

Artículo de Revisión

Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino.

Effects of the disease and treatment in the quality of sexual life of women with cervical uterine cancer

María Antonieta Silva Muñoz.

Enfermera-Matrona, Docente de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, Unidad de Investigación y Proyectos, Universidad de Valparaíso.

PhD Doctorado en Enfermería Universidad Andrés Bello. Viña del Mar, Chile
Email: antonieta.silva@uv.cl

RESUMEN

El cáncer cérvico uterino (CaCu) corresponde al 10% de los cánceres femeninos, se describe prevenible y con viabilidad de curación, no obstante, con la optimización de las terapias las sobrevivientes superan los cinco años en el 70% de los casos, evidenciando efectos adversos producto principalmente del tratamiento que deterioran la calidad de vida e impactan sobre su sexualidad. Objetivo: Identificar efectos de la enfermedad y tratamiento que comprometen la calidad de vida sexual de la mujer con CaCu. Metodología: Revisión de artículos originales entre los años 2010 y 2019 desde las bases de datos Pubmed, Scopus, Scielo, Google Académico, Science Direct, Elsevier, Redalyc, Springer Link, Wiley Online Library, Dialnet y Ovid, seleccionando 51 artículos de 90 en inglés, español y portugués a texto completo, que reportaran efectos físicos y psicosociales que comprometieran la calidad de vida sexual de mujeres con CaCu. Resultados: La sexualidad de estas mujeres es impactada por efectos físicos, relacionadas con el estadio de la enfermedad y tratamiento como dispareunia, anorgasmia, alteraciones digestivas, urinarias, insomnio, inapetencia, linfedema y neuropatía periférica. Desde el ámbito psicosocial manifiestan efectos sobre su autoestima, depresión e inseguridad en la permanencia del vínculo de pareja. Emerge la comunicación sexual de pareja como condición categórica en el nivel de afectación de la calidad de vida sexual. Conclusiones: la sexualidad de la mujer con CaCu está comprometida por efectos físicas y psicosociales secundarias principalmente al tratamiento recibido. La comunicación sexual de pareja surge como interviniente para superar estos efectos y debe considerarse en la atención profesional.

Descriptores: Neoplasia Intraepitelial Cervical, complicaciones, sexualidad

ABSTRACT

Cervical uterine cancer (CaCu) corresponds to 10% of female cancers, it is described as preventable and with viability of cure, however, with the optimization of therapies the survivors exceed five years in 70% of the cases, evidencing adverse effects mainly due to the treatment that deteriorates the quality of life and impact on their

sexuality. Objective: To identify the effects of the disease and treatment that compromises the quality of sexual life of women with CaCu. Methodology: Review of original articles between 2010 and 2019 from Pubmed, Scopus, Scielo, Google Scholar, Science Direct, Elsevier, Redalyc, Springer Link, Wiley Online Library, Dialnet, and Ovid databases, selecting 51 articles out of 90 in English, Spanish, and Portuguese in full text, which reported physical and psychosocial effects that compromises the quality of sexual life of women with CaCu. Results: The sexuality of these women is impacted by physical effects, related to the stage of the disease and treatment, such as dyspareunia, anorgasmia, digestive and urinary disorders, insomnia, inappetence, lymphedema and peripheral neuropathy. From the psychosocial perspective, they show effects on their self-esteem, depression and insecurity in the permanence of the couple's relationship. Sexual communication between couples is emerging as a categorical condition in the level of affectation of the quality of sexual life. Conclusions: The sexuality of women with CaCu is compromised by physical and psychosocial effects mainly secondary to the treatment received. Couple's sexual communication emerges as an intervention to overcome these effects and should be considered in professional care.

Descriptors: Cervical Intraepithelial Neoplasia, complications, sexuality

INTRODUCCIÓN:

El cáncer cérvico uterino (CaCu) mantiene una tasa de incidencia de 12,7 a nivel mundial y aunque se describe como prevenible y con viabilidad de curación, continua siendo el segundo cáncer específico en la población femenina y mantiene el tercer lugar como causa de muerte general en la mujer en el mundo después del cáncer de mama, mientras en América Latina y el Caribe alcanza una incidencia del 14,6^{1,2}. El Virus Pápilo ma Humano (VPH) principal agente causal, determina que hoy sea considerada enfermedad de transmisión sexual³. Con la optimización de las terapias las sobrevivientes superan los cinco años en más del 70% de los casos, provocando efectos adversos producto de los tratamientos que incluyen, cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal e inmunoterapia entre otros⁴⁽⁴⁾, manifestando consecuencias físicas, psicológicas y socioculturales⁵⁻⁷, que deterioran su calidad de vida e impactan en la vida sexual a mediano y largo plazo⁸⁻¹³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud sexual, “al estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”¹⁴. En este contexto, se plantea como objetivo del estudio, identificar efectos de la enfermedad y tratamiento que comprometen la calidad de vida sexual de la mujer con CaCu.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos originales entre los años 2010 y 2019 desde las bases de datos Pubmed, Scopus, Scielo, Google Académico, Science Direct, Elsevier, Redalyc, Springer Link, Wiley Online Library, Dialnet y Ovid, seleccionando 51 artículos de 90 en inglés, español y portugués a texto completo, que reportaban efectos físicos y psicosociales producto de la enfermedad y tratamiento del CaCu que comprometieran la calidad de vida sexual de estas mujeres. Para ello, se confeccionó una tabla que evidenciara la calidad de los artículos y registrara en forma rigurosa los efectos evidenciados en los estudios seleccionados.

Efectos que comprometen la vida sexual de la mujer con CaCu desde una dimensión física.

Las sobrevivientes de CaCu manifiestan cambios biológicos que pronostican alteraciones de su sexualidad y calidad de vida, relacionados estrechamente con el estadio del cáncer, características y tipo de tratamiento recibido ya sea quirúrgico, radioterapia, quimioterapia o una combinación de éstos⁸⁻¹⁵. La intensidad de estos efectos, magnitud y plazos de persistencia se asocian a condiciones individuales de la mujer^{16,17}. Mientras más radicales los métodos quirúrgicos empleados para el tratamiento, más significativos pueden ser los efectos en la salud global y sexual^{18,19}. Una

histerectomía radical, más conservadora con preservación de nervios, la sintomatología física a largo plazo mejora^{8,20}. Las mujeres experimentan con el tratamiento disminución en la función sexual, alcanzando una prevalencia de disfunción que oscila entre un 50 y 78%^{21,22}. El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), instrumento validado internacionalmente muestra índices bajos de función sexual en mujeres con CaCu y otros cánceres ginecológicos, con una prevalencia que puede alcanzar 97% de algún grado de disfunción, manifestándose desde el diagnóstico del cáncer²¹. La dispareunia mantiene una prevalencia entre 29% a 64%, pero en usuarias con CaCu puede alcanzar el 67% de los casos^{5,19}. La anorgasmia estaría relacionada con una mayor resistencia de la fase excitatoria, probablemente porque nervios que comandan dichas funciones se encuentran comprometidos²³⁻²⁵. La abstinencia sexual es una práctica que emerge motivada por la anorgasmia, falta de excitación y placer sexual²⁶⁻²⁸ y aunque la sintomatología puede mostrar niveles de recuperación en el tiempo^{29,30}, algunas usuarias pueden permanecer sintomáticas por seis meses y hasta más de un año después de la terapia^{31,32}. Cuando el tratamiento es efectuado en etapas iniciales, la calidad de vida sexual mejora y las complicaciones son de menor cuantía y duración^{5,33}. Genitalmente se puede experimentar atrofia vaginal, estenosis, disminución de lubricación vaginal, vaginismo, dispareunia y sangrado vaginal^{26,28,34,35}. Las disfunciones sexuales pueden llegar a un 72% en usuarias que recibieron radioterapia y quimioterapia, especialmente en usuarias más jóvenes^{29,36}. La recuperación física postquirúrgica, la sintomatología y plazos de restablecimiento presentan mayor variabilidad³⁷. Estas mujeres pueden presentar a nivel intestinal, estreñimiento, defecación obstructiva, fístulas, perforación, hemorragia rectal severa y estenosis, que puede conducir a una proctitis o colostomía, influyendo en el funcionamiento psicosocial^{36,38,39}. También registran un 50% más de complicaciones urológicas como: incontinencia urinaria, disuria y dificultad para el vaciamiento vesical, describiéndose desde hematuria, estenosis uretral, hasta fístula vésico vaginal^{8,40}. Someterse a radioterapia, tienen mayor riesgo de presentar dolor pélvico crónico a nivel lumbar bajo y cadera, un mayor uso de analgésicos, lo que puede prolongarse más allá de 5 años hasta en un tercio de las mujeres⁴¹.

El linfedema se asocia a mujeres sometidas a cirugía y radioterapia, alcanzando una incidencia del 27%, provocando dolor, dificultad en la movilidad pélvica y de extremidades inferiores^{17,42}. También la neuropatía periférica puede presentarse en forma mediata⁴³, advirtiéndose mejoría a los seis meses post tratamiento²⁰.

La agresividad y toxicidad de los tratamientos y procedimientos oncológicos dejan secuelas orgánicas importantes, afectando componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, sistema vascular periférico y eje hipotalámico, pituitario y gonadal⁴⁴.

La mayor expresión de efectos y deterioro de la calidad de vida sexual se observa en mujeres recientemente diagnosticadas y a medida que transcurre el tiempo, se aprecia una mejora consistente de su condición física y emocional para afrontar la vida sexual^{20,45}. Existe disparidad en el grado que alcanza la disfunción sexual en razón a la edad de las mujeres^{45,46} y la preexistencia de patologías crónicas es determinante en la sobrevivencia, bienestar físico, sexual y en definitiva en la calidad de vida que logren alcanzar estas usuarias^{47,48}.

La menor lubricación y disminución de estímulos eróticos registrada suele agravarse con la presencia de hábito tabáquico en la mujer, aumentando aún más el riesgo de disfunción sexual especialmente en climáticas^{35,48-51}.

El insomnio es recurrente en mujeres tratadas por CaCu⁴³, promediando cifras del 62% de las usuarias⁵, mejorando significativamente de cuatro a ocho semanas de iniciado el tratamiento²⁰. La falta de energía y fatiga persistente son advertidas como consecuencia de los tratamientos que reciben, serán síntomas predictores para determinar el funcionamiento sexual que poseerán a corto y mediano plazo⁵².

La inapetencia y náuseas alcanzan un 65% en las mujeres con CaCu y una pérdida considerable de peso⁵⁽⁵⁾, lo que, sumado a la caída del cabello, gatillan la percepción de una imagen corporal menos atractiva, una autoestima menoscaba y descenso del deseo sexual⁵³.

Efectos que comprometen la vida sexual de la mujer con CaCu desde una dimensión Psicosocial.

El útero es un órgano de gran simbología femenina y su compromiso, repercute en el área emocional y

sexual^{54,55} y aunque las mujeres refieren que la confirmación de CaCu es algo que presuponen, la velocidad de los acontecimientos que involucran el diagnóstico y la pérdida del útero, suelen superar su capacidad de adaptación, provocando desequilibrio emocional, ansiedad, labilidad, evasión, negación y somatización, no obstante, la depresión se presenta en mayor magnitud ante períodos prolongados de enfermedad^{45,54}. Aunque se estima que entre un 24% a un 50% presenta efectos psicológicos de diferente magnitud y usualmente no tratadas, como depresión y ansiedad, los estudios parecen ser aún insuficientes frente al tema. Contar con apoyo emocional y social podría asegurar mejor calidad de vida en la recuperación y un mejor y más rápido retorno a su vida sexual, familiar y social^{12,45}. En estas usuarias se reporta síntomas depresivos desde antes de la cirugía, permaneciendo hasta por meses después del diagnóstico y tratamiento³⁰. El CaCu suele presentarse en momentos relevantes de conformación familiar y en el pick de la vida sexual activa de la mujer, algunas con escasa información de su cuerpo y sin un modelo claro de autocuidado⁵⁴.

Existe incertidumbre en las experiencias y consecuencias del CaCu, en cómo se manifiestan en el tiempo y en qué medida estas mujeres adoptan estrategias físicas y emocionales para superar el impacto en su vida sexual, lo que podría variar dependiendo de la resiliencia personal y actitud que posean frente a la sexualidad^{35,45}. Un bajo apoyo social, una paridad no resuelta, estrategias ineficaces de afrontamiento, ausencia de credo religioso y deterioro preexistente de salud mental pueden pronosticar una mayor incidencia en alteraciones sexuales⁸.

Aunque la mujer categorice el sexo como parte prioritaria de su vida, será siempre en menor medida que un hombre en igual condición y un cáncer genital no modifica esta apreciación⁵². En sus relatos, el cuerpo ocupa un sitio simbólico cultural y la experiencia de vivir manifestaciones físicas surgidas con el cáncer, son un desafío emocional que implica legitimar un nuevo significado de imagen corporal, sintiendo amenazada su femineidad y sexualidad, temor al desinterés y falta de atracción hacia sus parejas^{54,56}. La imagen corporal deteriorada las hace perder autoestima, sumado a la sintomatología vaginal, terminan desencadenando disfunción sexual^{19,35(19,35)}. Algunas mujeres tienden a dar connotación negativa a la actividad sexual, como

parte del autosacrificio que implica la recuperación⁵², llegando a inhibir su sexualidad al asociar el CaCu con una enfermedad de transmisión sexual o creencia que las relaciones sexuales pueden exacerbar la enfermedad^{12,35}. Otras mujeres exhiben una actitud positiva frente al tratamiento especialmente quirúrgico, al brindarles una sensación de cura de la enfermedad³⁵. Aunque los efectos post tratamiento pueden conducir a ansiedad y depresión, también pueden provocar tranquilidad y sosiego ante la angustia y miedo que induce el cáncer, percibida como una enfermedad ingrata, mortal y amedrentadora^{45,56}. El ser diagnosticada y tratada por algún cáncer ginecológico que involucra la extirpación de órganos sexuales, puede verse como un proceso mutilador, colmado de incertidumbre, un duelo personal, social, cultural que puede transcurrir a una velocidad que supere la adaptación^{12,54}.

La quimioterapia causa efectos secundarios visibles como la caída del cabello o infertilidad transitoria, con enorme repercusión psíquica y social⁵⁷. Existe preocupación por mantener una imagen corporal e inquietud por conservar el rol sexual que mantenían previo a la enfermedad, aprehensión permanente por un eventual alejamiento emocional de la pareja, temor al desinterés sexual del compañero sexual hacia ellas y ansiedad por un desempeño sexual disminuido^{21,58}. Desde esta perspectiva, las mujeres dan más relevancia a estas huellas que a los efectos propios del tratamiento^{20,54(20,54)}. A pesar que, una serie de efectos guardan relación con el ámbito sexual, no hay estudios suficientes en nuestro país, que permitan ver la evolución de éstas, desde el diagnóstico y prospectivamente hasta completar el tratamiento, con un período límite de seis meses⁴³⁽⁴³⁾. El 40% de mujeres con cánceres ginecológicos, sienten necesidad de apoyo psicosocial, experimentan niveles más bajos de calidad de vida y mayor angustia emocional, comparando resultados de mujeres tratadas por cáncer de mamas^{53,59}.

Condición emergente: el grado de comunicación sexual de la pareja puede mejorar o comprometer aún más la calidad de la salud sexual de la mujer con CaCu.

(Ver Tabla N°1)

Concomitante a los efectos físicos y psicosociales de la enfermedad y tratamiento que experimenta esta mujer, la comunicación sexual de pareja puede ser

determinante en el deterioro o recuperación de su calidad de vida sexual^{52,60}. La sexualidad de estas usuarias evoluciona en el tiempo desde una representación física como acto sexual, hacia una dimensión más global y emocional, influenciada por una perspectiva diferente de la vida, el apoyo de su compañero sexual, además de la coexistencia de efectos secundarios de la enfermedad y tratamiento^{20,54}.

El hablar abiertamente sobre la propia conducta, deseo o problemas sexuales resulta aún inapropiada socialmente³⁸, favorecida por el miedo al juicio social, temor a la respuesta de la pareja al exhibir la intimidad de la relación y enmarcada en un paradigma predominantemente masculinizante⁶¹. Esta falta de diálogo sexual cobra relevancia en algunas mujeres generando culpa o rechazo hacia la pareja⁶², otras establecen acuerdos no verbales de abstinencia sexual para propiciar la recuperación, lo que al prolongarse en el tiempo ocasiona un desgaste en la relación⁶³, pese a ello, más del 75% silencia dicha situación y opta por no exteriorizar sus temores y dudas frente al tema⁶⁴. Las usuarias suelen experimentar problemas de comunicación sexual, agravándose mientras mayor sea la desinformación sobre la temática y menor el apoyo profesional que dispongan^{8,65}. Mientras las mujeres experimentan inseguridad en la continuidad del vínculo; sus compañeros sexuales conviven paralelamente con el temor de causar daño o dolor en la mujer, reconociendo que faltan estudios desde esta dimensión^{54,66}.

La necesidad de "renegociar el sexo" requiere de mujeres con parejas colaboradoras y solidarias, que acuerden y afronten el requerimiento de cambios en la intimidad demandados por los efectos físicos y psicosociales que presenta la mujer a consecuencia de su enfermedad y tratamiento⁶⁷. El 51% de mujeres con cáncer ginecológico responde requerir información y ayuda profesional sobre salud psicosexual, pero en la práctica, sólo el 35% la solicita por vergüenza⁶⁴. Pese a la prevalencia de deterioro de la calidad de vida sexual que logran las mujeres, suelen no comunicarse al personal sanitario por timidez o falta de apertura al tema tanto por las mujeres como los profesionales^{11,68}, evidenciando barreras comunicacionales para lograr efectivamente acompañamiento y discusión de la sexualidad, como limitaciones del contexto clínico, falta de competencias en la temática, falta de confianza y

comodidad, además de creencias socioculturales sobre el sexo^{11,12}.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones biológicas del ámbito sexual son corroboradas por diferentes autores como: disminución de la función sexual, disminución de la lubricación vaginal, dispareunia, anorgasmia, falta de excitación, hasta atrofia vaginal, estenosis, vaginismo y sangramiento coital, disfunciones que pueden permanecer por períodos variables⁶⁹⁻⁷². Desde el punto de vista digestivo, las manifestaciones que se presentan también son recopiladas por Mirabeau-Bealese, desde: náuseas, diarrea, estreñimiento, hasta defecación obstructiva, fístulas, perforación, hemorragia rectal, estenosis entre otras⁷³. Del mismo modo, urológicamente se describen manifestaciones como las indagadas en esta revisión, refiriendo incontinencia urinaria, disuria y dificultad para el vaciamiento vesical, describiéndose desde hematuria, estenosis uretral, hasta fístula vésico vaginal^{43,74,75}.

Desde el punto de vista de la salud física global, investigación reciente en Coady y cols. establecen que un número considerable de mujeres tratadas manifiestan la fatiga persistente, alopecia, inapetencia, insomnio recurrente, dolor a la movilidad pélvica y de extremidades inferiores y neuropatía periférica, lo que conlleva a pérdida de la calidad de vida general⁷¹.

Casi la totalidad de los efectos registrados guardan relación directa con el estadio de la enfermedad y tipo de tratamiento recibido médico quirúrgico, no obstante, hay acuerdo en que la radioterapia es la que presenta mayores manifestaciones físicas de deterioro y aunque existe variabilidad individual, la recuperación puede prolongarse por años^{76,77}.

Las manifestaciones psicosociales detectadas dentro de seis primeros meses concuerdan en la presencia de desequilibrio emocional, ansiedad, labilidad, evasión, negación, somatización. La depresión es presentada al igual que en los estudios revisados, ante períodos prolongados de la enfermedad⁷⁸. También existe consciencia que la mujer posee escasa información, y falta de apoyo psicológico que le permita obtener estrategias para un más rápido retorno a una vida sexual, familiar y social. Las mujeres suelen presentar esta enfermedad en el período pick de su vida sexual activa^{79,80} y el útero continúa siendo un símbolo femenino, por lo que su

compromiso repercute en su condición íntima de género⁸¹. Se añade a ello, al igual que en esta revisión la preocupación por su apariencia corporal deteriorada, afectando su autoestima y repercute en su integración social. El temor a morir, perder el rol familiar, sexual y a su pareja también parecen estar presentes en los estudios de Céspedes y Feitosa^{45,82}. La comunicación sexual con la pareja emerge en esta revisión como un factor predictor del funcionamiento sexual post cáncer. El apoyo del compañero sexual resulta ser determinante para la recuperación de la sexualidad de la mujer, pero parece no estar suficientemente investigado. No obstante, hay concordancia en quienes mantienen un mejor diálogo sexual, pueden explorar a otras prácticas sexuales tan valiosas y placenteras como las coitales⁸³.

Existe consciencia del deterioro de la sexualidad de estas mujeres y de la priorización física de la salud de la usuaria que la desgenitaliza^{83,84}. Aparece como imperiosa la necesidad de acompañar a estas mujeres en la recuperación, sin embargo, existen barreras comunicaciones socioculturales y profesionales no capacitados para discutir el tema y mejorar la calidad de vida de estas mujeres⁸⁵⁻⁸⁸.

CONCLUSIÓN

Existen suficientes estudios que demuestran que la sexualidad de la mujer con CaCu se ve deteriorada ante la presencia de efectos físicos y psicosociales, a consecuencia de la enfermedad y tratamiento que reciben, evidenciándose la necesidad la necesidad del profesional sanitario de intervenir para prevenir el deterioro de la calidad de vida sexual de estas mujeres. Los efectos físicos se relacionan con el estadio de la enfermedad y tratamiento como dispareunia, anorgasmia, alteraciones digestivas, urinarias, insomnio, inapetencia, linfedema y neuropatía periférica. En el ámbito psicosocial manifiestan efectos sobre su autoestima, depresión e inseguridad en la permanencia del vínculo de pareja. Concomitantemente, la comunicación sexual en la pareja aparece también como una variable determinante de la expresión, satisfacción y nivel de calidad de vida sexual que consiga la mujer con CaCu post cáncer, sugiriéndose que esta sea también motivo de preocupación del profesional sanitario que atiende a estas mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino [Internet]. World Health Organization; [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
2. Globocan 2018. International Agency for Research on Cancer. Tasas estimadas de incidencia bruta en 2018, en todo el mundo, mujeres, entre 20 y 64 años [Internet]. Lyon CEDEX 08, Francia, Francia; 2019. Available from: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=crude_rate&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=4&ages_group%5B%5D=12&nb_it
3. Contreras-González R, Magaly-Santana A, Jiménez-Torres E, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales Á, Palomé-Vega G, et al. Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017;14(2):104-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.01.002>
4. American Cancer Society. Survivorship and Quality of Life [Internet]. Investigación y Calidad de Vida. 2017 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <https://www.cancer.org/research/we-conduct-cancer-research/behavioral-research-center/cancer-survivorship-grants.html>
5. Castillo I, Canencia J, Zurbarán M, Pertuz D, Montes M, Jiménez E. Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer Cérvico Uterino, Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obs Ginecol* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 1];66(1):22-3122. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n1/v66n1a03.pdf>
6. Urrutia M, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obs Ginecol* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 1];79(5):368-77. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500003
7. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Cáncer. Chile 2016. Documento para Consulta Pública [Internet]. Santiago de Chile; 2016. Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>

8. Corradina J, Urdaneta J, García N, Contreras N, Nasser Baabe M. Calidad de vida en supervivientes al cáncer de cuello uterino. *Rev Venez Oncol* [Internet]. 2017;29(3):219–28. Available from: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3756/375651399013/index.html>
9. Creasman W, Mannel R, McMeekin D, Mutch D. *Oncología Ginecológica Clínica*. In: Elsevier, editor. *Oncología Ginecológica Clínica* [Internet]. 9a. Edición. Barcelona: Edición, DRK; 2018. Available from: https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=_L5dDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=epidemiología+del+cancer+de+cuello&ots=cRHHWCJmDf&sig=d-qgckdHUV7BgXpEK5qPHa-n3zY#v=onepage&q=epidemiología+del+cancer+de+cuello&f=false
10. Xiao M, Gao H, Bai H, Zhang Z. Quality of life and sexuality in disease-free survivors of cervical cancer after radical hysterectomy alone A comparison between total laparoscopy and laparotomy. *Md J* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 15];95(36):1–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5023906/pdf/medi-95-e4787.pdf>
11. Bedell S, Manders D, Kehoe S, Lea J, Miller D, Richardson D, et al. The opinions and practices of providers toward the sexual issues of cervical cancer patients undergoing treatment. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2017;144(3):586–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.12.022>
12. Cano-Giraldo S, Caro-Delgadillo FV, Lafaurie-Villamil MM. Vivir con cáncer de cuello uterino in situ: experiencias de mujeres atendidas en un hospital de Risaralda, Colombia, 2016. *Estudio Cualitativo. Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2017;68(2):112–9. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/es_0034-7434-rcog-68-02-00112.pdf
13. Dahbi Z, Sbati A, Mezouar L. Sexuality of Moroccan survivors of cervical cancer: A prospective data. *Asian Pacific J Cancer Prev* [Internet]. 2018;19(11):3077–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6318393/pdf/APJCP-19-3077.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. OMS. *Salud sexual* [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Nov 9]. Available from: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
15. ASCO Cancer.Net. *Sexualidad y tratamiento contra el cáncer de mujeres* [Internet]. Cancer.net. 2017 [cited 2018 Jan 11]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-cuello-uterino/diagnostico>
16. Le Borgne G, Mercier M, Woronoff A-S, Guizard A-V, Abeillard E, Caravati-Jouvencaux A, et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors: A population-based study. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2013 [cited 2018 May 14]; 129:222–8. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0090825812009900/1-s2.0-S0090825812009900-main.pdf?_tid=bf68cac9-d729-43d0-ae67-35b9da5bc2ff&acdnat=1526312900_9f211819d27dedcbcfbf938a177f4069
17. Lee Y, Lim M, Kim S, Lee D, Park S, Cheol M, et al. Comparison of Quality of Life and Sexuality between Cervical Cancer Survivors and Healthy Women. *Cancer Res Treat* [Internet]. 2016;48(2):148–54. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medp&NEWS=N&AN=26875196>
18. Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J, Poppe W, Vergote I, Amant F. Long-term sexual functioning in women after surgical treatment of cervical cancer stages IA to IB: A prospective controlled study. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 May 4];24(8):1527–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25180463>
19. Bakker RM, Kenter GG, Creutzberg CL, Stiggelbout AM, Derks M, Mingelen W, et al. Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: A cross-sectional multicenter observational study. *Psychooncology*. 2017;26(10):1470–7.
20. Barnas E, Skret-Magierlo J, Skret A, Bidziński M. The quality of life of women treated for cervical cancer. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2012;16(1):59–63. Available from: https://ac.els-cdn.com/S1462388911000469/1-s2.0-S1462388911000469-main.pdf?_tid=c17c6745-babd-4cb4-bf67-184671fd1b6e&acdnat=1535373000_ad5536c141379178a566f4c90049945e
21. Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He G, Yin G, et al. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. *J Cancer Res Ther* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 15];12(2):938–44. Available from: http://www.cancerjournal.net/temp/JCanResTher122938-6388881_174448.pdf
22. Espitia de la Hoz F. *Prevalencia de Trastornos sexuales en mujeres con Cáncer*

- Ginecológico en el Departamento del Quindío. *Rev.cienc.biomed* [Internet]. 2016;7(2):203–11. Available from: https://www.academia.edu/33860982/PREVALENCE_OF_SEXUAL_DISORDERS_IN_WOMEN_WITH_GYNECOLOGICAL_CANCER_IN_QUINDÍO_-_COLOMBIA_IN_SPANISH_
23. Molina S, Aguilr B, Asencio G, Martín-Crespo MC, Sánchez F. Valoración de la información recibida por mujeres de cáncer de cérvix en remisión tras tratamiento con radioterapia. *Nure Investig* [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 2];24. Available from: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/285/266>
 24. Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer* [Internet]. 1989;63(1):204–12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2910419>
 25. Itza F, Salinas J, Zarza D, Gómez F, Allona A. Update in pudendal nerve entrapment syndrome: an approach anatomic-surgical, diagnostic and therapeutic. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2010;34(6):500–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20510112>
 26. Harding Y, Ooyama T, Nakamoto T, Wakayama A, Kudaka W, Inamine M, et al. Radiotherapy- or Radical Surgery–Induced Female Sexual Morbidity in Stages IB and II Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2014 May [cited 2017 Dec 15];24(4):800–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24662133>
 27. Herboltoová P, Roztočil A. Sexual morbidity of cervical carcinoma survivors. *Česká Gynekol* [Internet]. 2016;81(5):349–54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27897021>
 28. Ussher J, Perz J, Gilbert E. Women's Sexuality after Cancer: A Qualitative Analysis of Sexual Changes and Renegotiation. *Women Ther* [Internet]. 2014 Jul 30 [cited 2018 Apr 28];37(3–4):205–21. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02703149.2014.897547>
 29. Yavas G, Yavas C, Utku Dogan N, Tuyan Ilhan T, Dogan S, Karabagli P, et al. Pelvic radiotherapy does not deteriorate the quality of life of women with gynecologic cancers in long - term follow - up: A 2 years prospective single - center study. *J Cancer Res Ther* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 14];13(3):524–32. Available from: http://www.cancerjournal.net/temp/JCanResTher133524-5159088_141950.pdf
 30. Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J, Poppe W, Vergote I, Amant F. Long-Term Sexual Functioning in Women After Surgical Treatment of Cervical Cancer Stages IA to IB. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 May 4];24(8):1527–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25180463>
 31. Hofsjö A, Bergmark K, Blomgren B, Jahren H, Bohm-Starke N, Hofsjö A. Radiotherapy for cervical cancer-impact on the vaginal epithelium and sexual function. *Acta Oncol (Madr)* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 13];57(3):338–45. Available from: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ionc20>
 32. Froeding LP, Ottosen C, Rung-Hansen H, Svane D, Mosgaard BJ, Jensen PT. Sexual Functioning and Vaginal Changes after Radical Vaginal Trachelectomy in Early Stage Cervical Cancer Patients: A Longitudinal Study. *J Sex Med* [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2018 Nov 2];11(2):595–604. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515306858>
 33. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al. Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2017;165(1):77–84. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10549-017-4305-6.pdf>
 34. Adams E, Boulton MG, Horne A, Rose PW, Durrant L, Collingwood M, et al. The Effects of Pelvic Radiotherapy on Cancer Survivors: Symptom Profile, Psychological Morbidity and Quality of Life. *Clin Oncol* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2018 May 25];26(1):10–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0936655513003099?via%3Dihub>
 35. Grion R, Abullet L, Baccaro F, Abullet A, Vaz F. Sexual function and quality of life in women with cervical cancer before radiotherapy: a pilot study. *Arch Gynecol Obs* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 27];293:879–86. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00404-015-3874-z.pdf>
 36. Trifiletti DM, Tyler Watkins W, Duska L, Libby BB, Showalter TN. Severe Gastrointestinal Complications in the Era of Image-guided High-dose-rate Intracavitary Brachytherapy for Cervical Cancer.

- Clin Ther [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2018 Jun 4];37(1):49–60. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291814007358?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&dgcid=raven_sd_recommender_email
37. García Cantero D. Evaluación de la situación física, psicosocial y laboral de los pacientes largos supervivientes de cáncer [Internet]. Tesis Doctoral en Oncología Clínica. Universidad de Salamanca; 2017. Available from: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/135829/1/DME_GarcíaCanteroD_SupervivientesDeCancer.pdf
38. Lubotzky F, Butow P, Nattress K, Hunt C, Carroll S, Comensoli A, et al. Facilitating psychosexual adjustment for women undergoing pelvic radiotherapy: pilot of a novel patient psycho-educational resource. *Heal Expect* [Internet]. 2016;19(6):1290–301. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12424>
39. Kirchheiner K, Pötter R, Tanderup K, Lindegaard JC, Haie-Meder C, Petri PZ, et al. Health-Related Quality of Life in Locally Advanced Cervical Cancer Patients After Definitive Chemoradiation Therapy Including Image Guided Adaptive Brachytherapy: An Analysis From the EMBRACE Study Christian Doppler Laboratory for Medical Radiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 1];94(5):1088–98. Available from: [https://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(15\)27202-1/fulltext](https://www.redjournal.org/article/S0360-3016(15)27202-1/fulltext)
40. Conde CR, Lemos TMR, Ferreira M de L da SM, Conde CR, Lemos TMR, Ferreira M de L da SM. Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical. *Enfermería Glob* [Internet]. 2017 Dec 30 [cited 2018 Aug 21];17(1):348. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/301041>
41. Vistad I, Cvancarova M, Balle G, Sophie K&, Fosså D. A study of chronic pelvic pain after radiotherapy in survivors of locally advanced cervical cancer. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2011 [cited 2018 Nov 15]; 5:208–16. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096775/pdf/11764_2011_Article_172.pdf
42. Hareyama H, Hada K, Goto K, Watanabe S, Hakoyama M, Oku K, et al. Prevalence, Classification, and Risk Factors for Postoperative Lower Extremity Lymphedema in Women With Gynecologic Malignancies. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2015 May [cited 2018 Dec 10];25(4):751–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25723779>
43. Pfaendler KS, Wenzel L, Mechanic MB, Penner KR. Cervical Cancer Survivorship: Long-term Quality of Life and Social Support. *Clin Ther* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2018 May 14];37(1):39–48. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291814008066?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&dgcid=raven_sd_recommender_email#!
44. Ahles T, Andreotti C, Correa D. Neuropsychological Impact of Cancer and Cancer Treatments. In: Holland J, Breitbart W, Buttow P, Jacobsen P, Loscalzo M, Mccorkle R, editors. *Psychological reactions to cancer surgery* [Internet]. Thrid edit. New York: Oxford University Press 2015; 1989. p. 225–30. Available from: <https://www.amazon.com/Psycho-Oncology-Jimmie-C-Holland/dp/0199363315>
45. Céspedes N, Aparicio C. Depression and quality of life in women with cervical cancer at the Regional Hospital of Encarnación. *Rev Del Nac(Itauguá)* [Internet]. 2017 Dec 30 [cited 2018 Jun 11];9(2):32–45. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742017000200032&lng=es&nrm=iso&tling=es
46. Guntupalli SR, Sheeder J, Ioffe Y, Tergas A, Wright JD, Davidson SA, et al. Sexual and Marital Dysfunction in Women With Gynecologic Cancer. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2018 May 11];27(3):603–7. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00009577-201703000-00028>
47. Díaz A, Baade PD, Valery PC, Whop LJ, Moore SP, Cunningham J, et al. Comorbidity and cervical cancer survival of Indigenous and non-Indigenous Australian women: A semi-national registry-based cohort study (2003-2012). *PLoS One* [Internet]. 2018 May [cited 2018 May 31];13(5):e0196764. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0196764>
48. Baiocchi A, Lugo E, Palomino N, Tam E. Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional Coping styles in patients with cervical cancer . *Gynecology service of a National Institute. Rev Enferm Hered* [Internet]. 2013;6(1):18–24. Available

from:

https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/enero/04_Uterino.pdf

49. Hernández DM, Apresa T, Patlán R. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 28];53(2):154–61. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims152f.pdf>

50. Harte CB, Meston CM. The Inhibitory Effects of Nicotine on Physiological Sexual Arousal in Nonsmoking Women: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial. *J Sex Med* [Internet]. 2008 [cited 2018 Nov 2];5(5):1184–1197. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859209/pdf/nihms194010.pdf>

51. Grimm D, Hasenburg A, Eulenburg C, Steinsiek L, Mayer S, Eltrop S, et al. Sexual Activity and Function in Patients With Gynecological Malignancies After Completed Treatment. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2015 Jul [cited 2018 Jun 27];25(6):1134–41. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00009577-201507000-00029>

52. Perz J, Ussher JM, Gilbert E, Cancer TA, Team SS. Feeling well and talking about sex: psychosocial predictors of sexual functioning after cancer. *BMC Cancer* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jul 13];14(228):1–19. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/14/228>

53. Ferguson SE, Urowitz S, Massey C, Wegener M, Quartey N, Wiljer D, et al. Confirmatory factor analysis of the sexual adjustment and body image scale in women with gynecologic cancer. *Cancer* [Internet]. 2012;118(12):3095–104. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncr.26632>

54. Calderón C. Cáncer cervicouterino y sexualidad. *Rev Estud Antropol Sex* [Internet]. 2013;1(4):64–75. Available from: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/813/6795>

55. Aquino F, Correa S, Reyes C, González B, Aquino Bustos FJ, Correa Gutiérrez S, et al. Imagen corporal y aspectos psicosociales en mujeres histerectomizadas. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 25];56(3):239–40. Available from:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300005

56. Dias da Silva SE, Araujo JS, Oliveira Chaves M, Vasconcelos EV, Farias da Cunha NM, Dos santos RC. Representaciones sociales acerca de la enfermedad de las mujeres con cáncer cérvico-uterino. *Fundam Care* [Internet]. 2016;8(1):3679–90. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3706/pdf_1772

57. García-Soto G, Pachón-Rincón J de J, Meneses-Cubides RS, Zuleta-Tobón JJ. Cáncer de cuello uterino: Experiencia durante un periodo de seis años en un hospital universitario Colombiano. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2007;58(1):21–7. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/488/535>

58. Parton C, Ussher J, Perz J. Women's Construction of Embodiment and the Abject Sexual Body After Cancer. *Qual Health Res* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 1];26(4):490–503. Available from: https://www.academia.edu/32371358/Women_s_Construction_of_Embodiment_and_the_Abject_Sexual_Body_After_Cancer

59. Faller H, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, et al. Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2018 Aug 6];100(10):1934–42. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399117303154?_rdoc=1&fmt=high&_origin=gateways&docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb&dgcid=raven_sd_recommender_email

60. Jones AC. The role of sexual communication in committed relationships. *J Marital Fam Ther* [Internet]. 2016;44(4):606–23. Available from: <https://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.cl/&httpsredir=1&article=6032&context=etd>

61. Enzlin P, De Clippleir I. The emerging field of “oncosexology”: Recognising the importance of addressing sexuality in oncology. *Belg J Med Oncol* [Internet]. 2011;5(January 2011):44–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/230874484_The_emerging_field_of_'oncosexology'_Recognising_the_importance_of_addressing_sexuality_in_oncology

62. Celis-Amórtegui M, Aldas-gracia J, Toromoreno FA. Estudio sobre el Impacto del Diagnóstico de Displasia Cervical e Infección por Virus del Papiloma Humano en la Función Sexual de Mujeres en un Hospital de Segundo Nivel en Bogotá. *Rev Colomb Obs Ginecol* [Internet]. 2010;61(4):303–9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n4/v61n4a03.pdf>
63. Grau J, Llantá M, Chacón M, Fleites G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cuba Oncol* [Internet]. 1999;15(1):49–65. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm
64. Vermeer WM, Bakker RM, Kenter GG, Stiggelbout AM, Ter Kuile MM. Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Support Care Cancer* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 9]; 24:1679–87. Available from: [http://download.springer.com/static/pdf/580/art%253A10.1007%252Fs00520-015-2925-0.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00520-015-2925-0&token2=exp=1497034188~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F580%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00520-015-2925-0.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/580/art%253A10.1007%252Fs00520-015-2925-0.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00520-015-2925-0&token2=exp=1497034188~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F580%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00520-015-2925-0.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs00520-015-2925-0&token2=exp=1497034188~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F580%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00520-015-2925-0.pdf)
65. de Araujo S, de Oliveira T, Sanches M, Dos Santos M, de Almeida A. Barreras en la inclusión de la sexualidad en el cuidado de enfermería de mujeres con cáncer ginecológico y de mama: perspectiva de las profesionales 1. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 5];23(1):82–9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00082.pdf
66. Oldertroen K, de Boer M, Nyheim K, Thoresen L. Male partners' experiences of caregiving for women with cervical cancer-a qualitative study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019;28(5–6):987–96. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30302850>
67. Ussher AM, Perz J, Gilbert E, Wong T, Hobbs K. Renegotiating sex and Intimacy after cancer. *Cancer Nurs* [Internet]. 2013;36(6):454–62. Available from: https://www.researchgate.net/publication/233418169_Renegotiating_Sex_and_Intimacy_After_Cancer
68. Sekse RJT, Hufthammer KO, Vika ME. Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017;26(3–4):400–10. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13407>
69. Bondil P, Habold D, Carnicelli D. Cancer and sexuality: The couple, a decisive factor, too often neglected. *Sexologies* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2018 Aug 31];25(2):e29–33. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1158136016000359?via%3Dihub>
70. Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Tookman A, King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women. Candy B, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Feb 2 [cited 2017 Dec 15];2. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005540.pub3/epdf/full>
71. Coady D, Kennedy V. Salud sexual en las mujeres afectadas por cáncer El dolor sexual como foco de interés. *Gynecol (Obstet GynecolObstet Gynecol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 11]; 128:775–91775. Available from: www.greenjournal.org
72. White ID, Sangha A, Lucas G, Wiseman T. Assessment of sexual difficulties associated with multi-modal treatment for cervical or endometrial cancer: A systematic review of measurement instruments. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2018 Jun 8];143(3):664–73. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825816313592?via%3Dihub>
73. Mirabeau-Beale KL, Viswanathan AN. Quality of life (QOL) in women treated for gynecologic malignancies with radiation therapy: A literature review of patient - reported outcomes. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 11]; 134:403–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24844593>
74. Holt KA, Mogensen O, Jensen PT, Hansen DG. Goal setting in cancer rehabilitation and relation to quality of life among women with gynaecological cancer. *Acta Oncol (Madr)* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 15]; 54:1814–23. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/0284186X.2015.1037009?needAccess=true>
75. Palacios-Espinosa, X. X, González, M. I. MI, Zani, B. B. Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. *Av en Psicol Latinoam* [Internet]. 2015

- Sep 4 [cited 2019 Aug 30];33(3):497–515. Available from:
<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3287>
76. Duska LR. Cervical Cancer 2015 and Beyond: A Focus on Innovative Treatments and Attention to Survivorship. *Clin Ther* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 11];37(1):6–8. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0149291814008121/1-s2.0-S0149291814008121-main.pdf?_tid=cd9eb523-a259-457f-bafc-70d22674dfe8&acdnat=1528732607_82cf6e6697600dd8cd26676f0cc118b1
77. Fornelos A, Macedo P, Nunes S, Figueiredo A, Silva M, Viseu M. Radiotherapy and treatment of cervical cancer – sexuality implications. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2018 May 10];33:S593. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933816022136?via%3Dihub>
78. Melet A. Cáncer del cuello uterino. Sexualidad y problemas emocionales. *Rev venez oncol* [Internet]. 2010;22(4). Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822010000400009
79. Die Trill M. Aspectos psicológicos específicos del cáncer en las mujeres. *Arbor* [Internet]. 2015 Jun 30 [cited 2017 Dec 29];191(773):a240. Available from: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2043/2549>
80. Dizon DS, Suzin D, McIlvenna S. Sexual Health as a Survivorship Issue for Female Cancer Survivors. *Oncologist* [Internet]. 2014;19(2):202–10. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926787/pdf/theoncologist_130302.pdf
81. Urrutia MT, Araya A, Flores C, Jara D, Silva S, Lira MJ. Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 [cited 2016 May 13];78(4):262–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400004&lng=es&nrm=iso&tling=es
82. Feitosa J, Sampaio I. O significado do diagnóstico de câncer do colo uterino para a mulher. *Rev Interdiscip NOVAFAP* [Internet]. 2011;4(4):13–8. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n4/pesquisa/p2_v4n4.pdf
83. Sanchez V, Zhou E, Bober S, Zhou E. Management of sexual problems in cancer patients and survivors. *Curr Probl Cancer* [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2018 May 8];37(6):319–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147027213000974>
84. Olmeda B, Chavelas D, Arzate C, Alvarado S. Desgenitalizacion, sexualidad y cáncer. *Gamo* [Internet]. 2010;9(5):208–14. Available from: <http://132.248.9.34/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2010/vol9/no5/1.pdf>
85. Bergant A, Marth C. Sex ualit ä t nach der Therapie g y n ä k ologischer M alignome. *Praxisb Gynäkologische Onkol* [Internet]. 2011;259–62. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-17076-8_23#citeas
86. Gómez J, Olivarez M, Álvarez E, Avilés A, Pérez J, Cañadas G. Vivencias y experiencias de mujeres a las que se les ha realizado una histerectomía. *PARANINFO Digit* [Internet]. 2014; VIII(20). Available from: <http://www.index-f.com/para/n20/238.php>
87. Fernandes WC, Kimura M. Health Related Quality of Life of Women with Cervical Cancer. *Enfermagem* [Internet]. 2010;18(3):360–7. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
88. Kim J, Yang Y, Hwang E. The Effectiveness of Psychoeducational Interventions Focused on Sexuality in Cancer. *Cancer Nurs* [Internet]. 2015;38(E):135–42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25521909>

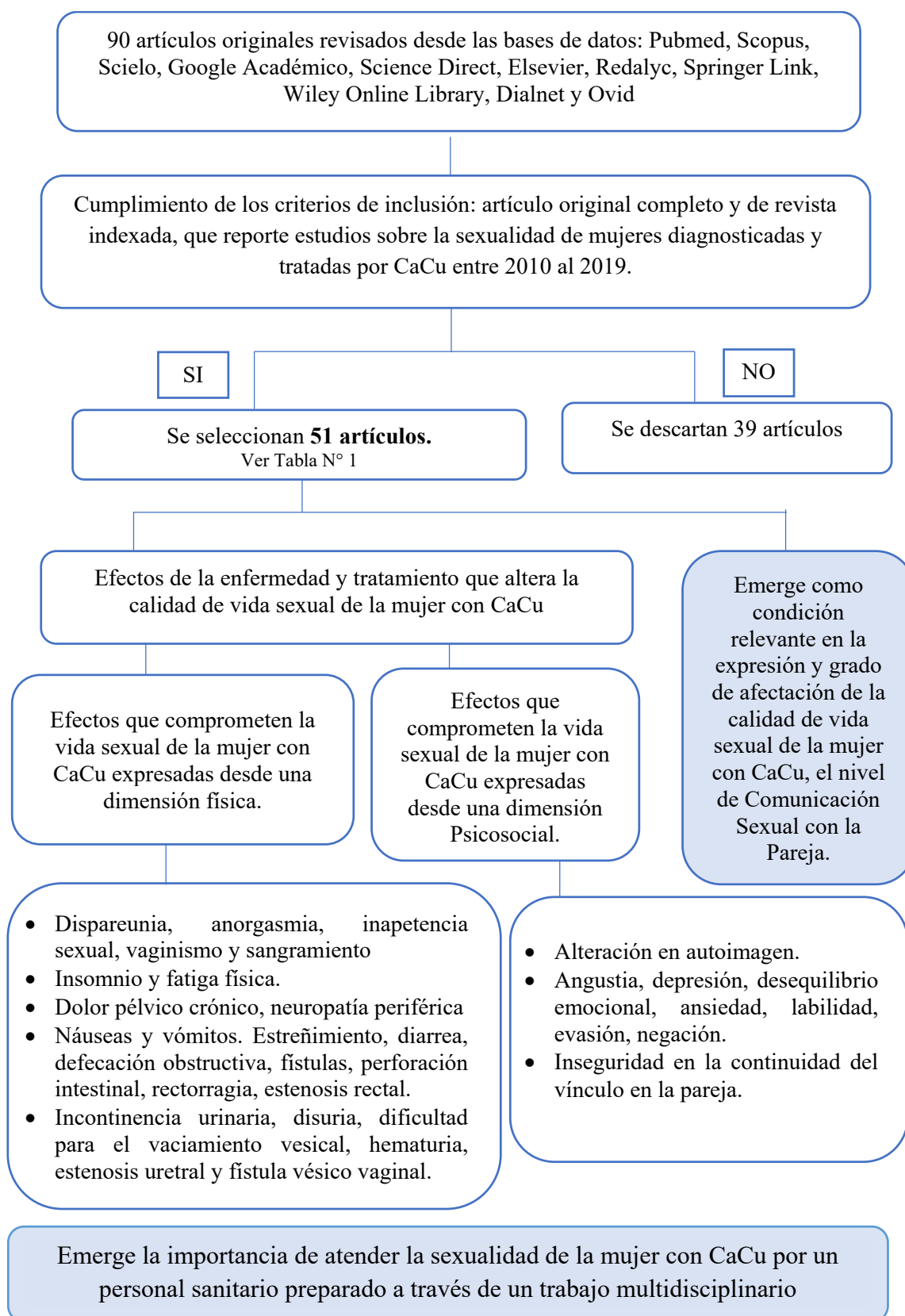


Figura 1. Diagrama Revisión Sistemática

Tabla 1. Análisis de artículos revisados por dimensión física, psicosocial y emergente

Autores /Año/ Revista	Tipo de estudio	Muestra	Dimensiones analizadas
Celis-Amórtegui M, Aldas-gracia J, Toro-moreno FA. 2010 Rev Colomb Obs Ginecol	Estudio de cohorte	134 mujeres 71 con VPH y 63 sin VPH	Dimensión Física: La infección por VPH se identifica como factor de riesgo para disfunción sexual femenina pero se necesitan estudios complementarios para confirmar esta asociación. Dimensión Psicosocial: La educación es un factor protector contra alteraciones psicosociales asociadas. Factores como violencia intrafamiliar, mujeres cabeza de familia, problemas socioeconómicos, parejas disfuncionales, entre otros, podrían influir en la calidad de vida sexual de estas mujeres.
Casemiro W, Kimura M. 2010 Rev Latino-Am Enferm	Estudio de corte transversal	149 mujeres	Dimensión Psicosocial: Fueron detectadas importantes alteraciones en el funcionamiento sexual, más relacionadas con ámbito psicosocial de que con el físico. La autopercepción del estado de salud fue el principal factor de predicción, ejerciendo influencia en la CVRS global y en todos los dominios, a excepción del bienestar emocional.
Bilodeau K, Bouchard L. 2011 Canadian Oncology Nursing Journal.	Estudio cualitativo fenomenológico	10 mujeres	Dimensión Física: La evolución del significado de la sexualidad de una dimensión física a una dimensión más emocional estaría influenciada por tres fenómenos concomitantes: una perspectiva diferente de la vida, el apoyo inquebrantable de la pareja y la aparición de efectos secundarios relacionados con el tratamiento. El tiempo es un componente importante en la experiencia sexual de las mujeres participantes. Dimensión Emergente: Emerge un reposicionamiento de estas mujeres en sus vidas y relaciones matrimoniales relacionados con los efectos adversos asociados al tratamiento. Las mujeres expresan el deseo de unir el sentimiento del amor a los placeres sexuales. Sienten la necesidad de hablar de los traumáticos efectos del tratamiento en su sexualidad. Los hallazgos plantean la necesidad que las enfermeras reconozcan las preocupaciones sexuales de estas mujeres y se continúe investigando en esta área.
Vistad I, Cvancarova M, Balle G, Sophie K&, Fosså D. 2011 J Cancer Surviv	Estudio transversal, cuantitativo	91 mujeres	Dimensión Física: Se advierte dolor pélvico crónico (dolor persistente en las caderas, las ingles o la parte baja de la espalda) está mal descrito en los estudios de supervivientes de cáncer de cuello uterino (CCS). Se advierten problemas de vejiga e intestinales. Dimensión Psicosocial: Niveles más altos de ansiedad y depresión

Gilbert E, Ussher JM, Perz J. 2012 Psychol ealth	Estudio cualitativo	44 personas con cáncer: 23 mujeres y 21 hombres y 35 parejas de personas con cáncer:18 mujeres y 17 hombres.	Dimensión Física: Pérdida función sexual. Dimensión Psicosocial: Existe falta de aceptación, depresión, ansiedad y menor confianza sexual. Algunas optan por la aceptación y la exploración de las prácticas sexuales no coitales, aumentando la cercanía relacional. Dimensión Emergente: Los hallazgos apuntan a la importancia de centrarse en la salud sexual de las personas con cáncer y sus socios a través de la trayectoria de cáncer.
McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S 2012 J. Psychosom Obstet Gynecol.	Estudio cualitativo	15 mujeres	Dimensión Emergente: Las mujeres desean información sexual a través de material escrito. Las más jóvenes no utilizan los servicios debido a barreras prácticas y la evitación emocional, mientras que las mujeres mayores, la timidez y el estigma les animan a hablar de sexualidad. Para entender las necesidades sexuales de la usuaria, el personal sanitario debe evaluar permanentemente la salud sexual, lo que podría aumentar la efectividad de las intervenciones de detección y tratamiento de la angustia.
Ferguson SE, Urowitz S, Massey C, Wegener M, Quartey N, Wiljer D, et al. 2012 Cancer	Estudio exploratorio transversal	90 mujeres	Dimensión Física: El dolor pélvico y sangrado vaginal resulta habitual en estas mujeres desde el diagnóstico y tratamiento. Dimensión Psicosocial: Los resultados confirman la estructura de dos factores del SABIS-G y proporcionan evidencia que es un instrumento válido y confiable para medir los cambios en la imagen corporal y la sexualidad en las mujeres después de un diagnóstico. El diagnóstico y el tratamiento tienen impacto negativo en la sexualidad y la imagen corporal.
Calderón, C. 2013 Estud Antropol Sex	Cualitativo		Dimensión Física: Se inhibe el deseo y el goce sexual. Experimentan insensibilidad o resequeidad en la vagina después de la radioterapia; o acortamiento y estrechez después de la cirugía. Sangramiento post coital. Los niveles de deseo y goce sexual se ven disminuidos. Dimensión Psicosocial: Está presente el temor a la muerte. Creen en un castigo atribuido a las transgresiones de orden moral o religioso vividas, agravado por la falta de información del proceso de la enfermedad. Temen a la recurrencia del cáncer. Privilegian la sobrevivencia y su relación maternal; rechazando a la pareja. Dimensión Emergente: Las experiencias vividas repercuten en su relación de pareja; ambos se manifiestan ansiosos, el contacto sexual es evitado.

Ussher AM, Perz J, Gilbert E, Wong T, Hobbs K. 2013 Cancer Nurs	Estudio cualitativo	23 mujeres con cáncer y 18 parejas de una persona con cáncer.	Dimensión Física: Pérdida del deseo sexual, dolor sexual, cansancio. Dimensión Psicosocial: Preocupación por la imagen corporal. Dimensión Emergente: Renegociar el sexo: resistir el imperativo coital y abrazar la intimidad. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos para las intervenciones terapéuticas.
Urrutia M, Concha X, Padilla O 2014 Rev Chil Obs Ginecol	Estudio analítico	127 mujeres con CC del área Sur Oriente de Santiago	Dimensión Física: Las mujeres con radioterapia presentaron peor calidad de vida en cuanto al funcionamiento físico, que las que combinaron quimio y radioterapia ($p=0,003$). La calidad de vida en términos de funcionamiento físico aumentaba con la edad en las mujeres con tratamiento sólo de Radioterapia ($p=0,014$), y disminuía con la edad en quienes tenían quimio más radioterapia ($p=0,001$ respectivamente). Dimensión Psicosocial: Las mujeres que fueron sometidas sólo a histerectomía presentaron peor funcionamiento emocional que las que tuvieron el tratamiento que combinaba la cirugía con quimio y radioterapia ($p=0,014$), pero entre ellas el funcionamiento emocional mejoraba con la edad de la mujer.
Harding, Y. Ooyama, T. Nakamoto, T. Wakayama, A., Kudaka, W. Inamine, M., Nagai, Y. Ueda, S. Aoki, Y. 2014 Int J Gynecol Cancer	Estudio observacional y transversal.	Se incluyeron para el análisis 92 pacientes elegibles (46 en el grupo RT, 46 en el grupo RS) y 148 sujetos control	Dimensión Física: Existe diferencia significativa en la mediana (rango) puntaje total de FSFI de 5.5 (3.6-34.7) en el grupo RT, 18.9 (3.4-31.2) en el grupo RS y 22.1 (2-34.2) en el grupo control ($P < 0.001$). La mediana del puntaje total de FSFI en el grupo de RT fue significativamente menor que en el grupo de control ($P < 0,001$). Seis dominios sexuales (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor) se vieron significativamente afectados en el grupo RT, y no se observaron diferencias significativas, excepto el dolor, en el grupo RS en comparación con el grupo control. Dimensión Emergente: Deben proporcionarse intervenciones que incluyan asesoramiento y rehabilitación para la función sexual femenina en las sobrevivientes de cáncer cervical, especialmente después de la RT.
Ussher J, Perz J, Gilbert E. 2014 Journal Women & Therapy.	Cualitativo	41 mujeres	Dimensión Física: Existe disminución o pérdida del deseo sexual, dolor sexual, resequeidad vaginal, cansancio, cambios en la percepción de imagen corporal y pérdida de la actividad sexual. Se observan cambios en el bienestar sexual después del diagnóstico o tratamiento. Dimensión Psicosocial: Preocupación por la imagen corporal. Algunas mujeres se enfocan en sobrevivencia por el miedo a morir. Dimensión Emergente: Cambios de enfoque en la intimidad con la pareja, optando por actividades distintas a la netamente coital.

Aerts L, Enzlin P, Verhaeghe J, Poppe W, Vergote I, Amant F. 2014 Int J Cáncer de ginecol	Estudio prospectivo controlado	Treinta y una mujeres con CC, 93 mujeres con una condición ginecológica benigna y 93 controles sanos completaron la encuesta.	Dimensión Física: Pacientes con CC informaron disfunciones sexuales, incluyendo disfunción de excitación sexual, dispareunia de entrada, dispareunia profunda, dolor abdominal durante el coito y reducción de la intensidad del orgasmo. Dimensión Psicosocial: Las pacientes con CC informaron un peor funcionamiento psicológico antes de la cirugía y a los 6 meses después de la cirugía.
Froeding LP, Ottosen C, Rung-Hansen H, Svane D, Mosgaard BJ, Jensen PT. 2014 J Sex Med	Estudio longitudinal de casos y controles	18 mujeres con CaCu	Dimensión Física: Al año de tratamiento, quienes recibieron RVT persiste disfunción sexual según FSFI (pje general prom. <26.55 en cada evaluación) y Angustia sexual según Escala de angustia sexual femenina (ptje general prom. > 11). La preocupación sexual ($P < 0.001$) y la falta de deseo sexual ($P = 0.038$) fue informada por ambos grupos de tratamiento en comparación al grupo control. La actividad sexual aumentó significativamente durante el tiempo alcanzando al grupo control. El ptje. estado de salud global mejoró con el tiempo, pero nunca alcanzó al grupo control ($P = 0.029$).
Adams E, Boulton MG, Horne A, Rose PW, Durrant L, Collingwood M, et al. 2014 Clin Oncol	Analítico transversal	418 participantes	Dimensión Física: Los problemas moderados o graves con el funcionamiento intestinal, urinario y sexual fueron relativamente comunes: urgencia intestinal (59% urgencia urinaria (49% capacidad de tener una relación sexual afectada (24% Los síntomas fueron tan frecuentes en los 5 y 11 años después del tratamiento. Dimensión Psicosocial: Mayores niveles de depresión.
Perz J, Ussher JM, Gilbert E, Cancer TA, Team SS. 2014 BMC Cancer	Estudio descriptivo y transversal	Seiscientas cincuenta y siete personas con cáncer (535 mujeres, 122 hombres) y 148 parejas (87 mujeres, 61 hombres),	Dimensión Física: Los participantes, informan disminución en la función sexual después de todo tipo de cáncer genital, igual que para sus parejas. La calidad de vida física fue un predictor para hombres y mujeres con cáncer, y para parejas masculinas. Dimensión Psicosocial: El análisis de regresión múltiple examinó los predictores psicosociales del funcionamiento sexual. La calidad de vida mental y la depresión también fueron predictores para las mujeres con cáncer, y la subescala de auto-sacrificio más baja de auto-silenciar un predictor para los hombres con cáncer. Dimensión Emergente: La comunicación sexual diádica fue un predictor para las mujeres con cáncer y para las parejas de hombres y mujeres.
Aquino F, Correa S, Reyes C, González B, Aquino Bustos FJ, Correa Cancer Gutiérrez S, et al.	Transversal observacional	51 pacientes	Dimensión Psicosocial: Las mujeres manifiestan mayor distorsión de imagen corporal, alta puntuación en ansiedad y una baja puntuación en el autoconcepto emocional, agudizándose en quienes tienen pareja. Existe baja autoestima en quienes refieren una baja satisfacción de sus necesidades educativas.

2014 Salud Pública Mex			
Trifiletti DM, Tyler Watkins W, Duska L, Libby BB, Showalter TN.	Estudio de cohorte retrospectivo.	85 pacientes	Dimensión Física: Los efectos tóxicos gastrointestinales plantean un riesgo grave y a veces mortal en pacientes que reciben radioterapia definitiva para el cáncer de cuello uterino localmente avanzado.
2015 Clin Ther.			
Goto K, Watanabe S, Hakoyama M, Oku K, et al. 2015 Gynecol Cancer	Cuantitativo observacional		Dimensión Física: La edad, el tipo de cáncer, el estadio (FIGO), el índice de masa corporal, el tipo de histerectomía, la formación de linfocitos, la metástasis de los ganglios linfáticos y la quimioterapia no se asociaron con LEL. El análisis multivariado confirmó que la extirpación de ganglios linfáticos ilíacos circunflejos, la celulitis fueron factores de riesgo independientes para LEL.
Goto K, Watanabe S, Hakoyama M, Oku K, et al. 2015 Gynecol Cancer	Cuantitativo observacional		Dimensión Física: La edad, el tipo de cáncer, el estadio (FIGO), el índice de masa corporal, el tipo de histerectomía, la formación de linfocitos, la metástasis de los ganglios linfáticos y la quimioterapia no se asociaron con LEL. El análisis multivariado confirmó que la extirpación de ganglios linfáticos ilíacos circunflejos, la celulitis fueron factores de riesgo independientes para LEL.
Castillo I, Canencia J, Zurbarán M, Pertuz D, Montes M, Jiménez E. 2015 Rev Colomb Obs Ginecol	Estudio descriptivo, de corte transversal	106 mujeres por conveniencia	Dimensión Física: Se ven afectados los estados funcional y físico. Para la escala específica QOL-CX-24, se encontró que, en la dimensión sexual, el 70,7 % ha tenido molestias o irritación vaginal que interfieren en su desempeño. Dimensión Psicosocial: Las mujeres del estudio pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 a 3; el mayor impacto negativo de la enfermedad, según el QLQ-30, se observa en las mujeres de estrato 1. Los aspectos más afectados de la calidad de vida son los relacionados con sus actividades sociales y familiares (51,9 %). y los problemas económicos causados por la enfermedad (47,2 %). En la función psicológica, el 87,7 % de las mujeres se han sentido preocupadas por su enfermedad.
Hareyama H, Hada K, 2015 Int J	Estudio retrospe	358 pacientes	Dimensión Física: La incidencia global de LEL fue del 21.8% (etapa 1, 60%; etapa 2, 32%; y etapa 3, 8%). La incidencia acumulada aumentó en: 12.9% a 1 año, 20.3% a 5 años y 25.4% a 10 años. La edad, el tipo de cáncer, el estadio (FIGO), el índice de masa corporal, el tipo de histerectomía, la formación de linfocitos, la metástasis de los ganglios linfáticos y la quimioterapia no se asociaron con LEL.
de Araujo S, de Oliveira T, Sanches M, Dos	Estudio cualitativo	16 profesionales de enfermería	Dimensión Física: Existen barreras relacionadas al modelo biomédico.

Santos M, de Almeida A.			Dimensión Psicosocial: Se presentan barreras relacionadas a la dinámica institucional y barreras relacionadas a la interpretación social de la sexualidad.
2015 Rev Latino-Am Enferm			Dimensión Emergente: Incluir la sexualidad en la atención exige realizar cambios en el paradigma de salud y en la dinámica del trabajo. Es necesario reflexionar sobre los valores personales e interpretaciones sociales en torno al tema. El desafío consiste en destituir a la sexualidad de los tabús y prejuicios que la acompañan, así como ser consciente de las dificultades enfrentadas por estas mujeres.
Vermeer WM, Bakker RM, Kenter GG, de Kroon CD, Stiggelbout AM, ter Kuile MM.	Estudio de transversal multicéntrico	343 mujeres y 154 parejas	Dimensión Emergente: El 51% de mujeres informan la necesidad de información y/o ayuda profesional sobre sexualidad, aunque solo el 35% de ellas buscó ayuda en esta área. rea. Consideran importante el funcionamiento sexual, esperaban alivio al buscar ayuda y tenían creencias positivas sobre la calidad del apoyo profesional. Se sugiere incluir a las parejas al acceso de esta atención.
2015 Psychooncology			
Perz J, Ussher JM.	Experimental aleatorio	88 personas con cáncer ginecológico y no ginecológico y 53 parejas	Dimensión Emergente: El material educativo permite aumentar la conciencia de la sexualidad, mejorar la comunicación de la pareja sobre el sexo, y ayudar en la adaptación de los cambios sexuales, a través de la exploración de prácticas sexuales no coitales, aunque cuantitativamente no mostró diferencias significativas en la calidad de vida post aplicación. se necesitan intervenciones más complejas e intensivas para abordar la función sexual y bienestar psicológico.
2015 BMC Cancer.			
Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He G, Yin G,	Cuantitativo observacional	140 mujeres	Dimensión Física: Las mujeres con CaCu muestran síntomas gastro-intestinales, trastornos del sueño y función sexual disminuida.
2016 J Cancer Res Ther.			
Herboltová P, Roztočil A.	Estudio observacional retrópectivo	25 pacientes con carcinoma cervical invasivo, utilizando cuestionario propio.	Dimensión Física: Dispareunia más frecuente en mujeres tratadas con radioterapia. Falta de interés sexual y la sequedad vaginal.
2016 Ceska Gynekol.			Dimensión Emergente: También ha habido mucha desinformación sobre la forma en que se informa a las mujeres.
Vermeer WM, Bakker RM, Kenter GG, Stiggelbout AM, Ter Kuile MM	Cualitativo	30 mujeres y 12 de sus parejas	Dimensión Física: Dos tercios de los participantes declaran incontinencia urinaria o intestinal. El sexo se volvió menos espontáneo a consecuencia de la pérdida de orina durante el coito. La mitad de las mujeres reportaron linfedema. Dos tercios de los participantes indican que la cirugía y/o la RT habían causado cambios físicos en la vagina como acortamiento o estrechamiento. Más de la mitad experimentó disminución del interés sexual desde su tratamiento, resequeidad vagina y pérdida de libido y dolor coital, relacionado con el tratamiento del cáncer.
2016 Support Care Cancer			

			Dimensión Psicosocial: Reportan sentimientos de dolor y afectación de su feminidad. La mitad de los participantes los cambios corporales conducen a una imagen corporal negativa e inseguridad. Se hace mención que el virus del papiloma humano (VPH) es causa de su enfermedad y razón para temer reanudar la actividad sexual. Experimentan ansiedad por el dolor en la penetración, evitando las relaciones sexuales. Existe temor de lastimar a su cónyuge. Indicaron sentimientos de culpabilidad hacia sus parejas debido a su menor interés en el sexo y se calificaron como sexualmente perturbadas. Dimensión Emergente: El cáncer y disfunción sexual afectan su relación de pareja. Mientras algunos declararan hablar abiertamente sobre sexualidad, otros experimentan dificultades de comunicación, evitando el contacto sexual y/o parecía haber perdido su interés sexual. Otras se sentían presionadas por el hecho de que su pareja fuera sexualmente activa o eran conscientes de que su pareja tenía dificultades para aceptar sus limitaciones sexuales.
Meizhu Xiao, MM, Huiqiao Gao, MM, Huimin Bai, MD, Zhenyu Zhang, MD	Estudio prospectivo, comparativo	58 pacientes	Dimensión Física: Función sexual disminuida. Fatiga, náusea y emesis, y dolor. Retraso en la reanudación de relaciones sexuales, dolor, y bajo deseo sexual causada principalmente por el tratamiento. Dimensión Psicosocial: Imagen corporal alterada. Temor a la pérdida de pareja sexual, miedo a la recurrencia de la enfermedad.
2016 Medicine			
Parton C, Ussher J, Perz J. Women's Construction of Embodiment and the Abject Sexual Body After Cancer.	Estudio exploratorio cualitativo	16 mujeres	Dimensión Psicosocial: Las mujeres se sienten menos atractivas, menos femeninas y su cuerpo pierde valor social, estigmatizado y marginado. Su sexualidad se ve impactada. Etapa compleja y difícil de enfrentar.
2016 Qual Health Res			
Maureira CF.	Validación de instrumento	Se trabajó con una muestra no probabilística, que quedó constituida por 124 chilenos	Dimensión Física: Las relaciones de pareja se fundamentan en cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor; los tres primeros de tipo cultural, y el cuarto de tipo biológico, determinado por núcleos y neurotransmisores cerebrales.
2016 Rev GPU.			

Grion R, Abullet L, Baccaro F, Abullet A, Vaz F. 2016 Arch Gynecol Obs	Estudio analítico	80 mujeres	Dimensión Física: Los principales eventos adversos durante el tratamiento fueron hemorragia (41,7 %), falta de placer (33,3 %), dispareunia (25 %) y sequedad vaginal (16,7 %). Las 18 mujeres que habían sido sexualmente activas el mes anterior mostraron una disfunción sexual significativa (puntuación media total de la FSFI = 25,6). El estadio clínico avanzado, el uso de cualquier medicamento crónico y el no haber sido sometido a cirugía para el cáncer se correlacionaron negativamente con la CdV más alto.
Corradina J, Urdaneta J, García N, Contreras N, Nasser Baabe M. 2017 Rev Venez Oncol	Investigación comparativa con diseño no experimental y transeccional	60 mujeres supervivientes al CaCu divididas en grupos según tratamiento recibido (Grupo A: cirugía + radio/quimioterapia y Grupo B: radio/quimioterapia)	Dimensión Física: Principales efectos: alteración de su percepción física y dolor. Variación de la condición de salud en el tiempo. Las secuelas de la cirugía radical producen disfunciones intestinales, vesicales y sexuales. Dimensión Psicosocial: Significativo impacto en su auto-imagen, en su bienestar social y su sentido de feminidad. Ansiedad/depresión eran los problemas más frecuentemente reportados
Solangel Cano-Giraldo; Flor Victoria Caro-Delgadillo; María Mercedes Lafaurie-Villamil 2016 Rev Colomb Obstet Ginecol	Cualitativo de tipo fenomenológico,	El tamaño de la muestra se definió por saturación. Se realizó muestreo consecutivo por conveniencia.	Dimensión Psicosocial: Carencia de redes de apoyo por el estigma que representa para ellas vivir con CaCu. Experimentan sentirse traicionadas por el comportamiento sexual de sus parejas, en razón de considerar el CaCu como una ITS. Existe un estigma generado por la asociación promiscuidad-cáncer de cuello uterino, no tienen una clara comprensión de su enfermedad y sienten la modificación de sus vidas. Dimensión Emergente: Se develan relaciones de pareja asimétricas en las cuales las mujeres no asumen activamente la protección sexual.
Lubotzky F, Butow P, Nattress K, Hunt C, Carroll S, Comensoli A, et al. 2016 Heal Expect	Estudio descriptivo, retrospectivo.	Veinte mujeres tratadas con PRT para cáncer ginecológico en los últimos 5 años, que habían recibido dilatadores vaginales.	Dimensión Física: Muchas mujeres informan que la discusión sobre sexualidad se evita durante las consultas, a pesar de que experimentaban experiencias sexuales angustiosas y dificultades después de la TEPR. Dimensión Emergente: Los resultados resaltan la necesidad de capacitación en comunicación de salud sexual para quienes tratan a esta población.
Kirchheiner K, Pötter R, Tanderup K, Lindegaard JC, Haie-Meder C, Petri PZ, et al. 2016 Int J Radiat Oncol Biol Phys	Estudio observacional, prospectivo.	744 pacientes con una mediana de seguimiento de 21 meses.	Dimensión Física: La calidad de vida general y psicológica y social se deterioran al inicio, pero mejoran durante los 6 meses post tratamiento, para alcanzar un nivel comparable al de la población de referencia, mientras que el funcionamiento cognitivo se mantuvo afectado. La experiencia general de los síntomas fue elevada al inicio y disminuyó a un nivel dentro del rango de la población de referencia. Los síntomas relacionados con el tumor como dolor, pérdida de apetito y estreñimiento, presentes antes

			del tratamiento, disminuyeron con los meses, aunque en algunas mujeres persistieron en el tiempo.
			Dimensión Psicosocial: Tanto el funcionamiento social como el rol mostraron las puntuaciones más bajas al inicio del estudio, pero que aumentaron después del tratamiento para alcanzar una meseta a los 6 meses y luego disminuyeron ligeramente a los 3 y 4 años.
Dias da Silva SE, Araujo JS, Oliveira Chaves M, Vasconcelos EV, Farias da Cunha NM, Dos santos RC.	Estudio cualitativo de enfoque descriptivo	35 mujeres del ambulatorio de un hospital público de referencia en oncología	Dimensión Psicosocial: Entre los discursos se observó que el concepto de cáncer cervical de útero estaba realmente relacionado con el factor sentimental, que reina el miedo y la tristeza. Los testimonios también mostraron que las mujeres se centraron en la sexualidad y el tratamiento como un cambio de vida ya que la enfermedad avanzaba.
2016 Fundam Care			
Faller H, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, et al.	Estudio transversal multicéntrico	Evaluamos a 1214 pacientes con cáncer femenino (317 con cáncer ginecológico, 897 con cáncer de seno).	Dimensión Psicosocial: Las mujeres con cáncer ginecológico se sintieron menos informadas sobre varios aspectos de su enfermedad, en particular con respecto al apoyo psicológico ($p < 0.001$), tendieron a tener más necesidades de información y tienen niveles más bajos de calidad de vida.
2017 Patient Educ Couns			
Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al.	Ensayo clínico	218 participantes	Dimensión Física: El 70% ($n = 153$) estaba algo preocupado por la función sexual /salud vaginal, el 55% ($n=120$) informó sequedad vaginal, el 39% ($n=84$) dolor vaginal y el 51% ($n=112$) pérdida de la libido Muchos habían oído de lubricantes vaginales, humectantes y ejercicios de piso pélvico (97, 72 y 57%. El 74% por ciento ($n = 161$) había usado lubricantes, 28% de humectantes ($n = 61$) y 28% de ejercicios del piso pélvico ($n = 60$).
2017 Breast Cancer Research and Treatment			Dimensión Psicosocial: El 70% ($n=152$) prefirió que el tema fuera planteado por el equipo médico; 48% ($n = 105$) Prefieren educación escrito, seguido de la discusión de expertos (66% $n=144/218$). En comparación con las mujeres ≥ 50 años (41%, $n=43/105$), las más jóvenes (54%, $n= 61/113$) prefirieron discutir presencialmente ($p = 0.054$). Las mujeres mayores están menos interesadas en educación sexual on line. (52%, $p < 0.001$), a pesar de que el 94% tenía acceso a la computadora.
Yavas G, Yavas C, Utku Dogan N, Tuyan Ilhan T, Dogan S, Karabagli P, et al.	Estudio Prospectivo	100 mujeres con CaCu	Dimensión Física: La inapetencia, diarrea, fatiga, disnea, insomnio, náuseas y vómitos, puntajes de dolor y puntajes de actividad sexual y disfrute sexual se deterioraron después de RT. Náuseas y los vómitos.
2017 J Cancer Res Ther.			Dimensión Psicosocial: Alteraciones en la imagen corporal. Todas las quejas de los pacientes mejoraron durante el período de seguimiento. Ansiedad y depresión también ceden con el tiempo.

Bedell S, Manders D, Kehoe S, Lea J, Miller D, Richardson D, et al. 2017 Gynecol Oncol	Estudio transversal descriptivo	124 preofesionales sanitarios	Dimensión Emergente: La mayoría de los pacientes tienen disfunción sexual, pero pocos proveedores reciben capacitación en esta área, deseando recibir más educación sobre problemas de disfunción sexual. Los proveedores no capacitados están de acuerdo en que falta información sobre disfunción sexual. A pesar de la falta de capacitación, la mayoría de los proveedores ofrecen consejos sobre la función sexual.
Bakker RM, Kenter GG, Creutzberg CL, Stiggelbout AM, Derks M, Mingelen W, et al. 2017 Psychooncology	Estudio transversal	94 sobrevivientes de CC sexualmente activos	Dimensión Física: En total, el 33% (n = 64) de los sobrevivientes obtuvo un puntaje superior al puntaje de angustia sexual, la que se asocia con niveles más altos de síntomas sexuales vaginales, preocupación por el dolor sexual. Dimensión Psicosocial: Insatisfacción de la relación y las preocupaciones de la imagen corporal.
Céspedes N, Aparicio C. 2017 Rev Del Nac	Estudio observacional descriptivo con componente analítico.	58 pacientes	Dimensión Psicosocial: La mujer presentó altibajos normales del estado de ánimo, 5% depresión severa y 12% depresión moderada.
Sekse RJT, Hufthammer KO, Vika ME. 2017 J Clin Nurs	Estudio descriptivo transversal.	129 mujeres	Dimensión Física: No hubo diferencias significativas con respecto al placer y las molestias relacionadas con la modalidad de tratamiento, los diagnósticos o la etapa FIGO. Dimensión Emergente: El personal sanitario debe priorizar la sexualidad durante el tratamiento del cáncer y en el seguimiento, entendiendo, que la sexualidad es parte vital de la calidad de vida.
Williams NF, Hauck YL, Bosco AM. 2017 Eur J Oncol Nurs	Estudio descriptivo cualitativo	17 enfermeras	Dimensión Emergente: La falta de prestación de atención psicosexual por las enfermeras es multifactorial. Se requiere integrarla en la atención estándar, fomentar la responsabilidad compartida entre el equipo multidisciplinario e implementar programas educativos centrados en mejorar la confianza y habilidades comunicacionales de los enfermeros.
Guntupalli SR, Sheeder J, Ioffe Y, Tergas A, Wright JD, Davidson SA, et al. 2017 Int J Gynecol Cancer	Estudio transversal	320 mujeres	Dimensión Física: Las mujeres, disminuyen la Función sexual de 21.3 (SD, 10.4) antes de 15.3 (SD, 10.2) ($P < 0.001$), y la actividad sexual disminuyó de 6.1 (SD, 6.8) a 2.6 (SD, 4.9) veces por mes post tratamiento ($P < 0.001$). En las 208 mujeres sexualmente activas, la disfunción sexual post tratamiento se asoció con edades más jóvenes (50,9 [DE, 11,7] años a 57,3 [DE, 12,3] años), ovárica (40,7% frente a 30,7%) o diagnóstico de CaCu (21.0% vs 10.2%), tratamiento de quimioterapia (72.8% vs 50.4%) y estar en una relación (97.3% vs 82.7%). El 27% experimentó disfunción matrimonial.

García Cantero D 2017.	Tesis Doctoral en Oncología Clínica. Estudio cuantitativo descriptivo transversal observacional.	303 pacientes	Dimensión Física: Astenia o fatiga, dolor multifactorial y multidimensional. Alteraciones digestivas como náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento o mucositis. Toxicidad acústica producto de la quimioterapia. Producto de los tratamientos se detecta: osteoporosis, alteraciones respiratorias, resequedad vaginal, dificultad para alcanzar el orgasmo, pérdida de deseo sexual y disminución de las relaciones sexuales. Dimensión Psicosocial: Depresión y ansiedad, repercusión sobre la imagen corporal, Los miedos a la recaída, al futuro y dificultad de planificar metas futuras. Miedo a depender de los demás, alteración en las relaciones sociales, ansiedad y depresión o los déficits cognitivos. Problemas de autoestima y la inseguridad de estar en sitios públicos y, los relacionados con las relaciones familiares y de pareja.
Williams NF, Hauck YL, Bosco AM 2017 Eur J Oncol Nurs.	Estudio descriptivo cualitativo	17 enfermeras	Dimensión Emergente: La falta de prestación de atención psicosexual por las enfermeras es multifactorial. Se requiere integrarla en la atención estándar, fomentar la responsabilidad compartida entre el equipo multidisciplinario e implementar programas educativos centrados en mejorar la confianza y habilidades comunicacionales de los enfermeros.
Dahbi, Z*, Sbai, A, Mezouar, L. 2018 Asiático Pac J Cáncer Prev	Estudio prospectivo	300 mujeres	Dimensión Física: El 97% de los pacientes interrumpieron su actividad sexual completa al momento del tratamiento; el intervalo de tiempo entre el tratamiento y la actividad sexual regular fue de 8 meses para el grupo de cáncer de cuello uterino y de 5,8 meses para el cáncer no ginecológico (P = 0,001). Acortamiento vaginal y disminución de la función sexual. Disminución del deseo sexual. Dimensión Psicosocial: Los sobrevivientes marroquíes de esta enfermedad deben ser tratados de acuerdo con un enfoque multidisciplinario, que incluya el componente psicológico. Depresión y ansiedad. Dimensión Emergente: El 100% expresó la opinión de que no habían recibido suficiente información sobre cómo la enfermedad y el tratamiento (incluida la cirugía) podrían afectar su vida sexual.
Jones AC. 2018 J Marital Fam Ther	Estudio analítico transversal	142 parejas	Dimensión Emergente: Las parejas que discuten sobre sexo tienen más probabilidades de estar satisfechas desde el punto de vista relacional y sexual. Se requiere ampliar y profundizar la comprensión del papel que juega la comunicación sexual en las relaciones. La atención del profesional en esta área, puede mejorar la satisfacción sexual de pareja.
Hofsjö A, Bergmark K, Blomgren B, Jähren H, Bohm-Starke N, Hofsjö A.	Estudio de casos y control	34 pacientes tratados por cáncer de cuello uterino con radioterapia y 37 mujeres	Dimensión Física: En mujeres con CaCu tratadas con radioterapia, el volumen del epitelio vaginal se redujo. Se observó atrofia de la mucosa en el 91% de los sobrevivientes. El grosor epitelial se correlacionó con los niveles séricos de estradiol. Las mujeres informan mayor número de síntomas físico-sexuales. El mayor riesgo relativo se registró por lubricación vaginal insuficiente,

2018 Acta Oncol.		sanas de control	inelasticidad vaginal y reducción de longitud vaginal durante el coito.
Oldertroen K, de Boer M, Nyheim K, Thoresen L. 2019 J Clin Nurs	Estudio cualitativo	6 hombres, parejas de mujeres con CaCu	Dimensión Psicosocial: Las experiencias de los hombres parejas de mujeres con cáncer cervical son multifacéticas y comprenden aspectos emocionales y prácticos. Sin embargo, tres hallazgos principales se destacan como particularmente significativos en el contexto del cáncer cervical: la soledad, una relación sexual alterada y sentimientos de vulnerabilidad compartidos. Los hombres describen una interdependencia en la relación con las mujeres, pero también cómo se han alterado seriamente las relaciones, particularmente en lo sexual. Estos hallazgos resuenan con masculinidades hegemónicas. Dimensión Emergente: Los problemas complejos de la intimidad y la sexualidad deberían ser un elemento fundamental en la educación de los futuros profesionales de la salud. Se sugiere que cuestiones como el trato con la masculinidad y los roles de cuidado se incluyan en la agenda y se reflejen en la enseñanza y la supervisión en la práctica clínica. Se necesita un enfoque más amplio de la atención de la sexualidad.