

Tratamientos psicológicos para mejorar la vida sexual en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico: revisión sistemática

Karla Maricela Figueroa Espinoza^{1,*}

Recibido: 24 de julio de 2020 / Aceptado: 31 de agosto de 2020

Resumen: Objetivo: explorar qué tratamientos psicológicos pueden ayudar a las mujeres supervivientes de cáncer ginecológico a mejorar su vida sexual y relaciones íntimas. Método: se buscó en bases de datos PubMed, Scopus, PsycInfo y MedLine, investigaciones entre los años 2005 a 2020, enfocados en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico e intervenciones dirigidas por un profesional de salud mental sobre la mejoría de la sexualidad y relaciones íntimas de dicha población. Resultados: se obtuvieron 10 artículos (diseño mixto, ensayos controlados aleatorios y estudio de caso) que aplican intervención psicológica enfocada en la mejoría de la sexualidad y relaciones íntimas a mujeres supervivientes de cáncer ginecológico. Conclusiones: La intervención psicoeducativa demostró ser la intervención más utilizada para la mejoría de función sexual y disminución de preocupaciones y malestar sexual en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico.

Palabras Clave: Cáncer ginecológico, sexualidad, intervención psicológica.

[en] Psychological treatments to improve sex life in gynecological cancer survivors: Systematic review

Abstract: Objective: explore what psychological treatments can help gynecological cancer survivors to improve their sexual lives and intimate relationships. Method: I searched the databases PubMed, Scopus, PsycInfo and MedLine, research between 2005 and 2020, focused on women survivors of gynecological cancer and treatments led by a mental health professional on the improvement of sexuality and intimate relationships in this population. Results: 10 articles were obtained (mixed design, randomized controlled trials and case studie) that involved psychological interventions focused on the improvement of sexuality and intimate relationships with women survivors of gynecological cancer. Conclusions: the psychoeducational intervention proved to be the most controlled intervention for the improvement of sexual function and reduction of sexual distress in women survivors of gynecological cancer.

Keywords: Gynecological cancer, sexuality, psychological intervention.

Sumario: 1. Introducción 2. Metodología 2.1. Protocolo, fuentes de información, criterios de elegibilidad y exclusión 2.2. Extracción de datos y valoración de calidad de los estudios 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusión 6. Referencias bibliográficas.

1 Karla M. Figueroa Espinoza. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

E-mail: karlamfi@ucm.es

* Dirección de Correspondencia: Karla M. Figueroa Espinoza. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Buzón 34. -28223-Madrid. E-mail: karlamfi@ucm.es

Cómo citar: Figuroa Espinoza, KM. Tratamientos psicológicos para mejorar la vida sexual en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico: revisión sistemática. *Psicooncología* 2020; 17: 293-309. doi: 10.5209/psic.71361

1. Introducción

El cáncer ginecológico hace referencia a la presencia de tumor maligno en órganos reproductivos de la mujer, desarrollando así diferentes tipos de cáncer como: cáncer de cuello uterino, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, cáncer de vagina y cáncer de vulva. A pesar de que estos tipos de cáncer se presenten en la zona pélvica, se producen por distintos factores de riesgo y diferentes síntomas⁽¹⁾.

El cáncer de cuello uterino se presenta en mujeres en edad media de 50 años de edad y el 10% en mujeres arriba de 75 años. Este tipo de cáncer representa alrededor de 500 mil casos por año. Para el cáncer cervical, el virus del papiloma humano es una de las principales causas de riesgo. En mujeres jóvenes de 25 años, esta infección se suele presentar entre un 20 y 60%⁽²⁾.

El cáncer ginecológico constituye un 18% de los cánceres femeninos en el mundo. Dicha población se ha visto afectada en gran medida en su calidad de vida en distintos aspectos, uno de ellos contemplado como un aspecto importante es la sexualidad. Alrededor del 50% de los casos de este tipo de cáncer presenta dificultades sexuales. Suele haber un gran impacto emocional (miedo y tristeza) y físico (imagen corporal alterada y falta de placer)^(3,4). Se ha descrito a la sexualidad a partir de tres dimensiones, en relación a las relaciones sexuales, el auto concepto dentro de la sexualidad y la función sexual de la persona. Cleary y Hegarty informan que al trastornarse alguna dimensión, es inevitable encontrar una alteración general de la sexualidad de la persona, así una mujer con ideas negativas sobre sí misma, puede presentar un deterioro de su función sexual⁽⁵⁾.

Chow et al.⁽⁶⁾ señalan que según el *National Cancer Institute* (2012) alrededor del 50% de las mujeres supervivientes de cáncer ginecológico presentan graves problemas en su función sexual incluso muchos años después de los tratamientos. Brotto et al.⁽⁷⁾ ha informado que las principales preocupaciones en torno a las relaciones sexuales en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico son: dificultad para llegar al orgasmo, falta de lubricación, disminución del deseo e interés sexual, que afecta a entre un 10 y 51% de los casos, así mismo, la excitación sexual puede afectar hasta a un 75%. Estas preocupaciones sexuales se estiman en un 43% en esta población.

Las supervivientes de cáncer ginecológico presentan diversas secuelas prolongadas como fatiga, dolor, menopausia precipitada, deficiente funcionamiento físico e identifican la sexualidad como principal problema dentro de su calidad de vida después de tratamientos^(3,8). La función sexual se ve afectada dependiendo también del tipo de tratamiento correspondiente. La histerectomía es uno de los tratamientos que más efectos negativos conlleva sobre la vida sexual de las supervivientes, ya que daña los nervios correspondientes del área pélvica e implica una reducción de área superior vaginal. Así mismo, la radioterapia y cirugía como tratamientos combinados generan más dificultad en cuanto a relaciones sexuales por el dolor, así como falta de satisfacción y placer.

Por otro lado, la quimioterapia, además de los efectos directos, tales como cansancio, suele producir modificaciones en autoestima de las mujeres debido a los cambios producidos en el aspecto físico⁽⁹⁾. Por tanto, las dificultades sexuales se pueden presentar en cada una de las fases de respuesta sexual, el deseo, la excitación, y el orgasmo⁽⁴⁾.

La problemática sexual en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico se ha visto también afectada en ocasiones en su relación marital. En un estudio transversal, se evaluó a la función sexual y su impacto dentro en la relación marital a 320 mujeres con cáncer ginecológico antes del diagnóstico y después de los tratamientos mediante encuestas como *Female Sexual Function Index* (FSFI) e *Intimate Bond Measure* (IBM). Se encontró que las mujeres más jóvenes, con cáncer de ovario o cervical, con tratamiento de quimioterapia y con pareja presentaron mayor disfunción sexual, y un 27% presentaron disfunciones maritales⁽¹⁰⁾.

Sekse et al.⁽¹¹⁾ realizaron un estudio a través de entrevistas a mujeres supervivientes de cáncer ginecológico, con el fin de investigar los problemas principales de su vida sexual tras haber pasado 5 años de los tratamientos. Encontraron que la vida sexual de las supervivientes se veía afectada principalmente por dolor, incomodidad, sequedad vaginal, falta de deseo sexual y dificultad para relacionarse con su pareja. Se encontró la necesidad de seguimiento profesional sobre las dificultades y consecuencias a largo plazo en su sexualidad.

La psicoeducación es importante para las mujeres con cáncer ginecológico para adquirir información adecuada respecto a las dificultades sexuales que pueden presentar. Cleary et al.⁽¹²⁾ han encontrado que los problemas sexuales en estas mujeres aumentan si no se ofrece una intervención informativa adecuada al respecto. Dichos autores han encontrado que mujeres supervivientes de cáncer ginecológico requieren información sobre su sexualidad, sobre cómo manejar las complicaciones, comunicarse con su pareja y cómo poder llegar a disfrutar su vida sexual después de los tratamientos.

Debido a que la sexualidad es un gran problema presente en la calidad de vida de las mujeres después de recibir los tratamientos oncológicos correspondientes, el objetivo del presente estudio es valorar la eficacia de las intervenciones psicológicas que se han aplicado a las mujeres con cáncer ginecológico para mejorar su función sexual, la satisfacción y la disminución del malestar sexual.

2. Metodología

2.1. Protocolo, fuentes de información, criterios de elegibilidad y exclusión

Para la revisión sistemática de este trabajo se utilizó como base un documento de fundamentos y elaboración de declaración PRISMA⁽¹³⁾. Para la búsqueda de artículos, los descriptores utilizados fueron “gynecological cancer” AND “sexuality” AND “psychological intervention”, éstas en inglés debido a las bases de datos utilizadas: Scopus, PubMed, PsycInfo y MedLine. Para la selección de los artículos se tomaron en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad:

- Muestra de mujeres que hayan pasado por algún tipo de cáncer ginecológico.
- Intervenciones enfocadas en la mejoría de la sexualidad y relaciones íntimas dirigidas por profesional de salud mental.
- Artículos relacionados de los últimos 15 años del 2005 al 2020.

Así mismo, los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta son los siguientes:

- Documentos no relacionados con la aplicación de una intervención psicológica.
- Muestra de mujeres con diagnóstico reciente.
- Estudios no dirigidos únicamente a mujeres con cáncer ginecológico.

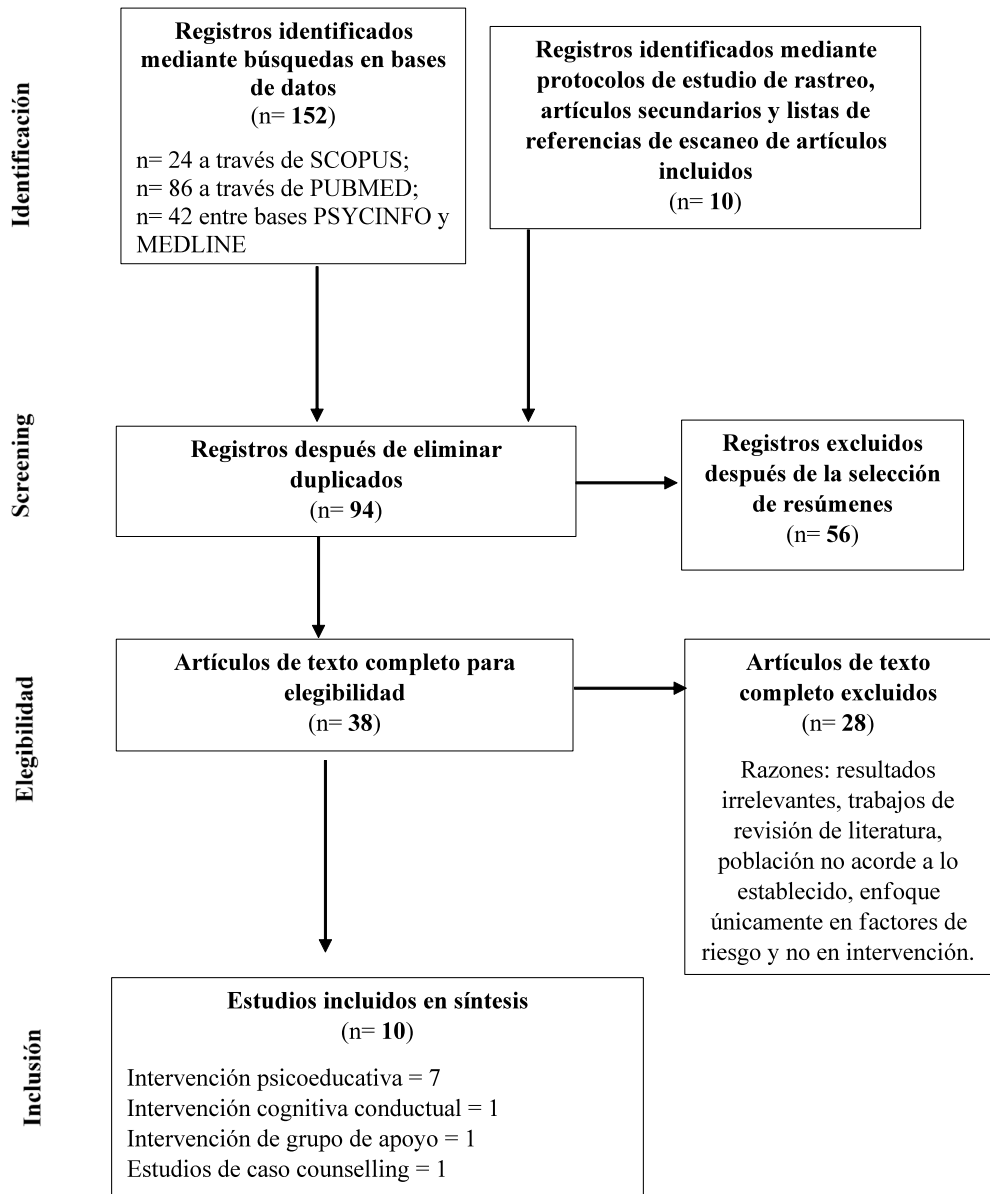
2.2. Extracción de datos y valoración de calidad de los estudios

Los diez estudios seleccionados fueron de diseño mixto (cuantitativo y cualitativo), de los cuales seis de ellos cuentan con un grupo control, tres de los estudios con un solo grupo de intervención y un estudio de caso único como complemento para esta revisión. Seis estudios cuentan con una pre y post evaluación de tratamientos, así como un seguimiento de resultados, y cuatro de los estudios no cuentan con una valoración de seguimiento alguno. Para la extracción de datos se llevó a cabo un registro (Tabla 1) donde se identificó para cada estudio los autores, participantes, diseño e intervención, variables e instrumentos y resultados obtenidos. Para evaluar la calidad de los artículos seleccionados se utilizó la Escala de validación de Jadad (1996), la cual considera posibles sesgos presentes en los estudios evaluando así asignación y doble ciego (Tabla 2)⁽¹⁴⁾. Se puede inferir que los artículos son válidos por sus resultados, a pesar de que su calidad a través de la escala demostró ser deficiente respecto al ítem doble ciego. Esto debido a que se trata de intervenciones directas donde tanto profesionales como participantes conocían a qué tipo de intervención se incorporaría.

3. Resultados

Se obtuvieron 152 resultados, 24 en Scopus, 86 en PubMed y 42 entre las bases de datos de PsycInfo y MedLine. De esos 152, se redujeron a 94 resultados al eliminar los artículos duplicados, de los cuales 56 fueron excluidos por la revisión de resúmenes. De los 38 artículos restantes, se excluyeron 28 debido a que no cumplían con los criterios de elegibilidad correspondientes. Al final, se eligieron 10 artículos para esta revisión de diseño mixto. Se representa dicha búsqueda de artículos en la figura 1.

Figura 1. Diagrama PRISMA de artículos seleccionados y excluidos.



En la tabla 1 se resumen los 10 artículos seleccionados con la intención de identificar de manera accesible datos y resultados correspondientes con objetivos y criterios de elegibilidad de esta revisión sistemática.

Tabla 1. Artículos seleccionados para revisión sistemática (Extracción de datos).

Autores	Participantes	Diseño e Intervención	Variables e Instrumentos	Resultados
Brotto, et al. (2008) ⁽⁷⁾	N= 26 mujeres TC= cervical, uterino, ovario, endometrio EM= 37 años	Psicoeducación grupal basada en mindfulness con un solo grupo de intervención. Momentos de medida: pre y post-tratamiento sin seguimiento.	-FSFI Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor -FSDS Malestar sexual -SIDI Interés y deseo sexual -DASA Excitación, palpitación y sensación genital -DAS Consenso, satisfacción, cohesión y expresión afectiva -BDI Gravedad de síntomas depresivos	FSFI mostró mejora significativa en el grupo experimental post intervención para la sub-escala de deseo sexual (p <0,003). Así mismo, FSDS disminuyó de manera significativa después de la intervención (p <0,004) indicando una disminución de angustia sexual en GE. DASA incrementó de manera significativa en GE después de la intervención (p <0,033) en relación a mayor excitación sexual y genital.

Autores	Participantes	Diseño e Intervención	Variables e Instrumentos	Resultados
Bober, et al. (2017) ⁽⁸⁾	N= 46 mujeres TC= supervivientes de cáncer de ovario SLE= 6 años EM= 55,8 años	Intervención psicoeducativa grupal combinaba con relajación muscular, terapia cognitiva y planificación de actividades con un solo grupo de intervención. Momentos de medida: línea base 1, línea base 2 (postratamiento), con seguimiento a los 2 y 6 meses.	-FSFI Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor -BSI-18 Somatización, depresión, ansiedad	FSFI global mostró mejora significativa ($p < 0,0005$; $d = 0,47$) desde línea base 1 hasta los 6 meses de seguimiento, así como para las subescalas de excitación ($d=0,45$), lubricación ($d= 0,47$), satisfacción ($d= 0,44$) y orgasmo ($d= 0,48$). BSI-18 también mostró mejora manteniendo ($p < 0,05$) resultados tras seguimiento.
Brotto, et al. (2008) ⁽¹⁵⁾	N= 22 mujeres TC= supervivientes de cáncer cervical SLE= 5 años EM= 49,4	Intervención psicoeducativa combinada con terapia cognitiva conductual y Mindfulness con un solo grupo de intervención. Momentos de medida: pre y posttratamiento sin seguimiento.	-DASA Excitación, palpitación y sensación genital -FSFI Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor -SFQ Impacto de tratamiento -SBIQ Creencias sexuales -BDI Gravedad de síntomas depresivos -SF-36 Función física, social, dolor corporal, salud general, rol emocional y salud mental	FSFI mostró una mejora significativa ($p < 0,01$) para satisfacción, excitación, orgasmo y deseo. Así mismo, DASA mostró cambios significativos para excitación sexual ($p < 0,002$) y palpitación genital ($p < 0,002$). BDI se relacionó de manera significativa con puntajes de escalas FSFI ($p=0,007$).

Autores	Participantes	Diseño e Intervención	Variables e Instrumentos	Resultados
Schover, et al. (2013) ⁽¹⁶⁾	N= 72 mujeres GE= 36 EM= 52 años GC= 36 EM= 54 TC= cervical, uterino, de ovario y vulva SLE= 7 años	Intervención psicoeducativa basada en autoayuda y asesoramiento con grupo de asesoramiento (quienes reciben ayuda psicológica profesional) y grupo de autoayuda (quienes reciben solo material sin ayuda profesional). Momentos de medida: línea base, posttratamiento y seguimiento a los 3 y 6 meses.	-FSFI Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor -MSIQ Deseo, respuesta de placer y orgasmo y satisfacción -BSI-18 Somatización, depresión, ansiedad -QLACS Calidad de vida global	FSFI global mostró mejoría para el grupo experimental (asesoramiento) ($p < 0,0001$) en cuanto a función sexual a comparación con el grupo control (autoayuda) ($p < 0,024$). MSIQ mostró igualmente mejoría en relación a interés sexual para el grupo de asesoramiento ($p < 0,001$) a comparación con el grupo de autoayuda ($p < 0,082$). Manteniendo resultados tras los 6 meses de seguimiento.
Classen, et al. (2012) ⁽¹⁷⁾	N= 27 mujeres GE= 13 EM= 39,9 GC= 14 EM= 44,6 TC= cervical, ovario y endometrio SLE= 5 años	Intervención psicoeducativa grupal con grupo experimental y grupo de control. Momentos de medida: línea base, posttratamiento y seguimiento a los 4 y 8 meses.	-FSDS-R Angustia sexual -HADS Ansiedad y depresión -IIRS Relaciones, desarrollo personal, intimidad	No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, únicamente FSDS mostró mejoría en el grupo experimental ($M = 2,54$) a comparación del grupo control ($M = 0,26$) ($p = 0,40$), mostrando así una mejoría en relación a angustia sexual, manteniendo resultados tras los 8 meses de seguimiento.

Autores	Participantes	Diseño e Intervención	Variables e Instrumentos	Resultados
Jeffries, et al. (2006) ⁽¹⁸⁾	N= 47 mujeres GE= 26 EM= 39,46 GC= 21 EM= 47,33 TC= cervical y endometrio SLE= 2 años	Intervención psicoeducativa grupal de información y habilidades y cambio de comportamiento con grupo experimental y grupo control. Momentos de medida: pre y post tratamiento con seguimiento a los 6 y 12 meses.	Entrevistas	Grupo experimental contaba con mujeres más jóvenes identificadas con mayor problema en la dilatación vaginal. Se encontró que las mujeres del grupo experimental mostraron una mejor dilatación a las 6 semanas (M=2,507) en comparación con grupo control (M=1,189). Manteniendo resultados tras los 6 meses de seguimiento (GE: M= 1,096; GC: M=0,457).
Chun (2011) ⁽¹⁹⁾	N= 61 mujeres GE= 29 EM= 46,7 GC= 32 EM= 47,9 TC= cuello uterino, ovario y endometrio SLE= 1-2 años	Programa psicoeducativo sexual basado en modelo PLISSIT con grupo experimental y grupo control. Momentos de medida: pre y post tratamiento con seguimiento a las 4 semanas.	-FSFI Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor	FSFI global mostró mejora significativa en grupo experimental (M= 22,07) a comparación del grupo control (M= 18,17) después de la intervención (p<0,001). Mostrando mejoría en cuanto a satisfacción, deseo y excitación sexual, clima y secreción vaginal. Manteniendo así resultados tras seguimiento.
Brotto, et al. (2012) ⁽²⁰⁾	N= 31 mujeres GE= 22 GC= 9 TC= cervical y endometrio SLE= 4 años EM= 54,0	Intervención cognitiva conductual basada en Mindfulness con grupo experimental y grupo control. Momentos de medida: pre y post tratamiento con seguimiento a los 6 meses.	-FSFI Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor -FSDS Angustia sexual -SFQ Impacto de tratamiento -BDI Gravedad de síntomas depresivos	No hubo diferencias significativas entre los grupos. FSFI mostró mejora significativa desde el pretratamiento (M=18,36) hasta el posttratamiento (M=26,13), en dominios de deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción. Así mismo, el malestar sexual disminuyó desde el pretratamiento (M=23,19) hasta el posttratamiento (M=14,71). Manteniendo así resultados tras seguimiento.

Autores	Participantes	Diseño e Intervención	Variables e Instrumentos	Resultados
Wiljer, et al. (2011) ⁽²¹⁾	N= 27 mujeres GE= 13 GC= 14	Intervención de grupo de apoyo / terapia de grupo de apoyo expresivo con grupo experimental y grupo control. Momentos de medida: pre y post-tratamiento sin seguimiento.	-Entrevistas semiestructuradas	De manera cualitativa se mostró que la intervención ayudó a que las mujeres se sintieran mejor con su propio cuerpo y sentimientos y a reconocer que estaba bien ser sexualmente activo o no serlo mostrando mejoría en su bienestar emocional y disminución en angustia sexual. El poder conectar entre los mismos fue resultado de una experiencia enriquecedora además de educativa.
Bilge & Aslan (2018) ⁽²²⁾	N= Mujer de 31 años TC= cáncer de cuello uterino SLE= 2 años	Counselling sexual basado en modelo PLISSIT con un único caso de estudio. Momentos de medida: pre y post-tratamiento sin seguimiento.	-FSFI Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor -SSSW Satisfacción sexual	FSFI y SSSW mostraron mejoría en relación a función y satisfacción sexual. Así como un mayor deseo sexual junto a mejoría en relación marital. Por otro lado, prejuicios en relación a la masturbación disminuyeron, lo que llevó a la mujer a la práctica al conseguir mayor lubricación vaginal.

Significado de siglas de la tabla de resultados.

N= Número de participantes, **TC**= Tipo de cáncer, **EM**= Edad Media, **SLE**= Supervivencia Libre de Enfermedad, **GE**= Grupo Experimental, **GC**= Grupo Control, **P**= Nivel de significancia estadística, **M**= Media, **D**= Tamaño de efecto, **PLISSIT**= Modelo de Terapia Sexual (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy).

Instrumentos de medición: **FSFI**= Índice de función sexual femenina, **BSI-18**= Validación del Inventario Breve de Síntomas, **DASA**= Evaluación detallada de excitación sexual, **SFQ**= Cuestionario de función sexual, **SBIQ**= Cuestionario de creencias e información sexual, **BDI**= Inventario de Depresión de Beck, **SF-36**= Cuestionario de salud, **HADS**= Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, **MSIQ**= Cuestionario de interés sexual menopáusico, **QLACS**= Escala de calidad de vida en adultos supervivientes de cáncer, **FSDS**= Escala de angustia sexual femenina, **IIRS**= Escala de clasificación de intrusión por enfermedad, **SIDI**= Inventario de interés / deseo sexual, **DAS**= Escala de ajuste diádico, **SSSW**= Escala de satisfacción sexual para mujeres.

Dentro de los estudios, se hace hincapié en la importancia de una intervención psicoeducativa dirigida a mujeres supervivientes de cáncer ginecológico. Cuatro de los estudios de diseño mixto^(15,16) llevan a cabo intervenciones psicoeducativas combinadas con terapia cognitiva conductual y relajación muscular. Los resultados indicaron mejoría en cuanto a respuesta sexual, estado de ánimo, mayor percepción de excitación sexual y satisfacción, así como una disminución en el malestar sexual, depresión y preocupación sobre vida sexual.

Así mismo, en tres de los estudios se han llevado a cabo intervenciones psicoeducativas grupales, uno de ellos enfocado en una intervención en línea a través de internet⁽¹⁷⁾, otro de ellos enfocado en la mejoría de dilatación vaginal⁽¹⁸⁾ y otro basado en mindfulness⁽⁷⁾. Diversos estudios mostraron mejoría en los grupos de intervención en cuanto a bienestar psicológico, mejoría en dilatación vaginal, en excitación y deseo sexual y disminución en malestar sexual. Cabe recalcar que las participantes mencionaron no sentirse solas, ya que al ver más personas en su misma situación, las hacían sentir que no eran las únicas con dificultades sexuales, por lo que entre participantes se entrelazaban y conseguían apoyo mutuo.

Así mismo, se mostró la eficacia de la aplicación del modelo específico PLISSIT (*Permission/ Limited Information/ Specific Suggestions/ Intense Therapy*) en un estudio basado en un programa psicoeducativo dirigido a mujeres supervivientes de cáncer ginecológico para su mejoría en cuanto a satisfacción, excitación, deseo sexual y lubricación, mostrando de la misma manera mejores resultados en el Índice de Función Sexual Femenina en el grupo experimental (M=22,07) a comparación con el grupo control (M=18,17), $p < 0,001$ ⁽¹⁹⁾.

Gran parte de los estudios se enfocan en la aplicación de una intervención psicoeducativa dirigida a la población muestra de esta revisión sistemática. Aunque cabe recalcar la aplicación de otras técnicas también eficaces. En un estudio cuantitativo⁽²⁰⁾ proponen una intervención cognitiva conductual basada en mindfulness para mejorar la función y malestar sexual de las mujeres supervivientes de cáncer ginecológico. Los resultados no mostraron efectos significativos entre el grupo experimental y el grupo control. Sin embargo, indicaron mejoría en el Índice de Función Sexual Femenina desde el pretratamiento (M=18,36) al postratamiento (M=26,13), $p = 0,000304$. De la misma manera, la Escala de Malestar Sexual Femenina mostró una disminución significativa desde el pretratamiento (M=23,19) al postratamiento (M=14,71), $p = 0,00077$. Los resultados sugieren que el tratamiento con mindfulness puede lograr un cambio cognitivo y emocional eficaz en las mujeres para una mejora de percepción de bienestar sexual. Por otro lado, se encontró un estudio cualitativo⁽²¹⁾ que propone una terapia de grupo de apoyo expresivo en línea para mujeres con malestar sexual, que informa de una mejoría en cuanto al reconocimiento del propio cuerpo y sentimientos de las participantes, así como disminución de malestar sexual y amplia conexión entre mujeres supervivientes.

En el estudio de caso único⁽²²⁾, se llevó a cabo una intervención de counselling basado en el modelo específico PLISSIT con una mujer de 31 años superviviente de cáncer de cuello uterino para trabajar en sus dificultades sexuales, la cual mejoró en función y deseo sexual, así como su relación marital.

Los estudios incluidos en esta revisión han investigado la función sexual, excitación sexual, malestar sexual, deseo sexual, orgasmo, satisfacción y bienestar emocional. La intervención psicoeducativa ha sido la más utilizada y la que obtiene mejores resultados.

4. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue realizar una revisión sistemática sobre los principales tratamientos psicológicos que pueden ayudar a las mujeres supervivientes de cáncer ginecológico a mejorar su vida sexual. La cantidad de estudios y número de pacientes tratados son limitados, a pesar la importancia del problema. Los resultados indicaron beneficios a través de la aplicación de intervenciones y estabilidad de mejoría a largo plazo^(7,15,17,21).

Las muestras de los estudios fueron mujeres libres de enfermedad con un rango de 7 años de supervivencia principalmente de cáncer cervical, endometrio, de ovario y cuello uterino, ya que estos tipos de cáncer son los que más se han tratado al respecto. El estudio de Schover et al.⁽¹⁶⁾ fue el único documento que incluyó en su muestra supervivientes de cáncer de vulva. Lo cual se debe a que éste último tipo de cáncer es el menos frecuente dentro del cáncer ginecológico. El tamaño muestral de las investigaciones fue pequeño, la mitad de los estudios utilizó muestras representativas superior a 30 participantes^(8,16,18-20), y el resto contaron con una muestra inferior a 30 participantes, siendo 215 el total de mujeres tratadas.

Los tipos de medida más utilizados para evaluar la función sexual de las participantes fueron: el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), la Evaluación Detallada de Excitación Sexual (DASA), la Escala de Malestar sexual Femenina (FSDS) y el Cuestionario de Función Sexual (SFQ). A través de estas medidas, se logró evaluar el bienestar sexual (función sexual, excitación sexual, lubricación, orgasmo, satisfacción, deseo sexual, amplitud de pulso vaginal, dilatación vaginal) de las mujeres supervivientes de cáncer ginecológico, por lo que resultados fueron de utilidad para esta revisión sistemática. Por otro lado, las medidas complementarias más utilizadas para mayor conocimiento de resultados a los objetivos de esta revisión fueron: la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario Breve de Síntomas-18 (BSI-18).

En más de la mitad de los estudios se ha utilizado la intervención psicoeducativa como principal tratamiento psicológico empleado para trabajar sobre la función sexual de mujeres supervivientes de cáncer ginecológico, con el fin de disminuir en las mujeres creencias erróneas sobre su vida sexual postratamiento y brindar mayor información para el cuidado de su bienestar sexual. Además, se utilizaron también otras intervenciones enfocadas en mindfulness, terapia cognitivo conductual, terapia de grupo de apoyo, modelo PLISSIT y counselling. Todos ellos teniendo como resultado una mejoría en la función sexual de las mujeres y una disminución de preocupaciones y malestar sexual. De los artículos presentes, se realizó un seguimiento a las participantes desde 6 semanas hasta 2 años después de la intervención. Los seguimientos indicaban una estabilidad y/o incremento de mejoría en dichas variables de estudio.

La intervención psicoeducativa muestra ser el tratamiento más eficaz para abordar preocupaciones sexuales de las mujeres e incrementar su vida sexual a través de información adecuada al respecto y entrenamiento en habilidades de comportamiento. Ya que, tal como se menciona en la introducción, Cleary et al.⁽¹²⁾ hablan sobre la importancia de transmitir información relevante a dicha población para prepararlas a desafíos sexuales importantes que pudieran llegar a presentar.

Ahora bien, los diseños y metodología de los estudios se han llevado a cabo de diferentes maneras. Seis de los estudios cuentan con un grupo experimental

y un grupo control⁽¹⁶⁻²¹⁾, tres de ellos con un solo grupo de intervención^(7,8,15) y un estudio de caso único⁽²²⁾. Cabe recalcar que en los estudios con dos grupos, se mostraron resultados de mejoría en cuanto a bienestar sexual como en la excitación sexual, orgasmo, satisfacción, deseo sexual, dilatación vaginal, y una disminución en preocupaciones y malestar sexual en los grupos de tratamiento; a excepción de Brotto et al.⁽²⁰⁾, donde resultados no mostraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en lista de espera. Las intervenciones en los estudios fueron aplicadas por profesionales de salud mental especializados en temas de sexualidad, quienes utilizan medidas de evaluación (FSFI, FSFS, DASA, SFQ) de bienestar sexual válidas y fiables para medir los resultados de su intervención. Dichas medidas evalúan la función sexual de las participantes desde un pretratamiento hasta el seguimiento meses posteriores a la intervención en seis de los estudios^(8,16-20), mostrando así una mejoría en las variables de medición (excitación sexual, lubricación, orgasmo, satisfacción, deseo sexual, amplitud de pulso vaginal, dilatación vaginal) mantenida en los seguimientos. Sin embargo, no es en la totalidad de los estudios que se lleva a cabo una buena calidad metodológica. En los estudios realizados por Brotto et al.⁽⁷⁾, Bober et al.⁽⁸⁾, Brotto et al.⁽¹⁵⁾, el tratamiento se lleva a cabo con un solo grupo de intervención, por lo que resultados solo indican un antes y un después de la intervención sin comparación de grupo alguno, aunque aun así muestran mejoría en resultados. Así mismo, en cuatro de los estudios^(7,15,21,22) no se evalúan los resultados tras un seguimiento, en estos solo se toman en cuenta los resultados obtenidos tras el postratamiento. Por otro lado, se tiene un estudio de caso único⁽²²⁾, el cual no cuenta con grupo de comparación ni seguimiento, sino que es utilizado como un estudio complementario a los nueve anteriores con el fin de conocer la aplicación de una intervención psicológica en caso único.

La calidad de los estudios fue revisada a través de la Escala Jadad, la cual evalúa el adecuado uso y descripción de la asignación aleatoria de los grupos, uso y método del doble ciego y la descripción de abandonos y exclusiones del estudio. Resultados fueron adecuados en cuanto a la asignación aleatoria a los grupos de intervención y control y descripciones de abandono. Sin embargo, tuvieron deficiencia en cuanto al doble ciego, ya que al ser estudios de aplicación de una intervención directa, tanto profesionales como participantes sabían a qué tipo de intervención colaborarían (Ver Tabla 2).

Resultados de dichos tratamientos han demostrado efectos positivos y beneficiosos para la población de mujeres supervivientes de cáncer ginecológico. Uno de los objetivos de esta revisión sistemática fue estudiar la eficacia de las intervenciones para disminuir malestar sexual en dicha población. Todos los documentos cuentan con la medición de dicha variable de estudio, aunque principalmente, Wiljer et al.⁽²¹⁾ concluye que la terapia de grupo de apoyo expresivo es una intervención eficaz para disminuir el malestar sexual presente en las mujeres, ya que además de brindar información relevante sobre su vida sexual, se atienden preocupaciones, dificultades, dudas al respecto y participantes se apoyan mutuamente al compartir asuntos personales.

Así mismo, Bober et al.⁽⁸⁾ y Chun⁽¹⁹⁾ concluyen en que la intervención psicoeducativa combinada también con otras técnicas psicológicas, favorece el incremento de la excitación sexual, deseo sexual, lubricación, satisfacción, orgasmo, secreción vaginal, calidad de vida y una reducción de malestar sexual.

Por lo tanto, dicho tipo de intervención es eficaz para incrementar la respuesta sexual de las mujeres, así como de brindar la información útil y relevante para cubrir preocupaciones al respecto. Diversos estudios^(8,16-20) se apoyan de resultados favorables que tras un seguimiento después de la intervención, demuestran un incremento de dichas variables de estudio, además de tener una tasa de abandono muy baja.

Tabla 2. Valoración de calidad de los estudios (Escala Jadad).

Ítems	(Brotto, et al., 2008)	(Bober, Recklitis, Michaud & Wright, 2017)	(Brotto, et al., 2012)	(Classen, et al., 2012)	(Jeffries, et al., 2006)	(Wiljer, et al., 2011)	(Brotto, Basson & Luria, 2008)	(Schover, et al., 2013)	(Chun, 2011)
¿Se describe el estudio con asignación aleatoria?	x	x	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓
¿Se describe el estudio con doble ciego?	x	x	x	x	x	x	x	x	x
¿Se describen los abandonos y exclusiones del estudio?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
¿Es adecuado el método de asignación aleatoria?	x	x	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓
¿Es adecuado el método de enmascaramiento?	x	x	x	x	x	x	x	x	x

No x, Si ✓

Por tanto, los resultados beneficiosos de la intervención psicoeducativa con mujeres supervivientes de cáncer ginecológico sobre su vida sexual indican que se puede aplicar de manera estructurada a toda población de pacientes con cáncer con problemáticas relacionadas a su sexualidad, para brindarles mayor conocimiento sobre el cuidado de su vida sexual tras tratamientos.

Para investigaciones futuras se recomienda llevar a cabo estudios experimentales con muestras representativas donde se puedan implementar intervenciones dirigidas a la mejoría de dilatación vaginal y dolor, ya que a pesar de ser problemas relevantes dentro de la población de estudio, solo se encontró una intervención dirigida a dilatación vaginal⁽¹⁸⁾, y en cuanto al dolor, a pesar de ser una variable de

medición dentro del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), no se encontraron resultados significativos al respecto.

Se han encontrado dos revisiones sistemáticas que tienen como objetivo examinar qué intervenciones pueden ser eficaces para tratar las dificultades sexuales de mujeres que han pasado por cáncer ginecológico. Uno de ellos Flynn et al.⁽²³⁾, con solo cinco intervenciones, entre ellas psicoeducativas y de pareja. La segunda revisión de Katz⁽²⁴⁾ enfocado concretamente en la importancia de tratamiento de la dilatación vaginal después de recibir radioterapia y el impacto psicológico que conlleva. A pesar de que estas revisiones cuentan con el objetivo de investigar intervenciones eficaces para el tema de sexualidad son de 2009, y ofrecen una información escasa, por lo que está justificado la necesidad del presente trabajo.

5. Conclusión

A pesar de la evidencia de que las mujeres supervivientes de cáncer ginecológico presentan muchas dificultades en su vida sexual, ha sido un poco escasa la información en cuanto a intervenciones eficaces al respecto. Por lo que se recomienda llevar a cabo más estudios relacionados sobre los tratamientos eficaces para la mejora de función sexual.

Esta revisión sistemática ha demostrado que la intervención psicoeducativa en combinación con otras técnicas psicológicas (terapia cognitivo conductual, terapia cognitiva, mindfulness, modelo PLISSIT) es el tratamiento psicológico más utilizado para contribuir a una mejoría en la función sexual de las mujeres supervivientes de cáncer ginecológico, así como una reducción en la malestar sexual. Esto con el fin de brindar información adecuada, corregir ideas erróneas sobre la sexualidad y preparar a dicha población de estudio a desafíos sexuales. Se distingue la necesidad de realizar más estudios sobre los tratamientos psicológicos para mejorar la función sexual de dicha población a nivel mundial para obtener mayor información al respecto.

6. Referencias bibliográficas

1. CDC. What is gynecologic cancer? [Acceso el 11 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/basic_info/what-is-gynecologic-cancer.htm
2. González-Martin A. El cáncer ginecológico, *Arbor* 2015; 191(773): a237.
3. Goncalves V. Long-term quality of life in gynecological cancer survivors. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010; 22: 30-5.
4. Olivares Crespo M. Sexualidad y cáncer ginecológico. En: Cruzado J, editor. *Manual de psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. 3rd ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2017. P. 281-295.
5. Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2011; 15:38-45. doi:10.1016/j.ejon.2010.05.008
6. Chow KM, Chan CWH, Chan JCY, Choi KKC, Siu KY. A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2014; 18: 385-92. doi: 10.1016/j.ejon.2014.03.011.

7. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med* 2008; 5: 1646-59. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x.
8. Bober SL, Recklitis CJ, Michaud AL, Wright AA. Improvement in sexual function after ovarian cancer: effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer. *Cancer* 2017; 124: 176-82. doi: 10.1002/ncr.30976. 2017.
9. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas* 2011; 70:42-57. doi:10.1016/j.maturitas.2011.06.013.
10. Guntupalli SR, Sheeder J, Ioffe Y, Tergas A, Wright JD, Davidson SA, Behbakht K, Flink DM. Sexual and marital dysfunction in women with gynecologic cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2017; 27: 603-7. doi: 10.1097/IGC.0000000000000906.
11. Sekse RJT, Raaheim M, Blaaka G, Gjengedal E. Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 799-807. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x.
12. Cleary V, McCarthy G, Hegarty J. Development of an educational intervention focused on sexuality for women with gynecological cancer. *J Psychosoc Oncol* 2012; 30: 535-55. doi: 10.1080/07347332.2012.703767.
13. González de Dios J, Buñuel Álvarez JC, Aparicio Rodrigo M. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y meta análisis: declaración PRISMA. *Evid Pediatr* 2011; 7: 97.
14. Manterola C, Otzen T. Estudios experimentales 1 parte: el ensayo clínico. *Int J Morphol* 2015; 33: 342-9. doi: 10.4067/S0717-95022015000100054.
15. Brotto LA, Heiman JR, Goff B, Greer B, Lentz GM, Swisher E, Van Blaricom A. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav* 2008; 37: 317-29. doi: 10.1007/s10508-007-9196-x.
16. Schover LR, Yuan Y, Fellman BM, Odensky E, Lewis PE, Martinetti P. Efficacy trial of an internet-based intervention for cancer-related female sexual dysfunction. *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11: 1389-7. doi: 10.6004/jncn.2013.0162.
17. Classen CC, Chivers ML, Urowitz S, Barbera L, Wiljer D, O'Rinn S, Ferguson SE. Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group. *Psychooncology* 2012; 22: 930-5. doi: 10.1002/pon.3058.
18. Jeffries SA, Robinson JW, Craighead PS, Keats MR. An effective group psychoeducational intervention for improving compliance with vaginal dilation: A randomized controlled trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006; 65: 404-11. doi: 10.1016/j.ijrobp.2005.12.009.
19. Chun N. Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *J Korean Acad Nurs* 2011; 41: 471-80. doi: 10.4040/jkan.2011.41.4.471.
20. Brotto LA, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol* 2012; 125: 320-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.01.035.
21. Wiljer D, Urowitz S, Barbera L, Chivers ML, Quartey NK, Ferguson SE, Classen CC. A qualitative study of an internet-based support group for women with sexual distress due to gynecologic cancer. *J Cancer Educ* 2011; 26: 451-8. doi: 10.1007/s13187-011-0215-1.
22. Bilge C, Aslan E. Sexual counseling in gynecological cancers: a case report. *Turk J Oncol* 2018; 33: 33-7. doi: 10.5505/tjo.2018.1687.

23. Flynn P, Kew F, Kisely SR. Interventions for psychosexual dysfunction in women treated for gynaecological malignancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010. doi: 10.1002/14651858.CD004708.pub2.
24. Katz A. Interventions for sexuality after pelvic radiation therapy and gynecological cancer. *Cancer J* 2009; 15: 45-7. doi: 10.1097/ppo.0b013e31819585cf.