

## SEXUALIDAD EN LA PATOLOGÍA NEOPLÁSICA OVÁRICA

M.<sup>a</sup> Eugenia Olivares \* y Vanesa Hernández\*\*

\* Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

\*\* Universidad Complutense de Madrid.

### Resumen

La enfermedad neoplásica ovárica puede repercutir de forma directa e indirecta en la respuesta sexual, y, por ello, el presente trabajo tiene como objetivo identificar tales alteraciones. La muestra está constituida por 25 mujeres afectadas de cáncer de ovario y evaluadas a través de una entrevista clínica y un autoinforme específico de sexualidad. Los resultados arrojan los siguientes datos: casi la totalidad de la muestra fue diagnosticada en estadios precoces, presentando problemas ginecológicos previos, vasculares y endocrinos, así como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, y mantienen una relación de pareja en el momento del diagnóstico. Además, y a pesar de haber recibido escasa o nula información a lo largo de su vida, no comparten los principales mitos sobre la sexualidad. Los tratamientos recibidos fueron en orden de frecuencia: cirugía, quimioterapia y entre los efectos secundarios derivados cabe citar: menopausia, disminución de la frecuencia sexual, sequedad vaginal, descenso del deseo sexual, estenosis vaginal y dolor genital coital. A pesar de ello, consideran satisfactoria su sexualidad, aunque implementarían algunos cambios en la misma. Respecto a las fases de la respuesta sexual sólo se identificaron alteraciones en el deseo, siendo éste escaso o nulo. Se observó una tendencia de relación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el deseo de no introducir cambios en su actividad sexual, y entre la existencia de una disfunción sexual en el varón y el nivel de deseo, satisfacción y frecuencia de los contactos sexuales post-tratamiento. En cuanto a la relación terapéutica, la mayoría considera excelente el trato recibido por su ginecólogo, aunque incorporarían mejoras respecto a aspectos organizativos más que asistenciales.

**Palabras clave:** cáncer de ovario, respuesta sexual, frecuencia, satisfacción.

### Abstract

Ovarian oncologic disease can have direct and indirect repercussions on sexual response, that's why this study pretends to identify those possible disorders. The sample is integrated by 25 women diagnosed for ovarian cancer and were assessed using a clinical interview and a specific questionnaire about sexual response. The results show the following information: the majority of these patients were diagnosed in initial phases of the disease, has suffered previous gynecological, vascular, endocrine, depressive and anxiety disorders, and have a partner at the moment of diagnosis. Moreover, and despite having received limited or no information along their lives, they do not agree with de main myths on sexuality. Treatments received in order of frequency were: surgery, chemotherapy, hormonal therapy and radiotherapy and the principal secondary effects were: menopause, fewer sexual frequency, vaginal dryness, lower sexual desire, vaginal stenosis and genital pain during intercourse. Nevertheless, these women consider their sexuality as satisfactory, despite they would make some modifications about it. In relation to sexual response phases, the only disturbance found was limited or null sexual desire. A tendency of relationship was found between time from diagnosis and the unwilling for changing any aspect of sexuality, and between male sexual dysfunction and the level of desire, satisfaction and frequency of sexual contacts after treatment. Regarding the relationship with their gynecologist, most of the women consider it as very satisfactory, although they would make some changes related to organisation, more than to medical assistance.

**Key words:** ovarian cancer, sexual response, frequency, satisfaction.

### Correspondencia:

M.<sup>a</sup> Eugenia Olivares.  
Dpto. Ginecología y Obstetricia.  
Hospital Clínico San Carlos de Madrid.  
C/ Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.  
E-mail: meolivares@correo.cop.es

## INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer de ovario en los últimos años se ha incrementado constituyendo la cuarta causa más común de muerte por cáncer en la mujer, después de las originadas por los tumores de mama, intestino grueso y pulmón. El cáncer de ovario representa el 5% de todos los cánceres en la mujer<sup>(1)</sup>. Aproximadamente una de cada 70 mujeres desarrollará un cáncer de ovario a lo largo de su vida y una de cada 100 morirá por dicha patología<sup>(2)</sup>. De igual modo, la literatura anglosajona refiere que a pesar de ser la tercera neoplasia ginecológica en frecuencia, después de endometrio y cérvix, es la que causa mayor mortalidad, tanta como cérvix y endometrio juntos<sup>(3)</sup>. De forma específica, en EEUU se diagnostican cada año 73000 nuevos casos<sup>(4)</sup>. Los datos epidemiológicos más recientes muestran una tasa de incidencia de 60.7/100000 habitantes en EEUU en 1999<sup>(5)</sup> y, en España, en ese mismo año fallecieron más de 2000 mujeres a causa de este tipo de patología<sup>(6)</sup>.

Los tumores de ovario se presentan principalmente en pacientes mayores de 40 años. Varios estudios indican que el 90% de los casos incluyen mujeres en torno a los 45 años<sup>(7)</sup>. Los factores asociados con el riesgo son historia de cáncer mamario o historia familiar de cáncer de ovario; mientras que los factores asociados con el decremento del riesgo hacen referencia a la paridad y la historia de uso de anticonceptivos orales. Los factores de riesgo ambientales también parecen tener importancia, ya que su frecuencia es mayor en los países industrializados del mundo occidental, y dentro de estos, su incidencia es mayor en las ciudades que en el mundo rural<sup>(3)</sup>.

Las manifestaciones clínicas del cáncer de ovario incluyen: dolor abdominal o pélvico, pérdida de peso, dolor de espalda, flatulencia y ocasionalmente sangrado vaginal anormal. La detección es difícil porque los síntomas tempranos son vagos, lo que provoca que muchas mujeres sean diagnosticadas en estadios avanzados de la enfermedad<sup>(7)</sup>.

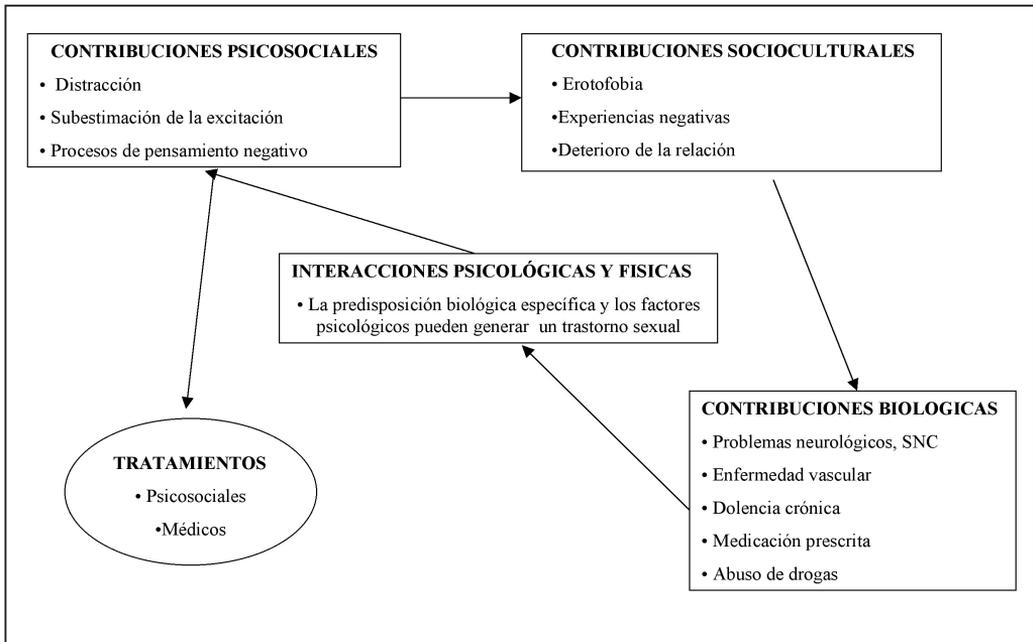
El tratamiento para el cáncer ginecológico varía en modalidad y severidad. En principio la terapéutica quirúrgica consiste en extirpar el tumor tanto como éste sea posible, mediante: histerectomía total, salpingo-ooforectomía bilateral, omentectomía y extirpación o citorreducción de todo tumor visible y usualmente seguido de radioterapia (pacientes con riesgo intermedio) y/o quimioterapia adyuvante (pacientes con riesgo elevado). Los protocolos más eficaces contienen cisplatino o carboplatino, adriamicina, ciclofosfamida y hexametilmelanina<sup>(3)</sup>. Las mujeres con cáncer de ovario deben enfrentarse al riesgo de recurrencia y, por lo tanto, es necesario realizar un "second look" quirúrgico y recibir tratamiento durante meses o años.

Respecto a las disfunciones sexuales, cabe destacar su carácter multifactorial, en cuyo abordaje conviene considerar no sólo la alteración en la morfología o funcionamiento genital, sino también otras condiciones, a menudo presentes en estas pacientes, como son dificultades funcionales, problemas emocionales, orgánicos (ingesta de fármacos y funcionamiento hormonal), y la edad<sup>(4)</sup>, tal y como refiere en su modelo explicativo Barlow<sup>(8)</sup> (ver Figura 1).

Desde hace algunas décadas se viene mostrando mayor interés por las disfunciones sexuales derivadas de la enfermedad neoplásica y de su terapéutica. Este hecho se fundamenta en la amplia mejora que han experimentado los tratamientos permitiendo así una mayor supervivencia<sup>(9)</sup> y un mayor énfasis en los aspectos relacionados con la calidad de vida, como es el funcionamiento sexual<sup>(4)</sup>.

Sin embargo, es difícil encontrar estudios en los que se aborde de forma específica las dificultades sexuales derivadas de los tratamientos oncológicos (cirugía, quimioterapia, radioterapia o la combinación de los mismos), y los datos aún son más escasos cuando se trata de identificar estas dificultades a largo plazo. Determinados autores han profundizado en este aspecto, apuntando la influencia indirecta de los tra-

Figura 1. Modelo explicativo de la disfunciones sexuales



tamientos oncológicos sobre la función sexual, en tanto que alteran la imagen corporal, provocan mayor morbilidad emocional o interfieren en la relación de pareja. No obstante, existen determinadas localizaciones tumorales que afectan de forma directa a los órganos genitales como es el caso de los cánceres ginecológicos<sup>(4,10)</sup>.

El estudio del funcionamiento sexual tras el diagnóstico neoplásico ginecológico y su tratamiento, cuenta con diversas dificultades entre las que cabe destacar la inaccesibilidad a la muestra, el tabú existente sobre el aspecto sexual y la escasez de instrumentos de medida específicos. Hay pocos estudios que valoran el impacto sexual en el tratamiento de los cánceres de ovario. Uno de los motivos que pudiera justificarlo es la no existencia de pautas claras que aborden el área sexual tras los tratamientos oncológicos. El instrumento de evaluación por excelencia para el profesional de la salud especializado en Oncología, es la entrevista clínica, tanto con un particular como con la pareja. La literatura referente a

la evaluación sexual aborda indicaciones específicas para pacientes de cáncer<sup>(11)</sup>. El modelo Kaplan facilita pautas de entrevista útiles para evaluar los problemas sexuales en individuos sanos y enfermos, concentrándose en la queja principal, el estado sexual, el estado psicopatológico, la familia, antecedentes psicosociales y las relaciones de pareja. Este modelo se ha aplicado al campo oncológico con breves descripciones de la evaluación en cada parte de la entrevista<sup>(12)</sup>. Así mismo, el modelo P-LI-SS-IT siglas que representan, niveles de permiso, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva, es otro modelo de evaluación e intervención utilizado con regularidad como marco para la rehabilitación sexual en el cuidado oncológico<sup>(13)</sup>.

Entre los trabajos existentes, se indica una incidencia de disfunción sexual en el cáncer de ovario comparable a otros tratamientos por cáncer ginecológico. En concreto, un 75% de las mujeres informan de dificultades después del tratamiento en el cáncer de endometrio y un 33% informan

de cese completo de la conducta sexual después del mismo<sup>(4)</sup>.

A nivel metodológico, gran parte de los estudios existentes presentan muestras sesgadas e integradas por distintas localizaciones tumorales y estadios, no controlan la influencia de la edad en el funcionamiento sexual, presentan gran diversidad de momentos de evaluación, utilizan instrumentos no específicos<sup>(14)</sup>, y no consideran aspectos centrales en la evaluación de la disfunción sexual como la historia sexual, el funcionamiento sexual previo, la respuesta sexual de la pareja y variables culturales<sup>(4)</sup>. Los estudios desarrollados, con muestras que incluyen diversas localizaciones, indican que al menos un 50% de las mujeres tratadas por algún tumor ginecológico (cirugía, quimioterapia, radioterapia o combinación), experimentan una reducción en su frecuencia coital, así como en el deseo, la excitación y la sensibilidad sexual<sup>(15)</sup> y la presencia de dolor genital durante el coito<sup>(16)</sup> y, además, estas mujeres consideran que su vida sexual ha empeorado notablemente a raíz de la enfermedad y su tratamiento<sup>(15)</sup>. Estas dificultades pueden persistir, a diferencia de otros efectos colaterales, más allá de dos años desde la finalización del tratamiento oncológico y, si bien no suponen una amenaza para la vida de la paciente, limitan su salud general y su vida cotidiana.

El ciclo de respuesta sexual está constituido por cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este modelo tradicional se ha centrado fundamentalmente en aspectos de carácter fisiológico, de ahí que algunos autores<sup>(17)</sup> incorporen elementos relacionados con la satisfacción sexual de la mujer como son la intimidad, la confianza, la comunicación, el afecto y la experiencia placentera de la caricia de carácter sensual. De esta manera, el deseo y la excitación en la mujer son procesos que se dan casi de forma simultánea cuando se plantea experimentar estimulación sexual.

Según el DSM IV TR<sup>(18)</sup>, las disfunciones sexuales son definidas como alteraciones en alguno de los procesos del ciclo de la respuesta sexual o dolor asociado a la rela-

ción sexual. Un elemento determinante a la hora de diagnosticar un trastorno sexual será la presencia de niveles acusados de malestar personal y de dificultades interpersonales provocadas por dicha alteración. Así, las disfunciones sexuales se agrupan en cuatro grandes categorías: trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación, trastornos del orgasmo y trastornos sexuales por dolor. Además, hay dos categorías complementarias, basadas en factores etiológicos, para aquellas disfunciones causadas por alguna enfermedad médica o por el consumo de alguna sustancia.

En el estudio de este campo se debe abordar una variedad de aspectos de la función sexual actual de la paciente, tales como: frecuencia, deseo sexual, placer subjetivo, estimulación sexual, excitación fisiológica, orgasmo, tipos de estimulación sexual, dolor en la región pélvica, tiempo desde el comienzo del problema, consumo de fármacos (antihipertensores, antidepresivos, psicotropos), funcionamiento premórbido, interés en el funcionamiento sexual y satisfacción. Los individuos que ya han tenido dificultades sexuales pueden tener una vulnerabilidad acentuada hacia los efectos del tratamiento oncológico. Así mismo, es necesario valorar los aspectos psicosociales de la sexualidad (disponibilidad de pareja en el momento del diagnóstico oncológico y valorar la respuesta del compañero ante este diagnóstico), su estado psicológico (la ansiedad y la depresión son dos de las interrupciones afectivas comunes que afectan al funcionamiento sexual), cualquier trastorno psicopatológico, tratamiento psicológico, farmacológico y hospitalizaciones existentes. Entre los factores psicológicos figuran las creencias equívocas sobre el origen del cáncer (actividad sexual en el pasado, relación extramarital, aborto y creencia de que la actividad sexual puede provocar una recidiva del tumor), "sentirse vacía", exacerbación de tensiones en la pareja, evitación de relaciones por miedo al rechazo, sentimientos de culpabilidad, depresión coexistente, cambios en la imagen corporal y problemas de pareja secundarios al cán-

cer<sup>(19, 20)</sup>. Y por último, es preciso evaluar los aspectos médicos de su sexualidad (el clínico debe asegurarse de los antecedentes médicos haciendo énfasis especialmente en otras enfermedades para las que está recibiendo tratamiento). Las enfermedades médicas que repercuten en los sistemas nervioso, endocrino y vascular tienen un posible efecto perjudicial en la respuesta sexual de la paciente<sup>(21)</sup>.

Las terapias oncológicas (cirugía, quimioterapia, radioterapia) pueden tener una repercusión fisiológica directa en el funcionamiento sexual. Los medicamentos usados para controlar el dolor, la depresión u otros síntomas existentes pueden contribuir a tales disfunciones sexuales.

Respecto a los factores relacionados con el tratamiento quirúrgico, varios indicadores deben ser tenidos en cuenta en relación al funcionamiento sexual, entre los que cabe citar: edad de la paciente, funcionamiento sexual premórbido, ubicación/tamaño tumoral y tipo de cirugía. Las adherencias o cicatrices pélvicas pueden contribuir a la dispareunia después de una resección quirúrgica, así como, el impacto de una enfermedad de amenaza vital.

La extirpación de los ovarios, con la consiguiente menopausia artificial, provoca el cese en la producción de estrógenos, lo que repercute en la fase de excitación de la mujer, disminuyendo la lubricación vaginal y perdiendo la vagina tono y elasticidad. Este déficit estrogénico, junto con los efectos psicológicos que genera el padecimiento de este proceso, puede afectar al funcionamiento sexual.

El deseo sexual podría disminuir durante un periodo largo de tiempo pero transcurrido éste se recupera a nivel fisiológico. La pérdida del apetito sexual o la pérdida del placer sexual es un aspecto común en la depresión y ésta es más prevalente en la población oncológica que en la población general<sup>(22)</sup>.

El orgasmo permanece intacto pero puede retardarse como consecuencia secundaria de los medicamentos o de la ansiedad. Los problemas sexuales no tien-

den a resolverse durante el primer o segundo año tras la enfermedad.

Además, la cirugía suele combinarse con radioterapia, quimioterapia o ambas. Las dificultades sexuales más frecuentes derivadas del tratamiento son el dolor genital durante el coito, disminución del deseo y de la excitación sexual<sup>(23)</sup>, temor de que el cáncer afecte negativamente a su sexualidad o viceversa, imposibilidad de llegar al orgasmo, pérdida de atractivo sexual y esterilidad<sup>(23, 24, 9)</sup>.

De forma específica, los factores relacionados con la quimioterapia se han vinculado con la disminución del deseo y la frecuencia del coito, derivados concretamente de los efectos secundarios de la misma (náuseas, vómitos, diarrea, mucositis, alteraciones del gusto y del olfato<sup>(19)</sup>). La alopecia es uno de los efectos secundarios que más interfiere en la imagen corporal y la pérdida del vello púbico puede inducir sentimientos de asexualidad. En las mujeres, los agentes citotóxicos se relacionan con la sequedad vaginal, dispareunia, y síntomas menopáusicos. Los síntomas sexuales relacionados con la privación de estrógenos provocan atrofia vaginal, adelgazamiento de los tejidos vaginales y vulvares, pérdida de elasticidad de los tejidos, disminución de la lubricación vaginal, sofocos, cansancio e irritabilidad.

Otros estudios apuntan diversos síntomas físicos a nivel ginecológico derivados de la radioterapia. La irradiación pélvica causa cambios en el epitelio vaginal, lo que induce una estenosis vaginal y fibrosis vascular. Estos factores pueden traer como consecuencia una disfunción sexual prolongada, exámenes pelvianos dolorosos, dispareunia e infertilidad, así como, irritación vaginal, que cesa a los pocos meses tras la finalización del tratamiento y un descenso de la calidad de vida en general, incluso transcurridos dos años desde la finalización del tratamiento.

Los factores psicológicos a tener en cuenta, se podrían agrupar en los siguientes niveles<sup>(10, 19)</sup>: a) Factores predisponentes entre los que cabe citar: educación familiar con valoraciones negativas hacia la sexua-

lidad, experiencias sexuales traumáticas en la infancia, desvalorización de la imagen corporal. b) Factores precipitantes representados por: experiencias traumáticas relacionadas con la sexualidad, situaciones de estrés y fatiga, trastornos psicológicos, temor a perder el control, deterioro de la autoimagen, infertilidad. c) Factores mantenedores, haciendo especial mención a: anticipación de fracaso, ansiedad ante el rendimiento, sentimiento de culpabilidad, y estimulación inadecuada. d) Entre los factores sociales y relacionales se incluyen: información y educación sexual, y disfunciones sexuales y de pareja.

A los ojos del público en general, esta enfermedad está rodeada de un aura de peligro, letalidad, pudiendo no recibir apoyo de los amigos, y sufrir una respuesta de shock, silencio y abandono. La familia podría entender, o minimizar y negar la severidad de la enfermedad. Muchas mujeres se benefician del counseling, grupos de apoyo, u otros recursos durante el tratamiento oncológico<sup>(7)</sup>.

Por último, como se mencionó anteriormente, el cáncer ginecológico afecta al funcionamiento sexual de las mujeres y es evidente que los profesionales de la salud raramente discuten estas cuestiones con las mujeres diagnosticadas del mismo. La mayoría de los sanitarios piensan que las mujeres con cáncer de ovario experimentarán problemas sexuales, solo un cuarto de los médicos y un quinto del personal de enfermería actualmente discuten el tema con la mujer<sup>(25)</sup>. Las razones alegadas para no informar son: "no es mi responsabilidad", no tener conocimientos, no disponer de recursos de apoyo si fueran estos necesarios, "es un tema embarazoso", "pertenece a la privacidad del paciente", limitación de tiempo, pacientes demasiado mayores, baja prioridad frente a diagnóstico y pronóstico y no hablar hasta que el paciente pregunte. Los profesionales que por el contrario, sí quieren hablar del tema indican como argumentos los siguientes: "es fácil con pacientes jóvenes", la necesidad de sentir confianza con el paciente, "forma parte del trabajo" y de las expectativas del paciente y la

sexualidad forma parte del funcionamiento humano. Si se aborda el aspecto sexual, el futuro estrés será evitado o reducido<sup>(25)</sup>. Un reciente estudio indica que si este aspecto se trabaja y se realiza un counselling psicosexual pre y post operatorio, los beneficios de esta intervención alcanzan la significación estadística ( $p < 0.0001$ )<sup>(26)</sup>. La provisión de información puede facilitar la satisfacción con su cuidado y un ajuste al diagnóstico<sup>(27)</sup>. De forma específica los beneficios de discutir el tema sexual incluyen: entendimiento del problema como algo normal, conocimiento de las causas y duración del problema, proveer una oportunidad para hablar sobre cuestiones relacionadas con la actividad sexual, reducir la ansiedad causada por el problema y facilitar recursos de comunicación con la pareja.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra está constituida por un total de 25 mujeres, con una media de edad de 49,36 años (sd: 11,38) siendo la edad mínima 27 y la máxima 65. Todas ellas han sido diagnosticadas de cáncer de ovario entre los años 1991 y 2003, y remitidas al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid para revisión post-tratamiento.

Los criterios seguidos para la inclusión de pacientes en la muestra son los siguientes:

- a) Diagnóstico de cáncer de ovario.
- b) Edad igual o inferior a 65 años.
- c) Pertenecer al área sanitaria nº 7.
- d) Expuestas a semejante procedimiento sanitario.
- e) Ausencia de otra patología crónica de amenaza vital.
- f) Ausencia de trastornos psicopatológicos previos severos.
- g) Ausencia de otro trastorno oncológico junto al presente.
- h) No tratarse de personas con cáncer avanzado en fase terminal.
- i) Exenta de tratamiento oncológico activo en la actualidad.

- j) Heterosexualidad.
- k) Aceptación voluntaria para participar en el estudio.

- Conocimientos y actitudes sexuales: fuentes de adquisición de conocimientos, comunicación, influencia religiosa, mitos sexuales e higiene.

## Instrumentos

Se aplicaron dos procedimientos de medida:

- Entrevista semiestructurada con diseño específico para la presente investigación, y con la finalidad de facilitar una mayor adherencia a la evaluación psicológica posterior objeto del presente estudio. Incluye disitintos formatos de preguntas, cerradas-abiertas, tipo likert y dicotómicas, con un total de variables estudiadas de 115.
- Perfil de Respuesta Sexual<sup>(28)</sup>. Cuestionario con el que se evalúa tanto la relación sexual como la relación de pareja. Se trata de un instrumento multidimensional que evalúa áreas relevantes a nivel individual y en pareja. Consta de 80 ítems centrados en recabar información sobre distintos aspectos del funcionamiento sexual, historia sexual y relaciones actuales. Ambas pruebas en conjunto evalúan las siguientes variables:
  - Sociodemográficas: edad, estado civil, nivel educativo, actividad y situación laboral.
  - Médicas: estadio de la enfermedad, estado hormonal pre-diagnóstico, antecedentes médicos y tratamientos médicos.
  - Psicopatológicas: antecedentes psicopatológicos, tratamientos psicológicos y consumo de sustancias.
  - Relación terapéutica.
  - Relación de pareja y actividad sexual: relación actual, presencia de actividad sexual, frecuencia, satisfacción, disfunciones sexuales masculinas, preferencias, fases de la respuesta sexual, anticoncepción y respuesta masturbatoria.

## PROCEDIMIENTO

Una vez obtenida la autorización del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, se estableció la coordinación pertinente con la Unidad de Ginecología Oncológica para determinar el acceso a las pacientes en las consultas externas. Éstas acudían para revisión una vez finalizados todos los tratamientos oncológicos prescritos (salvo la THS), siendo el tiempo medio transcurrido de 5.2 años (11 meses-11 años). La selección se llevaba a cabo de forma aleatoria siempre y cuando se cumplieran los criterios de inclusión en la muestra. Una vez expuesto el objetivo y el contenido de la evaluación, y obtenido el consentimiento de la paciente, ésta acompaña a la evaluadora a otro despacho aparte, donde, tras asegurar la confidencialidad de la información, se procede a la aplicación de las pruebas de evaluación (protocolo de entrevista y autoinforme de sexualidad). Esta aplicación dura aproximadamente 50 minutos, y, una vez finalizada, se le ofrece feedback a la paciente y se la deriva a otro profesional de la salud mental, si el caso así lo requiere.

## ANÁLISIS DE DATOS

Puesto que el Pion no dispone de puntuación global ni de punto de corte, los datos se consideran de forma cualitativa. Se trata de un estudio exploratorio con el fin de determinar el estado de las pacientes en estas variables. Se realizó un estudio de las variables dependientes mencionadas, así como de sus relaciones y posibles diferencias. Dicho análisis se emitió mediante el paquete estadístico SPSS (versión 11.5), y, de forma específica los análisis fueron los siguientes: descriptivos, correlaciones de Pearson y diferencias de medias.

## RESULTADOS

### 1. Análisis descriptivo

En el presente bloque se desglosan los datos del análisis descriptivo en los siguientes apartados: variables sociodemográficas, variables médicas y psicológicas, actividad sexual, actitudes e información sexual.

#### 1.1. Variables sociodemográficas

El análisis descriptivo indica que el "estado civil" de la muestra estudiada se distribuye del siguiente modo: 48% solteras, 40% casadas y el 12% restante se aglutinan en las condiciones de separadas, divorciadas o convivencia en pareja. De las 25 pacientes entrevistadas 19 tienen hijos (76%), siendo la media de éstos 1 y no superando en ninguno de los casos los 3 hijos.

El "nivel educativo" es mayoritariamente universitario, representando un 55% de la muestra, aunque presentaban estudios primarios y bachillerato el resto de la muestra estudiada.

En relación a la "actividad laboral desempeñada en la actualidad", el 48% trabaja por cuenta ajena, 28% es ama de casa y

un 8% desarrolla actividades por cuenta propia o está en paro respectivamente.

### 1.2. Variables médicas y psicológicas

#### 1.2.1. Generales

De forma mayoritaria, las pacientes son diagnosticadas en "estadios" precoces de la enfermedad, representando el 91,3% de la muestra valorada, y sólo un 12% de los casos sufrieron algún tipo de recidiva.

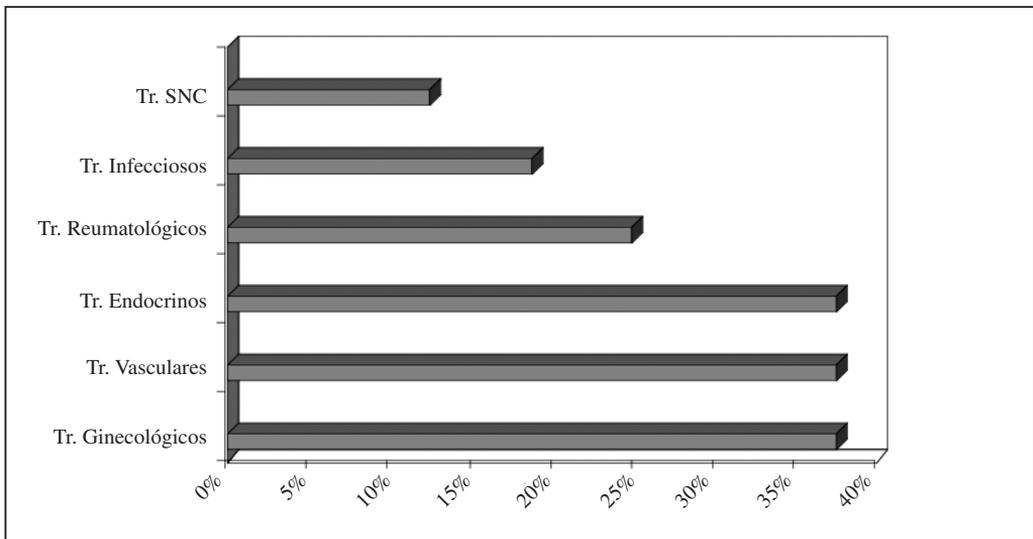
En cuanto al "estado hormonal prediagnóstico" de las pacientes, éste era activo en el 60% de los casos, un 25% perimenopáusicas y, por último, un 10% menopáusicas.

Entre los "antecedentes médicos" cabe citar que el 60% de las mujeres presentaban algún tipo de patología, distribuyéndose en el siguiente orden: trastornos ginecológicos, vasculares, endocrinos, reumatológicos, infecciosos y del SNC (ver gráfico 1).

#### 1.2.2. Tratamientos médicos

La totalidad de los casos han recibido "tratamiento quirúrgico" (54,2% histerectomía radical, 25% histerectomía con doble anexectomía y 20% anexectomía doble o simple) y "terapias complementarias" (64%

Gráfico 1. Antecedentes médicos



quimioterapia, 12% terapia hormonal sustitutiva y 4% radioterapia). Los “efectos secundarios” que se derivaron de los mismos son los que se exponen a continuación: menopausia (40,9%), disminución de la frecuencia sexual (32%), sequedad vaginal (28%), disminución del deseo sexual (28%), estenosis vaginal (24%), dolor genital en el coito (20,8%), retraso orgásmico (20,8%), acortamiento vaginal (8%), problemas intestinales (8%), miedo a las relaciones sexuales (8%), sangrado en el coito (4,2%), desaparición del orgasmo (4%) y por último, fibrosis vaginal (4%) (ver gráfico 2).

En cuanto a la valoración que las pacientes mencionaban de su propio “estado físico”, éste era óptimo en el 76% de los casos.

### 1.2.3. Alteraciones psicopatológicas

El 62,5% de las pacientes objeto de estudio fueron diagnosticadas de algún “trastorno psicopatológico” previo al diagnóstico oncológico, pudiendo presentar la misma paciente diversos cuadros. La distribución de los mismos fue: trastorno de ansiedad (50%), ánimo (50%), sexuales (10%) y orgánicos cerebrales (10%) (ver gráfico 3). Aunque sólo un 13% recibieron

“tratamiento psicológico” a tales patologías, y un 32% precisaron “medicación”.

El 40% de las mujeres entrevistadas “consume algún tipo de sustancia”, de forma específica, tabaco un 60% (media = 20 cigarrillos al día,  $sd = 13,62$ , teniendo un valor mínimo de 2 y un máximo de 40), alcohol 70% (media = 8,86 unidades de alcohol a la semana,  $sd = 8,66$ , y un rango 2-28).

### 1.2.4. Relaciones terapéuticas

Respecto a la “relación terapéutica” mantenida con el ginecólogo, las pacientes refieren que ésta es excelente en el 68% de los casos, y los componentes que consideran mejorables se indican a continuación: mayor relación médico-paciente (66,7%), mayor información (44%), aumento de tiempo en consulta (33,3%), disminución de tecnicismos (25%) y mejor organización (tiempo de espera, condiciones ambientales) (16,7%) (ver gráfico 4).

## 1.3. Relación de pareja y actividad sexual

Un 64% de las mujeres estudiadas presenta “pareja” estable coincidiendo con el diagnóstico oncológico. Existen algunas

Gráfico 2. Efectos secundarios de tratamiento médico

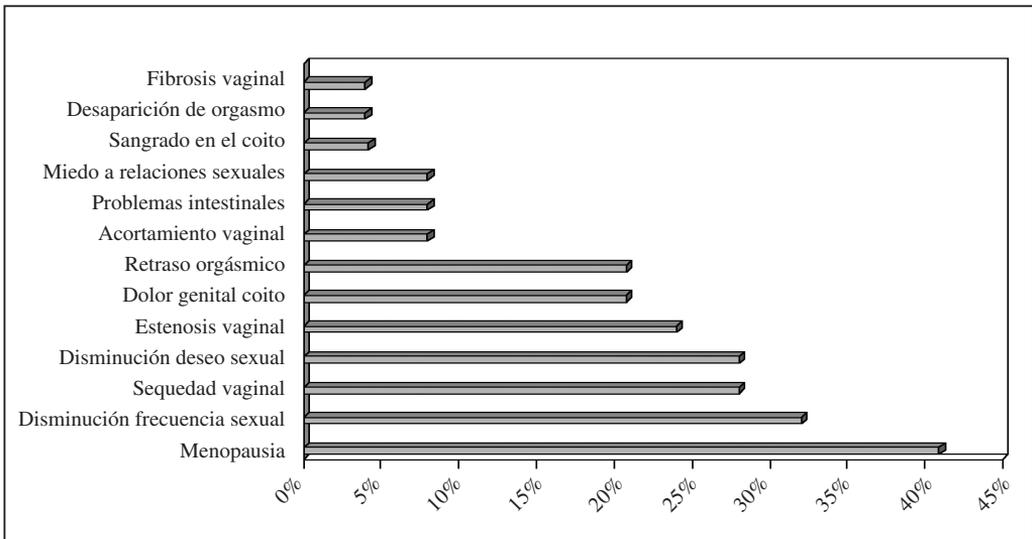


Gráfico 3. Antecedentes psicopatológicos

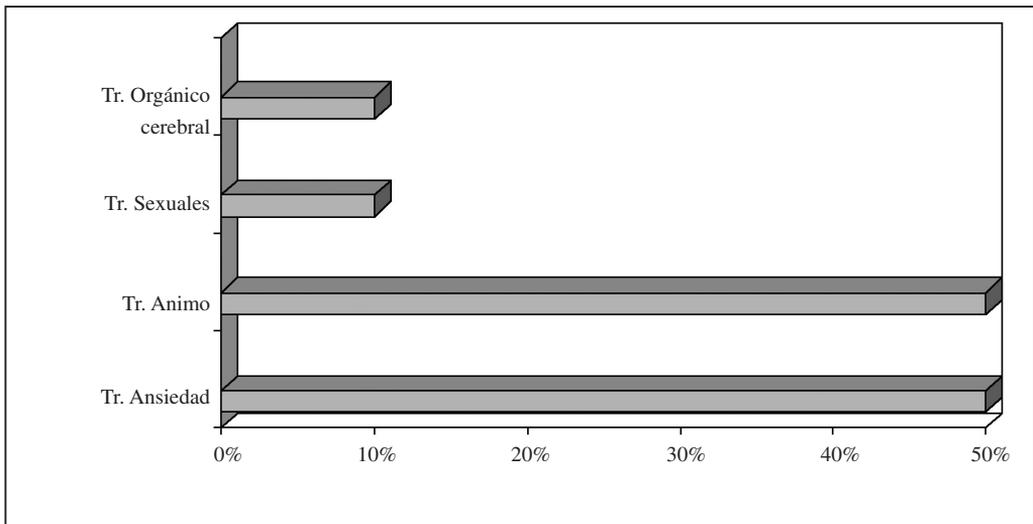
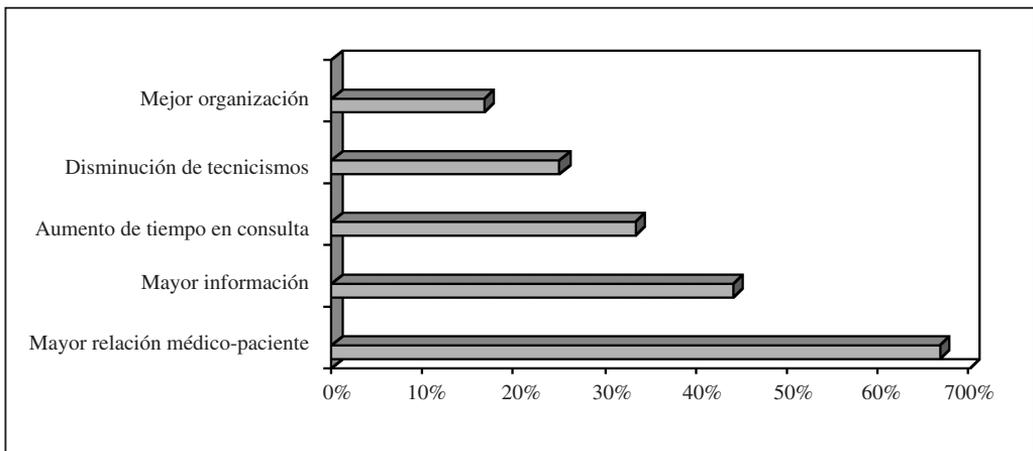


Gráfico 4. Relación terapéutica



matizaciones que cabría mencionar tales como: un 40% de los casos evaluados presentan entre 1-15 parejas previas a la actual y un 8% de las mujeres iniciaron una relación posterior al diagnóstico oncológico.

En cuanto a la actividad sexual el 76,5% considera a su pareja como un "compañero sexual adecuado" y el 87% indican estar "satisfechas con la actual actividad sexual", pudiendo ser ésta nula.

La actividad sexual se lleva a cabo en el "contexto" de una pareja estable (48%),

en una relación amorosa (28%) y en actividades esporádicas (16%).

En relación a la "frecuencia de la actividad sexual pre-tratamiento", las pacientes exploradas refieren que la media es 68,8 (sd : 59,05) relaciones a lo largo de un año, siendo el valor mínimo de 0 y el máximo de 192, representando esto aproximadamente una cifra inferior a dos relaciones por semana. La "frecuencia en el periodo post-tratamiento" disminuye, mostrando una media de 35,65 (sd: 49,4), y el mismo ran-

go, constituyendo la opción más referida, ningún contacto sexual (39,1%).

En cuanto a la "satisfacción obtenida de la actividad sexual pre-tratamiento" en las pacientes del presente estudio, medida a través de una escala likert de siete dígitos, donde 1 es la peor valoración y 7 la mejor, la media es de 5,61 (sd: 1,64). Se identifica que la "satisfacción post-tratamiento" aumenta siendo la media 5,91 (sd: 1,48).

Respecto a los "trastornos sexuales de la pareja", éstos se presentan en el 23,8% de los casos, siendo los más representativos: trastorno de la excitación sexual masculina (40%), trastorno orgásmico masculino (40%), trastorno sexual secundario a consumo de fármacos (20%) y malformaciones genitales masculinas (9,1%) (ver gráfico 5).

Un 87,6% de las mujeres que mantienen actividad sexual en el presente estudio indican estar "satisfechas" con las mismas. El 41,7% no cambiaría nada de su práctica sexual; el porcentaje restante implementaría algunas "modificaciones sobre su actividad sexual" entre las que cabe citar: equiparar el deseo sexual entre ambos miembros de la pareja (29,8%), aumentar frecuencia sexual (16,7%), aumentar habilidades de la pareja para retrasar el orgasmo (16,7%), aumentar habilidades para alcanzar el orgasmo (16,7%), aumentar variedad (posturas, horas) (8,3%), eliminar el temor a embarazo (8,3%), eliminar el dolor coital (4,8%), eliminar disfunción sexual sujeto-pareja (4%), y por último, conseguir pareja (4%) (ver gráfico 6).

Gráfico 5. Trastornos sexuales de la pareja

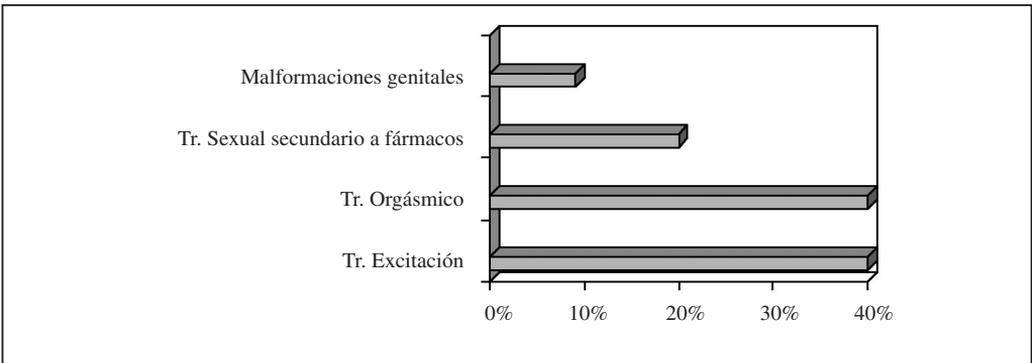
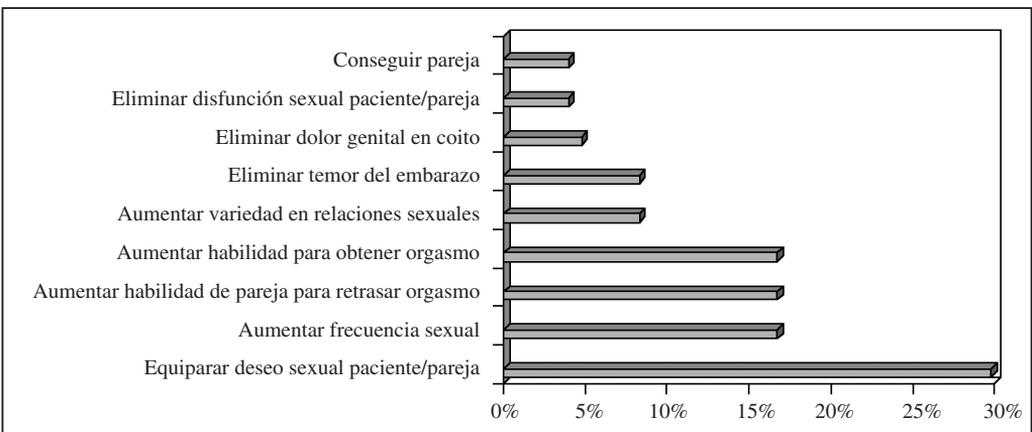


Gráfico 6. Cambios deseados en relación sexual



La “satisfacción en una actividad sexual previa al tratamiento” tiene por media= 6,10 y sd= 1,07, no existiendo en la escala de 1 a 7 dígitos con valor inferior a 4. La “satisfacción a través de estrategias masturbatorias previas al tratamiento” tiene por media= 5,38, y sd= 1,66.

Entre las “variables que más influyen sobre la actividad sexual”, cabe citar la percepción de salud de la paciente o de su pareja (45,5%), ésta es seguida de: problemas en la pareja (18,2%), pérdida de interés sexual (13,6%), separación (13%), situación económica (9,1%), embarazo (9,1%), pérdida de intimidad (9,1%), no tener pareja actualmente (8,7%), decisión voluntaria de no mantener actividad sexual (8,7%), falta de intimidad (4,5%) y estrés laboral (4,3%) (ver gráfico 7).

### 1.3.1. Fases de la respuesta sexual

Las variables que se presentan a continuación se valoraron en una escala tipo Likert de 7 dígitos, correspondiendo 1 al valor mínimo y 7 al máximo.

En relación a la “fase de deseo”, un 58,3% considera éste escaso o nulo en la actualidad y sólo un 12,5% lo valora como muy elevado.

En cuanto a la “fase de excitación”, las “vías fundamentales” utilizadas por estas mujeres son: contacto físico (73,9%), estimulación verbal (52,2%), fantasías sexuales (34,8%), música (26,1%), perfume (17,4%), películas (8,7%), alcohol (4,3%) y ropa interior (4,2%) (ver gráfico 8). El “grado de excitación sexual” obtenida en una relación en pareja previa al tratamiento presenta una media= 5,45 y sd= 1,85. De igual modo, la excitación pre-tratamiento mediante estrategias masturbatorias tiene de media= 5,17 y sd= 1,75.

Respecto a la “respuesta orgásmica” femenina, un 91,3% de las mujeres evaluadas en el presente estudio indican haberla experimentado, de forma específica coincidiendo con el coito en un 69,6% de los casos y con independencia de quién iniciase el contacto sexual entre los miembros de la pareja. Las “vías más utilizadas” para obtener la respuesta orgásmica son: penetración (72,2%), combinación de estrategias (72,2%), estimulación por parte de la pareja (61,1%), autoestimulación (33,3%) y fantasías sexuales (22,2%). (ver gráfico 9). El porcentaje de pacientes que indican una “satisfacción” muy elevada respecto al orgasmo es de un 73,3%. La “intensidad” del orgas-

Gráfico 7. Variables que influyen sobre actividad sexual

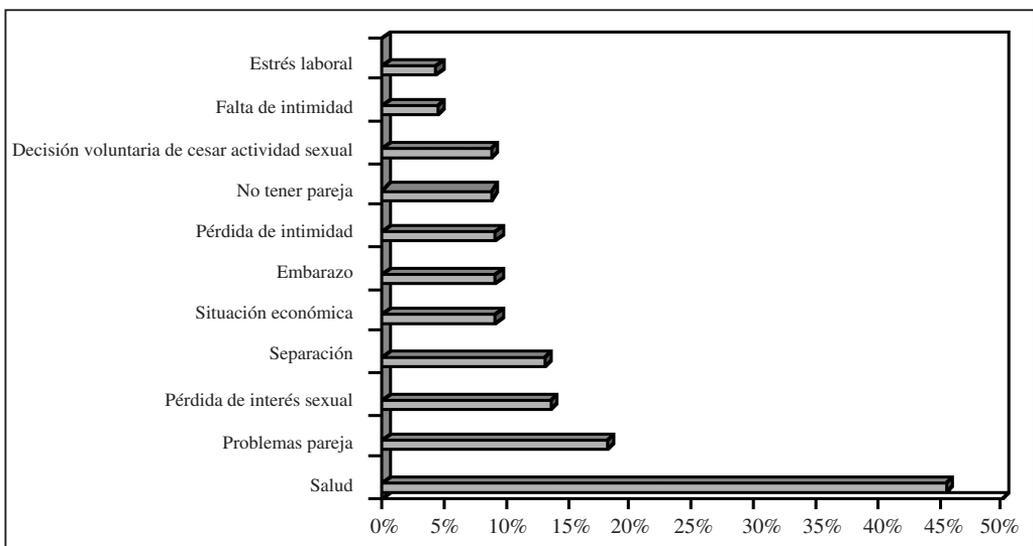


Gráfico 8. Vías de excitación sexual

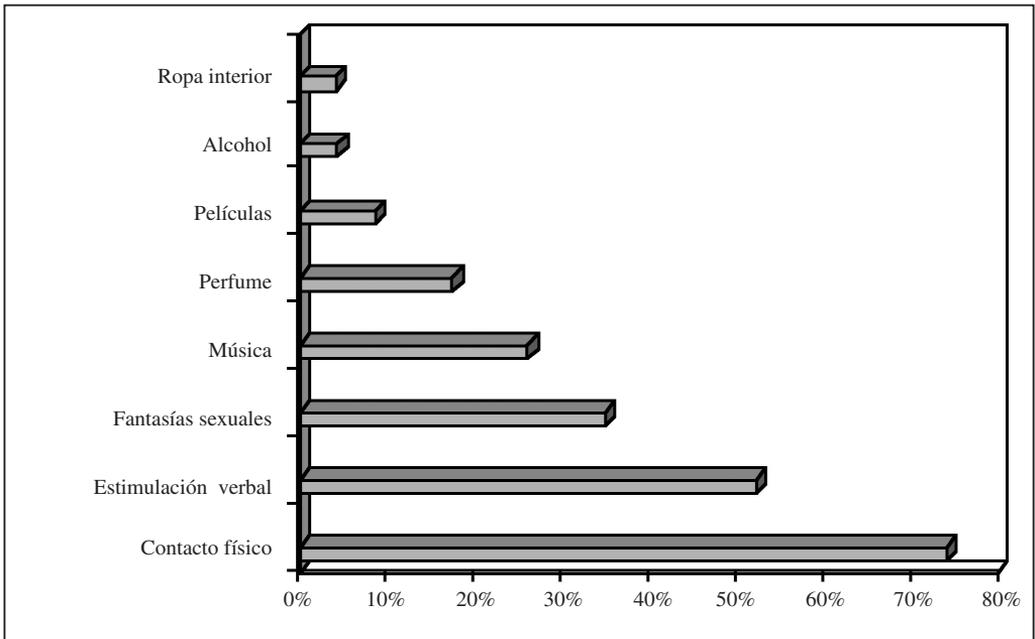
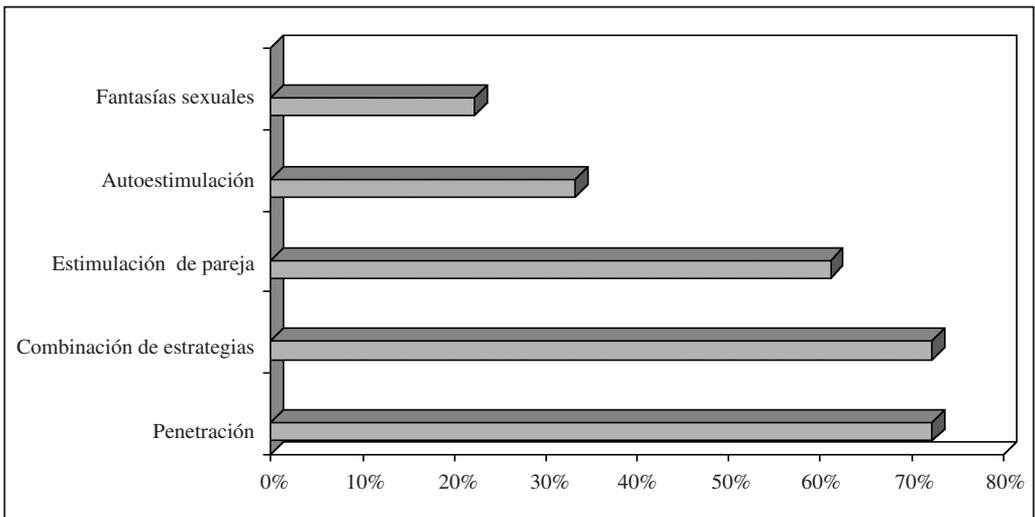


Gráfico 9. Vías para obtener orgasmo



mo obtenido en pareja previo al tratamiento presenta una media= 5,24 y una sd= 1,67. De igual modo, la intensidad del orgasmo pre-tratamiento mediante estrategias masturbatorias tiene de media= 5,17 y sd= 1,75.

### 1.3.2. Anticoncepción

Los métodos anticonceptivos más utilizados son: cirugía oncológica (80%), anticonceptivos orales (8,7%), métodos de

barrer (4,3%) y marcha atrás (4,3%) (ver gráfico 10).

### 1.3.3. Respuesta masturbatoria

Un 60% de las pacientes del presente estudio se ha masturbado en alguna ocasión a lo largo de su vida y en un 50% de las mismas como forma preferente para obtener respuesta orgásmica. Tras el tratamiento oncológico esta práctica sólo es utilizada en el 25% de los casos.

## 1.4. Conocimientos y actitudes sexuales

Las "fuentes fundamentales de adquisición de conocimientos" sobre la reproducción humana son casa, amigos, escuela, iglesia y libros, pero en distinta proporción como queda reflejado en el gráfico 11.

En un 76% de los casos estudiados no existía "comunicación" alguna sobre aspectos sexuales en el domicilio paterno, ésta se planteaba con reservas en un 50% y libremente no ocurría en ninguna de las mujeres valoradas. La "opinión en el ambiente familiar" (95,2%) era que "la sexualidad está bien pero no se habla de ello". De forma específica, la información que las pacientes obtuvieron de sus padres sobre la "menstruación" es muy escasa,

siendo incluso nula en un 48%. Respecto a "sexualidad y reproducción" sólo recibió información un 4% y ninguna de ellas fue informada sobre "relaciones sexuales" ni sobre "sexualidad y placer".

Respecto a "religión", sólo un 8% indican que ésta les influye, y, concretamente, las creencias religiosas no provocan diferencias estadísticamente significativas en temas tales como el aborto, caricias sexuales, anticoncepción y coito, pero es determinante en un 100% de los casos respecto al sexo oral y conducta masturbatoria.

Respecto a "conocimientos y mitos de la respuesta sexual", el 90,5% comparten la creencia de que no es necesario el orgasmo simultáneo para que la satisfacción sea completa, ni que éste necesariamente tenga lugar durante la penetración (78,3%), ni que tan siquiera éste ocurra (78,3%). Así mismo, indican la independencia en el inicio del juego sexual (hombres- 91,7%- y mujeres- 83,3%) para obtener satisfacción. Ante la creencia de la importancia del tamaño del pene para su placer sexual, el 90,9% indican la irrelevancia del dato.

Respecto a la "higiene genital" antes y después de la actividad sexual, un 91,3% la considera favorable, sin embargo, un 45,8% desconoce la expresión del término

Gráfico 10. Métodos anticonceptivos

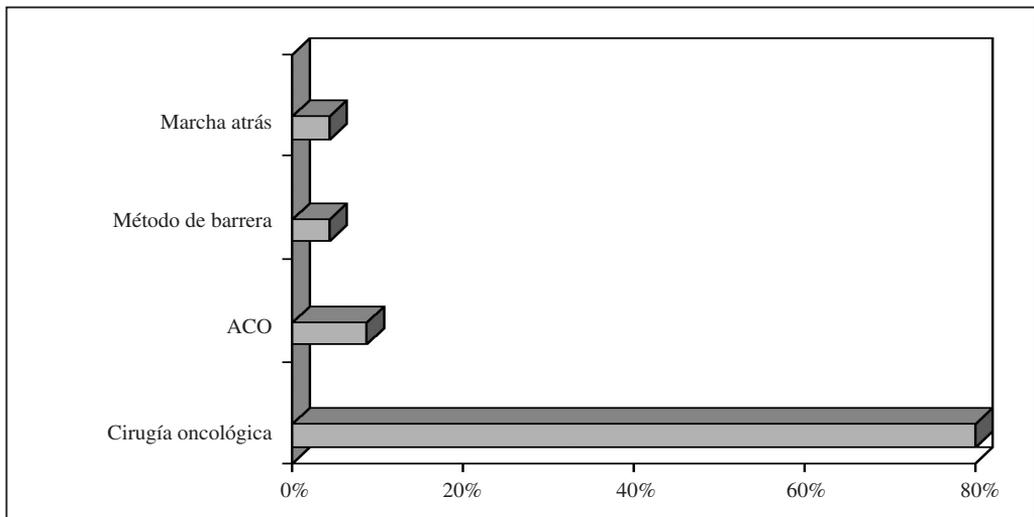
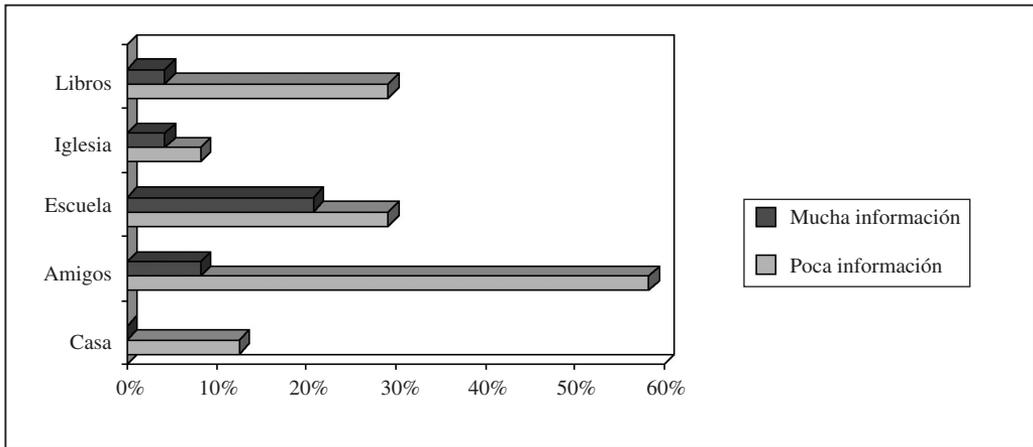


Gráfico 11. Fuentes de información sobre reproducción humana



“lavado vaginal”. De igual modo, consideran que no es adecuado mantener relaciones sexuales durante la menstruación un 69,6% de la muestra.

Las 25 pacientes evaluadas tienen conocimientos sobre “pautas masturbatorias” y un 40% de las mismas expresan una opinión negativa sobre ella e incluso culpa en un 20% de los casos.

## 2. Diferencias de medidas

Respecto a las diferencias entre grupos, éstas se obtienen mediante la prueba “t” de Student entre pares de grupos para muestras relacionadas o independientes.

En relación a las primeras (muestras relacionadas), se identificó la diferencia existente entre “número de relaciones sexuales pre-tratamiento” y “post-tratamiento” en la muestra estudiada, siendo  $t(22)=2,87$ ;  $p=0,009$  ( $p<0,01$ ).

De igual modo, para identificar la posible diferencia entre la “satisfacción pre-tratamiento” y “post-tratamiento” se realizó la misma prueba, no alcanzando en este caso la significación estadística.

En cuanto a las segundas (muestras independientes), cuando las varianzas no muestran diferencias significativas (probabilidad de  $F>0,05$ ), se utiliza la prueba asumiendo que

las varianzas son iguales, y, cuando existen diferencias significativas, se utiliza la prueba asumiendo que las varianzas son diferentes. En concreto, se realizó una diferencia entre grupos siendo las variables “¿conoce la expresión lavado vaginal?” y la “edad (<45 y <46)”, obteniendo los siguientes valores:  $t(22)=2,286$ ;  $p=0,032$  ( $p<0,05$ ); mientras que no existían diferencias significativas entre el “tipo de cirugía (radical- Wertheim Meigs e histerectomía radical con doble anexectomía- y conservadora- anexectomía unilateral)” respecto al “número de relaciones sexuales actuales” y su “satisfacción con las mismas”.

## 3. Correlaciones de Pearson

Para identificar las relaciones existentes entre pares de variables se realizaron correlaciones de Pearson, obtuvieron significación estadística positiva, las variables “grado de satisfacción con las relaciones sexuales post-tratamiento” y el hecho de “mantener o no relaciones sexuales post-tratamiento”, siendo el valor de  $p=0,085$  ( $p<0,1$ ). Así como, entre “cómo considera su salud física en el momento actual” y “si considera que la salud suya o de su pareja influye en la relación sexual actual”, siendo  $p=0,062$  ( $p<0,1$ ).

Sin embargo, no alcanzaron la significación estadística las cinco siguientes correlaciones entre: "alcanzar el orgasmo por penetración" y "se masturba actualmente para alcanzar el orgasmo"; "tiempo en meses desde el diagnóstico" y "el deseo de no introducir cambios en su sexualidad actual"; "existencia de disfunción sexual masculina" y "nivel de deseo sexual, satisfacción con la relación sexual y frecuencia de relaciones sexuales post-tratamiento de la mujer"; "¿cree que es importante el tamaño del pene para el placer sexual?" y la "estenosis o acortamiento vaginal como efecto secundario del tratamiento".

## CONCLUSIONES

El funcionamiento sexual es una parte importante de la calidad de vida y del bienestar de mucha gente. Y un cambio adverso provocado por el diagnóstico y tratamiento del cáncer de ovario puede provocar alteraciones tanto directas como indirectas en la respuesta sexual. La disfunción sexual es multifactorial, contribuyendo a su desarrollo tanto factores físicos como psicológicos. Entre la problemática identificada en esta muestra cabe citar: decremento del deseo sexual, miedo, dispareunia, estenosis vaginal, cansancio, infertilidad, alteración del placer, alteración de la frecuencia de la actividad sexual y menopausia. Los datos empíricos derivados del presente trabajo justificarían la necesidad de considerar la sexualidad como fenómeno multifactorial que precisa de tratamientos multicomponentes en estas pacientes. Y permitirían explicar y corroborar cómo terapias psicológicas sencillas, limitadas en el tiempo y en fases tempranas facilitan la adaptación de la respuesta sexual tras el proceso neoplásico ovárico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures, 1995.
2. Hoskins W, Pérez C, Young R. Principles and practice of gynecologic oncology. Philadelphia: Lippincott, 1992.
3. Mendiola C. Cáncer de ovario. En A. Die Goyanes, M. Lombart y A. Matilla. Manual de oncología básica. AECC y MEC, 1989.
4. Auchincloss SS. Sexual dysfunction in cancer patients: issues and evaluation and treatment. En JC Holland, JH Rowland, editores. Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. NY: Oxford University Press, 1989.
5. U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999. Incidence. Atlanta. National Cancer Institute, 1999.
6. Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad por cáncer en España, 1999. Disponible en URL: <http://193.146.50.130/cancer/mort2000.txt>
7. Auchincloss SS. Sexual dysfunction after cancer treatment. J Psychosoc Oncol 1991, 9,1, 23-42.
8. Barlow, DH, Durand VM. Psicopatología. EEUU: Thompson, 2003.
9. Molassiotis A, Chan CWH, Yam BMC, Chan SJ. Quality of life in chinese women with gynecological cancers. Support Care Cancer, 2000, 8: 414-22.
10. Carrasco MJ. Disfunciones sexuales femeninas. Guías de Intervención en Psicología Clínica. Madrid: Síntesis, 2001.
11. Lamb MA. Sexuality and sexual functioning. En R. Mc Corkle, M. Grant, M. Frank-Stromborg, editores. Cancer Nursing: a comprehensive textbook (2 ed). Philadelphia, Pa: WB Saunders Co., 1996.
12. Kaplan H. Manual ilustrado de terapia sexual. Barcelona: Grijalbo, 1978.
13. Penson RT, Gallagher J, Gioiella ME. Sexuality and cancer: conversation comfort zone. Oncologist, 2000, 5 (4): 336-44.
14. Cooper C, Watson M. Cancer and stress: psychological, biological and coping studies. NY: John Wiley and Sons, 1991.
15. Andersen BL, Woods XA, Copeland LJ. Sexual self-schema and sexual morbidity among gynaecologic cancer survivors. J Consult Clin Psych, 1997, 65 (2): 221-29.
16. Schover LR. Sexuality and cancer: for the woman who has cancer and her partner. Atlanta, Ga: American Cancer Society, Inc, 1999.
17. Basson R. The female sexual response: a different model. J Sex Marital Ther, 2000, 26: 51-65.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental dis-

- orders (4th ed TR). Washington DC: American Psychiatric Association. Barcelona: Masson, 2002.
19. Shover LR. Sexuality and fertility after cancer. NY: John Wiley and Sons, 1997.
  20. Schover LR, Montagne DK, Lakin MH. Sexual problems. En VT De Vita (Jr), S Hellman y SA Rosenberg, editores. Cancer: principles and practice in oncology. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 1997.
  21. Sypsky ML, Alexander CJ. Impact of disability or chronic illness on sexual function. En ML. Sypsky y CJ. Alexander, editores. Sexual function in people with disability and chronic illness. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, Inc, 1997.
  22. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. En J. Holland, W. Breitbart y P.B. Jacobsen, editores. Psychooncology. NY : Oxford University Press, 1998.
  23. Stewart DE, Wong F, Duff S, Melancon CH, Cheung AM. "What doesn't kill you makes you stronger": an ovarian cancer survivor survey. *Gynecol Oncol*, 2001, 83: 537-42.
  24. Robinson J, Psych C, Faris P, Scott C. Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of old ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy. *Int J Radiat Oncol*, 1999, 44 (3): 497-506.
  25. Stead ML, Brown JM, Falowfield L, Selby P. Lack of communication between health-care professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Brit J Cancer*, 2003, 88: 666-71.
  26. Maughan K, Clarke C. The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on QL and sexuality. *J Clin Nurs*, 2001, 10: 221-29.
  27. Thomas R, Thorton H, McKay J. Patient information materials in oncology: are they needed and do they work?. *Clin Oncol*, 1999, 11: 225-31.
  28. Pion R J. The sexual response profile. Honolulu: Enabling Systems, 1975.

