



**Universidad
Europea**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA

**ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN EL CÁNCER
DE MAMA**

Autora:

Dña. Laura Navarro Real

Director:

Dr. Franklin Herrera

Valencia, Curso 2023-2024

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más prevalente en el sexo femenino en todo el mundo. Por ello, son muchos los tratamientos a los cuales son sometidas, siendo algunos la quimioterapia, radioterapia, cirugía y terapias hormonales. No obstante, todos estos, producen diversos efectos secundarios que afectan a la salud sexual, generando discomfort y pérdida del autoconcepto. **Objetivo:** Analizar la influencia del tratamiento del cáncer de mama sobre la sexualidad femenina para el desarrollo de estrategias terapéuticas que la mejoren. **Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos PUBMED, EMBASE y CUIDEN durante abril y mayo de 2024. Se incluyeron artículos publicados a partir del 2019, en inglés o castellano, realizados en países del continente europeo y/o americano en los que participaran mujeres tratadas contra el cáncer de mama. **Resultados:** Se incluyeron 16 artículos en la revisión. La atrofia vaginal, la disminución de la lívido y la lubricación y el escozor fueron algunos de los efectos secundarios más reportados. Asimismo, se observó la escasez de información otorgada por los profesionales sanitarios sobre los principales efectos en la salud sexual y se relató la importancia de las sesiones de educación para la salud. No obstante, no se encontraron fármacos aprobados con efectos beneficiosos, salvo la aplicación de oxígeno y ácido hialurónico vaginalmente. **Conclusiones:** La salud sexual de las mujeres con cáncer de mama sustenta sus bases en el conocimiento de los efectos secundarios, así como el asesoramiento de los profesionales para mejorar la sexualidad.

Palabras clave: cáncer de mama, tratamientos y sexualidad.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most prevalent neoplasm in women worldwide. For this reason, there are many treatments to which they are subjected, some being chemotherapy, radiotherapy, surgery and hormonal therapies. However, all these produce various side effects that affect sexual health, producing discomfort and loss of self-concept. **Objective:** To analyse the influence of breast cancer treatment on female sexuality for the development of therapeutic strategies that improve it. **Material and methods:** A systematic review was carried out in the PUBMED, EMBASE and CUIDEN databases during April and May 2024. Articles published from 2019 onwards, in English or Spanish, carried out in countries on the European and/or American continent in which women treated for breast cancer participated were included. **Results:** 16 articles were included in the review. Vaginal atrophy, decreased libido and lubrication and itching were some of the most reported side effects. Likewise, the scarcity of information provided by health professionals about the main effects on sexual health was observed and the importance of health education sessions was reported. However, no approved drugs with beneficial effects were found, except for the application of oxygen and hyaluronic acid intravaginally. **Conclusions:** The sexual health of women with breast cancer is based on knowledge of side effects, as well as advice from professionals to improve sexuality.

Keywords: breast cancer, treatments and sexuality.

ÍNDICE

1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS	5
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1. ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?	6
2.2. ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS ACTUALES?	7
2.2.1. RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA	7
2.2.2. QUIMIOTERAPIA Y TERAPIAS HORMONALES	9
2.3. LA SEXUALIDAD FEMENINA	10
2.4. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	14
3.1. OBJETIVO GENERAL	14
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. MATERIAL Y MÉTODOS	15
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	15
4.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN	15
4.3. VARIABLES DE LA REVISIÓN	15
4.4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	16
4.5. CALIDAD METODOLÓGICA	17
4.6. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA	18
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
5.1. EFECTOS DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER DE MAMA SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA	27
5.2. VÍAS DE ASESORAMIENTO Y ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA	29
5.3. TRATAMIENTOS SINTOMÁTICOS ACTUALES EN LA MEJORÍA DE LA CLÍNICA SEXUAL FEMENINA	31
5.4. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	33
6. CONCLUSIONES	34
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptores de búsqueda.....	16
Tabla 2. Estrategias de búsqueda.....	17
Tabla 3. Síntesis de resultados	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo.....	19
Figura 2. Diseño de los estudios.....	20
Figura 3. País de publicación de los artículos	20
Figura 4. Año de publicación de los estudios	21

1. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

CM: Cáncer de Mama

CMM: Cáncer de Mama Metastásico

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

OMS: Organización Mundial de la Salud

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?

El cáncer de mama es la neoplasia más prevalente en el sexo femenino en todo el mundo (1), siendo la principal causa de muerte por cáncer en dicho grupo poblacional (2). Así pues, en el año 2020, se diagnosticaron acerca de 2,3 millones de casos nuevos en mujeres y fallecieron 685 000 debido a esta patología (3). No obstante, en países desarrollados se ha observado un descenso significativo de la mortalidad debido al avance en los medios de detección precoz, lo cual también ha conllevado un aumento de casos (1,4).

Existen diversos factores de riesgo que propician al desarrollo de esta neoplasia, siendo el más destacable el sexo femenino (1–3,5), con una incidencia 100 veces mayor que en hombres (2). De la misma manera, la edad también es un factor muy significativo, aumentando así el número de casos a partir de los 50 años (5).

Por otro lado, el cáncer de mama puede clasificarse en diversos fenotipos, los cuales se relacionan con la expresión de receptores hormonales de estrógenos y progesterona, así como con la proteína HER2 (1):

- Luminal A: este tipo de cáncer tiene receptores positivos para estrógenos y progesterona. Además, se caracteriza por tener un grado histológico y un índice proliferativo habitualmente bajos, es de buen pronóstico y responde positivamente a la terapia hormonal (1,2).
- Luminal B: por su parte, este fenotipo puede dividirse, a su vez, en HER2 positivo o negativo. El primero, cuenta con receptores positivos de progesterona, estrógenos y HER2, además de ser de peor pronóstico que el luminal A; aunque responde bien a la inmunoterapia, así como a la terapia hormonal. En cuanto al HER2 negativo, tiene receptores positivos para estrógenos y progesterona, pero al ser HER2 negativo, el riesgo de proliferación celular es más alto. Sin embargo, responde bien a la hormonoterapia (1).
- HER2 +: este no cuenta con receptores positivos no para estrógenos ni para progesterona, pero sí para HER2. Tiene un pronóstico intermedio, con buena respuesta a la inmunoterapia, aunque no a la quimioterapia (1). Además, se caracteriza por grados histológicos e índices de proliferación elevados (2).
- Triple negativo: también conocido como basal, se determina por la ausencia de expresión para receptores de estrógenos, progesterona y HER2. Suelen originarse en pacientes jóvenes y con alteraciones en BRCA1. Además, son

considerablemente agresivos, puesto que, aunque responden bien a la quimioterapia, suelen recaer con facilidad (1,2).

Asimismo, a nivel histológico, el cáncer de mama puede dividirse en in situ o invasivo y en ductal o lobulillar (1). Los carcinomas in situ son aquellos cuyas células tumorales no sobrepasan la membrana basal, siendo el ductal el que aparece en el epitelio ductal mamario; y el lobulillar, el que tiene origen en el epitelio de los lóbulos y ductos terminales de la mama. Por su parte, los carcinomas invasivos cuentan con masas duras que invaden tejidos circundantes de forma desordenada (aunque en el lobulillar invasivo no tiene porqué darse dicha condición) (2).

En cuanto a la aparición de síntomas, estos suelen darse en fases avanzadas, ya que en estadios iniciales esta patología suele ser asintomática. Algunos de los posibles signos de aparición son (3):

- Nódulo o engrosamiento del seno, sin dolor.
- Cambio en el tamaño, forma o aspecto.
- Aparición de hoyuelos, enrojecimiento, grietas u otros cambios en la piel (aspecto de piel de naranja).
- Cambio en el aspecto del pezón o la piel circundante, así como secreción de líquido anómalo o sanguinolento por este.

2.2. ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS ACTUALES?

El tratamiento principal del cáncer de mama se basa en terapias locales, como son la cirugía y la radioterapia; y en terapias sistémicas, como es la quimioterapia, la terapia hormonal y las terapias dirigidas(1).

En estadios iniciales (del I al III), la intención del tratamiento es curativa, de forma que se disminuya el riesgo de recaídas y se aumente la supervivencia. De esta manera, existen diversos tratamientos (2).

2.2.1. RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA

A nivel loco regional, destaca la cirugía, la cual se realiza tanto de la mama como de la axila. Predominan dos tipos: la cirugía conservadora, que consiste en la extirpación única del tumor y a la cual le sucede tratamiento con radioterapia; y la mastectomía, que se basa en la eliminación de una o ambas mamas (mastectomía bilateral, la cual se realiza únicamente en pacientes con alto riesgo genético por presentar mutaciones en BRCA) (1,2). Con relación al manejo de la axila, se suele realizar una linfadenectomía axilar con localización del ganglio centinela, de manera que se reduzca el riesgo de

metástasis. No obstante, este tipo de cirugía conlleva consigo la consecuencia de desarrollar linfedema, el cual limita considerablemente la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (2).

La radioterapia en el cáncer de mama forma parte del tratamiento principal de dicha neoplasia. Existen diversos tipos, los cuales se determinan según el tipo de cirugía realizada. En caso de administrarse tras la realización de una cirugía conservadora, se ha evidenciado una reducción del riesgo de recaídas y un beneficio en la supervivencia a 15 años. En caso de emplearse tras una mastectomía, su importancia radica en la disminución de las recidivas locales y la supervivencia en aquellas pacientes con ganglios positivos (2). Principalmente, los dos tipos de radioterapia más comúnmente utilizados son la radioterapia externa y la braquiterapia (1).

Sin embargo, a pesar de ser una técnica tan empleada en la neoplasia mamaria y ser considerado uno de los cánceres con principal indicación de irradiación (6), lleva consigo diversas complicaciones que perjudican posteriormente la vida de estas pacientes. Los signos y síntomas derivados de la irradiación vienen condicionados por diversos factores, entre los que destaca el tamaño del tumor y la técnica empleada. Así pues, se incluyen en dicho grupo problemas a nivel cutáneo, fatiga, dificultades pulmonares, cardíacas y, en ocasiones, alteraciones de la deglución (6).

La principal consecuencia de la radioterapia en cáncer de mama es la radiodermatitis. Está considerada como la toxicidad aguda más habitual y con mayor grado de incomodidad. Suele aparecer en el surco submamario y en zonas axilares. Puede presentarse como un eritema grave-moderado, junto a prurito, descamación e hiperpigmentación. Asimismo, esta toxicidad puede cronificar, generando problemas como hiperpigmentación, telangiectasias, fibrosis subcutánea, edema y dolor local (6).

Por todo ello, se han intentado elaborar métodos de medición y valoración, aunque no con éxito debido a la subjetividad que conllevan. Así pues, se pone en cuestionamiento la necesidad de irradiar toda la mama, evaluando así otras técnicas de radioterapia aplicada sobre el lecho tumoral (radioterapia intraoperatoria o braquiterapia) (6).

Por su parte, la cirugía no está exenta de riesgos y complicaciones. Como se ha comentado con anterioridad, la mastectomía junto a la linfadenectomía tiene como principal consecuencia la aparición de linfedema (2). Este se define como una afección del sistema linfático que causa una hinchazón progresiva del lado afecto debido a una acumulación anormal de líquido linfático (7).

En el linfedema leve, los signos y síntomas suelen ser ligeros y temporales, siendo el principal abordaje terapéutico el drenaje linfático manual, los masajes, la utilización de prendas de compresión y la fisioterapia. Por su parte, el linfedema avanzado requiere de técnicas más complejas, entre las cuales se incluye la cirugía. Asimismo, esta complicación puede verse agravada por factores como la edad avanzada, la disección de los ganglios linfáticos interpectorales y un bajo nivel educativo (7).

Todas estas complicaciones derivadas de los tratamientos para el cáncer de mama repercuten en la calidad de vida de las pacientes, generando en ellas cambios no solo físicos (como una disminución de la movilidad y un aumento del riesgo de infecciones), sino también psicológicos y emocionales negativos, que generan una menor autoestima. En adición, también suponen, en ocasiones, cargas financieras adicionales (7), lo que dificulta aún más mantener una visión positiva de futuro y una adherencia al tratamiento de las complicaciones.

2.2.2. QUIMIOTERAPIA Y TERAPIAS HORMONALES

Por su parte, otras líneas de tratamiento, como son la quimioterapia y las terapias hormonales, también son de gran relevancia en el cáncer de mama.

La quimioterapia se divide en dos tipos: neoadyuvante (si es administrada previa a la cirugía) o adyuvante (si es después de la cirugía) (1). En el caso de la última, está indicada en tumores que sean triple negativo, tumores HER2 positivo (asociado a tratamiento anti-HER2) y en tumores luminales de alto riesgo (2).

Normalmente, los esquemas empleados en quimioterapia para el cáncer de mama son de 4 a 8 ciclos con antraciclinas (como puede ser la adriamicina o epirrubicina) y taxanos (como el docetaxel o paclitaxel) (1,2). No obstante, las antraciclinas son fármacos muy cardiotóxicos, por lo que en pacientes con patologías cardíacas asociadas se utilizan esquemas sin estas, en los cuales se pueden administrar ciclofosfamidias o carboplatinos (2).

Actualmente, los avances en medicina y las nuevas líneas de investigación han demostrado la utilidad del tratamiento hormonal en los tumores con receptores hormonales positivos, como es el caso de algunos tipos de cáncer de mama. De esta forma, la privación del estímulo estrogénico puede realizarse de dos maneras (4):

- Mediante la utilización de fármacos que se unen de forma específica a los receptores estrogénicos bloqueándolos, como pueden ser el tamoxifeno o toremifeno; o destruyéndolos, como es el caso del fulvestrant (4).

- Mediante la supresión de la síntesis de estrógeno, gracias a la administración de los inhibidores de la aromatasa en mujeres postmenopáusicas; o por supresión ovárica en el caso de la premenopáusicas (4).

Así, la hormonoterapia adyuvante ha demostrado una disminución del riesgo de recurrencia local en la mama contralateral y a distancia. Por ello, las terapias hormonales se inician, normalmente, tras la cirugía o quimioterapia hasta una duración aproximada de unos cinco años (2).

Como cualquier tratamiento, la hormonoterapia no está exenta de consecuencias. En el caso del tamoxifeno, existe un riesgo tromboembólico presente, además de generar (en ciertas ocasiones) cáncer de útero. Por su parte, los inhibidores de la aromatasa pueden causar osteoporosis y problemas musculoesqueléticos o empeorar los síntomas de la menopausia (2).

Cabe destacar una nueva línea terapéutica de gran impacto en el cáncer de mama HER2 positivo, que son las terapias dirigidas. Estas se emplean en casos en los que la quimioterapia no es del todo efectiva y cuyo tipo de neoplasia tiene receptores positivos para HER2 (1,2). Así, el empleo del trastuzumab o pertuzumab (en combinación o no con quimioterapia) ha demostrado reducir a la mitad el riesgo de recaídas y la mortalidad (2).

2.3. LA SEXUALIDAD FEMENINA

La sexualidad es un concepto más complejo de definir debido a la gran variabilidad de factores que influyen en ella, no solo a nivel físico, sino también psicológico. Así, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es resultado de la interacción entre diversos factores entre los que confluyen aspectos biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (8).

Por ello, resulta complejo mencionar otras definiciones de dicho concepto, pues es principalmente la cultura, las experiencias y las vivencias de cada persona las que confieren un significado u otro a la sexualidad. Sin embargo, un hecho que sí es posible concluir, es que la sexualidad no se reduce únicamente a la función biológica del organismo humano, es decir, la reproducción y procreación de la especie humana no tiene tanta relevancia como lo hacen el placer, el amor y la comunicación afectiva (8).

Así, la Salud Sexual, según la definición aceptada por la OMS, se describe como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. 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”(9). Los derechos sexuales fueron descritos el 26 de agosto de 1999 en el congreso de la Sociedad Mundial de Sexología, e incluye entre ellos el derecho a la atención clínica de la salud sexual: El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales (10).

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad sexual del cuerpo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la igualdad sexual (equidad sexual).
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables.
9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico, sin censura religiosa o política.
10. El derecho a la educación sexual general.
11. El derecho a la atención clínica de la salud sexual: El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

No obstante, los sentimientos de vergüenza y estigma en la sociedad actual siguen siendo relevantes. Por tanto, se pueden identificar diversos factores que influyen en la sexualidad de las personas y pueden llegar a condicionarla (11):

- Factores biológicos: como alteración hormonal o de neurotransmisores, enfermedades médicas, alteraciones psiquiátricas o toma de fármacos.
- Factores psicológicos: como el estrés situacional, los problemas de imagen corporal, la autoestima, la educación, las habilidades sexuales de cada individuo....

- Factores sociales: sobre todo la calidad emocional y erótica en la relación de pareja y el soporte familiar o social.

Por otra parte, cabe destacar que la forma en la que hombres y mujeres viven la sexualidad es totalmente diferente, pues para estas, la satisfacción sexual se asocia con la satisfacción en la relación, la felicidad general de la pareja y la calidad de vida en general y no tanto con el mero acto en sí mismo. En adición, para ellas, si consideran una vida sexual plena, esta dura toda la vida y no disminuye conforme la mujer envejece(12).

Así, según un estudio, las mujeres encuestadas definieron varios factores de importancia para ellas a la hora de definir la sexualidad y la satisfacción de la misma. Entre ellos se encuentran algunos como la intimidad física (sin actividad sexual), la longevidad de la relación, la moralidad de la sexualidad relacionada con aspectos religiosos, experiencias vividas con otras parejas diferentes a la actual y la comunicación en la pareja, tanto de temas sexuales como de distinto tema (12).

2.4. JUSTIFICACIÓN

En conclusión, el cáncer de mama es una neoplasia que conlleva diversos cambios para la salud de la mujer, no solo a nivel físico sino también psicológico. El tratamiento utilizado sigue unos protocolos y normas establecidas en base a la experiencia científica que incluyen cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, aunque no tiene por qué ser igual para todas las mujeres (13).

Por ello, realizar tanto el proceso quirúrgico, como los diversos cambios hormonales que suceden a dicho tratamiento, provoca alteraciones en aspectos concretos de la imagen corporal, sentimientos negativos hacia la desnudez y de disminución de la autoestima y atracción físicas (13).

Debido a este impacto psicológico en la mujer y lo que ello puede conllevar para su sexualidad y la satisfacción de la misma tanto consigo misma como con la pareja, se hace relevante la realización de este estudio, donde se investigue en profundidad cómo afecta a las mujeres el diagnóstico de neoplasia de mama en su sexualidad y cómo se puede realizar un abordaje íntegro de esta desde el punto de vista sanitario.

Por tanto, el propósito de este estudio es analizar si existen estrategias terapéuticas que influyen sobre los efectos en la sexualidad femenina que tienen los tratamientos contra el cáncer. Así pues, la pregunta de investigación siguiendo el formato PICO es:

¿Existen estrategias terapéuticas que influyen sobre los efectos que el tratamiento contra el cáncer de mama tiene sobre la sexualidad femenina?

P: mujeres con cáncer de mama

I: estrategias terapéuticas

C: implícita

O: influir sobre los efectos que el tratamiento contra el cáncer de mama tiene sobre la sexualidad femenina

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la influencia del tratamiento del cáncer de mama sobre la sexualidad femenina para el desarrollo de estrategias terapéuticas que la mejoren.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los efectos de los diversos tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia) contra el cáncer de mama sobre la sexualidad femenina.
2. Determinar las vías de asesoramiento y abordaje de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama.
3. Establecer los tratamientos sintomáticos actuales que intervienen en la mejoría de la clínica sexual femenina en pacientes con cáncer de mama.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño que se empleó para la realización de este estudio fue una revisión sistemática. Así pues, tras la exposición de la pregunta PICO desarrollada con anterioridad, se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica que tuvo lugar durante los meses de abril y mayo de 2024.

Para obtener artículos con el mayor nivel de evidencia posible, así como los más actualizados, la búsqueda se realizó en las bases de datos PUBMED, EMBASE y CUIDEN. De esta forma, se seleccionaron aquellos artículos más relevantes que cumplieran con las variables del estudio.

4.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Con el fin de encontrar la mayor evidencia posible ajustada a los objetivos marcados, se siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- Publicaciones realizadas a partir del 2019
- Artículos publicados en inglés o castellano
- Estudios realizados en países del continente europeo y/o americano
- Estudios en los que participan mujeres con cáncer de mama

Por su parte, los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta a la hora de realizar la selección de artículos fueron:

- Estudios cuyos niveles de calidad metodológica no cumplieran con los requisitos establecidos para cada tipo de estudio.
- Estudios que estuvieran en fase de desarrollo
- Estudios que estuvieran relacionados con cirugías de cambio de sexo

4.3. VARIABLES DE LA REVISIÓN

Las variables que se siguieron para la realización de este artículo fueron:

1. Efectos de los diversos tratamientos contra el cáncer de mama sobre la sexualidad femenina.
2. Vías de asesoramiento y abordaje de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama.
3. Tratamientos sintomáticos actuales en la mejoría de la clínica sexual femenina.

4.4. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para la estrategia de búsqueda se utilizaron principalmente aquellos Descriptores en Ciencias de la Salud [DeCS] (14) que mejor respondieran a las variables expuestas en las bases de datos que utilizaran como idioma principal de la misma el castellano. Por su parte, en aquellas bases de datos inglesas se utilizaron los Medical Subject Headings [MeSH] (15) que correspondieran con los DeCS empleados en el resto de las bases de datos. Así, los descriptores utilizados fueron:

Tabla 1. Descriptores de búsqueda

DESCRIPTOR DeCS	DESCRIPTOR MeSH	TÉRMINOS LIBRES
Neoplasias de la mama	Breast neoplasms	Breast cancer
Sexualidad	Sexuality	Treatment
Terapia	Therapy	Advice
		Cáncer de mama

Fuente: elaboración propia

En consecuencia, las principales cadenas de búsqueda que se realizaron para el hallazgo de los resultados fueron:

4. “Breast cancer” AND “Sexuality” AND “Treatment”
5. “Breast neoplasms” [MeSH] AND “Sexuality” [MeSH] AND “Therapy” [MeSH]
6. “Cáncer de mama” AND “Sexualidad”

Como se ha especificado con anterioridad, el operador booleano empleado fue “AND”, con el fin de encontrar la mayor evidencia científica que recogiera todos los artículos que contuvieran los términos detallados anteriormente. Las dos primeras cadenas de búsqueda fueron empleadas en las bases de datos de habla inglesa (PUBMED y EMBASE), mientras que la última se utilizó en la base de datos de habla hispana, CUIDEN. De esta manera, se recogieron los artículos necesarios para responder a las variables del estudio explicadas en el apartado anterior.

Con el fin de acotar más las búsquedas realizadas en las bases de datos, se aplicó a todas ellas el mismo filtro, el cual fue:

- Antigüedad de 5 años, es decir, desde el 2019 al 2024. Este filtro se relaciona directamente con uno de los criterios de inclusión expuestos.

Tabla 2. Estrategias de búsqueda

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FILTROS	R. OBTENIDOS	R. SELECCIONADOS
EMBASE	“breast cancer” AND “sexuality” AND “treatment”	5 años	149	11
	“breast cancer” AND “sexuality” AND “advice”		6	0
PUBMED	“breast neoplasms” [MeSH] AND “sexuality” [MeSH] AND “therapy” [MeSH]	5 años	13	1
	“breast cancer” AND “sexuality” AND “treatment”		68	3
CUIDEN	“cáncer de mama” AND “sexualidad”	5 años	3	1

Fuente: elaboración propia

4.5. CALIDAD METODOLÓGICA

Con el fin de obtener la mayor y más actualizada evidencia posible, se sometió a todos los artículos a una serie de escalas, de manera que se observara si cumplía con todos los requisitos necesarios para poder ser incluidos en la presente revisión.

Así, para las revisiones sistemáticas incluidas se emplearon las normas planteadas en el “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (PRISMA), donde la máxima puntuación alcanzable es de 27 puntos (16). En este caso, se consideró 22 como el punto de referencia.

Por otra parte, los estudios descriptivos transversales fueron juzgados mediante las recomendaciones del “Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology” (STROBE) (17), considerando el límite en 16 puntos sobre 22.

Finalmente, para el resto de los artículos, tanto cualitativos como experimentales, se siguió la guía planteada por el “Clinical Appraisal Skills Programme Español” (CASPe) (18), donde se plantea un máximo de 10 puntos para los estudios cualitativos y una puntuación de 11 para los estudios clínicos. Así, se consideraron como válidos los estudios cualitativos con una puntuación igual o superior a 6 y, para los

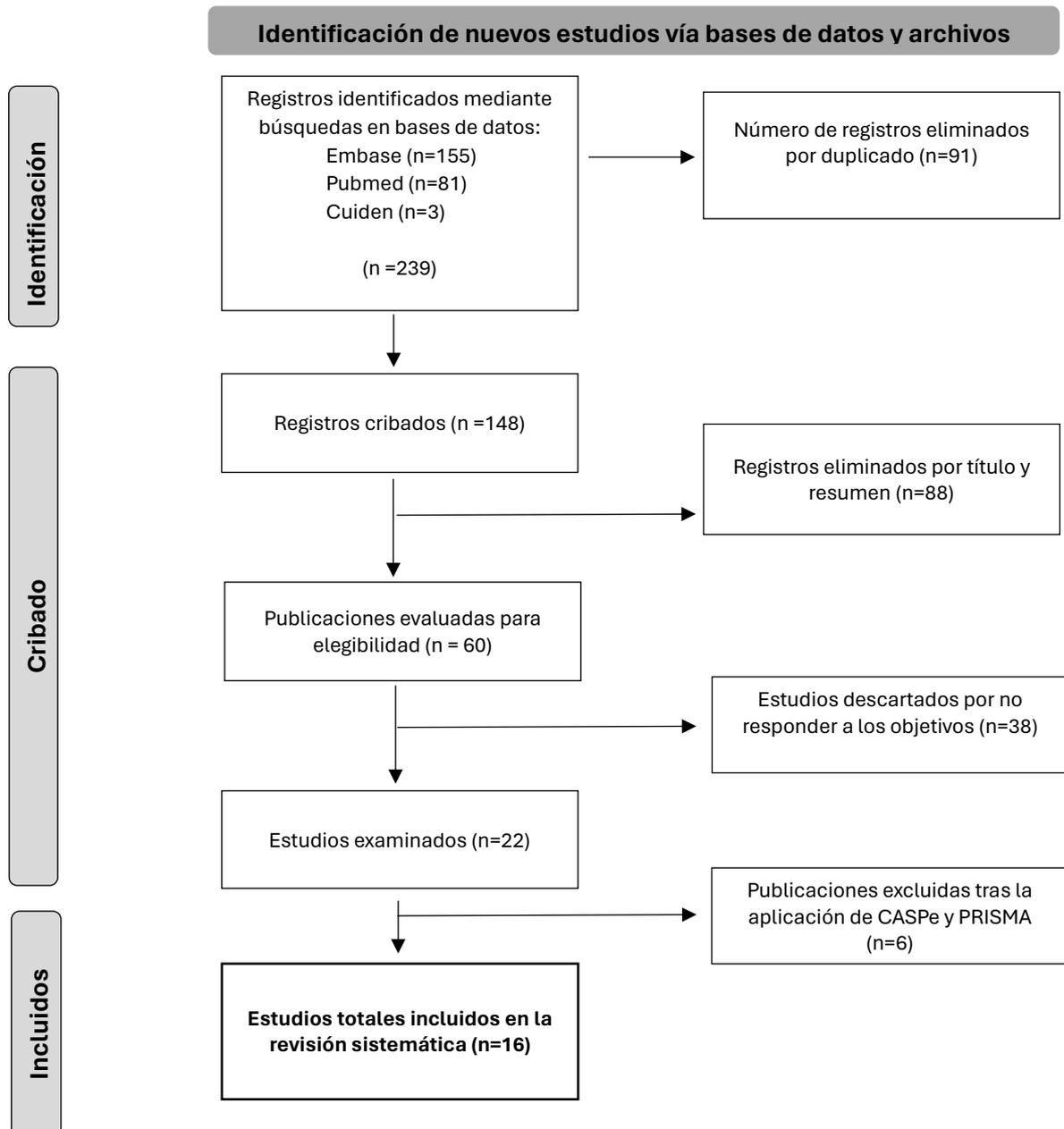
ensayos clínicos y estudios cuasiexperimentales, se determinó el 7 como el punto mínimo para ser incluidos.

4.6. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

El total de registros que se obtuvieron fueron 239 (figura 1), de los cuales 91 fueron descartados debido a la duplicidad de algunos de ellos en las diversas bases de datos empleadas para la búsqueda. Tras ello, se analizaron 148 estudios, de los cuales 88 se eliminaron tras la lectura del título y el resumen. Así, se evaluaron 60 publicaciones, de las que 38 fueron excluidas para no responder correctamente a los objetivos planteados. De los 22 artículos restantes, tras su lectura exhaustiva y la aplicación de CASPe, STROBE y PRISMA (16–18), se descartaron 6. Finalmente, se seleccionaron para la revisión 16 artículos.

De igual manera, se indicó para cada artículo seleccionado un nivel de evidencia y un grado de recomendación siguiendo las normas establecidas por The Joanna Bridges Institute (JBI) (19,20).

Figura 1. Diagrama de flujo



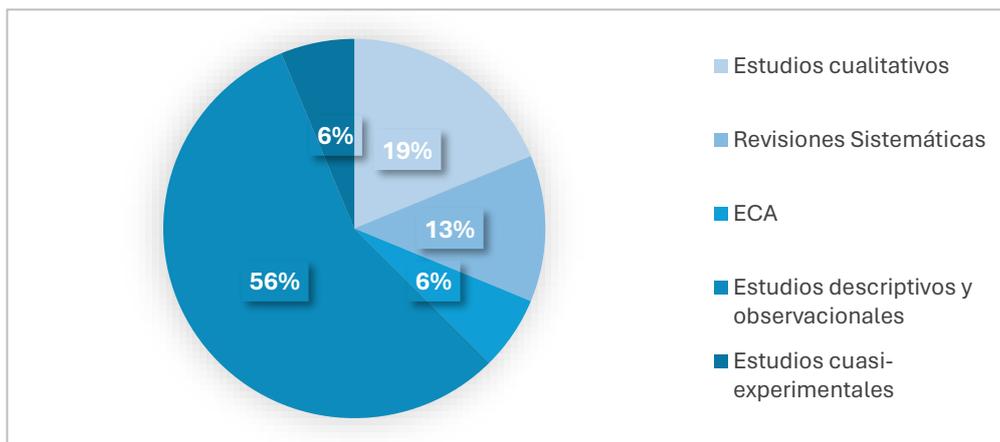
Fuente: elaboración propia a partir de Page et al. (16)

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la búsqueda bibliográfica y con el fin de dar respuesta a los objetivos, se seleccionaron 16 estudios para ser incluidos en la presente revisión.

El diseño de los artículos incluidos (figura 2) fue variable, incorporando estudios cualitativos, revisiones sistemáticas, estudios controlados aleatorizados, estudios descriptivos y observacionales y estudios cuasiexperimentales.

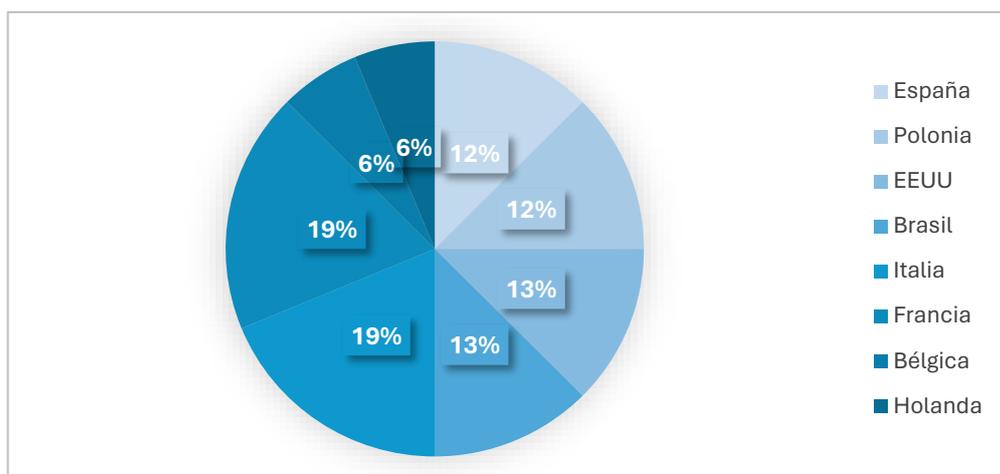
Figura 2. Diseño de los estudios



Fuente: elaboración propia

Por otra parte, el país de publicación de los artículos (figura 3) también fue diverso, encontrando artículos realizados en España, Polonia, Estados Unidos, Brasil, Italia, Francia, Bélgica y Holanda.

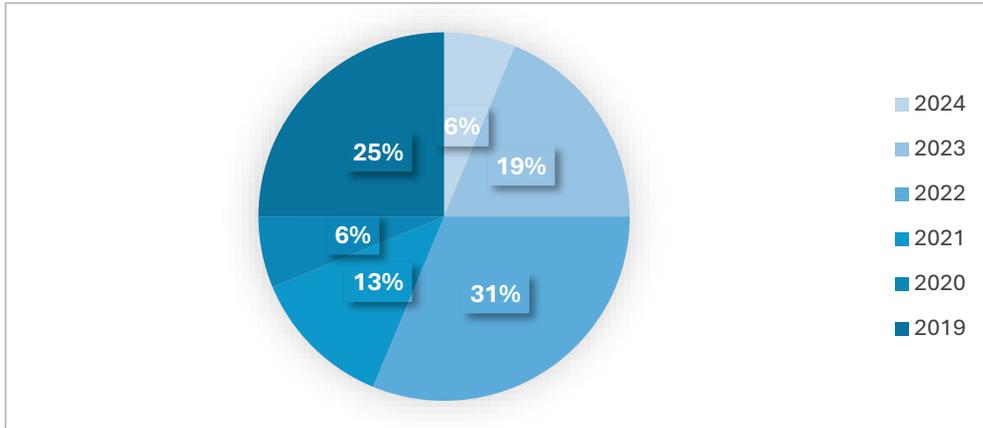
Figura 3. País de publicación de los artículos



Fuente: elaboración propia

De la misma manera, se apreciaron diferencia entre los años de publicación de los estudios seleccionados (figura 4), a pesar de que todos habían sido realizados en menos de 5 años.

Figura 4. Año de publicación de los estudios



Fuente: elaboración propia

Así pues, la selección de los diversos resultados queda recogida de la siguiente manera:

Tabla 3. Síntesis de resultados

AUTOR, AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	INTERVENCIÓN	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA	NE Y GR SEGÚN JBI
Almeida et al. (2019). Brasil	Estudio de casos sobre la aplicación de una intervención basada en el modelo PLISSIT. Muestra: 15 mujeres supervivientes de cáncer de mama.	Se realizaron 5 sesiones de asesoramiento sexual, utilizando el modelo PILSET para trabajar cuestiones sexuales, destacando las particularidades de la mujer tras sobrevivir al tratamiento contra el cáncer de mama.	El modelo PLISSIT permite a los enfermeros atender y tratar las disfunciones sexuales de forma sencilla y ayudar a las mujeres con cáncer de mama al afrontamiento de dichos efectos secundarios.	CASPe: 7/11	4d - B
Aptekar et al. (2021). Francia	Estudio observacional. Muestra: 106 pacientes mayores de 18 años que habían iniciado terapia hormonal al menos 6 meses.	Las pacientes realizaron 3 cuestionarios (EORTC SHQ-22, EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23) en el momento de la inclusión y a los 12 meses.	Se observó que al inicio del estudio la satisfacción sexual era relativamente baja debido a problemas como la fatiga, el dolor en las relaciones, la preocupación por la incontinencia y la sequedad. Así, se concluyó que la identificación de problemas sexuales debe ser evaluada por profesionales.	STROBE: 18/22	3e - B
Barton et al. (2021). Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado (ECA). Muestra: 230 mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama y que habían completado el tratamiento.	Se dividió a las mujeres en grupos que recibieron 150mg y 300mg de bupropión de liberación prolongada una vez al día en comparación con un placebo. Se midió el efecto al inicio y a las 9 semanas.	No se obtuvieron relaciones significativas en ninguno de los grupos a las 9 semanas de tratamiento. Por tanto, se concluyó que el bupropión no es más eficaz que el placebo para mejorar el deseo sexual.	CASPe: 9/11	1c - A

**NE: Nivel de Evidencia; GR: Grado de Recomendación*

Tabla 3. Síntesis de resultados (continuación)

AUTOR, AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	INTERVENCIÓN	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA	NE Y GR SEGÚN JBI
Blouet et al. (2019). Francia	Estudio descriptivo transversal. Muestra: 43 mujeres de 18 a 35 años.	Se les envió a las pacientes 4 cuestionarios: BISF-W, FSFI y otros dos creados sin estar todavía validados por la evidencia.	Se observó que las alteraciones sexuales no fueron estudiadas en el 91% de las pacientes, pero casi la mitad deseaban que lo hubieran hecho. Además, se estudió que puede haber más causas de la alteración sexual, como pueden ser problemas de pareja y/o intimidad. Se concluyó, que los profesionales sanitarios deberían abordar la sexualidad como parte indispensable del tratamiento.	STROBE: 19/22	4b - B
Bobrie, Jarlier, Mousson, Jacot y D'hondt. (2022). Francia	Estudio descriptivo. Muestra: 45 pacientes entre 18 y 51 años.	Las pacientes completaron 4 cuestionarios para evaluar la salud sexual y la calidad de vida.	La comunicación con los profesionales fue extremadamente baja, siendo un 73,3% las pacientes que no recordaban haber recibido ningún tipo de recomendación sobre su vida sexual y el 53.3% las que deseaban haberla tenido. Por ello, se sugirió la importancia de llevar a cabo propuestas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las pacientes.	STROBE: 20/22	4b - B
Castillo, Mension, Cebrecos, Anglès y Castelo-Branco. (2022). España.	Revisión sistemática de estudios experimentales. Muestra: 11 artículos.	Se realizó una búsqueda en las bases de datos Ovid Medline, Embase, Pubmed, Cochrane, CINHAL y Google Scholar durante diciembre de 2021.	Se observó que los diversos tratamientos contra el cáncer de mama afectaban sobre la salud sexual de las mujeres. Asimismo, se estudió que ciertos tratamientos como la aplicación de lubricantes locales, el uso de vibradores y la combinación de la fisioterapia junto a las terapias cognitivas, mejoraron los síntomas. Sin embargo, no se obtuvieron resultados significativos del uso de ciertos fármacos como la testosterona transdérmica o el bupropión.	PRISMA: 22/27	1b - A

Tabla 3. Síntesis de resultados (continuación)

AUTOR, AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	INTERVENCIÓN	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA	NE Y GR SEGÚN JBI
Den Ouden, Pelgrum-Keurhorst, Uitdehaag y De Vocht. (2019). Holanda	Estudio observacional. Muestra: 667 pacientes	Se realizó una encuesta durante diciembre de 2014 con 5 preguntas de opción múltiple y una pregunta abierta.	Las encuestadas afirmaron haber sufrido problemas de sexualidad tras el diagnóstico de cáncer de mama con efectos como la sequedad vaginal, pero la gran mayoría no había sido informada de estos posibles cambios y desearían haberla recibido. Por ello, se demostró la importancia y necesidad de incluir en las consultas la intimidad y la sexualidad por parte de los profesionales sanitarios.	STROBE: 19/22	3e - B
Kufel-Grabowska et al. (2022). Polonia	Estudio descriptivo transversal. Muestra: 287 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 20 y 64 años.	Se realizaron encuestas online disponibles entre octubre y diciembre de 2020.	La mitad de las encuestadas afirmaron dejar de ser sexualmente activas tras el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama debido a la aparición de síntomas como dolor, sequedad vaginal, disminución de la libido, miedo a las infecciones, alteración del orgasmo y vergüenza. Se concluyó la necesidad de implantar medidas preventivas para reducir el impacto de la terapia en la vida sexual de las pacientes.	STROBE: 17/22	4b - B
Massarotti et al. (2023). Italia	Estudio cuasi-experimental. Muestra: 40 mujeres con cáncer de mama.	Se evaluó la calidad sexual de las mujeres mediante un cuestionario y después se les suministró vaginalmente combinado con ácido hialurónico durante 15 minutos cada 2 semanas hasta un total de 5 veces.	Tras la administración del tratamiento, los parámetros de dolor en las relaciones sexuales y la salud vaginal mejoraron, manteniéndose estos beneficios incluso un mes después de la finalización del tratamiento. Así, se confirmó que la administración de oxígeno puro junto a una solución de ácido hialurónico cada 15 días mejora significativamente los síntomas genitourinarios y la sexualidad de las pacientes con este cáncer.	CASPe: 9/11	2c - A

Tabla 3. Síntesis de resultados (continuación)

AUTOR, AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	INTERVENCIÓN	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA	NE Y GR SEGÚN JBI
Nimbi et al. (2022). Italia	Estudio observacional. Muestra: 79 mujeres de entre 24 y 69 años sometidas a terapia hormonal adyuvante	Se realizó un cuestionario desde noviembre de 2019 hasta octubre de 2020 de unos 30 minutos.	Las mujeres encuestadas habían sido sometidas a diversos tipos de tratamientos para el cáncer de mama (quimioterapia, cirugía y radioterapia), además de la terapia hormonal. Muchas afirmaron no haber tenido actividad sexual en 6 meses por haber sufrido problemas como sequedad vaginal, disminución del deseo y el orgasmo y dolor. Así, se observó que los tratamientos afectan sobre la sexualidad y la calidad de vida de estas mujeres.	STROBE: 20/22	3c - B
Reese et al. (2022). Estados Unidos	Estudio cualitativo. Muestra: 12 mujeres mayores de 18 años con cáncer de mama metastásico.	Se realizaron 3 grupos focales donde se llevaron a cabo entrevistas de 90 minutos de forma virtual.	Se observó un aumento en la gravedad de los problemas sexuales debido a la alta carga de enfermedad como la sequedad severa, la pérdida de deseo, los sentimientos de culpa o presión y demás efectos de carácter emocional. Se concluyó que el diagnóstico de enfermedad terminal puede agravar el riesgo de sufrir consecuencias emocionales significativas.	CASPe: 9/10	3 - B
Reis et al. (2020). Brasil	Estudio cualitativo. Muestra: 13 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.	Se realizaron entrevistas individuales entre octubre de 2017 y agosto de 2019 de uno 28 minutos basándose en cómo era y cómo es la vida sexual de estas mujeres tras el diagnóstico de cáncer de mama.	Se observaron diversos hallazgos: la cirugía de mama afectó principalmente a la imagen corporal y la feminidad; y la quimioterapia y las terapias hormonales generaron una menopausia precoz que produjo diversos efectos como atrofia vaginal y anorgasmia, entre otros. Así, se concluyó que la práctica sexual se ve afectada tanto por la enfermedad como los tratamientos.	CASPe: 8/10	3 - B
Scotto, Pizzoli, Marzorati, Mazzocco y Pravettoni. (2024). Italia	Revisión sistemática de estudios cuantitativos y cualitativos. Muestra: 22 artículos.	Se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos EMBASE, Ovid y PUBMED hasta diciembre de 2022.	En todos los estudios se encontraron resultados significativos de disfunción sexual, como los relacionados con la satisfacción, el atractivo físico y la pérdida de feminidad. Así, se concluyó que la imagen corporal, el atractivo y la comunicación pueden ser fundamentales en el tratamiento de las disfunciones sexuales.	PRISMA: 24/27	1b - A

Tabla 3. Síntesis de resultados (continuación)

AUTOR, AÑO Y PAÍS	TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA	INTERVENCIÓN	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	CALIDAD METODOLÓGICA	NE Y GR SEGÚN JBI
Streb, Jablonski, Slowik, Badczyk y Jach. (2019). Polonia	Estudio de caso-control. Muestra: 42 mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía.	Se les pasó a las encuestadas dos cuestionarios relacionados con la función sexual femenina (PL-FSFI) y la calidad de vida en mujeres con cáncer (QLQ-C30) a los 3 meses tras la cirugía.	Se observaron diferencias significativas en las áreas del deseo, excitación, lubricación y orgasmo. Además, aquellas sometidas a una mastectomía reportaron puntuaciones menores a las sometidas a cirugía conservadora. Por ello, se concluyó que las mujeres operadas tienen un mayor riesgo de disfunción sexual, siendo las sometidas a una mastectomía las que tienen mayor riesgo en comparación con las expuestas a una cirugía conservadora.	CASPe: 9/11	3d - B
Torres-Balanzá, Fuentes-Aparicio, Mensa-del Horno, Martínez-Aspas y Sempere- Rubio. (2023). España	Estudio descriptivo transversal. Muestra: 130 mujeres supervivientes de cáncer de mama entre 30 y 62 años	Se realizó una encuesta online elaborada a partir de la guía CHERRIES. Los datos se recopilaron entre enero y marzo de 2021.	Se obtuvieron correlaciones significativas entre la terapia hormonal y la reducción del deseo sexual, además de ciertos síntomas como dolor a la penetración, ausencia de lubricación, escozor, tirantez y ardor. Debido a ello, se destacó la importancia en mejorar la conciencia sobre el impacto del tratamiento del cáncer de mama en la salud sexual.	STROBE: 19/22	4b - B
Vesentini et al. (2023). Bélgica	Estudio cualitativo. Muestra: 16 mujeres entre 18 y 45 años que ya no reciben tratamiento, salvo terapia hormonal.	Se realizaron entrevistas en línea de entre una y dos horas entre marzo y mayo de 2021.	Las mujeres afirmaron no tener información sexual al respecto y detallaron que les gustaría saber qué esperar físicamente y que las informaran sobre lubricantes y objetos sexuales. Por ello, se confirmó la importancia de la comunicación de los profesionales con las pacientes y sus parejas acerca de la vida sexual tras el cáncer de mama.	CASPe: 8/10	3 - B

Fuente: elaboración propia

Tras el análisis realizado con anterioridad, los resultados obtenidos para cada una de las variables expuestas se plantean a continuación.

5.1. EFFECTOS DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER DE MAMA SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA

Tras la aplicación de diversos tratamientos contra el cáncer de mama (como la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y las terapias hormonales), las mujeres experimentan una serie de cambios en su cuerpo que dificulta la actividad sexual.

En primer lugar, a nivel físico, las mujeres con cáncer de mama (CM) reportan una disminución del deseo sexual, así como dolor vaginal en el momento de la penetración, disminución de la lubricación, escozor y tirantez como efecto de los tratamientos recibidos (21–25). Así, en un estudio longitudinal, se observó que las mujeres tratadas con radioterapia padecían, tras el tratamiento, hinchazón, enrojecimiento y dolor en la región mamaria irradiada, además de un aumento considerable de la sequedad vaginal (26).

En adición, muchas de estas pacientes son tratadas con terapias hormonales, las cuales inducen la menopausia y agravan los síntomas de esta, principalmente la atrofia vaginal y la dispareunia (21,23,25). Cabe destacar que, aproximadamente el 80% de los cánceres de mama son hormonodependientes y requieren de una terapia hormonal a largo plazo. Dicho tratamiento, genera una menopausia y, al ser inducida de forma artificial, cursa abruptamente en un breve periodo de tiempo, lo que genera un aumento todavía mayor de los síntomas de prolapso y del deseo sexual (22).

En ocasiones, algunos de estos síntomas se vuelven extremos y generan en las pacientes mayor disfunción, siendo en algunos casos de mujeres con cáncer de mama metastásico (CMM) en las cuales la sequedad vaginal es tan severa, que el hecho de mantener relaciones sexuales puede causar infecciones parcialmente peligrosas, debido al desgarramiento que sufre el tejido vaginal durante la actividad (27).

Así, todas las disfunciones físicas que sufren las pacientes con CM no se intensifican de la misma manera en todas ellas, pues depende del tipo de tratamiento que hayan recibido. En este caso, las mujeres sometidas a terapias hormonales y quimioterapia sufren en mayor medida dichas deficiencias, en comparación con aquellas que han recibido otro tipo de tratamientos (23–25,28). Además, estas también generan otros síntomas somáticos como la fatiga o el insomnio, que repercuten también en el resto de los síntomas (23,28,29). También otros síntomas como las náuseas, la fiebre, el aumento de peso y el dolor de cabeza interfieren en la práctica sexual (23).

En segundo lugar, estas pacientes padecen diversos problemas a nivel psicológico. Muchas de ellas son sometidas a cirugías mamarias, donde la mastectomía suele ser uno de los principales procedimientos de elección. La cirugía mamaria afecta a la feminidad y la imagen corporal de las mujeres, especialmente si son jóvenes, generando en ellas sentimientos de vergüenza y de tener un cuerpo defectuoso, repercutiendo todo ello directamente sobre su imagen corporal (22,23,29). Muchas de ellas, afirman tener sentimientos de vergüenza, tristeza, ira o resignación al ver su cuerpo desnudo frente al espejo (22).

Además, algunas de estas pacientes, evitan mostrar la cicatriz quirúrgica durante el acto sexual, vistiendo ropas o apagando la luz en dichos momentos (23). Todo ello, se une a los diversos temores que surgen entre la pareja, generando que el 88% de las pacientes experimenten disminución de la satisfacción sexual como efecto negativo tanto del cáncer como de la terapia. Así, las alteraciones en la esfera sexual de las mujeres con CM se correlacionan significativamente con la reducción de diversos indicadores de calidad de vida (24,26,30). En adición, en el caso de las mujeres con CMM, el estrés de un diagnóstico limitante produce en ellas una angustia y estrés emocional mayor, lo que influye directamente sobre sus relaciones íntimas y de sexualidad que va más allá de los efectos secundarios físicos (27).

Muchos de estos problemas psicológicos se traducen en la somatización de trastornos como la depresión o la ansiedad con signos como sofocos, escalofríos dolores corporales, desmayos o mareos, que en muchas ocasiones se ven agravados por los efectos de las terapias hormonales (25).

Asimismo, estos efectos secundarios repercuten, no solo en aquellas pacientes casadas o con pareja, sino en aquellas que no lo están, pues dichos síntomas se traducen en una preocupación por no ser suficiente y no lograr una aceptación por parte de posibles parejas sexuales futuras (28,29).

Sin embargo, no solo las cirugías producen en la mujer cambios a nivel corporal y que repercuten en la imagen, sino también algunos derivados de los tratamientos, como son la pérdida de cabello, pestañas, cejas y cambios en la apariencia de las uñas, entre otros (22,23).

Por último, es importante mencionar que muchos de estos síntomas somáticos y psicológicos expresadas por las pacientes con CM, se agravan debido a la desinformación que reciben sobre ellos, pues son numerosas las ocasiones que reportan las pacientes en las que no han sido comunicadas de los efectos secundarios

del cáncer y los tratamientos y ello ha producido un aumento de los síntomas debido al desconocimiento futuro (23,28).

5.2. VÍAS DE ASESORAMIENTO Y ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Tras mencionar anteriormente la importancia de la comunicación de los posibles efectos secundarios que los tratamientos contra el CM pueden producir en las mujeres, se hace relevante destacar la relación que estas pacientes tienen con los sanitarios.

Las mujeres con CM sufren muchos problemas a nivel sexual, debido a la influencia hormonal del cáncer, así como de los efectos secundarios de la quimioterapia, las terapias hormonales y, en ocasiones, de la radioterapia. Todo ello supone un gran cambio en sus vidas que muy escasas veces es informado con antelación.

La gran mayoría de pacientes afirma no haber recibido ningún tipo de alerta sobre los posibles efectos y cambios notorios en sus cuerpos y en su vida sexual y, a la gran mayoría les gustaría recibir dicha información cuando se las diagnostica y se las informa de las alternativas de tratamiento (31–35). Muchas de ellas no saben qué esperar y, cuando se les presentan los síntomas, estos son mucho más influyentes a nivel tanto psicológico como sexual (31).

Asimismo, tampoco suelen recibir información de los diversos dispositivos y medios existentes para combatir los efectos secundarios sexuales. Muchas de ellas, comentan la necesidad de ser informadas acerca de lubricantes, humeantes, así como de juguetes sexuales que las ayuden a aumentar el deseo sexual y disminuir el dolor en las relaciones (31,34,36).

En adición, para muchas de ellas, estos problemas sexuales no solo se traducen en discomfort para su propia persona, sino también para sus parejas, las cuales también viven el proceso de la enfermedad y los síntomas sexuales como un problema propio. En diversas ocasiones, la disminución del deseo sexual de la mujer ha conllevado una disminución del deseo del marido y ha generado una alteración en la relación (34).

Así pues, las recomendaciones destinadas al tratamiento de los síntomas sexuales femeninos mediante consultas de sexología, tanto individuales como en pareja, las diversas opciones de cremas vaginales disponibles en el mercado, la fisioterapia de suelo pélvico, la psicoterapia online y las consultas de psiquiatría, son algunas de los consejos que las mujeres con CM argumentan que les gustaría recibir (31,32).

Cabe destacar que la comunicación no solo es relevante con los profesionales sanitarios para poder expresar y resolver dudas acerca de los tratamientos y la vida sexual, sino también con la propia pareja. Aquellas mujeres que han mantenido una mejor comunicación con sus allegados, intentando explicar lo que sienten y las herramientas que tienen a su alcance para poder combatir los síntomas del tratamiento contra el CM, han reportado una mayor satisfacción en sus relaciones sexuales y una vida en pareja menos conflictiva (33,34).

La actitud de los sanitarios adquiere relevancia debido a que, al mostrar una actitud más empática, abierta, respetuosa y en la que el tiempo de consulta depende de las necesidades de la paciente, estas se sienten mucho más cómodas para poder tratar los temas de sexualidad que les preocupan (34). Así pues, en un estudio donde se encuestó a las mujeres acerca de sus principales preocupaciones sexuales tras haber sido diagnosticadas de CM y haber recibido tratamiento, se observó que la mayoría de ellas prefería recibir la información de una enfermera, su médico de atención primaria o de un experto (33), de forma que se hace relevante la figura de todos los profesionales sanitarios para poder otorgar a las mujeres la información que necesitan y reclaman.

Este tipo de relaciones con el personal sanitario ayuda a las pacientes a crear vínculos y generar confianza para poder conversar abiertamente sobre los temas sexuales sin ningún tipo de pudor o vergüenza (35).

Por todo ello, se han llevado a cabo en la comunidad algunas intervenciones enfermeras que ponen de manifiesto la relevancia de una buena comunicación y de ofrecer información sobre aspectos sexuales a las sobrevivientes de CM. Así, en un estudio (37) se desarrolló un modelo de actuación basado en 5 sesiones dirigidas por una enfermera y una sexóloga, donde las mujeres con CM eran invitadas a realizar actividades de rol, a conversar y exponer sus dudas sobre la sexualidad y su cuerpo tras la cirugía mamaria y a argumentar sus sentimientos tras el proceso de diagnóstico y tratamiento de CM, entre otras. Tras dichas intervenciones, las mujeres afirmaron una mejoría a nivel psicológico y sexual tras haber compartido experiencias y haber resuelto todas sus dudas, así como haber encontrado solución a muchos de los problemas que acarreaban durante las relaciones sexuales.

De la misma manera, la figura de la enfermera adquiere relevancia, no solo a nivel asistencial, sino también de gestión y seguimiento de los tratamientos y procesos. Por ello, en un estudio se implementó una intervención de teleenfermería (38). Se llevaron a cabo tres sesiones de asesoramiento durante 6 semanas a un grupo de intervención. Las mujeres que participaron en el estudio estuvieron abiertas a recibir

información y asesoramiento tanto telefónico como telemático por cualquier medio que requiriera el uso de las nuevas tecnologías, puesto que ello les ayudaba a tener un seguimiento y monitorización de todo su proceso mayor y más controlado, en el cual podían expresar tanto sentimientos de angustia y depresión, como problemas derivados del tratamiento en el ámbito sexual, como disfunciones sexuales o disminución del deseo sexual (38).

Por otra parte, cabe mencionar que uno de los aspectos que también reclaman las mujeres con CM del cual les gustaría recibir información y que ello ayudaría a mejorar su autoestima e imagen corporal y, por ende, algunos de sus problemas sexuales, es la información sobre dónde encontrar pelucas, qué tipo de nutrición deben seguir para notar un aumento de su salud general, el uso de los sujetadores post-mastectomía, el alcance que tienen a pestañas y cejas postizas... (36). Por ello, radica la importancia de la comunicación con las pacientes, así como de la educación para la salud tras un proceso oncológico como es el CM, como se pudo observar en un estudio realizado en el que las mujeres que tuvieron acceso a este tipo de información reportaron haber mejorado y fortalecido su yo físico y su autoconcepto, así como la percepción de su sexualidad (36).

5.3. TRATAMIENTOS SINTOMÁTICOS ACTUALES EN LA MEJORÍA DE LA CLÍNICA SEXUAL FEMENINA

Una de las vías de asesoramiento que las mujeres con CM desean recibir son las diversas opciones que existen para manejar a nivel sintomáticos los síntomas sexuales tras el tratamiento contra el cáncer.

Así, algunas estrategias a nivel local que mejoran dichos signos como el dolor y la sequedad vaginal es el uso de estrógenos, siendo esta una opción aceptada por el 30-50% de las mujeres que solicitan un tratamiento para los síntomas sexuales bajo supervisión médica (39,40). En adición, también se han demostrado mejorías en la clínica sexual con el uso del ospemifeno en mujeres posmenopáusicas con síntomas severos de sequedad y atrofia vaginal, así como la aplicación de DHEA tanto por vía oral como por vía vaginal para disminuir los síntomas de atrofia y aumentar la satisfacción sexual sin elevar los niveles de estrógeno en aquellas mujeres con cánceres hormonodependientes (39). También algunos vibradores ayudan al manejo del dolor, la excitación, la lubricación y el orgasmo, todos ellos causados como consecuencia de los tratamientos de quimioterapia y terapias hormonales utilizadas contra el CM (40).

Por su parte, la aplicación de la fisioterapia de suelo pélvico, así como algunas estrategias de educación sexual unidas a la actividad física, han demostrado ciertas mejorías en el manejo de los síntomas sexuales (40). Asimismo, también se ha demostrado una mejor lubricación vaginal y un mejor efecto durante el coito con el uso de tampones con lidocaína al 4% a nivel vaginal minutos previos a la realización del acto sexual (39).

Debido al impacto que la clínica sexual tiene sobre la satisfacción de las mujeres en dicho ámbito, se han implementado diversos tratamientos farmacológicos para mejorar dichos síntomas.

Así pues, se realizó un estudio donde se administró intravaginal oxígeno natural junto con ácido hialurónico a un grupo de pacientes con CM que padecían atrofia vaginal grave debido a los tratamientos hormonales contra el cáncer a los que habían sido sometidas. Se les administró dicho preparado en intervalos de 15 días y tuvo como efecto una buena tolerancia y la ausencia de efectos secundarios. Todas estas mujeres presentaban muchos síntomas previos al tratamiento y no mantenían relaciones sexuales debido al dolor. Tras la aplicación del fármaco, un 85% de las mujeres mencionó una mejoría de los síntomas y un aumento de las relaciones sexuales, incluso varios días después a la administración de la última dosis (41).

No obstante, otro estudio intentó analizar la influencia del bupropión como fármaco contra la clínica sexual femenina. Se realizaron tres grupos a los cuales se les administraron 150mg de bupropión, 300mg y un análogo placebo respectivamente. Tras 9 semanas del tratamiento, se les realizó a las participantes un cuestionario sobre aspectos sexuales y de calidad de vida sexual. Tras ello, se concluyó que no había diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos, por lo que no se respalda el uso de dicho fármaco para combatir la clínica vaginal producida por los tratamientos contra el CM (42).

Además, tampoco se han demostrado estudios con resultados positivos para el uso de la testosterona transdérmica para mejorar los síntomas vaginales (40,42) u otros antidepressivos como la venlafaxina o la clonidina (40).

Por tanto, cabe destacar que un correcto manejo de los síntomas vaginales y la clínica sexual resultaría de la combinación de terapias tanto farmacológicas como psicológicas, de forma que las mujeres puedan expresar también los sentimientos de autoconcepto e imagen personal que refieren tras las cirugías y tratamientos contra el CM (40).

5.4. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La presente revisión muestra diversas limitaciones.

El idioma de los estudios seleccionados ha sido el castellano y el inglés, por lo que se han excluido todos aquellos artículos que no tenían una traducción a estos idiomas, lo que puede suponer que se hayan descartado publicaciones de gran interés para la revisión.

Además, algunos de los estudios analizados se han visto limitados por la escasez de muestra y la dudable validez externa de los mismos, puesto que son de carácter cualitativo o han adoptado medidas no aleatorias para la asignación de los participantes, lo que dificulta la extrapolación de los resultados.

Por otra parte, la revisión se ha visto limitada por la escasez de publicaciones en las cuales se realicen muestras experimentales de tratamientos farmacológicos. Además, tampoco se han puesto de manifiesto como los diversos objetos sexuales o lubricantes disponibles en el mercado y que han sido notificados por las mujeres con CM como satisfactorios para su clínica sexual, han mejorado dichos síntomas uno por uno, es decir, no se ha estudiado una relación directa entre el objeto y la mejoría de la clínica sexual. Muchos de los estudios respaldan la importancia de la utilización de estos, pero ninguno realiza un análisis exhaustivo de cada uno de ellos.

Cabría destacar que sería de gran interés futuro desarrollar y experimentar nuevos fármacos de uso concreto para los síntomas sexuales, puesto que, aunque algunos medicamentos no han resultado efectivos (como el bupropión) otras combinaciones (como el oxígeno y el ácido hialurónico vaginal) sí que lo han hecho, por lo que la implementación y desarrollo de nuevas estrategias farmacológicas que se unieran a los demás abordajes psicológicos sería de gran ayuda para mejorar la clínica de las mujeres con CM.

6. CONCLUSIONES

1. Los tratamientos de quimioterapia, radioterapia, terapias hormonales y cirugía tienen diversos efectos secundarios que repercuten en la salud sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Entre estos efectos se encuentran algunos como la atrofia vaginal, la disminución del deseo sexual y el orgasmo, dolor vaginal y dispareunia durante las relaciones sexuales, descenso de la lubricación vaginal, escozor y tirantez. Además, a nivel mamario presentan hinchazón, enrojecimiento y dolor de la mama irradiada. Todos ellos dificultan una vida sexual activa y satisfactoria.
2. La información que reciben las pacientes con cáncer de mama acerca de los diversos efectos secundarios a nivel sexual que pueden presentar tras someterse a los diferentes tratamientos contra el cáncer de mama es, en la mayoría de las ocasiones, escasa o nula por parte de los profesionales sanitarios. Una buena comunicación entre los facultativos y las pacientes mejoraría los problemas de imagen corporal y autoconcepto que presentan. Además, la implementación de diversas sesiones de educación para la salud sexual en mujeres tras el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama también ayuda a un mejor manejo de los síntomas descritos.
3. Las terapias farmacológicas dirigidas a disminuir los síntomas vaginales en mujeres tras el tratamiento contra el cáncer de mama son escasas y con insuficiente estadística significativa, por lo que resalta la importancia de un mayor estudio y experimentación de estos. Así, la combinación de lubricantes y demás objetos sexuales, unidos a algunos de los escasos tratamientos farmacológicos y las terapias psicológicas, mejoran exponencialmente los síntomas sexuales de las mujeres con cáncer de mama.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palmero J, Lassard J, Juárez LA, Medina CA. Cáncer de mama: una visión general. Acta méd. Grupo Ángeles. 2021;19(3):354–60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300354&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Álvarez J, Palacios P, Cebey V, Cortegoso A, López R. Cáncer de mama. Medicine. 2021;13(27):1506–17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.03.002>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
4. Gil JM. Factores de pronóstico en cáncer de mama después de hormonoterapia neoadyuvante [tesis doctoral]. España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2019. 200 p. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2020/hdl_10803_669736/jmqq1de1.pdf
5. Osorio N, Bello C, Vega L. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Intergr. 2020;36(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101607>
6. Li X. Irradiación parcial acelerada en cáncer de mama mediante radioterapia externa y radioterapia intraoperatoria [tesis doctoral]. España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2022. 164 p. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2022/hdl_10803_675890/xuli1de1.pdf
7. Liu X, Sun K, Yang H, Xia L, Lu K, Meng X et al. Risk factors for the development of severe breast cancer-related lymphedema: a retrospective cohort study. BMC Cancer. 2023;23. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12885-023-10814-5>
8. Luisi V. Sexualidad, género y educación sexual. Chile: Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. 2018;17. 97-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7862367>
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud y derechos sexuales en el curso de vida. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
10. World Association for Sexual Health (WAS). Derechos sexuales. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud->

- [publica/files/inline-files/Declaracion%20Univeral%20de%20los%20Derechos%20Sexuales%20-%20Hong%20Kong%201999.pdf](#)
11. Carrobles JA, Gámez M, Almendros C. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*. 2011;27(1). Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113441>
 12. Holt LL, Barry Y, Janssen E, Peterson ZD. Female Sexual Satisfaction and Sexual Identity. *J Sex Res*. 2020;58(2):1–11. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00224499.2020.1784827>
 13. Arroyo GC, Chávez AJ, Toledo JF, Zambrano SJ, Gutiérrez FW, Salazar MM. Complicaciones postoperatorias a las pacientes sometidas a una mastectomía. *RECIAMUC*. 2019;3(4):203–26. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/407/488>
 14. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Descriptores en Ciencias de la Salud.
 15. Medical Subject Headings (MeSH). Medical Subject Headings.
 16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(9):790–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
 17. Cartes-Velasquez R, Moraga J. Pautas de chequeo, parte III: STROBE y ARRIVE. *Rev Chil Cir*. 2016;68(5):394–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2015.12.003>
 18. Cano A, González T, Cabello JB. Plantilla ara ayudarte a entender un estudio cualitativo. Guías CASPe, 3-8. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4907309/10-preguntas-para-ayudarte-a-entender-un-estudio-cualitativo>
 19. The Joana Briggs Institute. New JBI Grades of Recommendation. 2013. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Grados-de-recomendacion-JBI.pdf>
 20. The Joana Briggs Institute. New JBI Levels of Evidence. 2013. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Niveles-de-evidencia-JBI.pdf>

21. Torres-Balanzá S, Fuentes-Aparicio L, Mena-del Horno S, Martínez-Aspas A, Sempere-Rubio N. Sexual Perception in Spanish Female Breast Cancer Survivors. Cross-Sectional Survey. *Clin Breast Cancer*. 2023;23(1):15–22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1526820922002336?via%3Dihub>
22. Kufel-Grabowska J, Lachowicz M, Bartoszkiewicz M, Ramlau R, Maliszewski D, Lukaszuk K. Sexual Health in breast cancer patients in Poland. *Nowotwory Journal of Oncology*. 2022;72(2):74–9. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/nowotwory_journal_of_oncology/article/view/85719
23. Alonso AP, Côrtes CV, de Oliveira T, Sipioli AC, Fendrich L, Panobianco MS. A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama. *Escola Anna Nery*. 2020;24(3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FDVFXw7tMcPLVqhgRmy98Sf/?format=html>
24. Streb J, Jacek M, Slowik A, Babczyk D, Jach R. Indications for sexology consultation in women after surgical treatment due to breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2019;26(2):329–84. Disponible en: <https://www.aaem.pl/Indications-for-sexology-consultation-in-women-after-surgical-treatment-due-to-breast,89733,0,2.html>
25. Nimbi FM, Magno S, Agostini L, Di Micco A, Maggiore C, De Cesaris BM, et al. Sexuality in breast cancer survivors: sexual experiences, emotions, and cognitions in a group of women under hormonal therapy. *Breast Cancer*. 2022;29(3):419–28. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12282-021-01320-2>
26. Jäkel K, Richter D, Leuteritz K, Sender A, Hinz A. Sexuality, fertility, family planning, family life, and partnership in young breast cancer patients: a longitudinal study. *Front Psychol*. 2023 May 12;14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10213958/>
27. Barsky J, Zimmaro LA, McIlhenny S, Sorice K, Porter LS, Zaleta AK, et al. Coping with changes to sex and intimacy after a diagnosis of metastatic breast cancer: results from a qualitative investigation with patients and partners. *Front Psychol*. 2022;13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9019080/>
28. Aptecar L, Fiteni F, Jarlier M, Delaine S, Guillerme V, Jacot W, et al. Prospective evaluation of sexual health in breast cancer women during the first year of

- adjuvant hormonal treatment using a cancer patient's dedicated questionnaire: A glaring gap of communication between health professionals and patients. *Breast Cancer Res Treat.* 2021;186(3):705–13. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-020-06062-x>
29. Made IA, Nuraini T, Afiyanti Y, Rudi R, Maria R. Psychological and sexual problems of cancer survivors. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia.* 2023;95(2). Disponible en: <https://doi.org/10.4081/aiua.2023.11473>
30. Scotto L, Pizzoli SFM, Marzorati C, Mazzocco K, Pravettoni G. The impact of prophylactic mastectomy on sexual well-being: a systematic review. *Sex Med Rev.* 2024;12(2):164–77. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qead054>
31. Bobrie A, Jarlier M, Moussion A, Jacot W, D'Hondt V. Sexual quality of life assessment in young women with breast cancer during adjuvant endocrine therapy and patient-reported supportive measures. *Supportive Care in Cancer.* 2022;30(4):3633–41. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-022-06810-3>
32. Blouet A, Zinger M, Capitain O, Landry S, Bourgeois H, Seegers VT, et al. Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. *Supportive Care in Cancer.* 2019;27(3):879–85. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-018-4374-z>
33. Den Ouden MEM, Pelgrum-Keurhorst MN, Uitdehaag MJ, De Vocht HM. Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer.* 2019;26(3):326–32. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12282-018-0927-8>
34. Vesentini L, Hoeylaerts L, Van Overmeire R, Vanhoeij M, Bauwens S, Bilsen J. Optimizing sexuality of young women with breast cancer: how can the breast clinic help? *Supportive Care Cancer.* 2023;31(10):613. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-023-08077-8>
35. Silva I, Carvalho AF, Moura RC, Rodrigues A, Velasco RJ. Telenursing in the sexual function of women with breast cancer: a study protocol. *Medicine.* 2022;101(47). Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2022/11250/telenursing_in_the_sexual_function_of_women_with.3.aspx

36. Erol F, Karayurt O. Effects of a Roy's adaptation model-guided support group intervention on sexual adjustment, body image, and perceived social support in women with breast cancer. *Cancer Nurs.* 2021;44(6). Disponible en: https://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/2021/11000/effects_of_a_roy_s_adaptation_model_guided_support.17.aspx
37. Gondim N, Fernandes D, Vieira J, Magalhaes TM, Fontenele RE, de Melo AV. PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *REBEn.* 2019;72(4):1109–13. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mCK3jqJVvcDCFBHMBByPzF5f/?lang=en>
38. Jonsdottir JI, Vilhjalmsón R, Svavarsdóttir EK. The benefit of a couple-based intervention among women in active cancer treatment on sexual concerns. A quasi-experimental study. *Cancer Nurs.* 2021;44(6). Disponible en: https://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/2021/11000/the_benefit_of_a_couple_based_intervention_among.37.aspx
39. Lachowicz M, Kufel-Grabowska J, Bartoszkiewicz M, Ramlau R, Łukaszuk K. Sexual well-being of breast cancer patients. *Nowotwory Journal of Oncology.* 2021;71(4):232–7. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/nowotwory_journal_of_oncology/article/view/75509
40. Castillo H, Mension E, Cebrecos I, Anglès S, Castelo-Branco C. Sexual Function in Breast Cancer Patients: A Review of the Literature. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2022;49(6):134. Disponible en: <https://www.imrpess.com/journal/CEOG/49/6/10.31083/j.ceog4906134>
41. Massarotti C, Asinaro G, Schiaffino MG, Ronzini C, Vacca I, Lambertini M, et al. Vaginal oxygen plus hyaluronic acid on genito-urinary symptoms of breast cancer survivors. *Climacteric.* 2023;26(2):129–34. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697137.2023.2167596>
42. Barton DL, Pugh SL, Ganz PA, Plaxe SC, Koontz BF, Carter J, et al. Randomized Controlled Phase II Evaluation of Two Dose Levels of Bupropion Versus Placebo for Sexual Desire in Female Cancer Survivors: NRG-CC004. *Journal of Clinical Oncology.* 2022;40(4):324–34. Disponible en: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.21.01473?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed