

SEXUALIDAD, COMUNICACIÓN Y EMOCIONES: ESTUDIO SITUACIONAL CON MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER GINECOLÓGICO

SEXUALITY, COMMUNICATION AND EMOTIONS: A SITUATIONAL STUDY IN WOMEN AFFECTED BY GYNECOLOGIC CANCER

Cristina Pallí*, Jun Lluçh* y Sergi Valero**

* Departamento de Psico-oncología, Institut Català d'Oncologia-Girona. Hospital Universitari Josep Trueta de Girona.

** Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Resumen

Objetivo: El cáncer ginecológico y sus tratamientos pueden alterar profundamente distintos aspectos de la calidad de vida de las mujeres afectadas, entre ellos, su vida sexual. Nuestro estudio detecta los principales síntomas sexuales e identifica algunos factores que influyen en la posible afectación sexual.

Método: Participaron en el estudio mujeres afectadas de cáncer de ovario, endometrio, cérvix, vagina o vulva y tratadas en nuestro centro, respondiendo un cuestionario sobre datos sociodemográficos, la escala HADS para valorar el ajuste emocional y el cuestionario Función Sexual de la Mujer (FSM) para detectar sintomatología sexual.

Resultados: un tercio (34%) de las mujeres abandonaron las relaciones sexuales por causas relacionadas con el cáncer. Las mujeres activas sexualmente en el momento de la entrevista sufrían los siguientes síntomas: lubricación escasa (62,5%), baja frecuencia de relaciones (57,8%) y pobre deseo (57,8%); dificultades con la excitación (62,5%), el orgasmo (39,1) y la penetración (34,4%). El funcionamiento sexual disminuye con la depresión ($p=0.002$) y la ansiedad. A mayor tiempo libre de tratamiento, mayor es la recuperación de la sexualidad ($p=0.045$). No se detectan diferencias significativas en el funcionamiento sexual en función de la localización del tumor, el estadio de la enfermedad y la presencia de menopausia antes del diagnóstico de cáncer.

Abstract

Aim: Gynaecological cancer and its treatment regimes profoundly affect several quality-of-life domains such as sexuality. Our study identifies main sexual symptoms and some factors related to sexual dysfunction.

Method: We interviewed women affected by ovarian, endometrial, cervical or vulvar cancer treated in our centre. Women answered a questionnaire on sociodemographic data, the Hospital Anxiety Depression Scale to evaluate emotional adjustment and the Woman Sexual Functioning Questionnaire to detect sexual symptoms.

Results: One third of all women (34%) had quitted sexual relations for cancer-related reasons. Sexually active women at the time of interview experienced the following symptoms: low lubrication (62.5%), low frequency of relations (57.8%) and poor sexual desire (57.8%); difficulties with excitation (62.5%), orgasm (39.1) and penetration (34.4%). Sexual functioning diminishes with depression ($p=0.002$) and anxiety. Longer time free of treatment tends to improve SF ($p=0.045$). No significant differences of SF were observed depending on cancer site, disease stage, age and menopause status.

Conclusions: Gynaecologic cancer and its treatments profoundly affect sexuality. Most of women expressed their wish to be better informed. Further research should clarify the role of specific treatments.

Correspondencia:

Dpto de Psico-oncología, Institut Català d'Oncologia-Girona. Hospital Universitari Josep Trueta de Girona.
Av. de França s/n. 17007 Girona
E-mail: cristina_palli@hotmail.com

Conclusiones: El cáncer ginecológico y sus tratamientos alteran considerablemente la sexualidad de las mujeres afectadas. La mayoría de las mujeres expresaron su deseo de tener más información. La investigación futura debería aclarar el papel de los tratamientos específicos.

Palabras clave: Sexualidad, cáncer ginecológico, disfunción sexual.

Key words: sexuality, gynaecological cancer, sexual dysfunction.

CÁNCER GINECOLÓGICO Y SEXUALIDAD

Desde que la psico-oncología empezó a interesarse por la sexualidad de los pacientes con cáncer como un aspecto importante en su calidad de vida, tenemos evidencia de que pasar por un cáncer puede crear importantes dificultades en la vida sexual de estas personas y de sus parejas, debido bien a la enfermedad en sí misma, bien al rigor de los tratamientos. Estas dificultades pueden restringirse al período de tratamiento y recuperación, continuar más allá durante un tiempo, o incluso llegar a cronificarse.

Si bien se ha investigado la afectación sexual en distintas neoplasias, la apabullante mayoría de los estudios en psico-oncología se han centrado en el cáncer de mama⁽¹⁻⁴⁾ y el de próstata⁽⁵⁻⁷⁾. De un modo sin duda sorprendente, muchos menos esfuerzos se han dedicado a entender el impacto sobre la sexualidad de los distintos tipos de cáncer ginecológico, a pesar del generalizado convencimiento de la gran mayoría de los profesionales de la psico-oncología sobre el fuerte impacto que supone este tipo de neoplasia sobre la vida sexual de las mujeres afectadas y de sus parejas.

Hoy en día ya conocemos gran parte de la afectación que produce un cáncer ginecológico. Por un lado, la enfermedad puede producir ascitis, dolores pélvicos, hemorragias y cansancio extremo. Por el otro, los tratamientos, tanto los oncológicos

como los quirúrgicos, amplían el abanico de lesiones genitales¹. La intervención quirúrgica ginecológica en muchos casos consiste en una extirpación del útero, de los dos ovarios e, incluso en algunas ocasiones del tercio superior de la vagina. La radioterapia daña tejidos internos, produce cicatrices que pueden en algunos casos resultar dolorosas posteriormente al tener relaciones, y puede causar colapso, estrechamiento y atrofia vaginal. La quimioterapia, si bien produce una afectación global no localizada en los genitales, puede afectar los niveles de deseo, así como el bienestar general del cuerpo con sus efectos secundarios (náuseas, vómitos, neuropatías, cansancio, etc.). Por último, aunque en casos minoritarios, la cirugía en el caso de cáncer de vulva o vagina puede incluir extirpación del clítoris.

No sólo la afectación física es considerable. El impacto psicológico de esta enfermedad y sus tratamientos es también elevado. Además de las reacciones psicológicas adversas que produce todo diagnóstico de cáncer, el cáncer de ovario

1 Obviamos en esta lista no exhaustiva efectos secundarios e iatrogénicos menos específicos, resultado de la operación quirúrgica (como morbilidad febril, trombosis, embolia pulmonar, disfunción de la vejiga urinaria, formaciones de fístulas) o de la radioterapia (daños intestinales como obstrucción, fístulas, perforaciones o complicaciones urinarias como hematuria, estenosis de la uretra o fístulas vesículo-vaginales).

suele ser diagnosticado en estados avanzados de la enfermedad, lo que ocasiona un sufrimiento añadido a la hora de adaptarse al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. En función de la edad de la mujer afectada, un cáncer ginecológico puede interrumpir su proyecto de maternidad, con el consiguiente trasiego que esto supone para su vida y la de la pareja. Por último, está por analizar el impacto sobre la imagen corporal y el sentido de feminidad que dichos tratamientos acarrearán.

Viendo tamaña afectación sexual y psicológica, es difícil de explicar la poca atención que ha merecido el dilucidar la sintomatología sufrida por las mujeres afectadas de dichas neoplasias, el impacto en su calidad de vida y sobre su relación de pareja, así como las dificultades de recuperación a largo plazo. Tanto es así, que no se encuentran estudios sobre este tema concreto en nuestro país.

La mayoría de la escasa evidencia empírica acumulada hasta el momento proviene de países anglosajones, ofreciendo un esbozo de la afectación sexual documentada hasta el momento. Los resultados pueden ser resumidos del siguiente modo. Sin pretender ser exhaustivos, en la literatura se pueden identificar algunas líneas de investigación principales. Por un lado, podemos listar trabajos en que se evalúa la calidad de vida y la distinta sintomatología sexual de las pacientes con cáncer ginecológico⁽⁸⁻²³⁾. Estos trabajos ponen de manifiesto que un año después del tratamiento hay una afectación sexual en un 50% de las mujeres; hay síntomas que tienden a perdurar en el tiempo, como la disminución del interés por el sexo y problemas de lubricación. Otros tienden a mejorar con el tiempo, como la dispareunia, la incomodidad durante el coito por cambios en la vagina, problemas de ansiedad y de orgasmo.

Una segunda línea de investigación importante trata de dilucidar el efecto que cada uno de los tratamientos posibles tiene sobre la sexualidad de las mujeres⁽²⁴⁻³⁵⁾. Un ejemplo de esta segunda línea son los trabajos que tratan de comparar los efectos de la radioterapia y el de la histerectomía radical; aunque muchos estudios con mujeres con cáncer de cérvix sugieren que la radioterapia es un tratamiento más agresivo que la operación quirúrgica, los resultados que arrojan estos trabajos no son todavía concluyentes, y en algunas ocasiones son incluso contradictorios. También encontramos publicaciones sobre intervención en disfunción sexual con mujeres con cáncer ginecológico⁽³⁶⁻⁴⁰⁾ y algún artículo sobre metodología⁽⁴¹⁾.

Aunque interesantes, estos resultados dejan muchos interrogantes abiertos, y plantean la cuestión de si son extrapolables o no a nuestro ámbito cultural. Nuestro estudio intenta contribuir a aclarar esta pregunta, así como a acumular evidencia empírica de la afectación sexual que sufren las mujeres afectadas de cáncer ginecológico.

MATERIALES Y MÉTODO

El estudio se realizó con mujeres afectadas de cáncer ginecológico tratadas en el Institut Català d'Oncologia Hospital Universitario Josep Trueta de Girona, en los servicios de Oncología Médica, Radioterapia y Ginecología. Las mujeres fueron entrevistadas durante el período de noviembre de 2007 a agosto 2008. La participación en nuestro estudio era voluntaria, y el único criterio de exclusión era sufrir de un trastorno cognitivo, psiquiátrico o conductual severo que dificultara el contestar las preguntas.

Después de pedir su consentimiento informado y voluntario a nuestro estudio, de la entrevista con las mujeres se recogían datos sociodemográficos (edad, estado

civil, estatus laboral, nivel de estudios) y médicos (localización de la neología, momento del diagnóstico). De cada participante se revisaba el historial clínico para registrar el estadio de la enfermedad, el momento del diagnóstico, meses transcurridos desde el diagnóstico y el número de meses libres de tratamiento. Todas las participantes respondían la escala HADs para depresión y ansiedad.

Sólo las mujeres que decían ser sexualmente activas respondían a preguntas sobre los síntomas experimentados durante sus relaciones sexuales. Una mujer era considerada activa sexualmente tanto si mantenía relaciones sexuales con su pareja estable como relaciones esporádicas, como prácticas masturbatorias. Obviamente, tanto las relaciones heterosexuales como las homosexuales fueron incluidas.

Para recoger la sintomatología sexual, utilizamos el cuestionario Función Sexual de la Mujer. Utilizamos este cuestionario –en vez de los más utilizados en la bibliografía oncológica existente como el SAQ o el FSFI– por haber sido validado en población española⁴². Fácil y bastante rápido de contestar, este cuestionario tiene la ventaja de desmenuzar la respuesta los distintos síntomas. Así, los 14 ítems del cuestionario indagan la existencia de deseo sexual, fantasía sexual, excitación inicial y la capacidad de sostenerla durante la relación, lubricación, dolor o molestias genitales, dificultades de penetración, inquietud ante las relaciones, capacidad de llegar al orgasmo, iniciativa para iniciar relaciones, comunicación sobre temas sexuales con la pareja, frecuencia de relaciones, grado de disfrute y satisfacción general.

Entre 4 y 5 meses después las mujeres eran contactadas de nuevo para realizar un retest en que se repetían las mismas medidas que en la primera entrevista. Algunas mujeres no pudieron ser localizadas, otras no sobrevivieron a la enfermedad y otras no pudieron ser entrevistadas porque no

había pasado suficiente tiempo desde la primera entrevista. Finalmente la muestra del retest fue de 56 mujeres, 41 de las cuales mantenían relaciones sexuales y pudieron contestar los cuestionarios. Los datos de este estudio fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

De las 209 mujeres a las que se les ofreció participar en nuestro estudio, 7 rechazaron la invitación –4 de ellas por razones lingüísticas. Debemos destacar, pues, la alta predisposición por parte de las mujeres entrevistadas a abrir las puertas de su intimidad hablando sin reparos de cómo han vivido su sexualidad durante el proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico.

De las 202 mujeres que aceptaron participar, 105 ya habían abandonado las relaciones sexuales antes del diagnóstico de cáncer por razones no relacionadas con la enfermedad. En la tabla 1 mostramos las principales causas referidas así como la media de edad de estas 105 mujeres.

De las 97 mujeres restantes, 33 habían abandonado la actividad sexual por razones relacionadas con la enfermedad. En la tabla 2 mostramos las principales causas referidas así como la media de edad de estas mujeres.

El resto, 64 mujeres, permanecían activas sexualmente a pesar del diagnóstico, enfermedad y tratamiento. Todas ellas respondieron el cuestionario FSM. En la tabla 3 presentamos la distribución de la sintomatología experimentada por estas mujeres. De estos resultados destacan los siguientes. Un 62,5% de las mujeres entrevistadas sufría de una lubricación fuertemente disminuida, porcentaje que sube al 73.4% si incluimos también las mujeres con una disminución moderada. Un 57,8% decía tener relaciones sexuales

Tabla 1. **Justificaciones dadas de por qué se abandonaron las relaciones sexuales ANTES del diagnóstico de cáncer.**

Mujeres que ya no eran activas sexualmente ANTES del diagnóstico de cáncer (n=105)	Edad avanzada (n=24)
	Problemas de salud de la pareja (n=10)
	Sin pareja (viudez, separación, soltera) (n=47)
	Problemas de pareja (n=7)
	Enfermedad psíquica incapacitante (n=6)
	Causa desconocida (n=9)

Tabla 2. **Justificaciones dadas de por qué se abandonaron las relaciones sexuales en relación al cáncer.**

Mujeres que no eran activas sexualmente DESPUÉS del diagnóstico de cáncer (n=33)	Ausencia de deseo (n=9)
	Dolor (n=8)
	Miedo a tener dolor (n=1)
	Miedos de la pareja (n=3)
	Síntomas de la enfermedad (n=2)
	Efectos secundarios del tratamiento (n=7)

con una frecuencia baja (entre 0 y 4 veces al mes). Un 57,8% de las mujeres dicen haber sentido deseo nunca o ocasionalmente en el último mes, porcentaje que sube hasta el 81.2% si se incluyen las que dicen haberlo sentido 'a veces'. Las mujeres de nuestra muestra relataron también dificultades con la excitación (46,9% con afectación fuerte, 68.8% con afectación moderada). Un 39,1% de las mujeres tienen orgasmos nunca o ocasionalmente; si incluimos las mujeres que sienten orgasmos 'a veces', el porcentaje de alteración llega al 64,1%). Finalmente, un 34.4% de las mujeres dicen experimentar dificultades con la penetración, como son dolor o molestias. Un 15.6% de las mujeres realizan actividades sexuales sin coito.

En la muestra analizada, hemos encontrado que aproximadamente un tercio de las mujeres afectadas (34,02%) habían abandonado definitivamente sus relaciones

sexuales. De entre las que eran activas sexualmente, hemos encontrado un 20,62% con afectación severa, un 24,74% con afectación moderada y un 20,62% sin afectación alguna. Estos resultados sugieren que el cáncer ginecológico puede provocar una importante alteración de la vida sexual de las mujeres afectadas.

Debido a que nuestra muestra no es muy grande, se optó por realizar pruebas no paramétricas. En la tabla 4 mostramos los resultados de las comparaciones de medias.

La media de edad de las mujeres activas sexualmente es de 55,1 años, mientras que la de las mujeres sexualmente inactivas es de 60,7 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,017$). Así pues, la edad parece tener influencia en si una mujer permanece sexualmente activa o no, pero como vemos en la tabla 4, entre las mujeres sexualmente activas

Tabla 3. Porcentajes de mujeres que experimentan sintomatología sexual. Nota: un 15.6% de las mujeres dice realizar actividad sexual sin penetración.

	Nunca	Poco	A veces	A menudo	Casi siempre
Deseo de realizar actividad sexual	35,9%	21,9%	23,4%	9,4%	9,4%
Facilidad de excitación sexual	20,3%	26,6%	21,9%	4,7%	26,6%
Presencia de lubricación al excitarse	32,8%	29,7%	10,9%	3,1%	23,4%
Facilidad de penetración	6,3%	10,9%	17,2%	9,4%	40,6%
Capacidad de sentir orgasmos	20,3%	18,8%	25,0%	10,9%	25,0%
Placer	15,6%	21,9%	25,0%	14,1%	23,4%

no se detectan diferencias significativas en funcionamiento sexual en función de la edad ($p=0,176$).

No se detectan diferencias estadísticamente significativas en función de la localización de la neoplasia ni del estadio de la enfermedad. Asimismo, tener la menopausia o no tenerla antes del diagnóstico de la enfermedad no parece influir significativamente sobre el funcionamiento sexual.

De todos modos, si categorizamos la muestra de las mujeres en grupos según el nivel de afectación de su funcionamiento sexual (inactivas, afectación severa, afectación moderada, sin afectación), detectamos una tendencia, como podemos apreciar en la tabla 5: la proporción de mujeres inactivas sexualmente es mayor entre las que ya tenían la menopausia en el momento del diagnóstico (75,8%) que entre las mujeres que todavía tenían la menstruación en el momento del diagnóstico (24,2%). Esto parece sugerir que hay más probabilidad de

abandonar las relaciones sexuales después de un tratamiento oncológico si la enfermedad ocurre después de la menopausia.

La matriz de correlaciones entre variables (tabla 6) permite sospechar distintas influencias. Existe una correlación negativa significativa entre depresión y el funcionamiento sexual ($r=-0,38$ $p=0,002$), de modo que las mujeres con sintomatología depresiva tienden a tener un peor funcionamiento sexual. La misma tendencia se detecta para la ansiedad, aunque el valor no alcanza la significación estadística ($r=-0,22$ $p=0,087$). A más tiempo libre de tratamiento, mejor es el funcionamiento sexual ($p=0,045$), siendo este factor más significativo que no el tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($p=0,108$).

El número de mujeres sexualmente activas sin pareja era muy bajo, de modo que no podemos efectuar una comparación estadística con esta submuestra, aunque la media de funcionamiento sexual de las dos mujeres (41,0, desviación 1,414) no

Tabla 4. **Comparación de medias de funcionamiento sexual y grado de significación –pruebas no paramétricas–.**

		n	media	Intervalo de confianza	p
Localización	Ovario	22	40,09	35,88 44,30	0,318
	Endometrio	28	40,14	35,60 44,69	
	Cerviz	13	44,31	36,90 51,71	
Menopausia diagnóstico	Pre-menopausia	30	42,23	38,05 46,41	0,309
	Post-menopausia	34	39,82	36,05 43,60	
Estadio	Local (I/II)	36	41,83	37,79 45,87	0,401
	Avanzado (III/IV)	28	39,82	36,07 43,57	
Edad	<40	5	49,60	43,61 55,59	0,176
	41-50	16	41,13	34,68 47,57	
	51-60	24	40,21	35,21 45,20	
	61-70	13	42,15	36,82 47,49	
	>70	6	33,67	24,03 43,30	

difería significativamente de la media del resto de las 62 mujeres (40,95, desviación 11, 149).

Análisis retest

A continuación presentamos los resultados de la segunda entrevista realizada entre 4 y 5 meses después de la primera. Aunque el tiempo transcurrido entre una y otra no es muy amplio, algunos resultados no dejan de ser interesantes.

Si comparamos las puntuación de funcionamiento sexual obtenidas en la primera y la segunda entrevista, esta última es superior en 2,585 puntos. Aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa, sí revela una tendencia ($p=0,07$), indicando que el paso del tiempo tiene un cierto efecto reparador en sí. Sin embargo, si observamos los síntomas concretos, sólo una porción de ellos mejoran en el transcurso de 5 meses: incrementan de forma significativa la lubricación ($p=0,027$), el número de ve-

Figura 1. **Comparación de las puntuaciones medias de funcionamiento sexual de las mujeres que fueron diagnosticadas de cáncer antes de la menopausia y las que ya habían a habían experimentado la menopausia en el momento del diagnóstico.**

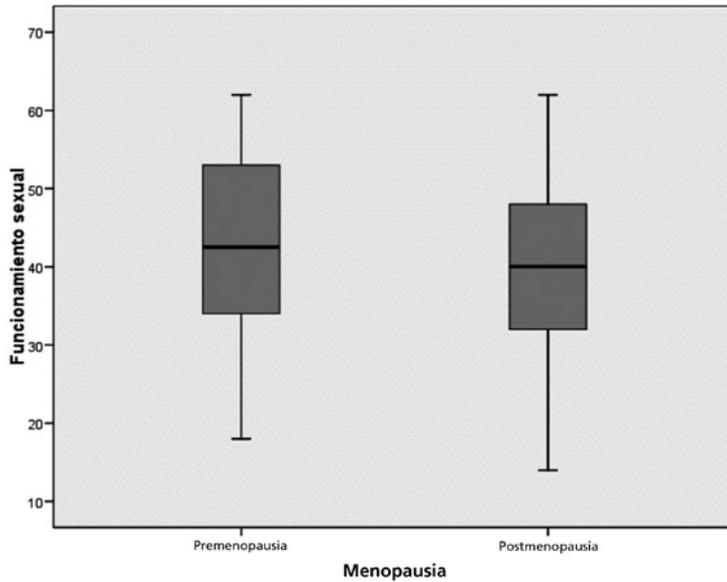
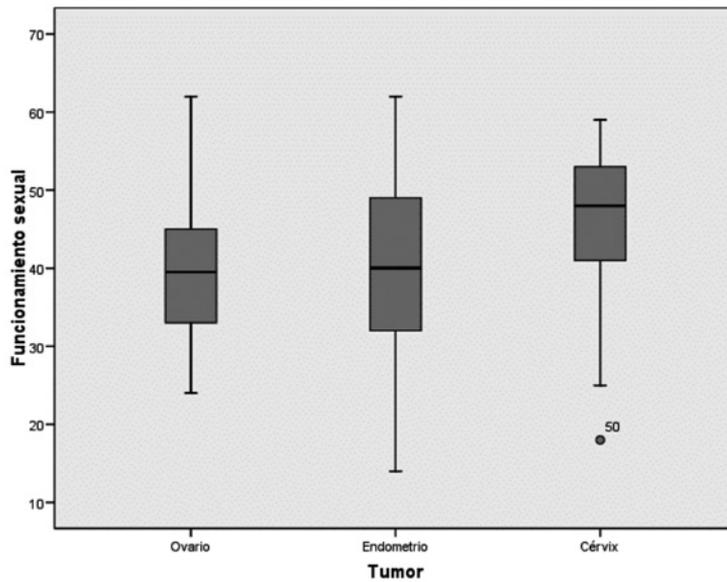


Figura 2. **Comparación de las puntuaciones medias de funcionamiento sexual de las mujeres según el tipo de neoplasia.**



Nota: eliminamos del análisis las neoplasias de vagina y vulva, por ser insuficiente en número para realizar un cálculo estadístico.

Figura 3. **Comparación de las puntuaciones medias de funcionamiento sexual de las mujeres en función del estadio de la enfermedad.**

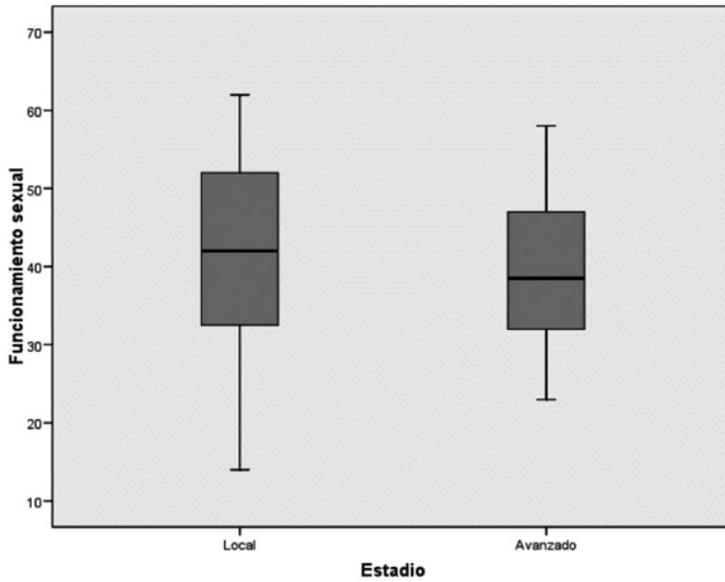


Figura 4. **Comparación de las puntuaciones medias de funcionamiento sexual de las mujeres según grupos de edad.**

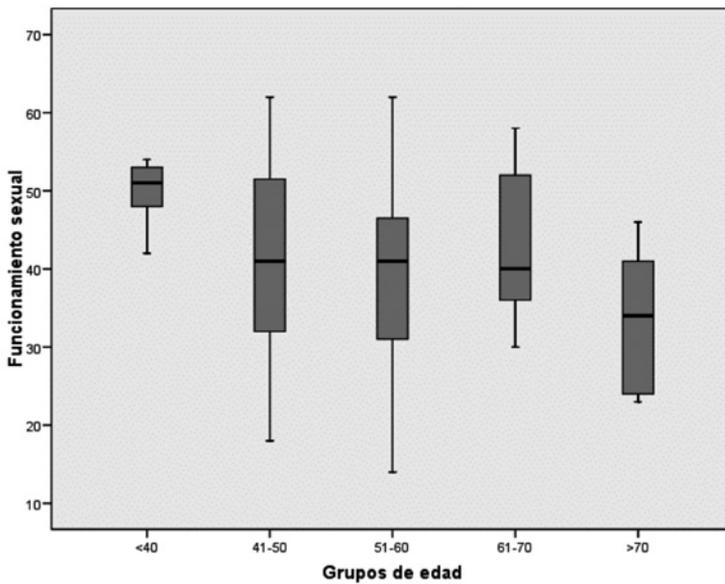


Tabla 5. Tabla de contingencia con las variables 'Menopausia' y 'Funcionamiento sexual', Los porcentajes están calculados sobre la n de cada columna.

		Funcionamiento sexual				Total inactiva
		inactiva	afectación severa	afectación moderada	sin afectación	
Menopausia	Premenopausia	8 24,2%	9 23,7%	11 45,0%	10 45,8%	38
	Postmenopausia	25 75,8%	11 76,3%	13 55,0%	10 54,2%	
Total		33	20	24	20	97

ces en que la mujer toma la iniciativa para establecer relaciones sexuales ($p=0,006$), la comunicación con la pareja ($p=0,000$), la sensación de placer ($p=0,005$) y la satisfacción general ($p=0,002$).

Mientras que no hay diferencias estadísticamente significativas en funcionamiento sexual según el estadio o la localización del tumor, visualmente se detectan algunas tendencias. Las mujeres con enfermedad local tienen un funcionamiento sexual ligeramente superior que las mujeres con enfermedad avanzada (46,48 vs 42,09). Asimismo, las mujeres con cáncer de cérvix parecen tener un funcionamiento sexual mejor (48,13) que las mujeres con cáncer de endometrio (44,95) y ovario (43,0). Como hemos advertido al inicio, el bajo número de mujeres con cáncer de vagina o vulva de nuestra muestra no nos permite una comparación estadística, aunque todo apunta a que la media de funcionamiento sexual podría ser considerablemente más baja que las anteriores.

En el análisis retest despunta la importancia de haber pasado o no por la menopausia. Las mujeres que no habían pasado por la menopausia antes del diagnóstico de cáncer tienen un funcionamiento sexual mejor que las mujeres que ya no tenían la menstruación (47,27 vs 41,52). Esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa, pero marca una

tendencia ($p=0,104$). Esto parece indicar que las mujeres que todavía no tenían la menopausia en el momento del diagnóstico tendrían una recuperación mejor. Por ejemplo, de las 11 mujeres sexualmente inactivas, 2 (18%) todavía tenían la menstruación, mientras que 9 (82%) eran ya menopáusicas. El 50% de las mujeres premenopáusicas tienen un funcionamiento sexual óptimo, en contraste con el 31% de las mujeres menopáusicas.

Los niveles de ansiedad (5,46 vs 5,82) y depresión (2,52 vs 3,11) no han variado significativamente respecto los encontrados en la primera entrevista. Parece, pues, que sin una intervención psicológica específica no se da ninguna mejora en este lapso de tiempo.

Discusión

Las modestas dimensiones de este estudio y de nuestra muestra nos hacen ser precavidas con las generalizaciones de valores concretos. Sin embargo, este estudio supone una primera aproximación para entender el tipo de sintomatología que sufren las mujeres afectadas de cáncer ginecológico, así como los factores principales que influyen sobre ella. Por ello, nos proporciona pistas interesantes.

Como hemos visto, un cáncer ginecológico puede provocar afectación sexual

Tabla 6. Matriz de correlaciones entre variables.

		Edad	Meses desde el diagnóstico	Meses libres de enfermedad	Ansiedad	Depresión	Funcionamiento sexual
Edad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 64					
Meses desde el diagnóstico	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,085 ,503 64	1 ,834(**) ,000 64				
Meses libres de enfermedad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,070 ,582 64	,834(**) ,000 64	1 64			
Ansiedad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,283(*) ,024 64	-,052 ,682 64	-,010 ,939 64	1 64		
Depresión	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,121 ,341 64	-,263(*) ,036 64	-,236 ,060 64	,514(**) ,000 64	1 64	
Funcionamiento sexual	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-,193 ,126 64	,203 ,108 64	,252(*) ,045 64	-,215 ,087 64	-,381(**) ,002 64	1 64

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral),

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral),

Tabla 7. Comparación de medias de sintomatología sexual entre la primera y la segunda entrevista, Prueba de muestras relacionadas.

	Diferencias relacionadas								t Media Superior	gl	Sig, (bilateral)
	Media		Desviación típ,		Error típ, de la media		95% Intervalo de confianza para la diferencia				
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior			
Par 1 Fantasías sexuales (test-retest)	-,341	1,311	,198	-,739	,058	-1,725	43	,092			
Par 2 Deseo (test-retest)	-,227	1,255	,189	-,609	,154	-1,201	43	,236			
Par 3 Excitación (test-retest)	,023	1,562	,236	-,452	,498	,096	43	,924			
Par 4 Excitación progresiva (test-retest)	-,205	1,564	,236	-,680	,271	-,868	43	,390			
Par 5 Lubricación (test-retest)	-,568	1,648	,248	-1,069	-,067	-2,287	43	,027			
Par 6 Dolor al tacto (test-retest)	,195	,782	,122	-,052	,442	1,598	40	,118			
Par 7 Facilidad de penetración (test-retest)	,000	2,124	,320	-,646	,646	,000	43	1,000			
Par 8 Ansiedad (test-retest)	-,227	1,927	,291	-,813	,359	-,782	43	,438			
Par 9 Frecuencia orgasmos (test-retest)	-,136	1,231	,186	-,511	,238	-,735	43	,467			
Par 10 Tomar iniciativa (test-retest)	-,477	1,089	,164	-,808	-,146	-2,908	43	,006			
Par 11 Comunicación pareja (test-retest)	-1,136	1,519	,229	-1,598	-,675	-4,963	43	,000			
Par 12 Frecuencia relaciones (test-retest)	-,045	1,397	,211	-,470	,379	-,216	43	,830			
Par 13 Placer (test-retest)	-,581	1,295	,198	-,980	-,183	-2,943	42	,005			
Par 14 Satisfacción (test-retest)	-,605	1,198	,183	-,973	-,236	-3,310	42	,002			
Par 15 Funcionamiento sexual (test-retest)	-2,585	8,877	1,386	-5,386	,217	-1,865	40	0,070			

en grado variable. No todas las mujeres reaccionan igual tras los tratamientos; en algunos casos las mujeres experimentan una afectación tal, que abandonan las relaciones sexuales; en otros, aparece sintomatología severa o ligera; finalmente, en otros casos la mujer no nota ninguna secuela y recupera su vida sexual anterior. Falta todavía más investigación para llegar a determinar los factores que inclinan la balanza hacia una u otra situación. En concreto, faltan estudios que ayuden a determinar el papel de cada uno de los tratamientos específicos en la etiología de la disfunción sexual.

En líneas generales, la afectación sexual encontrada es básicamente debida a una disminución del deseo, la lubricación, la excitación y la frecuencia de relaciones sexuales por un lado, y a dificultades con los orgasmos, la penetración y la excitación por el otro. Los porcentajes de afectación encontrados en este estudio no distan mucho de los encontrados en otros estudios situacionales en otros países. Por ejemplo, Thranov y Klee²¹ encuentran que un 74% de la muestra dice tener bajo deseo sexual, pero sin embargo el 59% de las mujeres eran activas sexualmente. Nuestros porcentajes de afectación del deseo oscilan entre un 58 y un 80 % según la gravedad, mientras que un 66% de las mujeres eran activas sexualmente. Estos autores detectan un 40% con dispareunia, porcentaje que es cercano al 34% en nuestro estudio. Estos porcentajes, sin embargo, son superiores a los encontrados en estudios sobre calidad de vida en distintas neoplasias. Por ejemplo, Portenoy et al.⁽⁴³⁾ detectan una pérdida de interés en el sexo por parte de mujeres afectadas de cáncer de ovario de un 16%, porcentaje claramente inferior a los encontrados aquí.

Antes de detallar cómo se viven estos síntomas, cabe hacer una advertencia. Como decíamos en la introducción, los tratamientos tienen un fuerte impacto

tanto a nivel físico como emocional sobre la persona afectada. Esto significa que a menudo es difícil saber si la aparición de un síntoma –por ejemplo, la pérdida de deseo sexual– está relacionada con una dificultad de adaptación psicológica por parte de la persona y su pareja a la nueva enfermedad y a su nueva situación post-tratamiento; o bien si está relacionada con alguna alteración fisiológica producida por el tratamiento –por ejemplo, una sección de nervios y capilares implicados en la respuesta sexual; o bien si se debe a una combinación de ambos factores.

Esta dificultad de discernir la etiología de la sintomatología sexual debe llevarnos a ser prudentes. Atribuir demasiado rápidamente las dificultades a una alteración biológica puede enmascarar el papel emocional disruptor del trauma ante el diagnóstico y la agresividad de los tratamientos, la ansiedad que acompaña el reinicio de la actividad sexual, la desinformación, las dificultades de pareja que preexistían o que emergen, etc. En estos casos, a las mujeres afectadas no se les ofrece la oportunidad de mejorar su vida sexual a través de un trabajo personal. Al mismo tiempo, atribuir precipitadamente las dificultades a ‘los nervios’ o a una mala adaptación psicológica olvidando la posibilidad de una afectación física puede crear una culpabilización y frustración innecesarias en aquellas mujeres que intentan trabajar la dimensión emocional para mejorar infructuosamente.

Sintomatología

Sin duda uno de los síntomas más presentes y que causa más malestar entre las mujeres de nuestra muestra es la pérdida del deseo sexual. La pérdida de libido es más o menos problemática en función de la situación personal de la mujer, ya que, al desaparecer las ganas de tener relaciones sexuales, la sensación de pérdida que

provoca la disminución de la vida sexual es relativa. Las mujeres jóvenes o con pareja son las que expresaron más sufrimiento ante la pérdida del deseo sexual en la entrevista, mientras que las mujeres mayores, sin pareja o con una pareja de edad elevada mostraban menor sensación de pérdida. Si bien la disminución o desaparición del deseo es un problema para la vivencia de la sexualidad de las mujeres, en muchos casos sin embargo se lamenta la pérdida de deseo sexual más por el posible perjuicio que esto pueda ocasionar a la pareja. Temen un posible alejamiento emocional como resultado de la distancia sexual.

Por ello, si la penetración no resulta dolorosa, muchas mujeres optan por acceder a tener relaciones sexuales a pesar de no sentir deseo, con la finalidad de mantener viva la relación sexual con su pareja. Estas mujeres informan de que, a pesar de empezar la relación sin sentir verdadero deseo, sí son capaces de disfrutar y sentir excitación y placer, e incluso llegar al orgasmo. En este caso, y como decían muchas de las mujeres entrevistadas, les "compensa" empezar el juego sexual sin deseo inicial. Debemos matizar, sin embargo, que esta situación es recomendable sólo si a) la penetración no resulta dolorosa; b) si es la mujer quien consiente en la relación, y en ningún caso con una sensación de obligatoriedad.

La capacidad de excitarse durante las relaciones sexuales y alcanzar el orgasmo está más preservada que el deseo sexual, pero puede sin embargo verse afectada. Esta afectación puede ser total, o bien parcial: la mujer puede sentir una excitación y un orgasmo de menor intensidad o puede necesitar más tiempo y más estimulación para llegar a una estimulación óptima que permita sentir placer y orgasmos. Una franja minoría puede experimentar dificultades para sostener la excitación a lo largo del tiempo, perdiéndola al poco de iniciar

la relación (3 mujeres de 64 en nuestra muestra).

Como los resultados indican, una gran proporción de mujeres experimentan una disminución considerable de la lubricación. De hecho, muchas mujeres utilizaban lubricantes artificiales en el momento de la entrevista. Las parejas expresaban a menudo el deseo de disponer de más asesoramiento sobre cuando y cómo utilizar lubricante artificial, y eran muchas las que tomaban la iniciativa por su cuenta sin hablarlo antes con el/la ginecólogo/a o oncólogo/a.

Una proporción considerable de mujeres experimentan dolores y molestias durante la penetración, siendo en algunos casos suficientemente fuertes como para impedir el coito. En cambio, sólo una pequeña porción de la muestra indicó experimentar dolor cuando su vientre y sus genitales eran acariciados externamente. El dolor y las molestias durante las relaciones sexuales pueden tener variada etiología: cicatrices, colapso vaginal y otras lesiones producidas por el tratamiento; disminución de la lubricación; vaginismo; pero también por ansiedad y problemas de imagen. A diferencia de la pérdida del deseo sexual, esta problemática se resuelve en la mayoría de los casos con una aproximación terapéutica, siempre y cuando haya una buena predisposición por parte de la pareja, de no forzar a un coito doloroso y a menudo no deseado. En efecto, si la sexualidad pasa de ser una práctica relacional a una obligación conyugal, pierde todo sentido y poder de gratificación, convirtiéndose a medio plazo en una actividad aversiva. Cuando esto sucede, una intervención psicoeducativa que incluya a la pareja puede jugar un papel importante.

Los problemas con la penetración –bien sea durante el período de abstinencia después del tratamiento, bien sea por problemas más duraderos– ponen sobre la mesa la importancia de una vida sexual

que supere el coitocentrismo, todavía predominante actualmente en nuestra sociedad, que identifica sexo con penetración. Aunque el cuestionario utilizado no permitía captar y cuantificar tanto matiz, en la entrevista eran muchas las mujeres que expresaban mayor satisfacción cuando su espectro de prácticas sexuales abarcaba más que el coito. Es más, alguna mujer admitió disfrutar más de su vida sexual después de la enfermedad, ya que las incomodidades provocadas por ésta fueron la razón de empezar a practicar otro tipo de relaciones sexuales con su pareja.

Este estudio nos permite no sólo entender mejor los síntomas que sufren las mujeres afectadas de cáncer ginecológico, sino también detectar algunos factores que influyen significativamente en el nivel de funcionamiento sexual. Así, por ejemplo, y de forma bastante esperable, los niveles de depresión correlacionan negativamente con el funcionamiento sexual, de modo que cuanto mayor es la presencia de síntomas depresivos, menor es el funcionamiento sexual. La misma tendencia se encuentra con la ansiedad, aunque no llega a ser estadísticamente significativa. Estos resultados son congruentes con lo que sabemos de estos trastornos emocionales: por un lado, comprobamos el poder disruptivo de la depresión. Por otro lado, no todas las mujeres que experimentan ansiedad sufren de depresión, mientras que una gran parte de mujeres con síntomas de depresión presentan también sintomatología ansiosa. Pareciera, pues, que la ansiedad general sólo es disruptiva a niveles altos, mientras que un nivel moderado de ansiedad entorpece menos el funcionamiento sexual. Cuando la ansiedad no es general, sino que se sufre ante la expectativa de tener que mantener relaciones sexuales, entonces sí afecta negativamente el funcionamiento sexual.

Quizá sea interesante destacar que las mujeres jóvenes y que no tenían la me-

nopausia antes de la enfermedad presentan niveles más elevados de depresión y ansiedad que las mujeres de mayor edad. Hay diversas causas que podrían explicar este resultado, pero seguramente haya un factor clave. La mujer mayor diagnosticada de un cáncer ginecológico suele sufrir menos pérdidas que una mujer joven, que ve interrumpido un posible proyecto de maternidad, se le provoca una menopausia temprana e incluso ve amenazada su vida sexual en una fase del ciclo vital en que la sexualidad es un fuerte vínculo con la pareja.

Un resultado que quizá sorprende a primera vista es que los datos obtenidos indican que la edad no influye en el funcionamiento de las mujeres activas sexualmente. Mientras que la edad sí parece ser un factor condicionante importante para que la mujer se conserve activa, entre las mujeres activas la edad no parece importar demasiado en la aparición o no de sintomatología. De todos modos, aunque la diferencia no es significativa estadísticamente, una exploración visual de las medias sugiere que las mujeres jóvenes tienden a tener una mejor puntuación en funcionamiento sexual que las mujeres de mediana edad, y mayor aún que las mujeres de 70 años o más.

El hecho de que la edad sea poco relevante entre las mujeres sexualmente activas puede ser entendido en parte a la luz de otro resultado: el funcionamiento sexual de las mujeres que habían pasado por la menopausia antes de ser diagnosticadas de cáncer no difiere de forma estadísticamente significativa del de las mujeres que todavía tenían la menstruación antes del cáncer, y que consecuentemente son más jóvenes. Esto significa que una mujer de 30 años puede alcanzar la misma puntuación de funcionamiento sexual que una de 70, una vez ha pasado por los tratamientos oncológicos. Dicho de otro modo, el tratamiento parece cancelar

las diferencias de edad entre las mujeres sexualmente activas.

De todos modos, cuando hablamos de edad y menopausia, debemos mantener un punto de precaución y no dar por supuesto que el deseo sexual y la frecuencia de actividad sexual descienden siempre con la edad y menopausia. De hecho, en nuestro estudio hemos encontrado a muchas parejas de más de 65 años con relaciones sexuales frecuentes y satisfactorias para ambos.

Tampoco resulta un factor relevante en el funcionamiento sexual ni el tipo de neoplasia ni el estadio de la enfermedad. Este hallazgo va en la misma dirección que el trabajo de Thranov y Klee⁽²¹⁾, quienes en su estudio transversal no encuentran relación entre estas variables. Así pues, el funcionamiento sexual de las mujeres con cáncer de ovario o el de endometrio, por ejemplo, no difieren significativamente, a pesar de que una exploración visual de las medias sugiere un funcionamiento mejor pero no estadísticamente significativo entre las mujeres afectadas de cáncer de cérvix. Del mismo modo, aunque las mujeres con enfermedad local puntúan más en funcionamiento sexual que las mujeres con enfermedad diseminada, esta diferencia no es significativa.

Aunque tenemos pocas mujeres sin pareja para poder llegar a conclusiones firmes, también en nuestra muestra parecen plausibles las conclusiones de trabajos anteriores: el papel de la pareja parece ser protector de la actividad sexual, en el sentido que aumenta la probabilidad de que la mujer continúe manteniendo relaciones sexuales; sin embargo, parecería que este papel no garantiza un mejor funcionamiento sexual ni una menor sintomatología.

Dado que recogimos las respuestas de mujeres en distintas fases de tratamiento, y con tratamientos muy distintos, los resultados obtenidos no nos permiten evaluar el papel del tipo de tratamiento sobre el

funcionamiento sexual. Este interrogante deberá ser resuelto en futuros trabajos.

Una buena comunicación sobre temas sexuales entre los miembros de la pareja es también un factor asociado a un mejor funcionamiento sexual. Una comunicación adecuada permite detectar problemas potenciales o aspectos a mejorar conjuntamente, ahorra malentendidos, y permite orientar las relaciones hacia prácticas que sean satisfactorias para los dos miembros. Asimismo, una buena comunicación suele ir relacionada con un reconocimiento mutuo de la otra persona como sujeto que experimenta deseo y placer, con un mayor conocimiento de lo que gusta a la otra persona, y con saber pedir lo que se desea del otro.

A este respecto sólo podemos enfatizar que la actitud de la pareja hacia la mujer afectada y su enfermedad es clave para la recuperación de la vida sexual, y cualquier aproximación terapéutica debe tenerla en cuenta. En este sentido, quizás hay un resultado, difícil de cuantificar, que ha llamado nuestra atención. En comparación con las historias personales que cuentan las mujeres afectadas de otras neoplasias, como por ejemplo cáncer de mama, las mujeres afectadas de cáncer ginecológico relatan tener parejas bastante comprensivas hacia largas etapas de abstinencia sexual y recibir poca presión por parte de sus parejas.

Si tuviéramos que aventurar alguna hipótesis para explicar esta actitud comprensiva por parte de la pareja, quizás podríamos encontrar la respuesta en una combinación de factores: a) la afectación local que produce esta neoplasia está tan localizada en la zona genital, que es difícil no comprender la necesidad de abstinencia después de una intervención quirúrgica o radioterapia; b) la edad tanto de la mujer afectada de cáncer de ovario o vagina como de su pareja tiende a ser más elevada que en otras neoplasias; esta dife-

rencia de edad facilita por un lado que la sexualidad no sea ya necesariamente una de las prioridades de la pareja; por el otro, incrementa el número de problemas de salud en la pareja como cáncer de próstata o problemas de eyaculación y erección; en estos casos, las parejas pueden agradecer 'la pausa' más o menos larga en las 'obligaciones conyugales'; c) no se puede descartar que creencias y preocupaciones no expresadas, como por ejemplo el miedo al contagio, puedan desanimar a la pareja a retomar las relaciones sexuales; d) asimismo, aunque lo encontramos en menor proporción, este alejamiento también puede relacionarse con las dificultades de adaptación a nuevas prácticas en su vida sexual (uso de lubricante, adaptación a los nuevos ritmos más lentos de la pareja y a la demanda de nuevas prácticas sexuales, percepción de que la pareja disfruta menos que antes, etc.) o hacia los cambios físicos en los genitales externos de su pareja debidos a la cirugía o a la propia enfermedad.

Aunque nuestro estudio no cuantificó estas variables, de las entrevistas se desprendería claramente la impresión de que la calidad de la relación de pareja y el grado de disfrute que proporcionaba a la mujer su vida sexual antes de la enfermedad son factores cruciales a la hora de predecir la recuperación de la vida sexual de la pareja, y, principalmente, la motivación de la mujer y su pareja hacia esta recuperación. Tanto ellas como ellos expresaron alguna vez que la enfermedad les había proporcionado una justificación ideal para abandonar una actividad que ya no proporcionaba placer ni gratificación a ninguno de los dos.

Información

Si en algo hay consenso en la literatura sobre cáncer y sexualidad es en el deseo de las personas afectadas de recibir la in-

formación adecuada para poder entender mejor los cambios que su vida íntima y la de sus parejas puede sufrir –y esto tanto en enfermos afectados de cáncer de próstata, mama o ginecológico^{44, 6, 14}. Nuestro estudio confirma estos resultados: más del 90% de las mujeres entrevistadas consideraban de importancia fundamental tener más información sobre cómo la enfermedad y los tratamientos pueden influenciar su vida sexual y de pareja. Al preguntar por qué tipo de profesional preferirían ser informadas sobre sexualidad, un tercio de la muestra dijo preferir ser informada por una mujer, mientras que el resto no expresaba preferencias de género. La mayoría se mostraba indiferente hacia la profesión del informador (médico/a, psicólogo/a o enfermero/a), siempre y cuando tuviera conocimientos de sexología y, sobre todo, tiempo para dedicarles.

Aparte de la necesidad ética de proporcionar esta información, la literatura presenta evidencia de que una mujer bien informada tiene más probabilidades de recuperar su vida sexual que una mujer que no sabe bien a qué atribuir los cambios: una mujer que sabe que las alteraciones sufridas pueden ser temporales está psicológicamente más preparada para hacerles frente, aceptarlas con menos miedo e incluso para anticipar su recuperación. Tener la información adecuada ayuda a entender, aceptar y adaptarse a los cambios experimentados, mientras que la falta de información es un factor ansiogénico. Por ejemplo, mujeres que habían participado en una sesión grupal informativa de 3 horas mostraron más adherencia a los ejercicios de dilatación vaginal propuestos por sus radioterapeutas, especialmente en las más jóvenes, y redujo la ansiedad en todas las edades⁴⁵. Y el efecto de la información todavía es más beneficioso si se acompaña de counseling⁴⁶. Además, una información adecuada en el momento oportuno puede ahorrar sufrimiento innecesario. Por ejem-

plo, es importante que la mujer sea debidamente informada por los profesionales de que la pérdida del deseo puede ser un efecto del tratamiento, para evitar la desorientación y la culpabilidad que expresaban algunas mujeres, que no sabían a qué atribuir el cambio en su predisposición, e incluso aventuraban posibles cambios inconscientes en sus sentimientos hacia su pareja.

Es sorprendente, pues, que habiendo tanto consenso sobre el deseo expresado por las pacientes de recibir más información, y los efectos beneficiosos de la información proporcionada, los estudios realizados hasta el momento indican que la información es todavía un bien escaso en nuestro país y en muchos otros –con la posible excepción de Holanda⁽⁴⁷⁾, lo cual refuerza la importancia de la cultura y su actitud ante de la sexualidad.

Si ya la sexualidad –entendida en su globalidad como campo de relaciones y no como mero producto comercial– es todavía y en gran medida un tema tabú a nivel social, tanto más lo es la sexualidad femenina. En la consulta médica tampoco aparece la sexualidad con la naturalidad y la frecuencia que sería deseable. En parte por su carácter tabú, en parte por el carácter invasivo que se le supone, el profesional de la salud puede sentirse incómodo a la hora de plantear preguntas u ofrecer información sobre sexualidad, y esperar a ver si es la paciente quien pone estos temas sobre la mesa. A su vez, la paciente a menudo espera que sea el equipo asistencial quien saque la sexualidad a colación, con lo cual se acaba estableciendo un círculo vicioso que ha sido llamado “círculo del silencio”⁽⁴⁸⁾.

Sin embargo, las cifras obtenidas en nuestro estudio indican que la gran mayoría de mujeres están bien dispuestas a hablar de su sexualidad si se pregunta en un entorno y momento adecuados, con actitud de escucha activa. Como muchas

de ellas nos hicieron saber, el mero hecho de tener la oportunidad de hablar de estos temas con alguien tenía ya un efecto terapéutico que les proporcionaba bienestar y un cierto alivio. En algunos casos, la entrevista conseguía que la mujer se animara a hablar de estos temas con su pareja, al entender que sus necesidades sexuales y sus dudas tenían legitimidad. Las mujeres entrevistadas enfatizaron siempre la importancia que para ellas y sus parejas tenía poder hablar de estos temas, y la soledad que habían sentido a la hora de buscar información sobre cómo afrontar los cambios que la vivencia de su sexualidad estaba sufriendo.

En este sentido, los esfuerzos que la psico-oncología pueda invertir en entender dichos cambios, concienciar a los miembros del equipo asistencial de la necesidad de preguntar y hablar abiertamente de sexualidad, y optimizar los circuitos de información son muy importantes.

La diversidad de síntomas que se experimentan, las distintas vivencias de la sexualidad –que abarcan desde la no afectación hasta la afectación más absoluta–, la complejidad de la etiología de los problemas y tratamientos significa que los profesionales de la salud implicados en el mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida sexual de las mujeres afectadas deben estar preparados para hacer frente a una diversidad de situaciones, sin dar nada por supuesto y sin prejuicios, mostrando siempre sensibilidad y respeto por la intimidad de las mujeres. Por ello es importante que estos profesionales sean conscientes de sus propias creencias y valores culturales asociados a la sexualidad, para vigilar la interferencia que puedan hacer en las prácticas del equipo asistencial. De esta manera se puede evitar caer en errores como dar por supuesto que las dificultades sexuales de las mujeres afectadas son algo normal que no requiere tratamiento.

La investigación llevada a cabo, pues, nos ha dado la posibilidad no sólo de explorar las necesidades sexuales de las mujeres afectadas de cáncer ginecológico y ensayar respuestas terapéuticas, sino también dejar oír una reivindicación de las participantes de este estudio: la importancia de abordar un aspecto de la vivencia humana que tan íntimamente ligada está a la calidad de vida como es la sexualidad. Aproximarse a la sexualidad femenina desde la investigación psico-oncológica significa contribuir a que ésta deje de ser una sexualidad de segunda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998;16:501-14.
- Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH et al. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999;17:2371-80.
- Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Wyatt GE, Ganz PA, et al: Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Therapy* 1999;25:237-250.
- Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994;16:177-82.
- Eton DT, Lepore SJ. Prostate cancer and health-related quality of life: A review of the literature. *Psychooncology* 2002;11:307-26.
- Kirby R, Watson A, Newling D. Prostate cancer and sexual functioning. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 1998;1:179-84.
- Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL, Neese L, Klein EA, Zippe C et al. Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer* 2002;9(8):1773-85.
- Andersen B, Ven Der Does J. Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem. *Int J Gynecol Cancer* 1994;4:225-40.
- Andersen BL. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1996;7:69-76.
- Andersen BL, Woods XA, Copeland LJ. Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:221-9.
- Bertelsen K. Sexual dysfunction after treatment of cervical cancer. *Dan Med Bull* 1983;30:31-4.
- Bodurka-Bevers DC, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, de Moor C, et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000;78:302-308.
- Cochran SD, Hacker N F, Wellisch DK, Berek JS. Sexual functioning after treatment for endometrial cancer. *J Psychosoc Oncol* 1987;5(2):47-61.
- Corney RH, Everett H, Howells A, Crowther ME. Psychosocial adjustment following major gynaecological surgery for carcinoma of the cervix and vulva. *J Psychosom Res* 1992; 36(6): 561-8.
- Crowther ME, Corney RH, Shepherd JH. Psychosexual implications of gynaecological cancer. *BMJ* 1994;308(6933):869-70.
- Kornblith AB, Thaler HT, Wong G, Vlamis V, Lepore JM, Loseth DB, Hakes T, et al. Quality of life of women with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1995; 59:231-42.
- Liavaag AH, Dørum A, Bjørn T, Oksefjell H, Fosså SD, Tropé C, et al. A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach. *Gynecol Oncol* 2008;108:348-54.
- Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer* 1989;63:204-12.
- Seibel MM, Freeman MG, Graves WL. Carcinoma of the cervix and sexual function. *Obstet Gynecol* 1980;55:484-7.

20. 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.
21. Thranov I, Klee M. Sexuality among gynaecologic cancer patients –a cross-sectional study. *Gynecol Oncol* 1994;52(2):14-9.
22. Weijmar-Schultz WCM, Van de Wiel HBM; Hahn DEE, Bouma J. Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. *International J Gynecol Cancer* 1992:1525-438.
23. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Coffey Kluhsman B, Fairclough D, Krebs LU, et al. Quality of life in long term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2005;97:310-7.
24. Abitbol MM, Davenport JH. Sexual dysfunction after therapy for cervical carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1974;119:181-9.
25. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;340:1383-9.
26. Bruner DW, Lanciano RM, Keegan M, Corn B, Martin E, Hanks GE. Vaginal stenosis and sexual function following intracavitary radiation for the treatment of cervical and endometrial carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993;27:825-30.
27. Carmack Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, Bodurka DC. Predictors of Sexual Functioning in Ovarian Cancer Patients. *J Clin Oncol* 1994;22(5):881-9.
28. Corney RH, Crowther ME, Evereth H, Howells A, Shepherd JH. Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:73-8.
29. Flay LD, Matthews JHL. The effects of radiotherapy and surgery on the sexual function of women treated for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;31:399-404.
30. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol* 2005;23(30):7428-36.
31. Gershenson DM, Miller AM, Champion VL, Monahan PO, Zhao Q, Cella D, Williams SD. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 2007;25(19):2792-7.
32. Grumann M, Robertson R, Hacker NF, Sommer G. Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11:372-80.
33. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003;56(4):937-49.
34. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function: A longitudinal study. *Cancer* 2004;100:97-106.
35. Krumm S, Lamberti J. Changes in sexual behaviour following radiation therapy for cervical cancer. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993;14:51-63.
36. Brotto, LA, Heiman JR, Goff B, Greer B, Lentz GM, Swisher E, Tamimi H, Van Blaricom A. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav* 2008;37:317-29.
37. Caldwell R, Classen C, Lagana L, McGarvey E, Baum L, Duenke SD, Koopman C. Changes in sexual functioning and mood among women treated for gynaecological cancer who receive group therapy: a pilot study. *J Clin Psychol Med Settings* 1994;10(3):149-56.
38. Capone MA, Good RS, Westie KS, Jacobson AF. Psychosocial rehabilitation of

- gynecologic oncology patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1980; 61(3): 128-32.
39. Laganà L, McGarvey EL, Classen C, Koopman C. Psychosexual dysfunction among gynecological cancer survivors. *J Clin Psychol Med Settings* 2001;8(2):73-84.
 40. Flynn P, Kew F, Kisely SR. Intervenciones para la disfunción psicosexual de mujeres que reciben tratamiento para neoplasias ginecológicas (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD004708. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 41. Basen-Engquist K, Bodurka-Bevers D, Gitzgerald M, et al: Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy- Ovarian (FACT-O). *J Clin Oncol* 2001;19:1809-17.
 42. Borrás Valls JJ, Gómez Llorens O, Aznar Vicente J, Caballero Martín de las Mulas A, Pérez Conchillo M, Sánchez F. Diseño y validación del cuestionario Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Prim* 2004;34(6):286-292.
 43. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Coyle N, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994;3:183-9.
 44. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Hayter C, Groome P, Nickel CJ, Downes H, et al. What questions do patients with curable prostate cancer want answered? *Med Decis Making* 2000; 20:7-19.
 45. Robinson J, Faris P, Scout C. Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999;44:497-506.
 46. Corney RH, Crowther ME, Everett H, Howells A, Shepherd JH. Psychosocial dysfunction in women with gynecological cancer following radical pelvis surgery. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:73-8.
 47. Kylstra W, Leenhouts G, Everaerd W, et al: Sexual outcomes following treatment for early stage gynaecological cancer: A prospective multicenter study. *Int J Gynaecol Cancer* 1999;9:387-95.
 48. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *J Clin Oncol* 2005;23(1):238-41.

