

Cecilia Michelle Romo-Aguirre^{1a}, María Fernanda Toro-Sashida^{1b}, Alejandro González-Ojeda^{2c}, Vianney Teresita Hernández-Ramírez^{3d}, José Pablo Gómez-Sierra^{3e}, Alejandro Rubén Villaseñor-Rodríguez^{3f}, Clotilde Fuentes-Orozco^{3g}

Resumen

Introducción: se sabe muy poco sobre la función sexual femenina en pacientes con antecedente de diagnóstico de cáncer de mama. Los tratamientos para el cáncer de mama pueden ocasionar daños estructurales y funcionales en diferentes niveles, afectando negativamente la calidad de vida y el bienestar emocional de las pacientes. Estas secuelas pueden manifestarse como dolor, disminución del deseo sexual y dificultades en la intimidad, asociadas a procedimientos como la mastectomía, lumpectomía, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal.

Objetivo: evaluar la función sexual femenina en pacientes en remisión de cáncer de mama

Material y métodos: estudio observacional y transversal realizado en pacientes con remisión de cáncer de mama que acuden a consulta al servicio de Medicina Física y Rehabilitación, durante el periodo de agosto a octubre 2024 a quienes se les realizó el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina.

Resultados: se incluyeron 129 pacientes. Se encontró un alto índice de disfunción sexual en 104 casos (80.6%), a pesar de tener parejas estables y/o estar casadas. Entre las pacientes sometidas a mastectomía radical sin reconstrucción, solo 14 (18.6%) presentaron una función sexual adecuada. En contraste, las pacientes que fueron sometidas a mastectomía con reconstrucción obtuvieron las puntuaciones más altas en el Índice de Función Sexual Femenina.

Conclusiones: la mayoría de las pacientes sometidas a mastectomía sin reconstrucción presentaron disfunción sexual. En cambio, aquellas que recibieron reconstrucción posterior a la mastectomía radical mostraron, en su totalidad, una función sexual adecuada.

Abstract

Background: Little is known about sexual function in patients with a previous breast cancer diagnosis. Treatments for breast cancer can cause structural and functional damage at different levels, affecting quality of life and emotional well-being of patients. This can produce pain, inhibition of sexual desire and difficulties in intimacy as a result of mastectomy, tumoral resection, radiation, chemotherapy and hormonal therapy.

Objective: To evaluate sexual function in females with breast cancer remission.

Material and methods: An observational, cross-sectional study was conducted in patients with breast cancer remission, attending consultation in the Oncology and Physical Medicine and Rehabilitation departments during the period from August to October 2024, who underwent the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire.

Results: 129 patients were included. A high rate of sexual dysfunction was found 104 (80.6%) despite having a stable partner or being married. An adequate level of sexual function was observed in 14 (18.6%) of patients treated with radical mastectomy without reconstruction, while the highest scores were found in patients who underwent mastectomy and reconstruction.

Conclusions: Most patients treated with mastectomy without reconstruction presented with sexual dysfunction. Patients treated with mastectomy and reconstruction exhibited adequate sexual function.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional de Occidente, Hospital de Especialidades "Lic. Ignacio García Téllez", Servicio de Medicina de Rehabilitación. Guadalajara, Jalisco, México

²Universidad de Colima, Facultad de Medicina. Colima, Colima, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional de Occidente, Hospital de Especialidades "Lic. Ignacio García Téllez", Unidad de Investigación Biomédica 02. Guadalajara, Jalisco, México

ORCID: 0009-0007-7876-726X^a, 0009-0001-4884-0952^b, 0000-0003-2935-8703^c, 0009-0004-7189-7705^d, 0009-0002-2173-396X^e, 0009-0000-9871-6506^f, 0000-0001-6230-8359^g

Palabras clave
Mastectomía Radical
Neoplasia de la Mama
Quimioterapia
Radiación
Disfunción Sexual


Keywords
Mastectomy, Radical
Breast Neoplasms
Drug Therapy
Radiation
Sexual Dysfunction


Fecha de recibido: 25/06/2025

Fecha de aceptado: 09/07/2025

Comunicación con:

Clotilde Fuentes Orozco

 clotilde.fuentes@gmail.com

 33 3115 4287

Cómo citar este artículo: Romo-Aguirre CM, Toro-Sashida MF, González-Ojeda A *et al.* Función sexual femenina en cáncer de mama remitido en tercer nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64 Supl 1:e6675. doi: 10.5281/zenodo.19099422

Introducción

El cáncer de mama se define como la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular, las cuales han incrementado notablemente su capacidad reproductiva. Estas células pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo o de los vasos linfáticos, llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y formar metástasis.¹

En el año 2020, fue el segundo tipo de cáncer más común en mujeres a nivel mundial, con 2.3 millones de casos, y representó la principal causa de muerte por cáncer en esta población. Se estima que para el año 2040 la cifra aumentará a más de tres millones de nuevos casos y un millón de muertes por año.²

El cáncer de mama es una enfermedad multifactorial en la que intervienen factores ambientales y genéticos que pueden desencadenar su aparición. Se han identificado mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2, responsables de entre el 5 y el 10% de los casos. Específicamente, las mujeres portadoras de mutaciones en el gen BRCA1 presentan un riesgo del 50 al 70% de desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida, mientras que el riesgo asociado con BRCA2 es del 45 al 60%.^{3,4}

Entre los factores de riesgo se distinguen los modificables, que están relacionados con el medio ambiente o los estilos de vida, tales como la alimentación, el consumo de tabaco y alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la obesidad.⁵ Por otro lado, los no modificables incluyen antecedentes familiares de cáncer de mama, edad, raza, menarquía temprana y antecedentes personales de enfermedades benignas mamarias.⁶

En cuanto al tratamiento, la cirugía mamaria es la primera línea de abordaje, al ser considerada una intervención local de carácter quirúrgico. Esta puede incluir diversas modalidades (como la cirugía conservadora, la mastectomía total con o sin reconstrucción inmediata y la cirugía oncoplastica), cuyo objetivo es extirpar el tumor, dejando un margen de seguridad para disminuir el riesgo de recurrencia.^{7,8} Asimismo, pueden emplearse terapias complementarias como la radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal o terapia biológica, según las características individuales de cada caso.^{9,10}

A pesar de que el cáncer de mama presenta un pronóstico más favorable en comparación con otros tipos de cáncer, muchas mujeres experimentan efectos adversos relacionados con el tratamiento, entre ellos: náuseas, pérdida de cabello, sofocos, alteraciones menstruales y sequedad vaginal. Esta última puede derivar en disfunción sexual, una de las secuelas más comunes.¹¹

La disfunción sexual puede originarse por alteraciones fisiológicas y psicológicas fundamentales para la sexualidad femenina. El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama constituyen eventos estresantes que pueden disminuir el deseo sexual o a una relación interpersonal limitada entre la paciente y su pareja. Un factor determinante es el tipo de tratamiento seleccionado; por ejemplo, la terapia endocrina con inhibidores de la aromatasa disminuye los niveles de estrógeno en sangre, lo que puede reducir la libido y causar sequedad e irritación vaginal.¹² Se ha reportado que más del 50% de las mujeres que reciben esta medicación experimentan dispareunia.¹³

Por otro lado, si bien la mastectomía radical solía ser el tratamiento de elección en pacientes con diagnóstico positivo, en la actualidad se prefiere optar por cirugías más conservadoras debido a su menor impacto en la salud sexual. Esto se debe, en parte, a que en muchas culturas las mamas son consideradas un componente esencial de la mujer, por lo que removerlas podría hacer sentir a la paciente poco atractiva o sexualmente no deseada.¹⁴

El propósito de este estudio fue evaluar la función sexual femenina en pacientes en remisión de cáncer de mama.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y analítico en pacientes en remisión de cáncer de mama atendidas en consulta externa de Oncología Médica y Medicina Física y Rehabilitación, con el propósito de brindar atención integral posterior a la cirugía y prevenir o tratar complicaciones funcionales tales como: restricción de movilidad del hombro, linfedema del brazo afectado y dolor postoperatorio. El estudio se realizó durante el periodo comprendido entre agosto y octubre de 2024.

Criterios de inclusión: mujeres mayores de 18 años, con remisión de cáncer de mama de al menos seis meses, vida sexual activa, capacidad intelectual para comprender el contenido de la encuesta y que otorgaron consentimiento informado para participar en el estudio.

Variables de estudio: edad, estado civil, estado menopáusico, presencia de comorbilidades, antecedentes de quimioterapia y/o radioterapia, tipo de cirugía, uso de terapia hormonal y función sexual femenina.

Se analizaron las asociaciones entre la función sexual y las siguientes variables: tipo de procedimiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia previa, tratamiento hormonal y estado civil, con el fin de identificar diferencias en los puntajes del índice de función sexual femenina y la presencia de disfunción.

Encuesta Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

El cuestionario IFSF evalúa seis dominios de la función sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). Cada dominio recibe una puntuación entre 0 y 5, que se multiplica por un factor específico para obtener el puntaje final. El rango total posible del cuestionario es de 5 a 45 puntos. Se considera la presencia de disfunción sexual cuando el puntaje total es inferior a 26 puntos.¹⁵

Análisis estadístico

Los datos fueron capturados y analizados en el programa IBM SPSS Statistics Processor, versión 20 para Windows. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y proporciones, y las cuantitativas mediante media y desviación estándar. Para el análisis inferencial se utilizaron las pruebas de Chi cuadrada, prueba exacta de Fisher y prueba *t* de Student, según correspondiera. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados con un valor de $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética, con el número de registro: R-2024-1301-185.

Resultados

Se analizaron 129 pacientes mujeres, con una edad media de 54.1 ± 9.8 años (rango: 29 a 77 años). El tiempo promedio desde el procedimiento quirúrgico fue de 4.3 años (rango: 1 a 24 años).

En relación con las comorbilidades, se reportó la siguiente distribución:

- Diabetes mellitus tipo 2: 32 pacientes (23.9%)
- Hipertensión arterial: 19 (14.2%)
- Obesidad: 12 (9%)
- Fibromialgia: 7 (5.2%)
- Hipotiroidismo: 13 (9.7%)
- Depresión: 101 (75%)

- Ansiedad: 98 (73.1%)

La puntuación media del IFSF en la cohorte fue de 16.2 ± 9.2 puntos. Se identificó disfunción sexual en 104 pacientes (80.6%), mientras que 25 (19.4%) no presentaron esta condición.

En cuanto al estado menopáusico, 33 pacientes (25.6%) no habían iniciado la menopausia y 96 (74.4%) ya se encontraban en esa etapa.

El cuadro I presenta los resultados obtenidos en los seis dominios evaluados, clasificados según el tipo de tratamiento quirúrgico. Se observaron puntajes más altos en los dominios de excitación, lubricación y orgasmo en el grupo de pacientes que fueron sometidas a mastectomía con reconstrucción, en comparación con otros tipos de tratamiento quirúrgico.

El cuadro II presenta la comparación de los puntajes obtenidos en cada dominio entre las pacientes que recibieron radioterapia y aquellas que no fueron sometidas a dicho tratamiento.

Los resultados de los puntajes obtenidos en cada dominio de la encuesta, estratificados según el antecedente de tratamiento con quimioterapia, se presentan en el cuadro III.

El cuadro IV presenta una descripción de los dominios relacionados con el uso de la terapia endocrina adyuvante en el tratamiento del cáncer de mama.

La disfunción sexual asociada con el tratamiento médico administrado se detalla en el cuadro V.

El cuadro VI presenta un análisis de los dominios de acuerdo con el estado civil de las pacientes.

Discusión

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más diagnosticado en mujeres en los países occidentales. Afrontar este diagnóstico representa una fuente significativa de estrés para las pacientes y sus familias.

La calidad de vida de una persona se ve sumamente influenciada por la salud sexual. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual constituye un aspecto esencial del bienestar general de las personas, las parejas y las familias, así como del desarrollo económico y social de las comunidades y los países.^{16,17}

Tanto la educación como la salud sexual deben considerarse pilares fundamentales en la atención integral de las

Cuadro I Resultados del IFSF en pacientes según el tratamiento quirúrgico

Grupo	n (%)	Deseo (Media/DE)	Excitación (Media/DE)	Lubricación	Orgasmo (Media/DE)	Satisfacción (Media/DE)	Dolor (Media/DE)	Puntaje total (Media/DE)
Mastectomía radical	116 (89.9%)	4.5/1.2	1.9/2.08	2.0/2.1	1.8/1.9	3.4/1.3	2/2.2	15.6/9
Resección tumoral	10 (7.8%)	4.2/1.5	2.3/1.9	2.9/2.1	2.36/1.7	3.9/1.7	3/2.8	18.7/9.1
Mastectomía y reconstrucción	3 (2.3%)	6/0	4.9/0.9	5.1/0.5	5.2/1	4.5/0.8	4.4/0.7	30.1/2
Valor de <i>p</i>		0.09	0.04	0.02	0.01	0.18	0.08	0.01

Cuadro II Resultados del puntaje IFSF según radioterapia previa

Grupo	n (%)	Deseo (Media/DE)	Excitación (Media/DE)	Lubricación (Media/DE)	Orgasmo (Media/DE)	Satisfacción (Media/DE)	Dolor (Media/DE)	Puntaje total (Media/DE)
Radioterapia	100 (77.5%)	4.4/1.3	1.9/2	2.1/2.1	1.9/1.9	3.4/1.4	2.2/2.2	15.9/0
Sin radioterapia	29 (22.5%)	4.7/1.3	2.3/2.2	2.3/2.2	2.2/2	3.5/1.3	2.3/2.2	17.2/9.7
Valor de <i>p</i>		0.34	0.39	0.64	0.54	0.67	0.84	0.50

Cuadro III Resultados del puntaje IFSF según quimioterapia previa

Grupo	n (%)	Deseo (Media/DE)	Excitación (Media/DE)	Lubricación (Media/DE)	Orgasmo (Media/DE)	Satisfacción (Media/DE)	Dolor (Media/DE)	Total (Media/DE)
Quimioterapia	110 (85.3%)	4.4/1.3	2.1/2	2.2/2.1	2/1.9	3.5/1.3	2.2/2.1	16.5/9
Sin quimioterapia	19 (14.7%)	4.9/0.7	1.5/2.1	1.6/2.1	1.5/2.1	3.1/1.5	1.8/2.4	14.5/10.3
Valor de <i>p</i>		0.07	0.24	0.21	0.30	0.24	0.43	0.37

Cuadro IV Resultados del puntaje IFSF según tratamiento hormonal

Grupo	n (%)	Deseo (Media/DE)	Excitación (Media/DE)	Lubricación (Media/DE)	Orgasmo (Media/DE)	Satisfacción (Media/DE)	Dolor (Media/DE)	Total (Media/DE)
Terapia endocrina adyuvante	75 (58.1%)	4.4/1.3	2.1/2	2.3/2.1	2.1/2	3.4/1.3	2.3/2.2	16.7/9.3
Sin terapia endocrina adyuvante	54 (41.9%)	4.6/1.3	1.9/2.1	1.9/2	1.7/1.8	3.4/1.4	2/2.2	15.6/9
Valor de <i>p</i>		0.27	0.61	0.27	0.25	0.99	0.39	0.50

Cuadro V Disfunción sexual de acuerdo a la escala IFSF en relación al tipo de manejo médico

Tratamiento	Disfunción sexual (n)	Sin disfunción sexual (n)	OR	IC 95%	Valor de <i>p</i>
Radioterapia	83	17	1.146	0.900-1.459	0.204
Quimioterapia	89	21	1.025	0.799-1.315	0.527
Terapia endocrina adyuvante	58	17	0.908	0.769-1.071	0.266

Cuadro VI Resultados del IFSF en pacientes según el estado civil

Grupo	n (%)	Deseo (Media/DE)	Excitación (Media/DE)	Lubricación (Media/DE)	Orgasmo (Media/DE)	Satisfacción (Media/DE)	Dolor (Media/DE)	Total (Media/DE)
Casada	77 (59.7%)	4.5/1.2	2.4/2.1	2.6/2	2.4/1.9	3.6/1.3	2.6/2.2	18.1/8.9
Soltera	20 (15.5%)	4/1.7	1.3/1.8	1.45/2	1.3/1.8	3.2/1.4	1.5/2.1	12.7/8.9
Unión libre	15 (11.6%)	4.8/1.2	2.8/1.9	3.1/1.9	2.9/2	3.9/1.5	3/2.1	20.6/8.9
Divorciada	5 (3.9%)	4.7/1.4	0	0	0	2.2/1.2	0	6.9/2.4
Viuda	12 (9.3%)	4.7/0.8	0.1/0.5	0.3/1	0.2/0.8	2.6/1.2	0.5/1.7	8.5/4.5
Valor de p		0.425	0.000	0.000	0.000	0.015	0.001	0.000

pacientes oncológicas. La sexualidad es, sin duda, un tema relevante para la salud física y emocional de las mujeres.¹⁶

Existen múltiples categorías de insatisfacción sexual que pueden experimentar las mujeres tras un diagnóstico de cáncer de mama. Entre ellas se incluyen los síntomas menopáusicos, la dispareunia, una imagen corporal negativa, disminución del deseo sexual, relaciones de pareja tensas y dificultades en la comunicación con la pareja.^{18,19}

Diversos factores pueden afectar la salud sexual de las sobrevivientes de cáncer de mama, como la edad avanzada, problemas sexuales preexistentes, una imagen corporal deteriorada y el tipo de tratamiento recibido.^{20,21}

Poco se ha estudiado sobre la función sexual femenina en pacientes con cáncer de mama en la población mexicana, la bibliografía consultada reporta una disfunción sexual de, aproximadamente, 73.4% en pacientes con este diagnóstico, por lo que estas mujeres son pacientes con alto riesgo de presentar algún tipo de disfunción sexual, se sabe que esto es resultado en su mayoría de los diversos tratamientos efectuados en estas pacientes, como la modificación de la imagen corporal, los tratamientos hormonales, efectos fisiológicos y/o psicológicos derivados de la radioterapia o quimioterapia.

Dentro de los efectos de esta disfunción en la calidad de vida, se encuentran el miedo a la pérdida de la fertilidad, el cambio negativo en la imagen corporal, baja autoestima que generan pensamientos negativos sobre el atractivo sexual y la pérdida de la femineidad, e incluso en la identidad sexual; estos efectos negativos pueden aparecer desde el día del diagnóstico y pueden durar hasta años después del tratamiento exitoso.²²

Existen distintas intervenciones que los médicos rehabilitadores pueden realizar como tratamiento de la disfunción sexual y las alteraciones de la imagen corporal; algunas de ellas son programas educativos a las pacientes y sus familias, para fomentar el conocimiento de la enfermedad, de las posibles secuelas de los tratamientos y sus efectos

en calidad de vida; se puede implementar un programa de ejercicios de Kegel para mejorar la funcionalidad pélvica, así como programas de ejercicio aeróbico y de fuerza para disminuir la fatiga, modificar las percepciones de las limitaciones físicas de las pacientes y también mejorar la condición física de las pacientes.^{23,24}

Las modificaciones en el estilo de vida también juegan un papel crucial en el manejo de las disfunciones sexuales. Estas incluyen una dieta saludable, pérdida de peso y actividad física regular, idealmente bajo la supervisión de profesionales de la salud como nutriólogos y entrenadores especializados.^{25,26}

El tratamiento con lubricantes vaginales no hormonales ha demostrado ser eficaz y seguro para tratar la sequedad vaginal, con efectos positivos sobre la función sexual femenina.²⁷ En particular, el ácido hialurónico ha mostrado beneficios en la reducción del dolor y el aumento de la lubricación durante las relaciones sexuales, con un buen perfil de seguridad y eventos adversos mínimos y transitorios.²⁸

Los resultados del presente estudio revelan una alta prevalencia de disfunción sexual (80.6%) entre las pacientes entrevistadas, aun cuando la mayoría se encontraba en relaciones estables o casadas. Este fenómeno se presentó con mayor frecuencia en mujeres que habían sido sometidas a mastectomía radical sin reconstrucción, situación que parece estar asociada con un proceso de duelo significativo ante la pérdida de un símbolo cultural y personal de feminidad. Solo el 19.4% de las pacientes reportaron una función sexual adecuada.

El índice más bajo de función sexual se observó en el grupo de pacientes sometidas a mastectomía radical, conformado por 116 casos (89.9%). En contraste, las mujeres que se sometieron a mastectomía con reconstrucción mamaria presentaron puntajes más altos y favorables en el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), aunque se trató de un grupo pequeño (2.3%). A pesar del tamaño limitado de esta submuestra, todas ellas mantuvieron una función sexual adecuada, lo que coincide con lo reportado en

estudios previos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de establecer intervenciones tempranas, específicas e interdisciplinarias, especialmente dirigidas a pacientes que se han sometido a mastectomía radical, dado que presentan mayor riesgo de disfunción sexual e incluso abandono completo de la actividad sexual.

Conclusiones

Nuestro estudio demuestra una alta prevalencia de disfunción sexual en mujeres en remisión de cáncer de mama.

El estado civil y el tipo de tratamiento quirúrgico son factores que influyen significativamente en su aparición. Por el contrario, variables como la radioterapia, quimioterapia o tratamiento hormonal no mostraron una asociación estadísticamente significativa.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo

Referencias

1. World Health Organization. Cáncer de mama. Published March 13, 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
2. MilkZoft. Consenso de cáncer mamario - México. Published 2023. Disponible en: <http://consensocancermamario.com/actualizacion.html>.
3. Vasallo-López C, Figueredo-Garlobo L, Blanco-Paredes G, López, et al. Evaluación del nivel de los conocimientos sobre el cáncer de mama en mujeres en edad fértil. *EsTuSalud*. 2021;3(3):e124. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/124/112>.
4. National Cancer Institute. (2024). BRCA Gene Changes: Cancer Risk and Genetic Testing Fact Sheet.
5. Osorio BN, Bello HC, Vega BL. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2020;36(2):1-13.
6. Obeagu EI, Obeagu GU. Breast cancer: A review of risk factors and diagnosis. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(3):e36905. doi: 10.1097/MD.00000000000036905.
7. Nanda A, Hu J, Hodgkinson S, et al. Oncoplastic breast-conserving surgery for women with primary breast cancer. *Cochrane Library*. 2021(10). doi: 10.1002/14651858.cd013658.pub2.
8. Hickey BE, Lehman M. Partial breast irradiation versus whole breast radiotherapy for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;8(8):CD007077. doi: 10.1002/14651858.CD007077.pub4.
9. Ben-Dror J, Shalamov M, Sonnenblick A. The history of early breast cancer treatment. *Genes (Basel)*. 2022;13(6):960. Published May 27, 2022. doi: 10.3390/genes13060960.
10. Tesch ME, Partridge AH. Treatment of breast cancer in young adults. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2022;42:1–12. doi: 10.1200/EDBK_360970.
11. Kerr AJ, Dodwell D, McGale P, et al. Cancer Treatment Reviews. 2022;105:102375.
12. Traves KP, Cokenakes SEH. Breast cancer treatment. *Am Fam Physician*. 2021;104(2):171-178.
13. Jehan M, Azam S, Taimuri MA, et al. Care for breast cancer survivors in Asian countries: A review of sexual dysfunction. *Womens Health (Lond)*. 2024;20:17455057241237687. doi: 10.1177/17455057241237687.
14. Luo F, Link M, Grabenhorst C, et al. Low sexual desire in breast cancer survivors and patients: A review. *Sex Med Rev*. 2022;10(3):367-375. doi: 10.1016/j.sxmr.2022.02.001.
15. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P, et al. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2):118-125. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200006. doi:10.4067/S0717-75262004000200006.
16. World Health Organization. Sexual health. Accessed December 5, 2024. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1.
17. Bober SL, Falk SJ. Female sexual health and cancer. *Clin Obstet Gynecol*. 2025;68(1):51–59. doi:10.1097/GRF.0000000000000918.
18. Hernández-Blanquisset A, Quintero-Carreño V, Álvarez-Londoño A, et al. Sexual dysfunction as a challenge in treated breast cancer: In-depth analysis and risk assessment to improve individual outcomes. *Front Oncol*. 2022;12:955057. doi: 10.3389/fonc.2022.955057.
19. Smith T, Kingsberg SA, Faubion S. Sexual dysfunction in female cancer survivors: Addressing the problems and the remedies. *Maturitas*. 2022;165:52–57. doi: 10.1016/j.maturitas.2022.07.010.
20. Marsh S, Borges VF, Coons HL, et al. Sexual health after a breast cancer diagnosis in young women: Clinical implications for patients and providers. *Breast Cancer Res Treat*. 2020;184(3):655-663. doi: 10.1007/s10549-020-05880-3.
21. Penberthy JK, Stewart AL, Centeno CF, et al. Psychological aspects of breast cancer. *Psychiatr Clin North Am*. 2023;46(3):551–570. doi: 10.1016/j.psc.2023.04.010.
22. Vale F, Rezende C, Raciclan A, Bretas T, Geber S. Efficacy and safety of a non-hormonal intravaginal moisturizer for the treatment of vaginal dryness in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019; 234:92-95. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.12.040
23. Sánchez-Prieto M, Pingarrón C, Bergamaschi L, et al. Prospective, multicenter, uncontrolled study on the effectiveness and safety of a hyaluronic acid water-based vaginal lubricant in alleviating vaginal dryness and dyspareunia. *Gynecol Endocrinol*. 2024;40(1):2317268. doi: 10.1080/09513590.2024.2317268
24. Vegunta S, Kuhle CL, Vencill JA, et al. Sexual health after a breast cancer diagnosis: Addressing a forgotten aspect of survivorship. *J Clin Med*. 2022;11(22):6723. Published November 14, 2022. doi: 10.3390/jcm11226723.
25. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, et al. Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Curr*

- Oncol Rep. 2021;23(3):38. doi: 10.1007/s11912-021-01049-3.
26. Jorge CH, Bø K, Chiazuto Catai C, et al. Pelvic floor muscle training as treatment for female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2024; 231(1):51–66.e1. doi: 10.1016/j.ajog.2024.01.001.
 27. Cucciniello L, Miglietta F, Guarneri V, et al. Managing sexual health challenges in breast cancer survivors: A comprehensive review. *Breast.* 2024;76:103754. doi: 10.1016/j.breast.2024.103754.
 28. Puklin LS, Harrigan M, Cartmel B, Sanft T, et al. Randomized trial evaluating a self-guided lifestyle intervention on changes in body weight, diet, physical activity, and quality of life among breast cancer survivors. *Cancers.* 2023;15(19):4719. doi: 10.3390/cancers15194719.