



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

# **Alteraciones sexuales en las mujeres con cáncer ginecológico**

**Autor: Alicia Lorenzo García**

Directora de la revisión: Isabel María López Medina

**Jaén, Junio 2015**



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

# **ALTERACIONES SEXUALES EN LAS MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO**

## **SEXUAL DISORDERS IN WOMEN WITH GYNECOLOGICAL CANCER**

Vº Bº

Vº Bº

Alumna: Alicia Lorenzo García

Director: Prof. Dña. Isabel M. López Medina

**Jaén, Junio 2015**

## ÍNDICE GENERAL

|       |                                                                                       |    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | RESUMEN .....                                                                         | 3  |
| 2     | INTRODUCCIÓN .....                                                                    | 5  |
| 3     | CÁNCER GINECOLÓGICO. TIPOS.....                                                       | 7  |
| 3.1   | CÁNCER DE MAMA.....                                                                   | 7  |
| 3.2   | CÁNCER DE ÚTERO.....                                                                  | 8  |
| 3.3   | CÁNCER DE OVARIO.....                                                                 | 9  |
| 3.4   | CÁNCER DE CÉRVIX .....                                                                | 10 |
| 3.5   | CÁNCER DE VULVA.....                                                                  | 11 |
| 4     | EFFECTOS DEL TRATAMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD .....                                    | 13 |
| 5     | PATRÓN DE LA SEXUALIDAD: ATENCIÓN INTEGRAL ENFERMERA DE LA SALUD DE LAS PERSONAS..... | 17 |
| 6     | OBJETIVOS.....                                                                        | 21 |
| 6.1   | OBJETIVO GENERAL.....                                                                 | 21 |
| 6.2   | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                                           | 21 |
| 7     | METODOLOGÍA .....                                                                     | 23 |
| 7.1   | TIPO DE TRABAJO .....                                                                 | 23 |
| 7.2   | LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS .....                                            | 23 |
| 8     | RESULTADOS .....                                                                      | 27 |
| 8.1   | PROBLEMAS SEXUALES DE LAS MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO.....                        | 27 |
| 8.1.1 | Deterioro de la imagen corporal y autoestima .....                                    | 27 |
| 8.1.2 | Ansiedad y depresión.....                                                             | 28 |
| 8.1.3 | Función sexual.....                                                                   | 29 |
| 8.2   | INFORMACIÓN SEXUAL RECIBIDA POR LAS PACIENTES.....                                    | 32 |
| 8.3   | PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LA EDUCACIÓN SEXUAL .....           | 34 |
| 9     | DISCUSIÓN.....                                                                        | 37 |
| 9.1   | LIMITACIONES.....                                                                     | 40 |
| 10    | CONCLUSIONES.....                                                                     | 41 |
| 11    | BIBLIOGRAFÍA.....                                                                     | 43 |



# 1 RESUMEN

Los efectos del diagnóstico y del tratamiento del cáncer ginecológico pueden dañar considerablemente diferentes aspectos de la calidad de vida de las mujeres que lo padecen, entre los que se encuentra su vida sexual. Objetivo: Describir la afectación del patrón de sexualidad/reproducción de las mujeres con cáncer ginecológico y la educación sanitaria recibida al respecto. Metodología: Se realiza una revisión de 80 artículos de calidad valorada por la guía CASPe publicados en los años comprendidos entre el año 2000 y la actualidad. Resultados: Las mujeres con cáncer ginecológico presentan diversos problemas sexuales dentro de las fases del ciclo de la respuesta sexual humana: deterioro del deseo sexual, disminución de la lubricación y dificultad en el orgasmo; y fuera de las mismas: deterioro de la imagen corporal y de la autoestima, ansiedad y depresión, dispareunia, dificultad en la penetración y molestia por el acortamiento de la vagina. La información que reciben estas por parte de los profesionales sanitarios es muy escasa y de tipo biomédico. La falta de educación, experiencia y recursos, así como rechazarlo de entre sus responsabilidades y los sentimientos de incomodidad y vergüenza hacia este tema, son las razones principales por las que los profesionales de salud eluden la sexualidad en las pacientes con cáncer ginecológico. Conclusiones: La sexualidad de las mujeres afectadas por cáncer ginecológico y sus tratamientos se ve significativamente alterada. La falta de información en este ámbito y las numerosas barreras que se interponen entre el paciente y el profesional de enfermería para abordarlo deben solventarse para conseguir una atención integral y holística.

**Palabras clave:** cáncer ginecológico, sexualidad, disfunción sexual, imagen corporal información, enfermería.



## ABSTRACT

The effects of the diagnosis and the treatment of gynecological cancer can considerably damage different aspects of the affected women's quality of life, including their sex life. Objective: To describe the effects on the sexuality/reproductive pattern of women with gynecological cancer and the medical education received in that regard. Methodology: A review of 80 high quality articles assessed by CASPe handbook and published between 2000 and the present day. Results: Women with gynecological cancer have many sexual problems within the phases of the human sexual response cycle: damage of sexual desire, decrease of lubrication and difficulty with orgasm; and besides them: deterioration of body image and self-esteem, anxiety and depression, dyspareunia, difficulty with penetration and discomfort with the vaginal shortening. The information received from health providers is very limited and biomedical. The lack of education, experience and resources, as well as the rejection of this issue from their responsibilities and the feelings of discomfort and embarrassment to it, are the main reasons why health providers avoid sexuality in patients with gynecologic cancer. Conclusions: The sexuality of women affected by gynecological cancer and its treatments are significantly altered. The lack of information in this field and the many barriers that stand between the patient and the nurse to deal with it must be overcome in order to achieve a comprehensive and holistic care.

**Key words:** Gynecologic cancer, sexuality, sexual dysfunction, body image, information, nursing.

## 2 INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad universal que incluye un grupo de patologías resultado del aumento de la proliferación de un grupo de células que darán lugar al tumor y de la adquisición de una capacidad invasiva que les permite emigrar por el organismo, a través del torrente circulatorio sanguíneo, y colonizar y proliferar en otros tejidos u órganos, dando lugar a la metástasis. [14]

En España, cada año se diagnostican alrededor de 220.000 nuevos casos de cáncer. Se han identificado más de cien tipos de cáncer diferentes, y el ginecológico fue causa de muerte de 11.200 mujeres españolas en el año 2013. [10]

El cáncer ginecológico es una enfermedad de gran impacto sobre la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. Además de condicionar diferentes ámbitos de la vida diaria, sus consecuencias sobre la sexualidad son una preocupación presente para este grupo de pacientes, pues se localiza en las partes del cuerpo que definen su sexo.

Con frecuencia, estas mujeres son víctimas de la falta de información sobre el impacto psicológico y los cambios acontecidos en la sexualidad como consecuencia de los efectos adversos del tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico. De este modo, la vida sexual en la patología neoplásica del aparato reproductor femenino no sólo se ve afectada por la gran repercusión emocional que esto tiene, sino por la gran cantidad de disfunciones sexuales causadas por el tratamiento de la enfermedad.

Así pues, el interés por el tema abordado surge a raíz de la desinformación sobre las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad, que conforman una preocupación real en este tipo de pacientes y, a su vez, un desafío para los profesionales, por tratarse de una materia muy íntima y personal, de difícil abordaje, pero existente, que solicita un determinado tratamiento y habilidades exploratorias.



## 3 CÁNCER GINECOLÓGICO. TIPOS

El término cáncer ginecológico hace referencia a un grupo de enfermedades cancerígenas que se generan en los órganos reproductores de la mujer, dándose en distintas localizaciones. Entre ellas, cabe mencionar la mama, útero, ovario, cérvix y vulva.

### 3.1 CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria [1]. Cuando las células tumorales proceden del tejido glandular de la mama y tienen capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, hablamos de cáncer de mama. Se origina anatómicamente en la unidad terminal ducto-lobulillar de la glándula mamaria. Cuando el proceso se dirige en dirección al conducto se origina el Carcinoma Ductal, sin embargo, cuando se dirige hacia el lobulillo el resultado es el Carcinoma Lobulillar.

Es la primera causa de cáncer en la mujer y, aunque con variaciones según el área geográfica considerada, representa el 30% de todos los tumores malignos que afectan a este sexo. El riesgo de que una mujer padezca un cáncer de mama a lo largo de su vida es del 12%, y del 3,6% de morir por la enfermedad. Esta proporción puede ser mayor en aquellos casos donde existe agregación familiar [6].

La probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer invasivo del seno durante su vida es de 1 entre 8. La probabilidad de morir por cáncer de seno es de aproximadamente 1 entre 35 [7].

Los factores de riesgo del cáncer de mama son [7,10]:

- Ser mujer y tener más de 50 años.
- Cambios genéticos debido a mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2.
- Antecedentes familiares (aunque entre un 70 y un 80% de las afectadas no tienen historial familiar de cáncer de mama) y personales de cáncer de seno.
- Raza (las mujeres blancas lo padecen en mayor número que las de color).

- Una biopsia anormal del seno suele asociarse con una mayor predisposición a padecer la enfermedad.
- Si los períodos menstruales comenzaron antes de los 12 años y terminaron después de los 55.
- Los antecedentes de tratamientos con radiación.
- El no tener hijos o tenerlos después de los 30 años.
- A veces, los tratamientos hormonales.
- El alcohol y el sobrepeso.

### *3.2 CÁNCER DE ÚTERO*

Cuando las células tumorales, con capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, están ubicadas en el útero hablamos de cáncer del útero o endometrio [2].

El tipo de tumor más frecuente de cáncer de útero es el adenocarcinoma. Se origina en la capa más interna del útero (endometrio). Otros tipos de tumores, como el sarcoma, que se origina en la capa muscular del útero, o el carcinoma epidermoide, suponen menos del 1% de todos los tumores de útero.

Representa actualmente el cáncer genital más frecuente, después del cáncer de mama, en los países desarrollados. Las estadísticas clásicas de la primera mitad de este siglo señalaban una mayor frecuencia del cáncer cervical que del cáncer de endometrio con una relación de 9 a 1. A partir de los 50, se produjo un aumento de la incidencia del carcinoma de endometrio, llegando a ser, en la actualidad, dos veces más frecuente que el cáncer invasor de cuello. Sus principales factores de riesgo son [8-10]:

- Ser mujer postmenopáusica.
- Padecer hiperestrogenismo, cuyos factores de riesgo son la edad y la obesidad, los tumores de la granulosa-teca del ovario, ser mujer portadora de síndrome de Turner tratada durante largo tiempo con estrógenos, cirrosis hepática e hipotiroidismo.
- La nuliparidad.
- Presentar ciclos anovulatorios prolongados, como el síndrome de ovarios poliquísticos.

- Factores genéticos. Existen antecedentes familiares en el 12-18% de las pacientes.
- Haber padecido cánceres previos de mama, ovario y colon.
- Tener antecedentes de radioterapia pélvica.

### *3.3 CÁNCER DE OVARIO*

Es aquel cáncer que se produce en el ovario. Su forma más frecuente de crecimiento es la siembra peritoneal, que se da al desprenderse las células del tumor y esparcirse a través de la cavidad abdominal colonizando el peritoneo [3].

Los diferentes tipos de cáncer de ovario reciben los nombres de las células de las que derivan. Aunque su clasificación es muy compleja, los dos grupos más importantes son los tumores epiteliales (90% de los casos), entre los que se encuentran los tumores serosos, los mucinosos, los endometrioides y los de células claras; y los tumores de células germinales (10% de los casos), cuyas variedades más frecuentes son los teratomas y los disgerminomas.

El cáncer de ovario se halla situado en tercer lugar dentro de las neoplasias ginecológicas, tras el cáncer de mama y endometrio. Es el cáncer de peor pronóstico dentro de los tumores malignos genitales. Es la causa más frecuente de muerte de todas las neoplasias malignas ginecológicas y la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer en nuestro país. La supervivencia a los cinco años es de un 35%.

Los principales factores de riesgo son [8-10]:

- Tener entre 50 y 60 años, aunque hay un porcentaje relativamente alto que se encuentra en edades inferiores a los 40 años: 5% en menores de 20 años y un 10% entre 20 y 40 años.
- Factores genéticos y familiares: Aunque es poco frecuente, el principal factor de riesgo es el cáncer de ovario familiar, definido como la presencia de 2 o más casos entre familiares de primer grado. El Riesgo Relativo es hasta de un 50%. También hay que tener en cuenta su relación con el cáncer de mama hereditario asociado a BRCA1 y BRCA2, lo que provoca un riesgo de un 40% de sufrir un

cáncer de ovario si la alteración está en BRCA1 y en un 25% si se encuentra en el BRCA2.

- Ser nulípara.
- Haber tenido el primer embarazo después de los 25 años.
- Las menarquias precoces y las menopausias tardías.
- Tener antecedentes oncológicos, especialmente de mama, endometrio y colon.

### *3.4 CÁNCER DE CÉRVIX*

También conocido como cáncer cervical, es aquel que comienza en el cuello del útero [4]. Dependiendo del lugar de origen en el cérvix, se distinguen dos tipos, el carcinoma epidermoide (derivado de ectocérvix y del fondo de la vagina) y el adenocarcinoma (procede de las células del interior del interior del cuello uterino).

El cáncer cervical ocupa el 4º lugar entre los cánceres ginecológicos, siendo sobrepasado, en orden decreciente de frecuencia, por el cáncer de mama, endometrio y ovario. Es de destacar que a partir de los años 50 se produjo un progresivo descenso en la tasa de incidencia del cáncer de cérvix en los países desarrollados. En los países en desarrollo es, sin embargo, el cáncer más frecuente de la mujer. Al mismo tiempo, se aprecia también una mayor incidencia en grupos de edad cada vez más jóvenes y una mayor incidencia de neoplasia intraepitelial. A pesar de la disminución de la incidencia, el cáncer cervical es todavía un importante problema sanitario.

No sólo la infección por el virus del papiloma humano se considera causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cérvix. También tendrían un papel favorecedor del mismo el resto de factores de riesgo establecidos [8-10]:

- Es una enfermedad de incidencia creciente con la edad hasta la menopausia, en que disminuye ligeramente para quedar después en unas cifras constantes.
- Raza y nivel socioeconómico: Las mujeres de color lo padecen en mayor número que las blancas. Por otro lado, las tasas de incidencia más altas del cáncer cervical tienen lugar en grupos de bajo nivel socioeconómico, lo cual depende esencialmente de la conducta social:
  - Inicio de las relaciones sexuales antes de los 20 años, especialmente en el primer año tras la menarquía.

- Múltiples compañeros sexuales.
- Ser compañera sexual de hombres con cáncer de pene, que hayan mantenido previamente relaciones sexuales con una mujer con cáncer cervical o que padezcan enfermedades de transmisión sexual y tengan varias parejas sexuales.
- Tomar anticonceptivos orales.
- Ser fumadora.
- Estar inmunosuprimida.

### *3.5 CÁNCER DE VULVA*

El cáncer de vulva es una enfermedad por la que se forman células cancerosas en los tejidos de la vulva [5]. Casi siempre afecta con mayor frecuencia a los labios mayores. Con menos frecuencia, el cáncer afecta a los labios vaginales menores, el clítoris o las glándulas vaginales.

A menudo, el cáncer de vulva evoluciona de forma lenta durante varios años. Las células anormales pueden crecer en la superficie de la piel de la vulva durante largo tiempo. Esta afección se llama neoplasia intraepitelial de vulva. Ya que esta se puede volver cáncer de vulva, es muy importante recibir tratamiento.

Constituye el 1-2% de los cánceres ginecológicos. Es el 5ª tumor por orden de frecuencia del aparato genital femenino. Su edad media de aparición se encuentra entre los 65 y 75 años de edad.

El riesgo de padecer este cáncer está relacionado con el número de parejas sexuales, tabaco, antecedentes de condilomatosis, infección por virus del papiloma humano, y haber sido tratada por radioterapia, normalmente por un cáncer cervical. Es habitual la asociación del cáncer vulvar con el cáncer de cuello, vagina o ano, especialmente en sus formas in situ. [8-10].



## 4 EFECTOS DEL TRATAMIENTO SOBRE LA SEXUALIDAD

Los cánceres y tratamientos ginecológicos tienen efectos adversos tanto emocionales como físicos que pueden cambiar enormemente la sexualidad y calidad de vida de la mujer. El diagnóstico del cáncer es una experiencia abrumadora para una mujer y su familia. Antes de que la mujer haya podido asimilar a través de sus sentimientos de conmoción y dolor, debe comenzar el tratamiento. Los efectos a corto y largo plazo del mismo pueden también impactar en la autoestima y sexualidad de una mujer. La cirugía, quimioterapia, radioterapia o una combinación de estos son las principales modalidades de tratamiento usadas para tratar los cánceres ginecológicos.

**La cirugía** se usa frecuentemente para diagnosticar, tratar y determinar el estado del cáncer ginecológico.

En el cáncer de mama, la mastectomía es la intervención quirúrgica más común. Puede variar desde un procedimiento tan simple como la extirpación de todo el tejido mamario con preservación de la piel y el conjunto pezón-aréola que la recubre, hasta la ablación radical de la cadena linfática mamaria interna junto con la mama, los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares [11]. Es un proceso muy traumático que disminuye la importancia de los senos como zona erógena, puede afectar también a la sensualidad, el atractivo y a la capacidad de respuesta debido a la pérdida de sensaciones placenteras después de la misma, lo que puede reducir la excitación sexual y la ausencia de orgasmo [12,13].

Por otro lado, en el cáncer de ovario, útero y cervical, la histerectomía total abdominal y la histerectomía radical son habitualmente el tipo de intervención quirúrgica de elección. La histerectomía consiste en la extirpación del útero o de parte de este. Igualmente, también pueden extirparse las trompas de Falopio y los ovarios. Este procedimiento conlleva la posible aparición de dolor, infección, hemorragia y complicaciones pulmonares. Además, puede afectar el bienestar psicológico y emocional de la mujer. Se ha testificado que las mujeres en edad de procrear experimentan tristeza y enfado ante la pérdida de fertilidad y que, a cualquier edad, las

mujeres relacionan la pérdida de los órganos femeninos como una pérdida de su feminidad [12].

Y por último, en el cáncer de vulva la intervención más usual que se realiza es la vulvectomía, es decir, la extirpación parcial o completa de la vulva. Es una cirugía extensiva que cambia dramáticamente la apariencia física de una mujer y que altera fuertemente su sexualidad, en especial si se ha llevado a cabo una vulvectomía radical, la que incluye la extirpación de labios internos y externos, el clítoris y en muchas ocasiones, los ganglios linfáticos por donde se drena la linfa desde la vulva [12].

**La quimioterapia** también tiene un importante impacto en la calidad de vida y sexualidad de la mujer. Aunque su aplicación en los procesos neoplásicos sigue siendo una de las mejores armas para controlar el cáncer, desgraciadamente, provoca numerosos efectos adversos, pues este tratamiento no actúa exclusivamente sobre las células neoplásicas, sino también sobre las células del organismo que tengan capacidad de dividirse [14].

Así pues, muchas mujeres encuentran difícil responder sexualmente cuando sienten fatiga, náuseas y diarrea, efectos secundarios típicos de este tratamiento. Muchos agentes quimioterápicos provocan, además, supresión de la médula ósea. Cuando a una mujer se le educa para evitar resfriados o infecciones por neutropenia o para evitar la penetración vaginal/anal debido al riesgo de trombocitopenia, se pueden incrementar sus sentimientos de aislamiento. Y la alopecia, por otro lado, supone para la mujer un constante recordatorio de que vive con cáncer. Puede sentirse avergonzada por parecer “diferente”, lo que puede afectar a su autoestima y reducir su deseo sexual [12].

**La radioterapia** es una modalidad que requiere la utilización de radiación ionizante de alta energía para tratar las alteraciones malignas. Puede utilizarse para curarlas o controlarlas [11].

La fatiga es el principal efecto adverso de este tratamiento. La radiación causa irritación en la pared intestinal, causando diarrea. Y en cuanto a la esfera sexual, la radiación puede provocar cambios en la vagina. La radioterapia externa y los implantes dañan tanto el epitelio vaginal como la capa basal de la mucosa, además de disminuir el tamaño y el número de capilares y vasos pequeños de la vagina. Todos estos factores conducen a la estenosis y sequedad vaginal. La estenosis y cicatrices vaginales pueden

llevar a la disfunción sexual a largo plazo y a exámenes pélvicos dolorosos. Muchas mujeres experimentan al final del tratamiento tal inflamación de la vulva y de la vagina que son incapaces de practicar el coito por el dolor [12].



## 5 PATRÓN DE LA SEXUALIDAD: ATENCIÓN INTEGRAL ENFERMERA DE LA SALUD DE LAS PERSONAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medio que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor [15].

La sexualidad, como aspecto afectado por el cáncer ginecológico, forma parte de la calidad de vida de las personas, y se compone de 3 facetas: el deseo sexual (interés por la actividad sexual), la satisfacción sexual (apreciación general de la sexualidad) y el funcionamiento sexual (donde se incluirían conceptos como la excitación y el orgasmo) [16].

La sexualidad es un elemento importante de la vida y la salud. Una vida sexual sana reporta numerosos beneficios y puede ser un factor predictivo de longevidad. Las disfunciones sexuales, que afectan a un gran número de personas, suponen una merma en la calidad de vida y con frecuencia son un tema tabú durante la entrevista clínica. Así pues, la información recogida en los registros enfermeros se restringe frecuentemente al estado civil y a la reproducción de los pacientes [15,17].

La valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, permite obtener una importante cantidad de información relevante de la persona de una manera ordenada. Esto facilita tanto el análisis de los mismos como la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA [18]. De los 13 dominios existentes, el octavo es el que recoge los diagnósticos enfermeros referentes a la identidad y función sexual y a la reproducción. Constituyen un total de 6 etiquetas, a saber: disfunción sexual (00059), patrón sexual ineficaz (00065), proceso de maternidad ineficaz (00021), disposición para mejorar el proceso de maternidad (00208), riesgo de proceso de maternidad ineficaz (00227) y riesgo de alteración de la díada materno/fetal (00209) [81].

En los once patrones funcionales de salud se incluye la sexualidad y la reproducción. El patrón de la sexualidad se refiere al conjunto de estrategias, conductas y actitudes que se utilizan en la búsqueda del placer sexual, y describe tanto los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad como el patrón reproductivo.

Valorar el patrón de la sexualidad de forma exhaustiva, evidencia la mejora de la información cuali-cuantitativa, para el cuidado de los pacientes.

Los conocimientos científicos, la rigurosidad, las habilidades, la observación, la coherencia y el sentido común de los profesionales de enfermería deben ser los pilares en los que se sustente la evaluación de la coyuntura, circunstancias o necesidad de realizar ciertas preguntas. Y a partir de ahí serán las personas las que decidan si contestar o no.

Pero los profesionales de enfermería pueden ser reticentes a valorar este patrón, ya que se trata de una parcela íntima de las personas que incluye valores y creencias que pueden dificultar la realización de determinadas preguntas, así como la aportación de posibles soluciones [15].

La sexualidad humana comprende la actividad sexual y los cambios en la experiencia personal afectan a la forma en que nos vemos a nosotros mismos, nuestro cuerpo y las relaciones interpersonales que tenemos [16]. El cáncer ginecológico repercute en numerosos aspectos de la sexualidad de la mujer. 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 genitales. Además, el impacto psicológico de esta enfermedad y sus tratamientos es también elevado. En función de la edad de la mujer afectada, puede interrumpir su proyecto de maternidad, con el consiguiente trasiego que supone para su vida y la de la pareja. Y por último, también es una enfermedad que deja huella en el concepto que tiene la mujer sobre su imagen corporal.

Ante tamaña afectación sexual, es necesaria la atención y valoración de la afectación de estas mujeres afectadas por neoplasias ginecológicas, el impacto en su calidad de vida y sobre su relación de pareja, así como las dificultades de recuperación a largo plazo [19].

Así pues, la importancia de este trabajo radica no sólo en la detección e identificación de los diferentes problemas que afectan a la sexualidad en este tipo de pacientes, sino también en el estudio del conocimiento que tienen las mujeres con cáncer ginecológico sobre las distintas formas en que esta enfermedad puede afectar su sexualidad y en el descubrimiento de las barreras que obstaculizan un abordaje natural de este tema tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de enfermería, analizando la postura por parte de ambas partes.



## 6 OBJETIVOS

### *6.1 OBJETIVO GENERAL*

Describir la afectación del patrón de sexualidad/reproducción de las mujeres con cáncer ginecológico y la educación sanitaria recibida al respecto.

### *6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

- Describir los principales problemas que alteran la sexualidad de las mujeres con cáncer ginecológico.
- Analizar la información que reciben las mujeres con cáncer ginecológico por parte de los profesionales sanitarios sobre sexualidad y los efectos de un mayor conocimiento sobre su calidad de vida.
- Identificar los motivos que obstaculizan la comunicación abierta sobre la sexualidad entre los profesionales sanitarios y las mujeres con cáncer ginecológico.



## 7 METODOLOGÍA

### *7.1 TIPO DE TRABAJO*

Se ha realizado una revisión narrativa de evidencia científica, a nivel nacional e internacional, de investigaciones realizadas en torno a la esfera sexual de las mujeres que padecen cáncer ginecológico.

### *7.2 LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS*

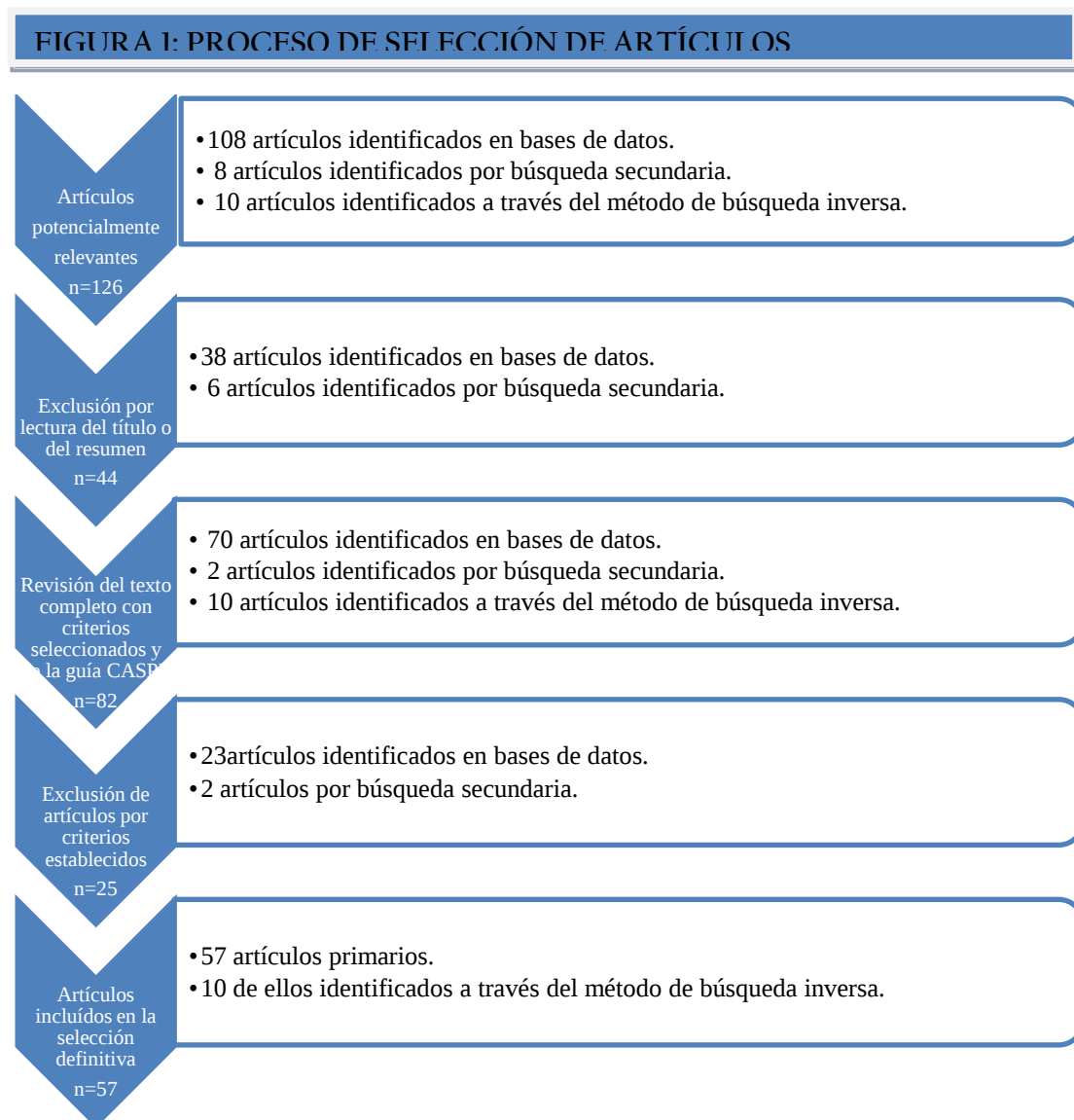
Se realizó una revisión integradora de la literatura en diferentes bases de datos, entre las que se encuentran: Pubmed, Dialnet, Scopus, Cuiden Plus y CINHALL.

Para la búsqueda se tomaron las siguientes palabras clave, a partir de las que se realizaron diferentes cadenas de búsqueda, reflejadas en la **Tabla 1**.

- Cáncer ginecológico, sexualidad, disfunción sexual, imagen corporal, información, enfermería.
- Gynecologic cancer, sexuality, sexual dysfunction, body image, information, nursing.

Se seleccionaron estudios de investigación que trataran sobre las alteraciones sexuales en el cáncer ginecológico y sobre el tipo de información recibida por las mujeres con cáncer ginecológico por parte de los profesionales sanitarios. Se incluyeron los artículos publicados en castellano y en inglés durante los años comprendidos entre el año 2000 y la actualidad y que tuvieran acceso libre y gratuito al texto completo. También se recogen algunos artículos anteriores al año 2000 a través del método de búsqueda inversa a partir de la bibliografía de los documentos primarios o secundarios recuperados en la búsqueda. Quedaron excluidos de la selección aquellos artículos que no guardaban relación con la temática escogida.

Al proceder a la búsqueda, se encontraron un total de 126 artículos. De ellos, 15 fueron hallados en Pubmed, 1 en Dialnet, 68 en Scopus, 36 en CINHALL y 6 en Cuiden Plus. De todos ellos, tras el primer cribado por el criterio de exclusión de lectura del título o del resumen en la **Figura 1**, fueron excluidos de la selección inicial 44 artículos (12 de Pubmed, 10 de Scopus, 18 de CINHALL y 4 de Cuiden Plus). Tras la lectura de los artículos enteros, fueron excluidos otros 25 (15 de Scopus, 9 de CINHALL y 1 de Cuiden Plus) por los criterios de inclusión y exclusión expresados en la **Tabla 2**. Se concluye la búsqueda de esta manera con 57 artículos seleccionados, de los cuales 10 fueron encontrados a través del método de búsqueda inversa.



| TABLA 1: PLANIFICACIÓN DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA |                                                                                              |                                                        |                             |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Bases de datos                                      | Palabras Clave                                                                               | Historia de Búsqueda                                   | Nº de Artículos encontrados |
| Pubmed                                              | Sexuality, gynecologic cancer, body image                                                    | Sexual* and gynecologic cancer                         | 12                          |
|                                                     |                                                                                              | Body image and gynecologic cancer                      | 3                           |
| Dialnet                                             | Sexualidad, cáncer ginecológico                                                              | Sexual* y cáncer ginecológico                          | 1                           |
| Scopus                                              | Sexualidad, cáncer ginecológico, disfunción sexual, imagen corporal, información, enfermería | Sexual* y cáncer ginecológico                          | 11                          |
|                                                     |                                                                                              | Imagen corporal y cáncer ginecológico                  | 9                           |
|                                                     |                                                                                              | Disfunción sexual* y inform* y cáncer ginecológico     | 3                           |
|                                                     |                                                                                              | Enferme* y sexual* y cáncer ginecológico               | 1                           |
|                                                     | Sexuality, gynecologic cancer, sexual dysfunction, body image, information, nursing          | Sexual* and gynecologic cancer                         | 25                          |
|                                                     |                                                                                              | Body image and gynecologic cancer                      | 11                          |
|                                                     |                                                                                              | Sexual* dysfunction and inform* and gynecologic cancer | 4                           |
|                                                     |                                                                                              | Nurs* and sexual* and gynecologic cancer               | 4                           |
| Cuiden Plus                                         | Sexualidad, cáncer ginecológico, disfunción sexual, imagen corporal, información, enfermería | Sexual* y cáncer ginecológico                          | 3                           |
|                                                     |                                                                                              | Imagen corporal y cáncer ginecológico                  | 1                           |
|                                                     |                                                                                              | Disfunción sexual* y inform* y cáncer ginecológico     | 2                           |
|                                                     |                                                                                              | Enferme* y sexual* y cáncer ginecológico               | 0                           |



|               |                                                                                     |                                                        |    |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----|
| <b>CINHAL</b> | Sexuality, gynecologic cancer, sexual dysfunction, body image, information, nursing | Sexual* and gynecologic cancer                         | 20 |
|               |                                                                                     | Body image and gynecologic cancer                      | 2  |
|               |                                                                                     | Sexual* dysfunction and inform* and gynecologic cancer | 4  |
|               |                                                                                     | Nurs* and sexual* and gynecologic cancer               | 10 |

## **TABLA 2: CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS**

### **Criterios de inclusión**

- Estudios que tratasen de la sexualidad en las mujeres con cáncer ginecológico bajo tratamiento o con este ya acabado y de su experiencia psicosocial.
- Estudios realizados a personal sanitario a cerca de su perspectiva sobre el abordaje de la sexualidad en las mujeres con cáncer ginecológico bajo tratamiento o con este ya finalizado.
- Estudios y revisiones de carácter cuantitativo o cualitativo con acceso gratuito al texto completo.
- Estudios publicados en castellano o en inglés.

### **Criterios de exclusión**

- Estudios que no reflejasen el tema de la sexualidad de las mujeres con cáncer ginecológico en su contenido.
- Estudios y revisiones de carácter cuantitativo o cualitativo con acceso gratuito al texto completo.
- Estudios publicados en castellano o en inglés

## 8 RESULTADOS

### *8.1 PROBLEMAS SEXUALES DE LAS MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO*

#### *8.1.1 Deterioro de la imagen corporal y autoestima*

Según DeFrank et al. [20], los diferentes cambios físicos que se producen como resultado del cáncer y su tratamiento, entre los que se encuentran la pérdida de peso, de cabello o la aparición de cicatrices, tienen la capacidad de afectar negativamente a la imagen corporal de la mujer. La imagen corporal es un fenómeno complejo que en su concepto más simple podría ser definido como la imagen que tenemos en nuestra mente de nuestro cuerpo [21]. Hay estudios que señalan que las mujeres que experimentan una interrupción en su imagen corporal tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico pueden sentirse sexualmente inatractivas. Por ejemplo, Kullmer et al. [22] llevó a cabo un estudio que comparaba un grupo de 109 pacientes sin evidencia de enfermedad tras superar un cáncer ginecológico con otro grupo de 61 pacientes con recaídas. En este se demuestra que aunque en ambos grupos existen limitaciones en la vida sexual de las participantes como consecuencia de los efectos del tratamiento sobre su imagen corporal, en el grupo de pacientes que han sufrido una recaída, estas limitaciones aumentan en un 20,1%. Por otro lado, Bukovic et al. [25], que analizó un grupo de 238 mujeres con cáncer de ovario que habían sido tratadas quirúrgicamente y con quimioterapia, señala que un 46,64% de las participantes declararon un empeoramiento de su vida sexual tras el tratamiento a causa de la alteración de su imagen corporal, entre otros factores. También existen estudios caso-control en el que se comparan grupos de mujeres con cáncer de mama mastectomizadas y no mastectomizadas (cirugía conservadora) para hallar resultados que concluyan si la alteración de la imagen corporal en estos casos se traduce en un descenso de la actividad sexual. Así pues, Segura-Valverde, M. et al realizó un estudio comparativo entre un grupo de 12 mujeres que habían sido mastectomizadas y uno de 11 mujeres que no lo habían sido, y encontró que el 50% del grupo casos estaban preocupadas por el retorno a las relaciones sexuales por el descontento con su imagen corporal y por el miedo al rechazo de su pareja, lo que se traduce en una disminución por el interés sexual [40].

La imagen corporal también está relacionada con los sentimientos de feminidad y atractivo [26]. La feminidad es una parte importante de la identidad sexual y, por lo tanto, tiene una influencia importante en la imagen corporal de la mujer. La pérdida de la feminidad ha sido reportada por pacientes con cáncer ginecológico tanto en estudios cuantitativos [27,28] como en estudios cualitativos [29,30]. Por ejemplo, Tornatta et al. [27] señala que la pérdida de feminidad es el cuarto factor más destacado por las participantes con cáncer cervical de un estudio (32%, n=26) entre los 11 que fueron analizados. El tratamiento quirúrgico en estos tipos de cáncer suele significar, por ejemplo, la pérdida de las mamas, del útero o de los ovarios, los cuales representan la feminidad, maternidad y sexualidad. La importancia simbólica del útero para el concepto de la feminidad fue destacada en un estudio cualitativo en el que las entrevistas realizadas revelaron que las mujeres relacionaban el útero y la capacidad de tener hijos con la feminidad. Por lo tanto, la pérdida del mismo les supondría la pérdida de su feminidad, considerándose iguales a los hombres e inútiles como madres. Esto les conduce a una baja autoestima y a una visión más negativa de su imagen corporal [29]. Y por otra parte, también caben destacar las llamativas declaraciones que reportan varias participantes de un estudio realizado con mujeres con cáncer cervical y de endometrio que han sido tratadas quirúrgicamente, llevado a cabo por Juraskova et al. [30] Estas coinciden en que la pérdida de sus órganos sexuales supuso la pérdida de su identidad como mujer, manifestando algunas, incluso, sentirse “sucias”.

### *8.1.2 Ansiedad y depresión*

La ansiedad y la depresión se consideran entidades autónomas en las distintas clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica, ambas coexisten frecuentemente. Diferenciar estos cuadros no resulta sencillo, pues ambas cursan con trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia e irritabilidad. Los pacientes oncológicos presentan síntomas de depresión en un 25% de los casos [31].

Al hacer referencia a la salud sexual en mujeres sometidas a tratamientos por cáncer ginecológico, sin duda es necesario relacionarla con el impacto de los tratamientos, las alteraciones del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión.

Diversos estudios apuntan a que el funcionamiento sexual disminuye con la depresión y la ansiedad [19,32,33]. Ya sea primario, recurrente o terminal, el cáncer ginecológico sin duda afectará a la magnitud de los efectos psicológicos del cáncer en el funcionamiento sexual de las pacientes.

Un diagnóstico de cáncer ginecológico a menudo precipita síntomas de ansiedad y depresión de leves a moderados, que pueden ir acompañados de un deterioro del funcionamiento sexual, tal y como demuestran, por ejemplo Corney et al. [34] en un estudio en el que encontraron que entre las mujeres intervenidas de cáncer de vulva y cervical, más del 65% de las que eran sexualmente activas informaron sobre dificultades sexuales concurrentes significativamente relacionadas con sus niveles de ansiedad. En contraposición, un estudio llevado a cabo por Pintado-Cucarella [35] apunta que la ansiedad y la depresión presentan relaciones bajas y negativas con el funcionamiento sexual en las mujeres con cáncer de mama ( $r=-0,87$ ;  $p=0,033$ ).

### 8.1.3 *Función sexual*

Según Woods [36], la función sexual se refiere a la “capacidad de un individuo para dar y recibir placer sexual”. La función sexual incluye un ciclo de varias etapas físicas y psicológicas a través de las cuales una persona progresa durante la actividad sexual, conocido como el ciclo de respuesta sexual [37]. Éste sugiere que está compuesto concretamente por tres etapas: deseo, excitación y orgasmo. Durante la fase de deseo los pensamientos y deseos sexuales provocan que la mujer se encuentre sexualmente despierta dando lugar a la iniciación de la actividad sexual. Seguidamente, en la fase de excitación, se dan diferentes respuestas fisiológicas como el aumento del flujo sanguíneo en los órganos sexuales, el humedecimiento de la vagina y la erección de los pezones. Y por último, durante el orgasmo, la mujer experimenta contracciones de la vagina y el útero, lo que indica el pico de la respuesta sexual. Según Tierney [38], el cáncer ginecológico y sus tratamientos tienen la capacidad de afectar a una o más de las fases de este ciclo, lo que conduce a un diagnóstico de disfunción sexual.

Numerosos estudios han analizado la función sexual de las pacientes con cánceres ginecológicos tras el diagnóstico del mismo y su tratamiento. En ellos se demuestra que las mujeres con diversos diagnósticos de cáncer ginecológico experimentan una reducción del funcionamiento sexual después del tratamiento en

comparación con las de los grupos control. Por ejemplo, la disfunción sexual fue calificada como el síntoma más estresante entre un total de 22 síntomas experimentados por las mujeres tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cérvix (45%, n=88) [39]. Asimismo, la función sexual en un grupo de mujeres supervivientes a cáncer de ovario (n=189) es más insatisfactoria que la función sexual detectada en otro grupo de mujeres sanas (n=378) [32]. Por otro lado, en un estudio que compara la función sexual entre un grupo de mujeres intervenidas de braquiterapia intracavitatoria y otro de mujeres no intervenidas por este tipo de cirugía, se obtienen resultados que muestran un mayor compromiso de esta en el grupo casos, pues se reportan alteraciones vaginales hasta en un 71% de las participantes [47]. También existen investigaciones que, a través de datos recogidos mediante cuestionarios de actividad sexual específicos (SAQ), comparan la actividad sexual entre mujeres con cáncer ginecológico y mujeres sanas. Así, un estudio realizado en 2013 por Harter, P. et al, los resultados reportan mayor nivel de discomfort con la actividad sexual en mujeres con cáncer ginecológico, traducido en una peor función sexual en un 59,5% de los casos [48].

Los diferentes tipos de cáncer ginecológico están asociados a diversas formas de tratamiento que pueden influir potencialmente en los resultados del funcionamiento sexual de varias maneras [32]. Hay un gran debate en la literatura con respecto a los efectos de las diferentes opciones de tratamiento sobre los resultados de la función sexual. Existen opiniones encontradas en cuanto a las opciones de tratamiento que tienen los efectos más negativos sobre la sexualidad. Hay estudios que han demostrado que las mujeres irradiadas experimentan mayor disfunción sexual que las tratadas con cirugía o quimioterapia [50-52]. Sin embargo, no hay duda de que todas las formas de tratamiento pueden tener un impacto negativo en el funcionamiento sexual de estas mujeres y que las pueda llevar a cuadros significativos de ansiedad [32,35,42,45,46,53]. De hecho, se ha llegado a reportar la existencia de problemas con el funcionamiento sexual hasta veinticinco años después del tratamiento del cáncer ginecológico [54].

Los resultados de diversos estudios ponen de manifiesto que cada una de las etapas del ciclo de la respuesta sexual pueden verse afectadas por el cáncer ginecológico y su tratamiento. Entre ellos, llama la atención un estudio cuantitativo según el cual el 100% de las mujeres operadas de cáncer de mama y útero sufren un impacto negativo sobre su actitud frente a la sexualidad y una disminución de la actividad sexual [13].

Los resultados de un estudio longitudinal cuantitativo [45] que evaluaba el funcionamiento sexual en las mujeres con cáncer cervical (n=173) revelaron que el 91% de las mujeres experimentaron disfunción sexual un año después de acabar con el tratamiento radioterápico. Y por otro lado, los resultados de un estudio cuantitativo [49] que evaluaba la prevalencia de disfunción sexual en mujeres con cáncer de endometrio de estadio temprano (n=72) revelaron que el 89% de las mujeres sufrían disfunción sexual.

Muchos estudios señalan también los efectos negativos que las mujeres experimentaron con respecto al *deseo sexual*, a la *lubricación* y al *orgasmo*.

En relación con el *deseo sexual*, hay estudios cualitativos y cuantitativos que revelan un deterioro considerable en el interés sexual. Por ejemplo, cabe destacar las declaraciones de las participantes de un estudio cualitativo realizado en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Universitario de Ankara [42]. Según estas mujeres, su deseo sexual se veía interrumpido por sentimientos de miedo por posibles complicaciones de la enfermedad, por lo cual la sexualidad acababa ocupando un último lugar entre sus prioridades en la vida. Por otro lado, un estudio transversal cuantitativo revelaba que un 74% de las participantes manifestaron haber perdido su deseo sexual o tenerlo muy leve. [43]

En cuanto a la *lubricación vaginal*, también podemos encontrar estudios tanto cualitativos como cuantitativos que exponen datos relevantes con respecto al deterioro de la misma. En un estudio cualitativo realizado con 11 mujeres turcas que estaban siendo tratadas en una clínica de oncología ginecológica es de importancia subrayar que una de las participantes confirmó haber dejado de lubricar después de haber sido intervenida, con lo que el acto sexual pasó a ser muy doloroso y difícil tanto para ella como para su pareja, motivo por el cual, acabó abandonando sus relaciones sexuales [29]. Igualmente, los resultados de un estudio situacional cuantitativo [19], analizan el efecto negativo que el cáncer ginecológico y su tratamiento puede tener en la lubricación vaginal. De las que eran sexualmente activas (n=64) los resultados revelaron que el 62,5% sufrían de escasa lubricación. Y concretamente, en un estudio cuantitativo [55] con mujeres con cáncer de mama, se ve reflejado también un detrimento de la lubricación vaginal en un 58,5%. Esto nos puede llevar a pensar que no siempre la zona

en la que se localiza el cáncer está directamente relacionada con la aparición de determinados tipos de alteraciones en la sexualidad de las mujeres con cáncer ginecológico.

Y con respecto a la etapa final del ciclo de la respuesta sexual, el *orgasmo*, en el estudio cualitativo resaltado previamente, se reporta, además, la dificultad para llegar al mismo. Asimismo, otras investigaciones [19,39,45] muestran cifras de hasta un 63% de la población analizada (n=51) incapaces de llegar al orgasmo 5 semanas después de haberles sido extirpado el útero. Pero lo que más llama la atención es que en este mismo estudio, casi un 40% de estas mujeres seguía sin poder alcanzar el pico de la respuesta sexual 2 años después de haber sido intervenidas.

Por último, cabe exponer otros problemas sexuales de consideración hallados en varios estudios, como la dispareunia (dolor en el coito) dificultad en la penetración y molestia por la disminución del tamaño de la vagina. Estos últimos son más específicos de los cánceres localizados en los órganos del aparato reproductor femenino, como el de cérvix [46]. En varios de los estudios en los que han sido analizados, se han hallado cifras de entre un 34-86% de mujeres que sufren dispareunia hasta un año después del tratamiento [19,45], un 28-34,4% de participantes que manifiestan tener dificultades en la penetración [19,46] y un 19-31% de casos en los que la disminución del tamaño de la vagina ocasiona perturbaciones en las relaciones sexuales.

## ***8.2 INFORMACIÓN SEXUAL RECIBIDA POR LAS PACIENTES***

La sexualidad es un aspecto importante en la salud de la mujer y por lo tanto una preocupación legítima para los profesionales de la salud. La falta de conocimiento que conduce a la incomprensión del paciente puede contribuir a la alteración de su sexualidad. Así pues, ofrecer una información oportuna y adecuada es esencial para aumentar la satisfacción del paciente y promover mejores resultados en su salud sexual [56]. Éste es un tema importante, pues el suministro de la información es reconocido como un método fundamental para que los profesionales sanitarios promuevan la salud sexual y el bienestar de las pacientes con cáncer ginecológico [57]. Muchos investigadores han demostrado que la búsqueda de información es un método de afrontamiento utilizado por pacientes con cáncer [58-60]. Sin embargo, existen estudios que demuestran el descontento de este tipo de pacientes con la información que les ha

sido proporcionada acerca de la sexualidad [58,61-63]. Por ejemplo, las participantes en un estudio cualitativo realizado por Ekwall et al. [58] declararon que la información que se les proporcionó por parte de los profesionales de la salud relacionada con la sexualidad era de naturaleza biomédica, y por tanto, inútil. Por ejemplo, una participante fue informada por su médico de que, tras la cirugía, su vagina había disminuido de longitud. Sin embargo, no se le ofreció ninguna información sobre cómo afectaría esto a su funcionamiento sexual ni de cómo podría superar los posibles problemas que pueda encontrar como resultado, pese a su deseo y necesidad de saberlo. Igualmente, una de las mujeres entrevistadas en otro estudio cualitativo realizado a pacientes con cáncer de ovario reportó que, aunque su ginecólogo le avisó de que tras la cirugía se le repetirían episodios de sofoco y acaloramiento, nadie le explicó el porqué ni cómo sobrellevarlo. Asimismo, de otro estudio cualitativo dirigido a mujeres con cáncer de endometrio se extrajeron manifestaciones muy concluyentes sobre la importancia de la información acerca de este ámbito. Muchas afirman que recibieron “ayuda” para la cura y estiramiento de la vagina por parte del personal sanitario, pero que dichas medidas no les fueron suficientes, pues no encontraban cabida para más cuestiones íntimas; señalaban, además, lo bueno que sería disponer de un verdadero asesoramiento sexual como parte íntegra de su proceso de curación [41]; así como de profesionales que les puedan informar sobre otras formas de expresar el deseo sexual sin llegar al coito, tal y como indica un estudio cualitativo realizado a mujeres con cáncer de vulva [64]. Y concretamente, en términos numéricos, hay estudios que confirman estos resultados, hallándose que hasta un 90% de las mujeres consideraban de importancia fundamental tener más información sobre cómo la enfermedad y los tratamientos pueden afectar su vida sexual y de pareja [19].

Podría decirse que los profesionales sanitarios tienden a dirigir la sexualidad en estrechos términos biomédicos para proporcionar sugerencias específicas ante determinadas áreas del funcionamiento sexual, como la lubricación y la dispareunia (por ejemplo, aconsejar el uso de lubricantes y dilatadores vaginales).

Por el contrario, otros ámbitos de la alteración de la sexualidad, como la pérdida del deseo sexual, problemas para llegar al orgasmo, la alteración de la imagen corporal y la autoestima sexual, son más abstractos y, por tanto, les resulta más complicado

valorar y aportar sugerencias específicas para superar las distintas dificultades que se presentan en estas áreas.

Sin embargo, la utilización de medidas alternativas para ayudar a resolver estos problemas podría ser una herramienta a tener en cuenta, tal y como demuestra un estudio en el que fueron evaluadas 27 mujeres con cáncer de mama que solicitaron participar en un taller de sexualidad ofrecido por la Asociación Contra el Cáncer (AECC) de Barcelona. El contenido de las diferentes sesiones del taller abarcaba diversos aspectos, como por ejemplo la definición de sexualidad, fases de la respuesta sexual, sexualidad tras un cáncer de mama, disfunciones sexuales más comunes en el cáncer de mama, y la explicación de los tratamientos de las disfunciones sexuales. El resultado final fue que un 88% de las mujeres que asistieron al taller afirmaban estar muy o bastante satisfechas con su actividad sexual en el último año, cifra similar al 86% de las 1202 personas encuestadas en un estudio realizado por la Federación Española de Sociedades de Sexología [44].

### ***8.3 PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LA EDUCACIÓN SEXUAL***

El funcionamiento sexual es un tema importante en la salud que afecta significativamente a la calidad de vida de las mujeres con cáncer ginecológico y, sin embargo, la atención y la intervención en esta área están siendo ignoradas. La salud sexual es un tema raramente abordado por los profesionales de la salud y la función sexual prácticamente nunca es evaluada como un resultado del tratamiento [65].

Las actitudes y los comportamientos de los/as médicos y de las enfermeras que tratan a las mujeres con cáncer ginecológico hacia el abordaje de la sexualidad han sido investigados [66-68]. Según los datos de estos estudios, aunque la mayoría de los profesionales de la salud sabían que la mayor parte de las mujeres con cáncer ginecológico padecían problemas relacionados con la sexualidad, sólo el 20-35% de ellos discutieron este tema con las pacientes. Algier y Kav [69] obtuvieron un hallazgo similar, según el cual casi la mitad de las 77 enfermeras de la muestra que trabajan con este tipo de pacientes nunca explicaron ni valoraron los efectos del tratamiento del cáncer sobre el deseo sexual. Refleja, además, que casi el 80% de las enfermeras no recibieron educación sobre la sexualidad.

La falta de formación específica sobre este tema parece ser la razón principal por parte de las enfermeras para evitar discutir sobre asuntos sexuales con las pacientes. Entre otras razones también cabe citar la falta de experiencia, la falta de recursos para brindar apoyo si es necesario, no asumirlo como su responsabilidad y sentimientos de incomodidad y vergüenza hacia este tema [66-68,70].

Por otro lado, la estructura cultural y los valores y prejuicios de la sociedad hacia la sexualidad también provocan sentimientos de duda y vergüenza en los individuos a la hora de abordar estos temas [68]. Así pues, en la cultura turca, por ejemplo, las enfermeras eligen centrarse sólo en el tratamiento antes que tratar este tipo de asuntos, que hoy en día siguen siendo tabú, especialmente si la enfermera no es del mismo sexo que la paciente, hallándose que un 43,7% de las 87 enfermeras oncológicas que participaron en el estudio confirmaron la importancia de dicha cuestión.

Por último cabe subrayar la importancia de folletos –o manuales- que cubran información útil sobre las preocupaciones y los problemas sexuales más comunes entre las pacientes con cáncer ginecológico, tal y como indican diferentes estudios. Disponer de ellos en las clínicas podría contribuir al asesoramiento y discusión de la sexualidad entre enfermeras y pacientes, pues como se ha comentado, uno de los principales motivos que impiden el abordaje del tema es la falta de información por parte de la propia enfermera, una certeza que asciende a un 66% de los casos [55,70,72-74].



## 9 DISCUSIÓN

Los numerosos artículos identificados demuestran que la sexualidad es un ámbito claramente afectado por el diagnóstico y el tratamiento del cáncer ginecológico. En general, la afectación sexual hallada se debe, fundamentalmente, a la disminución de libido, lubricación, excitación y el orgasmo por un lado; y a la reducción en la asiduidad de las relaciones sexuales por el otro, tanto por los problemas ya citados como por otros de diversa índole, como dispareunia, dificultad en la penetración, incomodidad por las nuevas dimensiones vaginales y por las irremediables alteraciones de la imagen corporal, además de los posibles cuadros de ansiedad y depresión. Como se puede observar, existe una considerable cantidad de alteraciones que comprometen la vida sexual de las mujeres con cáncer ginecológico, con lo cual, resulta necesario profundizar en los tratamientos, cuidados y educación dirigida a esta población.

Proporcionar información relacionada con el acto sexual físico es importante para este tipo de mujeres, sin embargo, abordar este aspecto de la sexualidad de forma aislada no es suficiente. Los profesionales de la salud también deben proporcionar información relacionada con la forma en que el cáncer y su tratamiento pueden afectar al concepto de sí misma en el área sexual, incluyéndose temas como la imagen corporal y la autoestima sexual, y de qué modo puede influir también en sus relaciones de pareja. Abordar estos conceptos a la vez (funcionamiento sexual, concepto de autoestima sexual y las relaciones sexuales) es necesario para garantizar un enfoque holístico de la calidad de vida de esta población de pacientes.

Sin embargo, mientras no se superen los diferentes obstáculos que impiden a los profesionales sanitarios afrontar la discusión sobre la sexualidad con sus pacientes, parece complicado poder conseguir una atención integral. Así pues, han sido revisadas las principales barreras que encuentran los profesionales sanitarios en el momento en el que se plantean asuntos sobre la sexualidad de las pacientes con cáncer ginecológico. La falta de educación, experiencia, recursos, no asumirlo como responsabilidad y los sentimientos de incomodidad y vergüenza fueron hallados como principales motivos. Pero también cabe destacar la controversia encontrada en la literatura con respecto a la edad y la experiencia de la enfermera, factor que puede comprometer la discusión de

este tema. Oskay, U. et al encontraron que las enfermeras mayores de 40 años con más de 15 años de experiencia asumen el asesoramiento sexual como parte de su trabajo, valoran con mayor frecuencia este aspecto y animan a las pacientes a expresar sus miedos y preocupaciones relacionadas con el mismo [68]. Por el contrario, Haboubi y Lincoln [71] encontraron que las enfermeras más jóvenes tenían más en cuenta este factor que las más mayores, valorándolo así pues con más frecuencia. Con lo cual, parece difícil determinar que la edad sea un factor significativo para que la figura sanitaria eluda el ámbito sexual tanto de las mujeres con cáncer ginecológico como del resto de pacientes en general, ya que la afectación sexual no es algo exclusivo de los cánceres ginecológicos.

En otros tipos de neoplasias, concretamente en aquellas localizadas en el aparato reproductor masculino, como el cáncer de próstata, también se detectan problemas relacionados con la sexualidad. Por ejemplo, en un estudio cualitativo cuyo objetivo era explorar la percepción del impacto de la disfunción eréctil en los hombres sometidos a un tratamiento definitivo para el cáncer de próstata no metastásico, cabe destacar testimonios muy significativos en relación a este ámbito [75]. Por un lado, resaltan la pérdida de masculinidad al perder sus capacidades sexuales, además de pérdida de seguridad en sí mismos a la hora de relacionarse con mujeres, viéndose obligados a rechazar por completo su vida sexual. Y por otro lado, también demuestra que, aunque la incidencia sustancial de la disfunción eréctil en los hombres tratados por cáncer de próstata está bien descrita, por tratarse de una alteración fisiopatológica, el impacto de la disfunción eréctil en la vida de los hombres apenas ha sido explorado. Esto queda reflejado en diversas declaraciones de los participantes del estudio, en las que se reclama un abordaje por parte del personal sanitario del amplio impacto emocional de la disfunción eréctil en la vida de los hombres, tanto durante el tratamiento como después del mismo.

La sexualidad es un derecho y un pilar fundamental de la vida saludable, con lo cual, no resulta inverosímil que exista una vasta recopilación de estudios que hayan analizado la actividad sexual en enfermedades de diversa índole. Por ejemplo, en un estudio caso-control sobre la disfunción sexual en la enfermedad de Parkinson [76] se detectaron problemas sexuales similares a los expuestos en las mujeres con cáncer ginecológico. Las mujeres que padecen Parkinson, también sufren dificultades durante y

al final del acto sexual (orgasmo), al igual que una pérdida del deseo sexual [76,77]. Asimismo, la disfunción sexual encontrada en estos pacientes tampoco es un aspecto que los profesionales sanitarios sepan afrontar con naturalidad cuando aparece.

Del mismo modo, la sexualidad entre pacientes con patologías cardiovasculares también merece importancia, pues como se sabe, el tabú que envuelve a la actividad sexual se ve sobredimensionado cuando implica a la salud, y en especial la del aparato cardiovascular [78]. Así pues, existen estudios que confirman la aparición de problemas que afectan a la sexualidad de este tipo de pacientes. López-Medina et al. [79], revelan una reducción de la frecuencia de la actividad sexual así como una disminución del deseo sexual en un estudio cualitativo descriptivo dirigido a pacientes que habían sufrido una cardiopatía isquémica. Y al igual que las mujeres con cáncer ginecológico que participaron en los diferentes estudios revisados, la mayoría de los participantes de este estudio también manifiestan falta de información por parte de los profesionales sanitarios relacionada con la actividad sexual. Y algunos declaran, además, falta de abordaje por parte de los mismos sobre este tema.

Se puede entender entonces, que el deterioro de la sexualidad y el tabú que cimienta la barrera entre paciente y enfermero son comunes en muchas patologías. Y concretamente, en el caso en cuestión de esta revisión, el cáncer ginecológico, la investigación de la literatura nos ha llevado a obtener la posibilidad de examinar tanto las necesidades sexuales de las mujeres que lo padecen, como a discernir una reclamación universal en este tipo de población: la trascendencia del abordaje de la sexualidad, un aspecto de la vivencia humana que tan íntimamente está unida a la calidad de vida. Con lo cual, podría proponerse como medida que el equipo sanitario no sólo proporcione y menciones que proporcionará el mejor tratamiento médico para curar el cáncer, sino que también preste una atención continuada de la sexualidad de las mujeres afectadas que garantice el retorno a una vida sexual emocional y física normal y saludable. Sin embargo, para ello será necesario profundizar en la formación de los profesionales sanitarios sobre la sexualidad y la reproducción en todos sus ámbitos. También podría ser interesante adoptar como medida la facilitación de información individualizada por escrito a estas pacientes, pues las consultas de oncología suelen ser eventos que les provocan ansiedad, lo que disminuye su capacidad para retener toda la información recibida. Trabajar en estas mejoras podría significar un aumento de la

satisfacción tanto de las mujeres con cáncer ginecológico como de los profesionales sanitarios.

### *9.1 LIMITACIONES*

En los estudios revisados se analizan de forma muy separada los problemas sexuales que abarcan por un lado los cánceres de mama y por otro, los cánceres de endometrio, ovario, cérvix y vulva, aunque todos ellos sean incluidos dentro de la modalidad de cánceres ginecológicos.

Por otro lado, no han sido incluidos estudios que analicen población homosexual ni estudios que contengan datos procedentes de poblaciones de diferentes etnias y mayor diversidad cultural.

Y por último, también habría resultado útil la revisión de artículos que analizaran la perspectiva de otros profesionales sanitarios, como la de los ginecólogos. Sin embargo, esto tampoco ha sido posible por falta de fuentes.

Así pues, como propuesta principal para futuros estudios, sería interesante incluir a personas homosexuales dentro de la muestra para saber si sus experiencias son similares o diferentes a las de los heterosexuales. Y también a ginecólogos, para contrastar su perspectiva con la del personal de enfermería.

## 10 CONCLUSIONES

Podemos concluir que los principales resultados de esta revisión narrativa han sido:

- La sexualidad es una materia compuesta por numerosas dimensiones que pueden llegar a ser alteradas negativamente por el diagnóstico de un cáncer ginecológico.
- El diagnóstico del cáncer y sus diferentes modalidades de tratamiento pueden afectar emocionalmente a las mujeres afectadas, especialmente en su autopercepción y autoestima, lo que puede conducir a cuadros de depresión y ansiedad que perturben su vida sexual.
- Las intervenciones quirúrgicas que suponen la pérdida de las mamas o del útero, pueden provocar un duelo en las pacientes que las haga verse como mujeres incompletas e inútiles.
- Las consecuencias del tratamiento del cáncer ginecológico también se ven reflejadas en la aparición de alteraciones que modifican la práctica y satisfacción sexual de las mujeres afectadas, como el deterioro del deseo sexual, la sequedad vaginal, el dolor y la dificultad para llegar al orgasmo.
- Un aumento de la información proporcionada por los profesionales sanitarios, así como el uso de medidas alternativas, como programas de salud dirigidos a este tipo de población, con talleres que abarquen distintos ámbitos de la sexualidad, pueden mejorar el afrontamiento de estas mujeres durante todo el proceso.
- Es importante que los profesionales sanitarios se deshagan del tabú y terminen con sus prejuicios en la discusión sobre la sexualidad para poder proporcionar un asesoramiento holístico de las cuestiones sexuales que conciernen a sus pacientes. Sin embargo, no sólo basta con la voluntad del equipo de salud. Es necesaria la mejora de la formación de los profesionales sanitarios en esta área que es injustamente desestimada por todos.



## II BIBLIOGRAFÍA

[1] Asociación Española Contra el Cáncer (aecc). *Cáncer de mama. ¿Qué es?* Recuperado el 20 de enero de 2015, de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/quees.aspx>

[2] Asociación Española Contra el Cáncer (aecc). *¿Qué es el cáncer de útero?* Recuperado el 20 de enero de 2015, de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeutero/Paginas/Quees.aspx>

[3] Asociación Española Contra el Cáncer (aecc). *Cáncer de ovario. ¿Qué es?* Recuperado el 20 de enero de 2015, de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeovario/Paginas/quees.aspx>

[4] Asociación Española Contra el Cáncer (aecc). *¿Qué es el cáncer de cérvix?* Recuperado el 20 de enero de 2015, de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/Cancerdecervix/Paginas/Quees.aspx>

[5] Instituto Nacional del Cáncer (de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU.). *Cáncer de vulva: Tratamiento. Información general sobre el cáncer de vulva.* Recuperado el 21 de enero de 2015, de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/vulva/Patient/page1>

[6] García, A., Nieto, A., Cuerva, J.F., Aragón, J., Rodríguez, Y., Fernández, F. et al. (2005). *Cáncer de mama. Guía para la gestión de procesos asistenciales relacionados con el cáncer: proyecto oncoguías*. Junta de Castilla y León: Consejería de Sanidad.

[7] Rodríguez, M.J. (3 de julio de 2013). *Cáncer de mama. Información imprescindible sobre tumores cancerígenos*. Recuperado el 2 de febrero de 2015, de <http://suite101.net/article/cncer-de-mama-a5179#.VP3x7uErIuI>



- [8] Sociedad Española de Oncología Médica (2014). *Las Cifras del Cáncer en España 2014*. Madrid: SEOM.
- [9] Zapardiel, I., Granados, L., Bajo, J.M. (2009). *Epidemiología del cáncer genital. Oncogenes*. Fundamentos de Ginecología, 26, 323-328.
- [10] Instituto Nacional de Estadística. *Defunciones según la Causa de Muerte 2013. Resultados Nacionales*. Recuperado el 25 de febrero de 2015, de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2013/&file=pcaxis>
- [11] Belcher, A. (1995). *Enfermería y cáncer*. Madrid: Mosby/Doyma Libros.
- [12] Sacco, P. (1996). *Managing the Effects of Gynecologic Cancer Treatment on Quality of Life and Sexuality*. Journal of Gynecologic Oncology Nursing.
- [13] Pascau, L., Pérez, L. (2010). *Sexualidad en pacientes operadas de cáncer de mama y útero*. Revista de psicología y humanidades (epsys).
- [14] Soler, MD., Garcés, V., Zorrilla, I. (2007). *Cáncer y cuidados enfermeros*. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
- [15] Navarro, J.I., Rodríguez, C.M., Garrido, P., de la Rosa, E., Moreno, A., Robles, A. (2013). *Valoración del Patrón de la Sexualidad: atención integral de la salud de las personas*. Enfermería global, (31), 1-13.
- [16] Pintado, M.S. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.
- [17] Sánchez, F., Pérez, M., Borrás, J.J., Gómez, O., Aznar, J., Caballero, A. (2004). *Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)*. Atención Primaria, 34(6), 286-294.
- [18] Álvarez, J.L., del Castillo, F., Fernández, D., Muñoz, M. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Atención Primaria Área V Gijón. Dirección de Enfermería.

- [19] Pallí, C., Lluch, J., Valero, S. (2010). *Sexualidad, comunicación y emociones: Estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico*. Psicooncología, 7(1), 153-173.
- [20] DeFrank, J., Bahn Mehta, C., Stein, K., Baker, F., (2007). *Body image dissatisfaction in cancer survivors*. Oncology nursing Forum, 34(3), 625-630.
- [21] Price, B. (1990). *A model for body image care*. Journal of Advanced Nursing, 15 (5), 585-593.
- [22] Kullmer, U., Stenger, K., Milch, W., Zygmunt, M., Sachsse, S., Munstedt, K., (1999). *Selfconcept, body image, and use of unconventional therapies in patients with gynaecological malignancies in the state of complete remission and recurrence*. European Journal of Obstetrics & Gynecology 82 (1), 101-106.
- [23] Green, M., Naumann, R., Elliot, M., Hall, J., Higgins, R., Grigsby, J. (2000). *Sexual dysfunction following vulvectomy*. Gynecologic Oncology, 77 (1), 73-77.
- [24] Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B. (2007). *Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality*. European Journal of Cancer Care, 16 (4), 364-372.
- [25] Bukovic, D., Silovski, H., Silovski, T., Hojsak, I., Sakic, K., Hrgovic, Z., (2008). *Sexual functioning and body image of patients treated for ovarian cancer*. Sexuality and Disability, 26 (2), 63-73.
- [26] Kraus, P. (1999). *Body image, decision making and breast cancer treatment*. Cancer Nursing, 22 (6), 421-427.
- [27] Tornatta, J., Carpenter, J., Schilder, J., Cardeness, H., (2009). *Representations of vaginal symptoms in cervical cancer survivors*. Cancer Nursing, 32 (5), 378-384.
- [28] Olivera, H., Cruzado, J.A., Pérez, P. (2007). *Cirugía profiláctica como medida preventiva del cáncer de mama y ovario hereditario*. Revista Psicooncología, 4(2-3), 483-497.

- [29] Demirgoz, M., Dereli, S., Kizilkaya, N. (2013). *Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study*. Sexual Disability, 31, 83-92.
- [30] Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., Hacker, N. (2003). *Posttreatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight*. Psycho-Oncology 12 (3), 267-279.
- [31] Sarason, I., Sarason, B. (2006) *Psicopatología: psicología anormal – el problema de la conducta inadaptada*. México: Editorial Pearson Educación.
- [32] Liavaag, A.H., Dorum, A., Bjoro, T., Oksefjell, H., Fossa, S.D., Tropé, C., Dahl, A.A. (2008). *A controlled study of sexual activity and functioning in epithelial ovarian cancer survivors. A therapeutic approach*. Gynecologic Oncology, 108, 348-354.
- [33] Classen, C.C., Chivers, M.L., Urowitz, S., Barbera, L., Wilijer, D., O’Rinn, S., Ferguson, S.E. (2013). *Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group*. Psycho-Oncology 22, 930-935.
- [34] Corney, R.H., Everett, H., Howells, A., Crowther, M.E. (1992). *Psychosocial adjustment following major gynecological surgery for carcinoma of the cervix and vulva*. Journal of Psychosomatic Research, 36(6), 561-568.
- [35] Pintado, M.S. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. Investigación en psicooncología en las universidades españolas e iberoamericanas. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- [36] Woods, N. (1987). *Toward a holistic perspective of human sexuality: alterations in sexual health and nursing diagnoses*. Holistic Nursing Practice, 1(4), 1-11.
- [37] Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. Simon & Schuster Inc, New York.
- [38] Tierney, K. (2008). *Sexuality: a quality of life issue for cancer survivors*. Seminars in Oncology Nursing, 24 (2), 71-79.

- [39] Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P., Henningsohn, L., Steineck, G. (2002). *Patient rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 81 (5), 443-450.
- [40] Segura, M., García, R., Saúl, L.A. (2014). *Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas*. Psicooncología, 11(1), 45-57.
- [41] Rowlands, I.J., Lee, C., Beesley, V.L., Janda, M., Nagle, C.M., Webb, P.M. (2015). *Women's Perceptions of Their Lifestyle and Quality of Life Several Years After a Diagnosis of Endometrial Cancer*. Cancer Nursing, 38(1), 21-28.
- [42] Akkuzu, G., Ayhan, A. (2013). *Sexual Functions of Turkish Women with Gynecologic Cancer during the Chemotherapy Process*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14, 3561-3564.
- [43] Thranov, M.D., Klee, M. (1994). *Sexuality among Gynecologic Cancer Patients – A Cross-Sectional Study*. Gynecologic Oncology, 52, 14-19.
- [44] García, S., Blasco, T. (2008). *Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. Psicooncología, 5(1), 155-170.
- [45] Jensen, P.T., Groenvold, M., Klee, M.C., Thranov, I., Petersen, M.A., Machin, D. (2004). *Early-Stage Cervical Carcinoma, Radical Hysterectomy, and Sexual Function. A Longitudinal Study*. Cancer, 100(1), 97-106.
- [46] Schover, L.R., Fife, M., Gershenson, D.M. (1989). *Sexual Dysfunction and Treatment for Early Stage Cervical Cancer*. Cancer, 63, 204-212.
- [47] Quick, A.M., Seamon, L.G., Abdel-Rasoul, M., Salani, R., Martin, D. (2012). *Sexual Function After Intracavitary Vaginal Brachytherapy for Early-Stage Endometrial Carcinoma*. International Journal of Gynecological Cancer, 22, 703-708.
- [48] Harter, P., Schrof, I., Karl, L.M., Hills, R., Kullmann, V., Traut, A., Scheller, H., du Bois, A. (2013). *Sexual Function, Sexual Activity and Quality of Life in Women with Ovarian and Endometrial Cancer*. Geburtshilfe Frauenheilkd, 73(5), 428-432.

- [49] Onujiogu, N., Johnson, T., Seo, S., Mijal, K., Rash, J., Seaborne, L., Rose, S., Kushner, D.M. (2011). *Survivors of endometrial cancer: Who is at risk for sexual dysfunction?* Gynecologic Oncology, 123, 356-359.
- [50] Frumovitz, M., Sun, C., Schover, L., Munsell, M., Jhingran, A., Taylor Wharton, J., Eifel, P., Bevers, T., Levenback, C., Gershenson, D., Bodurka, D. (2005). *Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors.* Journal of Clinical Oncology, 23 (30), 7428-7436.
- [51] Ditto, A., Martinelli, F., Borreani, C., Kusamura, S., Hanozet, F., Brunelli, C., Rossi, G., Solima, E., Fontanelli, R., Zanaboni, F., Grijuela, B., Raspagliesi, F. (2009). *Quality of life and sexual, bladder, and intestinal dysfunctions after class 3 nerve sparing and class 2 radical hysterectomies.* International Journal of Gynecological Cancer, 19 (5), 953-957.
- [52] Krikeli, M., Ekonomopoulou, M.T., Tzitzikas, I., Goutzioulis, A., Mystakidou, K., Pistevou-Gombaki, K. (2011). *Comparison of the impact of radiotherapy and radiochemotherapy on the quality of life of 1-year survivors with cervical cancer.* Cancer Management and Research, 3, 247-251.
- [53] Bodurka-Bevers, D., Basen-Engquist, K., Carmack, C.L., Fitzgerald, M.A., Wolf, J.K., de Moor, C., Gershenson, D.M. (2000). *Depression, Anxiety, and Quality of Life in Patients with Epithelial Ovarian Cancer.* Gynecologic Oncology, 78, 302-308.
- [54] Lindau, S., Gavrilo, N., Anderson, D. (2007). *Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms.* Gynecologic Oncology, 106(2), 413-418.
- [55] Kutmec, C. (2009). *Sexual dysfunction in women and nursing care.* Firat Health Services Journal, 4, 111-136.
- [56] Maughan, K., Heyman, B., Matthews, M. (2002). *In the shadow of risk. How men cope with a partner's gynaecological cancer.* International Journal of Nursing Studies, 39 (1), 27-34.

- [57] Faithfull, S., White, I. (2008). *Delivering sensitive health care information: challenging the taboo of women's sexual health after pelvic radiotherapy*. Patient Education and Counselling, 71 (2), 228-233.
- [58] Ekwall, E., Ternestedt, B., Sorbe, B. (2003). *Important aspects of health care for women with gynecologic cancer*. Oncology Nursing Forum, 30 (2), 313-319.
- [59] Warnock, C. (2005). *Patient's experiences of intracavity brachytherapy for the treatment of gynaecological cancer*. European Journal of Oncology Nursing, 9 (1), 44-55.
- [60] Power, J., Brown, L., Ritvo, P. (2008). *A qualitative study examining psychosocial distress, coping and social support across the stages and phases of epithelial ovarian cancer*. Health Care for Women International, 29 (4), 366-383.
- [61] Bourgeois-Law, G., Lotocki, R., (1999). *Sexuality and gynaecological cancer: a needs assessment*. The Canadian Journal of Human Sexuality, 8 (4), 231-240.
- [62] Stead, M., Fallowfield, L., Selby, P., Brown, J. (2003). *Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues*. British Journal of Cancer, 88 (5), 666-671.
- [63] Akyuz, A., Guvenc, G., Ustunsoz, A., Kaya, T. (2008). *Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners*. Journal of Nursing Scholarship, 40 (3), 241-247
- [64] Janda, M., Obermair, A., Cellas, D., Crandon, A., Trimmel, M. (2004). *Vulvar cancer patients' quality of life: a qualitative assessment*. International Journal of Gynecological Cancer, 14 (5), 875-881.
- [65] Brotto, L.A., Heiman, J.R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G.M., Swisher, E., Tamimi, H., Van Blaricom, A. (2008). *A Psychoeducational Intervention for Sexual Dysfunction in Women with Gynecologic Cancer*. Archives of Sexual Behaviour 37, 317-329.
- [66] Moreira, H., Crespo, C., Pereira, M., Canavarro, M.C. (2010). *Marital quality among women with breast cancer. The role of marital intimacy and quality of life*. Psicooncología, 7(1), 61-80.



- [67] Olivares, M.E. (2004). *Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico*. Avances en Psicología Latinoamericana, 22, 29-48.
- [68] Oskay, U., Can, G., Basgol, S. (2014). *Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views*. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15(17), 7321-7326.
- [69] Algier, L., Kav, S. (2008). *Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments*. Turkish Journal of Cancer, 38(3), 135-141.
- [70] Caldwell, R., Classen, C., Lagana', L., McGarvey, E., Baum, L., Duenke, S.D., Koopman, C. (2003). *Changes in Sexual Functioning and Mood Among Women Treated for Gynecological Cancer Who Receive Group Therapy: A Pilot Study*. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10(3), 149-156.
- [71] Haboubi, N., Lincoln, N. (2003). *Views of health care professionals on discussing sexual issues with patients*. Disability and Rehabilitation, 25(6), 291-296.
- [72] Magnan, M.A., Reynolds, K.E., Galvin, E.A. (2005). *Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice*. Medsurg Nursing Journal, 14, 282-290.
- [73] Zeng, Y.C., Li, Q., Wang, N., Ching, S.S., Loke, A.Y. (2011). *Chinese nurses' attitudes and beliefs toward sexuality care in cancer patients*. Cancer Nursing, 34, 14-20.
- [74] Huang, L., Pu, J., Liu, L. (2013). *Cancer department nurses' attitudes and practices in response to the sexual issues of pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China*. Contemp Nurse, 43, 146-51.
- [75] Bokhour, B.G., Clark, J.A., Inui, T.S., Silliman, R.A., Talcott, J.A. (2001). *Sexuality after Treatment for Early Prostate Cancer. Exploring the Meanings of "Erectile Dysfunction"*. Journal of General Internal Medicine, 16, 649-655.
- [76] Celikel, E., Ozel-Kizil, E.T., Akbostanci, M.C., Cevik, A. (2008). *Assessment of sexual dysfunction in patients with Parkinson's disease:case-control study*. European Journal of Neurology, 15, 1168-1172.

- [77] Welsh, M., Hung, L., Waters, C.H. (1997). *Sexuality in Women With Parkinson's Disease*. Movement Disorders, 12(6), 923-927.
- [78] Sosa, J.M. (2012). *Actividad sexual y enfermedad cardiovascular*. Anales de la Facultad de Medicina, 73(4), 331-334.
- [79] López, I.M., Gil, E., Sánchez, V., Pancorbo, P. (2014). *Patient's Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia*. Clinical Nursing Research, 1-22.
- [80] NANDA International. (2012). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.