agosto 2017				
Septiembre 2017				
Octubre 2017				Difusión de Resultados
Noviembre 2017				

8. Análisis de los datos.

En el análisis de los datos se realizará, en primer lugar, estadística descriptiva. Para las variables cualitativas se utilizarán las medidas de frecuencias, tanto frecuencia absoluta como frecuencia relativa. Para las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de dispersión y posición central, como media, moda, mediana, rango, desviación media, desviación estándar y varianza. Posteriormente se realizará estadística inferencial, con las variables de sexualidad, calidad de vida, ansiedad y depresión, imagen corporal y autoestima. Se utilizará el test Chi cuadrada, t-student y Anova en función de la variable y tamaño de la muestra final. Se considerará un intervalo de confianza a 95% y por lo tanto una significancia estadística $p < 0.05$ (42). Para el análisis de los datos se empleará el programa estadístico Statgraphics.

Aspectos éticos.

Este proyecto será remitido al Comité de ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre para obtener un informe favorable.

El estudio respetará los principios de Helsinki y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

Los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes serán estrictamente confidenciales, ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, los sujetos participantes en el estudio pueden ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos.

Los datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es Laura López de Dios, que ha sido registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo la persona responsable del estudio y colaboradores del mismo podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Se informará a los sujetos participantes a través de la hoja de información (anexo 1) y se obtendrá la autorización de participación en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (anexo 2).

La terapia grupal como tratamiento para la mejora de la sexualidad en mujeres mastectomizadas, intervención de este estudio cuasiexperimental, no entabla riesgos en la integridad de las participantes de la misma. Dicha intervención puede ocasionar alteraciones emocionales y afectivas negativas en las participantes.

Limitaciones del estudio.

- Las mujeres con mastectomía no sometidas a reconstrucción mamaria limita el número de participantes debido al aumento en las técnicas de reconstrucción y otros métodos de tratamiento quirúrgico menos agresivos.
- El tamaño reducido de la muestra invalida que los resultados sean extrapolables al resto de la población afectando a la validez externa.
- La sexualidad se considera una variable íntima rodeada de mitos y tabúes, pudiendo dar sesgo por la ausencia de total sinceridad en las respuestas de los cuestionarios.
- Los resultados pueden ser sesgados como condicionante del muestreo por conveniencia.

Bibliografía.

1. Lugones Botell M, Ramírez Nermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2009;25(3):160-166.
2. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Madrid: SEOM; 2015 [actualizada 24 de marzo de 2015; acceso 5 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=9#content>
3. Tejerina A, coordinador. Aula de Habilidades y Simulación en Patología de la Mama. Fundación Tejerina; 2009.
4. Martín M, Herrero A, Echevarría I. El cáncer de mama. *Arbor.* 2015;191(773):2-7.
5. Aguilar Cordero MJ, Neri Sánchez M, Padilla López CA, Pimentel Ramírez ML, García Rillo A, et al. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. *Nutr Hosp.* 2012;27(5):1631-36.
6. Sarkeala T, Heinävaara S, Fredman J, Männistö S, Luoto R, Jäntti M, Malila N. Design and respondent selection of a population-based study on associations between breast cancer screening, lifestyle and quality of life. *BMC Public Health.* 2015;15(1256):1-7.
7. Fundación Tejerina, editor. Aspectos farmacogenéticos en el tratamiento del cáncer de mama con Tamoxifeno. Madrid: Universidad Europea de Madrid; 2008.
8. Richter JA, García-Velloso MJ, Domínguez I, Quincoces G, Prieto E, Rodríguez Fraile M. Tomografía por emisión de positrones en el cáncer de mama. *Rev Med Univ Navarra.* 2008;52(1):4-12.
9. Ladrón de Guevara D, Guzmán P. Caracterización de enfermedad metastásica con PET/CT en cáncer de mama en etapificación y con recidiva postratamiento. *Rev Chilena de Radiología.* 2013;19(1):21-28.
10. Morcillo López I, Aznar Carretero I. Tratamiento del cáncer de mama. En: Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García c, coordinadores. *Obstetricia y ginecología. Guía de actuación.* Madrid: Médica Panamericana;2013. p. 475-77.
11. Rincón, M. E., Pérez, M.A., Borda, M. & Martín, A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Univ Psychol.* 2012;11(1):25-41.
12. Nunes Garcia S, Jacowski M, Cordeiro Castro G, Galdino C, Bittencourt Guimarães PR, Puchalski Kalinke L. Quality of life domains affected in women with breast cancer. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(2):89-96.

13. Sherwell-Cabello S, Maffuz-Aziz A, Villegas-Carlos F, Domínguez-Reyes C, Labastida-Almendaro S, Rodríguez-Cuevas S. Factibilidad y resultado estético de la cirugía oncoplástica en el tratamiento de cáncer de mama. *Cirugía y Cirujanos*. 2015;83(3):199-205.
14. Nápoles Izquierdo Y, García Novoa W, Díaz Agüero H, Báez Pupo MM. Cirugía conservadora y radical en estadios tempranos del cáncer de mama. *AMC* 2009;13(3).
15. Jiménez-Puente A, Maañón-di Leo JC, Lara-Blanquer A. Reconstrucción mamaria post-mastectomía en el sistema sanitario público de Andalucía. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:1-11.
16. Rincón Fernández ME, Pérez San Gregorio MA, Borda Más M, Martín Rodríguez A. Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. *Cir.plást. iberolatinoam*. 2010;36(4): 359-368.
17. Bajuk L, Reich M. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicológicas*. 2011;5(1)19-30.
18. Lacerda Alves Furlan V, Sabino Neto M, Felipe Abla LE, Rocha Oliveira CJ, de Lima AC, Furtado de Olinda Ruiz B, et al. Quality of life and self-esteem after mastectomy in patients who did or did not undergo breast reconstruction. *Rev Bras Cir Plást*. 2013;28(2):264-9.
19. Kaminska M, Ciszewski, Kukielka-Budny B, Kubiowski T, Baczewska B, Makara-Studzinska M, et al. Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med*. 2015;22(4):724–30.
20. Anderkova L, Elfmarkova N, Sverak T, Peterkova H, Brancikova D, Protivankova M, et al. Change in Quality of Life Measured over Time in Czech Women with Breast Cancer. *Klin Onkol*. 2016;29(2):113-21.
21. Edib Z, Kumarasamy V, Abdullah NB, Rizas AM, Radman Al-Dubai SA. Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. *HQLO*. 2016;14(26):1-10.
22. Aguilar Cordero MJ, Neri Sánchez M, Mur Villar N, Gómez Valverde E. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutr Hosp*. 2013;28(5):1453-1457.
23. Dizon DS, Suzin D, McIlvenna S. Sexual Health as a Survivorship Issue for Female Cancer Survivors. *The Oncologist*. 2014;19:202–210.
24. Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Tookman A, King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2:1-7.

25. Peloso Borghesan DH, França Gravena AA, Romeiro Lopes TC, Rocha Brischiliari SC, de Oliveira Demitto M, Millene Dell Agnolo C, et al. Variables that Affect the Satisfaction of Brazilian Women with External Breast Prostheses after Mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(22):9631-34.
26. Navas C, Villegas H. Espiritualidad y salud. *Revista Ciencias de la Educación*. 2006;1(27):29-45.
27. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Quality of Life and Spiritual Well-Being among Patients with Breast Cancer. *IJMS*. 2016;41(2):140-144.
28. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *RIPCS*. 2003;3(1):505-520.
29. Mesquita Melo E, Magalhães da Silva R, De Almeida AM, Carvalho Fernández AF, Mota Rego CD. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Enfermería Global*. 2007;6(10):1-10.
30. Meza-Rodríguez MP. Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reprod Hum*. 2007;21(2):72-80.
31. González AL, González A, Estrada B. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2015;12(1):129-140.
32. Jassim GA, Whitford DL, Hickey A, Carter B. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;5:1-8.
33. Edwards AGK, Hailey S, Maxwell M. Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastásico. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008;4:1-8.
34. Durá E, Hernández S. Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Boletín de Psicología*. 2003;78:21-39.
35. Martínez Serrano P, Alarcón Diana MP, Del Pliego Pilo G, Díaz Jiménez E. Educación sexual en mujeres mastectomizadas. *Nure Investigación*. 2009;49:1-15.
36. García Lumbreras S, Blasco T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2008;5(1):155-170.
37. Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, Velde A, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality-of-Life Questionnaire Module: First Results From a Three-Country Field Study. *J Clin Oncol*. 1996;14(10):2756-2768.
38. Blumel JE, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de Función Sexual Femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2):118-125.

39. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008.
40. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clinica y Salud*. 2007;18(2):137-161.
41. Rojas-Barahona CA, Zegers B, Föster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile*. 2009;137(6):791-800.
42. Elena Sinobas P, coordinadora. *Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería*. 1ª ed.: Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria; 2011.

Anexos.

Anexo 1: Hoja de información al paciente.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del estudio:

Fecha:

Número de versión:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación al cual ha sido invitada a participar. Con este documento informativo pretendemos que tenga la información necesaria para juzgar si está de acuerdo en participar con nosotros en este proyecto.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El objetivo de esta investigación es evaluar la efectividad de la terapia grupal para mejorar la sexualidad en mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de mama, así como valorar si dicha terapia mejora la autoestima, la imagen corporal y la calidad de vida, y por consiguiente, reduce la ansiedad y la depresión.

Para ello deberá rellenar diferentes escalas y cuestionarios para valorar su estado emocional, afectivo y sexual previo a la intervención.

La intervención consiste en una terapia grupal, impartida por un equipo de enfermería, con apoyo de una sexóloga y una psicóloga. Constará de seis sesiones, impartidas un día a la semana, durante seis semanas continuadas.

RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

La terapia grupal como tratamiento para la mejora de la sexualidad en mujeres mastectomizadas no supone ningún riesgo físico para usted, aunque podría ocasionar alteraciones emocionales y afectivas negativas en usted.

La terapia grupal puede ser beneficiosa para mejorar su sexualidad, su calidad de vida, autoestima y su imagen corporal, reduciendo la depresión y la ansiedad como secuela de la mastectomía.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio es de manera voluntaria, puede decidir no participar en el estudio o retirar su consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello tenga consecuencias sobre la atención sanitaria que reciba.

CONFIDENCIALIDAD:

Los datos de carácter personal de todos los participantes serán estrictamente confidenciales, ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es Laura López de Dios, que ha sido registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo la persona responsable del estudio y colaboradores del mismo podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al responsable del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias y al Comité Ético del CSIC cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

RAZONES BAJO LAS CUALES PUEDE FINALIZAR SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Las siguientes razones pueden dejarla excluida del estudio:

- Tener diagnóstico de recidiva o metástasis.
- No hablar español.
- Tener alguna patología psicológica/psiquiátrica previa al diagnóstico de cáncer de mama.
- Tener realizada la reconstrucción mamaria.
- Haber pasado más de cinco años desde la realización de la mastectomía.

Se le proporcionará cualquier información adicional relevante para su participación en el estudio de investigación. No dude en consultarnos y ponerse en contacto con nosotros si lo considera oportuno.

Anexo 2: Consentimiento informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Título del estudio:
Fecha:
Número de versión:

Yo,(nombres y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con Laura López de Dios, responsable del proyecto de investigación.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin necesidad de dar explicaciones al respecto y sin que ello repercuta en mi asistencia sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:.....

Fecha:.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado.

Firma del Investigador:.....

Fecha:.....

Anexo 3: Cuestionario sobre datos sociodemográficos.

CUESTIONARIO SOBRE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Estamos interesados en algunos datos sobre usted. Por favor, conteste todas las preguntas de manera sincera marcando con una X la casilla correspondiente.

La información que usted proporciona será estrictamente confidencial.

Por favor, rellene sus iniciales: _____

Fecha de hoy (Día, Mes, Año): _____

Fecha de nacimiento (Día, Mes, Año): _____

1. Edad: _____ años.

2. Estado civil:

Casada

En pareja

Divorciada

Viuda

Soltera

3. Estudios:

Sin estudios

Estudios primarios

Estudios secundarios

Estudios universitarios

4. Situación laboral:

Ama de casa

Empleada

Parada

Jubilada

5. Enfermedad psicológica o psiquiátrica previa:

Trastorno del estado de ánimo

Trastorno de la personalidad

Ansiedad

Esquizofrenia

Trastorno bipolar

Trastorno de la alimentación

Ninguna de las anteriores

6. Estadio del tumor:

0-I

I-II

II-III

7. Cirugía:

Mastectomía

Cirugía conservadora

Reconstrucción mamaria

8. Tratamiento coadyuvante:

Quimioterapia

Radioterapia

Terapia biológica

Terapia hormonal

9. Tiempo desde la intervención:

Menos de 6 meses

Entre 6 meses – 12 meses

1 año

2 años

Más de 2 años

Anexo 4: Cuestionario calidad de vida - EORTC QLQ-BR23.

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA - EORTC QLQ-BR23

Por favor, rellene sus iniciales: _____

Su fecha de nacimiento (Día, Mes, Año): _____

Fecha de hoy (Día, Mes, Año): _____

Estamos interesados en algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, conteste todas las preguntas haciendo un círculo alrededor del número que mejor se aplica a usted. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", la información que usted proporciona será estrictamente confidencial.

Los pacientes a veces informan que tienen los siguientes síntomas o problemas. Indique en qué medida ha experimentado estos síntomas o problemas durante la semana pasada.

1 = En absoluto	2 = Un poco	3 = Bastante	4 = Mucho
-----------------	-------------	--------------	-----------

Durante la última semana:

1. ¿Tiene la boca seca? 1 2 3 4
2. ¿Los alimentos y las bebidas tenían un sabor diferente del habitual? 1 2 3 4
3. ¿Sus ojos estaban dolorosos, irritados o acuosos? 1 2 3 4
4. ¿Ha perdido el cabello? 1 2 3 4
5. Responda a esta pregunta sólo si tiene pérdida de cabello: ¿Le molestó la pérdida de su cabello? 1 2 3 4
6. ¿Se sintió mal o indispuesta? 1 2 3 4
7. ¿Tuvo sofocos? 1 2 3 4

8. ¿Tuvo dolores de cabeza? 1 2 3 4
9. ¿Se ha sentido físicamente menos atractiva como resultado de su enfermedad o tratamiento? 1 2 3 4
10. ¿Se ha sentido menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento? 1 2 3 4
11. ¿Le ha resultado difícil mirarse desnuda? 1 2 3 4
12. ¿Ha estado insatisfecha con su cuerpo? 1 2 3 4
13. ¿Le preocupa su salud en el futuro? 1 2 3 4

Durante las últimas cuatro semanas:

14. ¿Hasta qué punto le interesaba el sexo? 1 2 3 4
15. ¿Hasta qué punto usted era sexualmente activa? (Con o sin coito) 1 2 3 4
16. Responda a esta pregunta sólo si ha sido sexualmente activa: ¿En qué medida fue el sexo agradable para usted? 1 2 3 4

Durante la última semana:

- | | |
|--|---------|
| 17. ¿Le dolió el brazo o el hombro? | 1 2 3 4 |
| 18. ¿Tenía un brazo o una mano hinchada? | 1 2 3 4 |
| 19. ¿Fue difícil levantar el brazo o moverlo de lado? | 1 2 3 4 |
| 20. ¿Ha tenido algún dolor en el área de su seno afectado? | 1 2 3 4 |
| 21. ¿El área de su seno afectado se hinchó? | 1 2 3 4 |
| 22. ¿El área de su seno afectado fue hipersensible? | 1 2 3 4 |
| 23. ¿Ha tenido problemas de piel o en el área de su seno afectado (por ejemplo, picazón, piel seca, escamosa)? | 1 2 3 4 |

Anexo 5: Índice de Función Sexual Femenina.

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Por favor, rellene sus iniciales: _____

Su fecha de nacimiento (Día, Mes, Año): _____

Fecha de hoy (Día, Mes, Año): _____

Instrucciones.

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones.

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

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.

Marque con una X sólo una alternativa por pregunta.

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

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

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

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

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

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

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

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

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

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

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

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

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

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 6: Escala Hospital, Ansiedad y Depresión.

ESCALA HOSPITAL, ANSIEDAD Y DEPRESION.

Por favor, rellene sus iniciales: _____

Su fecha de nacimiento (Día, Mes, Año): _____

Fecha de hoy (Día, Mes, Año): _____

Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

La información que usted proporciona será estrictamente confidencial.

1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

6. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

8. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

12. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

Anexo 7: Escala de imagen corporal de Hopwood.

ESCALA DE IMAGEN CORPORAL DE HOPWOOD.

Por favor, rellene sus iniciales: _____

Su fecha de nacimiento (Día, Mes, Año): _____

Fecha de hoy (Día, Mes, Año): _____

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de su imagen corporal.

Por favor, conteste las siguientes frases rodeando con un círculo la respuesta que considere más apropiada.

La información que usted proporciona será estrictamente confidencial.

0 = Nada	1 = Poco	2 = Bastante	3 = Mucho
----------	----------	--------------	-----------

1. Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente. 0 1 2 3
2. Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer. 0 1 2 3
3. Me siento algo deformada o mutilada. 0 1 2 3
4. Evito que los demás me vean la cicatriz. 0 1 2 3
5. Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual. 0 1 2 3
6. Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz. 0 1 2 3
7. Me repugna la cicatriz. 0 1 2 3
8. Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy desnuda. 0 1 2 3
9. Me siento menos femenina después de la operación. 0 1 2 3
10. Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida. 0 1 2 3

Anexo 8: Escala de autoestima de Rosemberg.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.

Por favor, rellene sus iniciales: _____

Su fecha de nacimiento (Día, Mes, Año): _____

Fecha de hoy (Día, Mes, Año): _____

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases rodeando con un círculo la respuesta que considere más apropiada.

La información que usted proporciona será estrictamente confidencial.

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. En desacuerdo	4. Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	------------------	----------------------

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

