

## ASPECTOS COGNITIVOS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA CERVICAL

M<sup>a</sup> Eugenia Olivares y Vanesa Hernández

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico San Carlos de Madrid y Universidad Complutense de Madrid.

### Resumen

El cáncer de cérvix es uno de los más frecuentes en las mujeres, y la agresividad de los tratamientos médicos comprometen de forma importante la calidad de vida de las pacientes y en especial, su actividad sexual. Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo analizar una serie de variables relativas a la respuesta y actividad sexual de una muestra de mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de cérvix. Entre los resultados destacables, cabe mencionar la disminución significativa de la frecuencia y la satisfacción con la actividad sexual en la fase post-tratamiento, así como un escaso deseo sexual. Además, se evidenció la influencia de creencias sobre sexualidad en la actividad sexual de las pacientes y la importancia de la percepción subjetiva de salud sobre la misma.

**Palabras clave:** Cáncer de cérvix, respuesta sexual, percepción de salud, creencias.

### Abstract

Cervical cancer is one of the most frequent cancer in women which intense treatment damages quality of life significantly, particularly their sexual activity. The purpose of this study was to analyse sexual activity of a sample of women diagnosed and treated for cervical cancer. Among highlighted results, we found a significant diminution in sexual activity and satisfaction, as well as a low sexual desire. Moreover, patient's believes about sexuality and their health perception demonstrated to be determinant aspects.

**Key words:** Cervical cancer, sexual response, health perception, believes.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es el segundo cáncer femenino más frecuente en el mundo<sup>(1)</sup> y representa aproximadamente el 6% de todas las neoplasias malignas en la mujer<sup>(2)</sup>. Sin embargo, los datos de incidencia y mortalidad en España son menores que en otros países<sup>(3)</sup>. Concretamente, la incidencia en 1996 se cifró en 4-10/ 100.000 mujeres y la mortalidad

en 1998 fue de 562 mujeres<sup>(4)</sup>; siendo Navarra y Zaragoza las provincias con valores más bajos y Mallorca con los más altos<sup>(2)</sup>.

Respecto a la edad de las mujeres afectadas, cabe destacar que el carcinoma invasor se detecta en torno a los 50 años (hacia los 60 años en poblaciones sometidas a *screening*<sup>(5)</sup>), mientras que el carcinoma *in situ* se diagnostica cada vez a edades más tempranas (25-40 años)<sup>(2,3)</sup>. Este descenso en la edad de aparición de la neoplasia, puede explicarse por las múltiples evidencias que muestran una relación etiológica entre el cáncer de cérvix (y sus lesiones premalignas) y algunos tipos del Virus del Papiloma Humano (VPH)<sup>(3,6-8)</sup>, y por el hecho de que la vía principal de transmisión del mis-

### Correspondencia:

María Eugenia Olivares  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos  
Psicológicos  
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid  
Campus de Somosaguas. Pozuelo de Alarcón.  
28223. Madrid.  
E-mail: meolivares@correo.cop.es

mo es la sexual<sup>(7,9)</sup>. No obstante, parece que la infección viral no es suficiente para que ocurra la transformación maligna, por lo que sería preciso la intervención de otros cofactores como: comienzo temprano de la actividad sexual, elevado número de parejas sexuales, paridad, anticonceptivos orales, consumo de tabaco e infección por VIH<sup>(2-4)</sup>.

El cáncer de cérvix es el único de los tumores ginecológicos que puede detectarse de forma precoz a través de la citología<sup>(10-11)</sup>, ya que permite el diagnóstico en la fase preinvasora, cuando el tumor no presenta síntomas. A medida que va progresando hasta carcinoma invasivo, puede aparecer leucorrea y metrorragia (intermenstrual, postmenopáusica y postcoital), y en la enfermedad avanzada aparece dolor y pesadez en abdomen inferior, pelvis, zona lumbar y piernas, así como hematuria y sangrado rectal<sup>(2,10,12)</sup>.

Los procedimientos terapéuticos principales para el cáncer de cérvix son la cirugía, radioterapia (externa y/o braquiterapia) y quimioterapia o la combinación de los mismos. Existen diversas estrategias quirúrgicas que se aplican en función del estadio de la enfermedad: en estadios precoces se opta por la conización o histerectomía total; en estadios más avanzados, se realiza una cirugía más radical (extirpación de útero, ovarios, tercio o mitad superior de la vagina y ganglios linfáticos inguinales) y en los casos de tumores recidivantes, se procede a la exenteración pélvica, que supone retirar además, uretra, vejiga y recto (con las consecuentes derivaciones)<sup>(2-3)</sup>.

De estos tratamientos, y fundamentalmente de la radioterapia<sup>(13-15)</sup>, se derivan múltiples efectos secundarios y secuelas, de entre los cuales destacan: menopausia (con la consiguiente pérdida de lubricación vaginal), fibrosis, acor-

tamiento y estenosis vaginal y sangrado postcoital<sup>(16-20)</sup>. Estos efectos, inciden de forma directa sobre la actividad sexual, siendo esta faceta de la calidad de vida en la que más alteración refieren las pacientes<sup>(14,17,21)</sup>.

Los escasos estudios existentes a este respecto, estiman que entre 20-100% de mujeres tratadas por cáncer ginecológico experimentan dificultades a nivel sexual, que persisten varios años desde la finalización del tratamiento oncológico<sup>(14,15,20,22-25)</sup>. Esta gran variabilidad responde a la escasa homogeneidad de los grupos estudiados, a lo cual habría que añadir problemas metodológicos consistentes en no tener en cuenta variables determinantes tales como el tipo y estadio tumoral, naturaleza del tratamiento, momentos de evaluación, historia sexual y funcionamiento previo al tratamiento y respuesta de la pareja<sup>(24,26)</sup>. De cualquier forma, dichos trabajos muestran que una vez finalizado el tratamiento médico, persisten alteraciones que afectan a todas las fases de la respuesta sexual, siendo las más frecuentes: disminución del deseo sexual<sup>(24,27,28)</sup> y de la excitación (derivada en gran parte de la escasa lubricación vaginal)<sup>(16,19,31)</sup>, dificultad para obtener el orgasmo y disminución de la frecuencia del mismo<sup>(16,19,27)</sup>, dispareunia<sup>(16,19,21)</sup> y disminución de la frecuencia de la actividad sexual o cese de la misma<sup>(21,28,31)</sup>. Además, se presentan datos sobre diversos aspectos cognitivos relacionados con la actividad sexual, entre los que destacan: decremento importante en la satisfacción con la actividad sexual<sup>(20,30)</sup>, insatisfacción con habilidad para alcanzar el orgasmo<sup>(19)</sup>, escaso interés por la sexualidad<sup>(19,21)</sup>, temor a tener relaciones sexuales por dolor o sangrado<sup>(20)</sup> y pérdida de estima como compañera sexual<sup>(20)</sup>. Otra variable relacionada con la actividad sexual, y que también ha sido objeto de análisis, es la comuni-

cación existente en la pareja al respecto, y los resultados muestran que ésta es escasa o nula, a pesar de que tanto la paciente como su pareja refieren estar preocupados por ello<sup>(20)</sup>.

Por tanto, dado el impacto de los cánceres ginecológicos sobre la actividad sexual de las pacientes, el presente trabajo tiene como objetivo en primer lugar describir las variables socio-demográficas, médicas y psicológicas (síntomas de ansiedad y depresión), así como, la actividad sexual y creencias e información, en una muestra de mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de cérvix; y en segundo lugar, identificar las posibles relaciones y diferencias entre ellas.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra está constituida por un total de 23 mujeres con una edad media de 50,35 años ( $Sx=8,89$ ), siendo el rango 33-62 años. Todas ellas diagnosticadas de cáncer de cérvix y remitidas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, para revisión post-tratamiento oncológico.

Los criterios de inclusión de las pacientes para el siguiente estudio son:

1. Menores de 65 años de edad
2. Diagnosticadas y tratadas de cáncer de cérvix
3. No encontrarse en fase terminal de la enfermedad
4. Exentas de otra patología física o mental severa
5. Heterosexuales
6. Nacionalidad española
7. Participación voluntaria en el estudio

### Instrumentos

Se utilizaron los siguientes tres procedimientos de evaluación:

1. Entrevista clínica semiestructurada (elaborada específicamente para el presente estudio). Incluye distintos formatos de preguntas, cerradas-abiertas, tipo likert y dicotómicas.
2. Perfil de respuesta sexual de Pion<sup>(32)</sup> aplicado en forma de entrevista estructurada. Es un instrumento multidimensional que evalúa la relación sexual y de pareja. Está constituido por 80 ítems en los que se indagan áreas centradas en el funcionamiento sexual, historia sexual y relaciones actuales.
3. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)<sup>(33)</sup>, aplicada en forma de entrevista estructurada. La escala consta de 14 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad y depresión, con 7 ítems cada una de ellas respectivamente. Se valora la percepción subjetiva del paciente respecto a ambas escalas. Cada ítems consta de cuatro alternativas de respuesta y miden la intensidad de malestar percibido por el paciente. Los autores sitúan la zona de corte para las dos subescalas en el rango de 8 a 10, considerándose trastorno los valores superiores a 11. Tiene un coeficiente de validez de 0,70 y un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 de fiabilidad para cada una de las subescalas.

En estos tres procedimientos se evaluarán los siguientes grupos de variables:

- Sociodemográficas
- Médicas
- Psicopatológicas
- Actividad sexual
- Conocimiento y actitudes sexuales

## Procedimiento

La selección de las pacientes fue aleatoria, en las consultas externas de la Unidad de Ginecología Oncológica, del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, durante el periodo de seguimiento médico, y una vez finalizados los tratamientos oncológicos. Para ello fue necesario previamente obtener el permiso del propio Servicio para la realización del estudio, así como, una adecuada coordinación con los profesionales de dicha Unidad, para no provocar ningún tipo de interferencia en la dinámica asistencial.

La evaluación se realizó de forma individualizada con una duración aproximada de 70 minutos, y tras la aceptación voluntaria de la paciente para participar en el estudio, así como el compromiso por parte del evaluador de garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos en dicha evaluación.

## Análisis de datos

Se realizó un estudio de las variables dependientes mencionadas así como de sus relaciones. Dicho análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (versión 11.5), y los análisis fueron: estadísticos descriptivos y diferencias de medias (t de Student).

## RESULTADOS

### Datos sociodemográficos

El análisis descriptivo indica que respecto al estado civil la mayoría de las mujeres en el momento del estudio estaban casadas (56,5%), seguido de separadas (30,4%), solteras (8,7%) y por último, divorciadas (4,3%).

En relación al nivel educativo el 68,8% indicaban haber cursado estudios

superiores frente al 25% con nivel de formación BUP y el 6,3% restante tuvieron estudios primarios.

En relación a la situación laboral y la actividad desempeñada la mayoría en el momento de evaluación estaban en activo (72,8%) y la actividad desarrollada era representada fundamentalmente por actividades por cuenta ajena (50%) y amas de casa (37,5%).

### Datos médicos

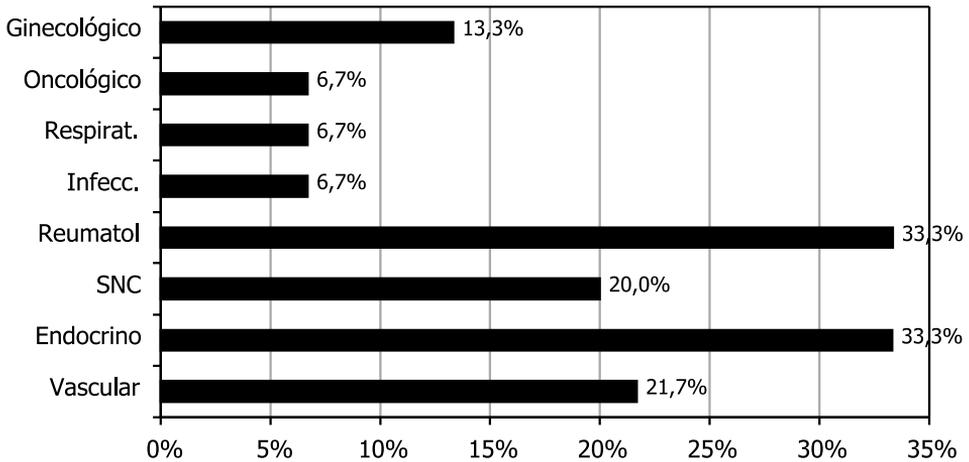
Un dato relevante hace referencia al estadiaje de la enfermedad siendo éste el 95,7% inicial (FIGO I, II) y solo un 4,3% avanzado (FIGO III, IV). Sin evidenciar ninguna recidiva siendo el tiempo medio desde el diagnóstico oncológico de 5,76 años.

En relación al estado hormonal previo al diagnóstico oncológico en la mayoría de las pacientes era activo (73,6%) y un 21,1% menopáusico.

Entre los antecedentes médicos cabe citar que el 65,2% de las mujeres presentaban algún tipo de patología, distribuyéndose en el siguiente orden: Reumatológico, endocrino, vascular (véase Figura 1: Antecedentes médicos).

En cuanto al tratamiento médico recibido para su patología oncológica de cérvix, el 100% de las pacientes fueron tratadas quirúrgicamente (82,6% mediante el procedimiento de histerectomía radical y el 17,4% restante mediante histerectomía simple), un 34,8% recibieron únicamente este procedimiento terapéutico, el resto recibió combinaciones diversas de tratamiento (véase Tabla 1: Modalidades terapéuticas).

Los tres efectos secundarios más frecuentes derivados de los tratamientos médicos recibidos a nivel físico fueron la menopausia (78,9%), seguidos de la sequedad (78,3%) y el acortamiento vaginal (52,2%), respecto a su efecto a ni-

Figura 1. **Antecedentes Médicos**Tabla 1. **Modalidades Terapéuticas**

<b>Cirugía</b>	<b>34,8%</b>
<b>Cirugía + Radioterapia Externa + Braquiterapia</b>	<b>26,1%</b>
Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia Externa + Braquiterapia	8,7%
Cirugía + Hormonoterapia	8,7%
Cirugía + Radioterapia Externa + Braquiterapia	8,7%
Cirugía + Radioterapia Externa	4,3%
Cirugía + Braquiterapia	4,3%
Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia Externa + Braquiterapia + Hormonoterapia	4,3%

vel sexual fueron la disminución de la frecuencia sexual (78,3%), seguido de la disminución de deseo (69,6%) y de dolor coital (56,5%). (Véase Figura 2 y 3).

### **Actividad sexual y relaciones de pareja tras el tratamiento oncológico**

El 87% de la muestra presentaba pareja estable en el momento del diagnóstico oncológico y esa misma cifra se codifica en el momento de la evaluación psicológica.

En relación a la frecuencia de la actividad sexual pre-tratamiento, las pacientes exploradas refieren que la media es 117,14 ( $S_x = 84,50$ ) relaciones a lo largo de un año. La frecuencia de la actividad sexual en el periodo post-tratamiento disminuye, mostrando una media de 40,86 ( $S_x = 47,52$ ). La diferencias en la frecuencia de actividad sexual en el periodo pre y post tratamiento alcanza la significación estadística ( $t = 4,85$ ,  $p = 0,000$ ).

La satisfacción de la respuesta sexual en el periodo pre-tratamiento es valo-

Figura 2. **Efectos secundarios del tratamiento médico a nivel físico**

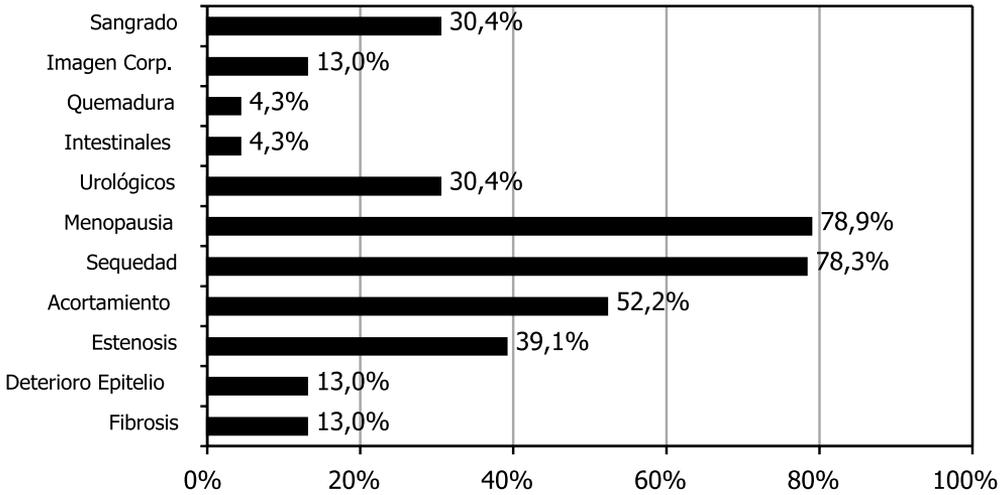
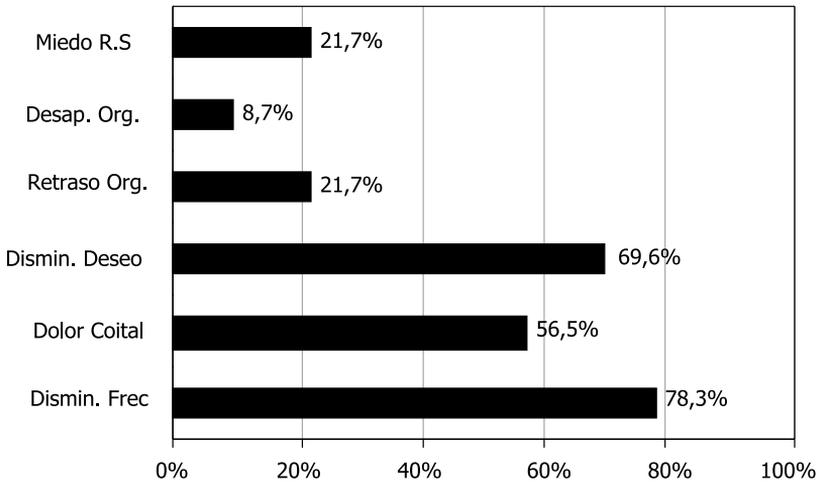


Figura 3. **Efectos secundarios del tratamiento médico a nivel sexual**



rada por las mujeres evaluadas con una media de 6,05 (Sx: 1,19), en una escala Likert 1-7 dígitos (donde 1 es la peor valoración y 7 la mejor), disminuyendo ésta en el post-tratamiento a una media de 4,25 (Sx= 2,31). Esta diferencia de satisfacción de la respuesta sexual pre-post-tratamiento es estadísticamente significativa ( $t=3,42$ ,  $p=0,003$ ). A pesar de

este descenso el 63,6% de las pacientes evaluadas indican estar satisfechas con su actividad sexual actual (véase tabla 2).

En cuanto a las fases de la respuesta sexual, el nivel de deseo es bajo siendo la media 2,91 y la desviación típica 1,76 en una escala likert de 1 a 7. Respecto a la fase de excitación, el 86,9% la experi-

Tabla 2. **Diferencias en frecuencia y satisfacción sexual en el pre y post tratamiento médico**

	Media	D.T.	t	Sig.
Frecuencia al año Pre-tratamiento	117,14	84,50	4,85	,000
Frecuencia al año Post-tratamiento	40,86	47,52		
Satisfacción Pre-tratamiento (1-7)	6,05	1,19	3,42	,003
Satisfacción Post-tratamiento (1-7)	4,25	2,31		

Figura 4. **Fuentes de Excitación Sexual**

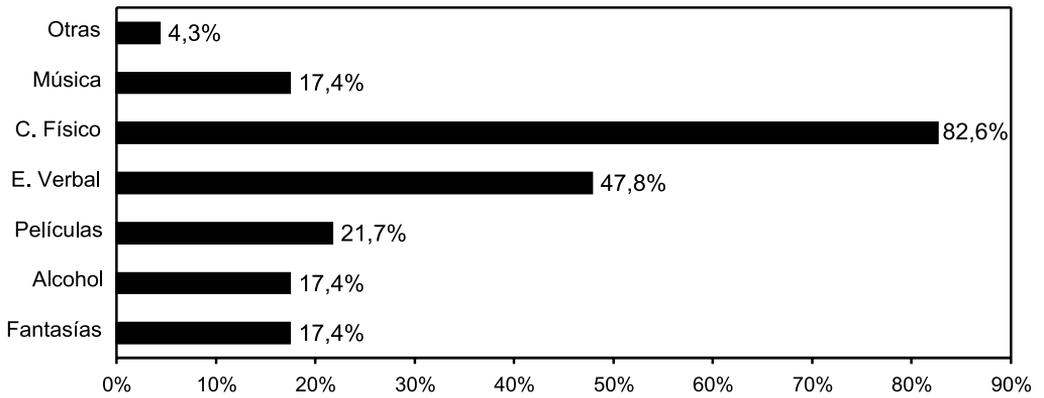


Figura 5. **Vías de orgasmo**

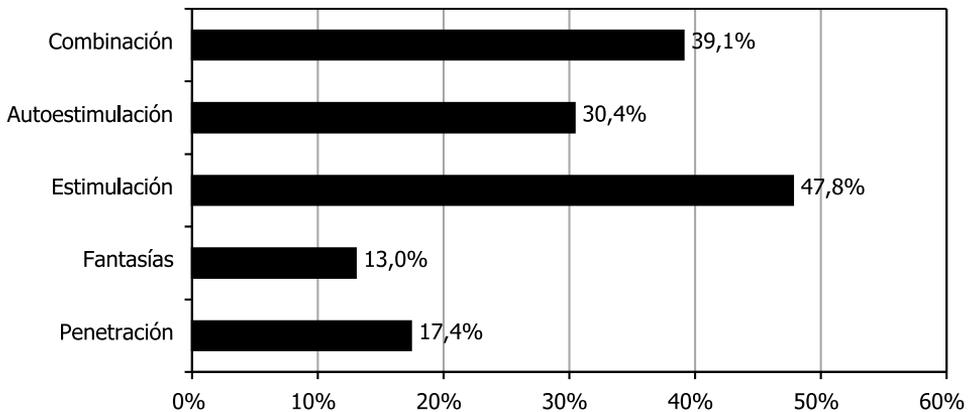


Tabla 3. **Influencias sobre actividad sexual**

Separación	13%
Situación económica	17,4%
Problemas de pareja	13%
<b>Pérdida de interés personal</b>	<b>30,4%</b>
Pérdida de intimidad por parte de la pareja	4,3%
<b>Salud propia o de la pareja</b>	<b>82,6%</b>
Falta de intimidad	4,3%
Interés hacia otra persona	8,7%
Decisión de abandonar sexualidad tras tratamiento	4,3%
No tener pareja actualmente	13%
Creencias religiosas	0%

Tabla 4. **Percepción de Salud**

	t	Signif.
<b>Frecuencia post-tratamiento</b>	3,473	,002
<b>Disminución de la frecuencia como efecto secundario del tratamiento médico</b>	-11,63	,000
<b>Satisfacción post-tratamiento</b>	6,03	,000
<b>Nivel de deseo sexual actual</b>	6,676	,000

Tabla 5. **Cambios deseados en la actividad sexual**

<b>Aumentar la frecuencia</b>	<b>56,5%</b>
<b>Equiparar el deseo sexual al de la pareja</b>	<b>47,8%</b>
<b>Aumentar la habilidad para alcanzar el orgasmo</b>	<b>30,4%</b>
Aumentar la variedad (hora, postura...)	17,4%
Aumentar la habilidad de la pareja para retrasar el orgasmo	8,7%
Eliminar el dolor coital	8,7%
Eliminar disfunción sexual propia/pareja	8,7%
Reconstrucción vaginal	4,3%
Incrementar el juego previo	4,3%
Tener pareja	8,7%
<b>No cambiaría nada</b>	<b>21,7%</b>

mentan, siendo las fuentes principales de excitación: contacto físico (82,6%), estimulación verbal (47,8%) y películas (21,7%) (Véase figura 4). Por último, la fase orgásmica se experimenta por el 56,5% en la actualidad, manifestando una satisfacción media de 4,73 (en la escala de 1-7) y siendo las vías más comunes: estimulación (47,8%), combinación de distintas modalidades (39,1%) y autoestimulación (30,4%) (véase figura 5).

Los sentimientos tras la relación sexual de las pacientes estudiadas, fueron en un 58,8% satisfacción, 29,4% insatisfacción, 17,6% tranquilidad, 5,9% dolor, 5,9% culpa y por último, 5,9% preocupación/ansiedad

Existen determinadas cuestiones que las pacientes valoran que ejercen influencia sobre la actividad sexual, las más frecuentemente citadas son: la salud propia o de la pareja (82,6%) y la pérdida de interés personal (30,4%) (véase tabla 3).

Las pacientes evaluadas en el presente estudio tienen una percepción óptima sobre su salud con una media=5,39 ( $Sx=1,67$ ) en una escala Likert (1-7) donde 7 es la máxima puntuación. Dicha percepción de salud influye sobre la frecuencia post-tratamiento ( $t=3,47$ ,  $p=0,002$ ), disminución de la frecuencia como efecto secundario a los tratamientos médicos ( $t=-11,63$ ,  $p=0,000$ ), satisfacción post-tratamiento ( $t=6,03$ ,  $p=0,000$ ) y el nivel de deseo actual  $t=6,67$ ,  $p=0,000$  ( $p<0,001$ ), alcanzando en los cuatro casos la significación estadística. (véase tabla 4)

Así mismo las pacientes quieren incorporar cambios en su actividad sexual los más frecuentes: aumentar la frecuencia (56,5%), equiparar el deseo sexual al de la pareja (47,8%) y aumentar las habilidades para alcanzar el orgasmo (30,4%) (véase tabla 5).

Ante estos datos llama la atención que la comunicación sobre sexualidad en la pareja medido mediante una escala de 7 dígitos es muy baja con una media de 2,22 ( $Sx=1,4$ ), y los desacuerdos sobre sexualidad en la pareja se da en el 22% de la muestra evaluada.

### Conocimientos y actitudes sexuales

Datos relevantes son los que hacen referencia al nivel de información de las pacientes respecto a la respuesta sexual entorno a las siguientes cuatro áreas: información recibida en domicilio familiar, actitudes de los padres hacia la sexualidad, creencias relativas al orgasmo y creencias sobre sexualidad (véase tablas 6,7,8,9). En cuanto a la información recibida en el domicilio familiar, cabe resaltar la escasez de la misma, ya que menos del 10% de la muestra manifestó haberla recibido.

Además, y en relación con lo anterior, la actitud de los padres hacia la sexualidad era favorable, pero con una importante reticencia a hablar sobre ella en el 77,3% de los casos. Por otra parte, las pacientes comparten una serie de creencias sobre el orgasmo, entre las que destacan la necesidad del orgasmo para obtener satisfacción plena (26,1%) y que éste sea

Tabla 6. Información sexual recibida en el domicilio familiar

Existía comunicación sobre sexualidad	4,3%
Recibió información sobre sexualidad reproducción	8,7%
Recibió información sobre sexualidad y placer	4,3%
Cantidad de información recibida sobre la menstruación (1-7)	Media= 2,30

Tabla 7. **Actitudes de los padres hacia la sexualidad**

"La sexualidad es buena"	4,3%
"Está bien pero no se habla de ello"	77,3%
"No se habla de ello, porque la sexualidad no es buena"	18,2%
Actitud hacia la actividad sexual de las pacientes (1-7)	Media= 3,95

Tabla 8. **Creencias relativas al orgasmo**

Necesidad de orgasmo para satisfacción	26,1%
Necesidad de orgasmo simultáneo	39,1%
Orgasmo debería ocurrir durante la penetración	17,4%
Aceptable orgasmo previo a la penetración	73,9%
Aceptable orgasmo tras penetración	73,9%

Tabla 9. **Creencias sobre sexualidad**

Importancia del tamaño del pene	13%
Opinión hacia la masturbación (1-7)	Media=6,36 Sd=1,22
Influencia de creencias religiosas sobre la actividad sexual	0%

simultáneo (39,1%) y la posibilidad de experimentar el orgasmo antes o después de la penetración (73,9%).

Por último y en referencia a las creencias sobre sexualidad, se obtuvo que estas mujeres tienen una opinión muy favorable hacia la masturbación (Media=6,36; Sx= 1,22) y, en ninguna de ellas, la actividad sexual no está influida por preceptos religiosos.

### Síntomas de ansiedad y depresión

Los resultados obtenidos en la subescala de Ansiedad del HAD, muestran una media de 6,78 (Sx= 5,07) y se objetivó su influencia sobre al nivel de deseo sexual ( $t = -3,017$ ;  $p < 0,01$ ).

En la subescala de Depresión, se alcanzó una puntuación media de 4,22 (Sx= 4,07), y se evidenció su influencia

sobre la experiencia de preocupación/ ansiedad tras la relación sexual ( $t = -4,615$ ;  $p < 0,001$ ).

### CONCLUSIONES

1. Se evidencia el impacto del diagnóstico y los tratamientos oncológicos sobre la actividad sexual de estas pacientes
2. Este impacto se objetiva en las tres fases de la respuesta sexual, así como en la frecuencia y la satisfacción de la actividad sexual
3. Se identifica una escasa información sobre la sexualidad, así como, creencias erróneas o mitos respecto a la misma.
4. Además, la sintomatología ansiosa y depresiva influye sobre la respuesta sexual de las pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso JM, Bellas B, Cierco P, Gálvez M, González J, Martín N, et al. Prevención del cáncer. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 76-98.
2. López A, Pérez J, Mendiola C. Cáncer ginecológico (ovario y cérvix). Em: Valentín Maganto V, director. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología; 2003.p. 355-78
3. Waggoner SE. Cervical cancer. *Lancet* 2003; 361:2217-25.
4. Rosado A, Villegas P. Epidemiología/Etiología. En: Valentín Maganto V, director. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología; 2003. p. 13-6
5. Pérez P, Refolio C. Prevención secundaria. Screening. Diagnóstico precoz. En: Valentín Maganto V, director. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología; 2003. p. 33-46
6. Johnson K. Periodic health examination, 1995 update. Screening for human papillomavirus infection in asinomatic women. Canadian task force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc* 1995; 152:483-93.
7. Cannistra, SA, Niloff, JM. Cancer of the uterine cervix. Review Articles. *N Engl J Med* 1996; 334:1030-8.
8. Boyle DC, Smith JR. Infection and intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Cancer* 1999; 9:177-86.
9. Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87: 796-802.
10. Jiménez A, Ferrer J, Rodríguez R. Carcinoma de cérvix. En Cortés-Funes H, Díaz Rubio E, García-Conde J, editores. *Oncología Médica*. Madrid: Nova Sidonia Oncología, 1999, p. 789-808.
11. Wharton JT, Tortolero-Luna G. Neoplasms of the cervix. En: Bast RC, Kufe D, Pollock RE, Weichselbaum RR, Holland JF, Frei E, editores. *Cancer Medicine*, 5 ed, Hamilton, Ontario: BC Decker Inc; 2000. p. 1631-66.
12. Refolio C, Villegas P. Diagnóstico. En: Valentín Maganto V, editor. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología; 2003. p. 47-58.
13. Schover LR, Fife M, Gershenson D. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer* 1989; 63(1):204-12.
14. Hawighorst- Knapstein S, Fushoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt M, Pilch H, et al. The impact of treatment of genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gyneco Oncol* 2004; 94: 398-403.
15. Corney R, Crowther M, Howells A. Psychosexual disfunction in women with gynaecologic cancer following radical pelvic surgery. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 73-8.
16. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Seineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med* 1999; 340:1383-9.
17. Roos EJ, de Graeff A, van Eijkeren MA, Boon TA, Heintz APM. Quality of life after pelvic exenteration. *Gynecol Oncol* 2004; 93: 610-4.
18. Schover, LR. *Sexuality and fertility after cancer*. New York: John Wiley, 1997.
19. Carter J, Rowland K, Chi D, Brown C, Abu-Rustum N, Castiel M, Barakat R. Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecol Oncol* 2005; 97:90-5.
20. Gamel C, Hengeveld M, Davis B. Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2000; 9: 678-88.

21. Molassiotis A, Chan CWH, Yam BMC, Chan SJ. Quality of life in Chinese women with gynaecological cancers. *Support Care Cancer* 2000; 8: 414-22.
22. Wilmoth M, Botchway P. Psychosexual implications of breast and gynecologic cancer. *Cancer Invest* 1999; 17:631-6.
23. Eifel PJ, Berek JS, Tate J. Cancer of the cervix, vagina and vulva. En: De Vita V Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editores. *Cancer principles and practice of oncology*. 5 ed. Philadelphia: Lippincott, 1997. p.1433-78.
24. Olivares, ME. Tumores ginecológicos. En: Die-Trill M, editora. *Psico-oncología*. Madrid: ADES; 2003. p. 249-59
25. Andersen BL, Anderson B, deProse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 683-91.
26. Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life in gynecologic cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 1997; 47: 218-25.
27. González-Cortijo L, Amador L. Complicaciones específicas del cáncer. En Valentín Maganto V, director. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología; 2003; p. 235-44
28. Aunchincloss SS, McCartney CF. Gynecologic Cancer. En: Holland H, Breitbart W, Jacobsen PB, editores. *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1998. p 359-60.
29. Alonso Fernández C. Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico. En Valentín Maganto V, director. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología; 2003. p. 771-84.
30. Lutgendorf S, Anderson B, Rothrock N, Buller R, Sood A, Sorosky J. Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer* 2000; 89: 1402-11.
31. Andersen BL, Woods XA, Copelan LJ. Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65 (2):221-9.
32. Pion RJ. *The Sexual Response Profile*. Honolulu: Enabling Systems, 1975.
33. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-70.