



Acta Colombiana de Psicología

ISSN: 0123-9155

Universidad Católica de Colombia

Vasconcelos-Raposo, José; Moreira, Tânia Lisete; Arbinaga, Félix; Teixeira, Carla Marla

Sexual satisfaction in patients with cancer

Acta Colombiana de Psicología, vol. 20, núm. 2, 2017, Julio-Diciembre, pp. 106-115

Universidad Católica de Colombia

DOI: <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.5>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79853578005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Satisfação sexual em pacientes com câncer

José Vasconcelos-Raposo¹, Tânia Lisete Moreira¹, Félix Arbinaga² y Carla Marla Teixeira¹

¹Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila-Real, Portugal*, ²Universidad de Huelva, Huelva, España

Recibido, agosto 24/2016

Concepto de evaluación, enero 16/2017

Aceptado, febrero 22/2017

Referencia: Vasconcelos-Raposo, J., Moreira, T., Arbinaga, F., Teixeira, C.M. (2017). Satisfação sexual em pacientes com câncer. *Acta Colombiana de Psicología*. 20(2), 95-105. doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.5>

Resumo

O objetivo foi comparar indivíduos em função das seguintes variáveis independentes: cancro e sem cancro, diferentes tipos de cancro, tempo de diagnóstico, diferentes tipos de tratamento e mudanças na imagem corporal tendo por variável dependente o nível da satisfação da relação sexual. A amostra foi constituída por 184 participantes (95 com cancro com idades entre 26 e 84 anos; 89 sem cancro, com idades entre 19 e 67 anos). Foi utilizado o Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS). Verificaram-se efeitos significativos entre os indivíduos com historial de doença oncológica ao nível do funcionamento sexual, comparativamente com os indivíduos sem historial de doença oncológica. Indivíduos com cancro urológico apresentam valores mais elevados ao nível da autoestima (16.76 ± 2.85), seguidos pelo cancro de mama (14.83 ± 3.34) e outros tipos de cancro (14.41 ± 5.05). O cancro digestivo é o que apresenta os valores mais baixos (13.63 ± 5.68). Com relação ao funcionamento sexual, o grupo “outros tipos de cancro” apresenta maiores níveis de satisfação (23.53 ± 10.12). Seguem-se o cancro de mama (19.54 ± 9.36) e os digestivos (18.50 ± 12.57) e, por último, o cancro urológico, que apresenta os níveis mais baixos (12.29 ± 7.22). Dentro do grupo de indivíduos com cancro, o período inferior a um ano e de três a cinco anos apresenta valores menos satisfatórios na dimensão funcionamento sexual, e os tratamentos de radioterapia, cirurgia e “outros tipos de tratamento” produzem efeitos negativos ao nível do funcionamento sexual, assim como as mudanças na imagem corporal. No presente estudo, com a exceção de perda de peso, vômitos e perda de cabelos, todas as variáveis independentes têm um impacto negativo na satisfação/desempenho sexual.

Palavras-chave: cancro, doença oncológica, funcionamento sexual, sexualidade.

Satisfacción sexual en enfermos de cáncer

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo comparar las dimensiones de satisfacción sexual en sujetos con y sin cáncer, específicamente al comparar los diferentes tipos de cáncer, el tiempo de diagnóstico y los tipos de tratamiento, con cambios en la imagen corporal y el nivel de satisfacción con las relaciones sexuales. La muestra estuvo compuesta por 184 participantes, de los cuales 95 pertenecieron al grupo con cáncer (edades entre los 26 y 84 años) y 89 al grupo sin cáncer (edades entre los 19 y 67 años). El instrumento utilizado fue el Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS). Los resultados mostraron diferencias significativas entre el grupo con cáncer y el grupo sin cáncer, los individuos con antecedentes de enfermedad de cáncer presentaron valores más bajos (17.93 ± 9.67) en el nivel de la función sexual en comparación con los individuos sin antecedentes de dicha enfermedad (30.19 ± 4.2). Los individuos con cáncer que presentaron valores más altos en autoestima fueron los de cáncer urológico (16.76 ± 2.85), seguidos por los de cáncer de mama (14.83 ± 3.34) y “otros tipos de cáncer” (14.41 ± 5.5); siendo los de cáncer digestivo quienes presentaron los valores más bajos (5.68 ± 13.63). En el funcionamiento sexual, el grupo de “otros tipos de cáncer” mostró niveles más altos de satisfacción (23.53 ± 10.12), mientras que las personas con cáncer de mama (19.54 ± 9.36), cáncer digestivo (18.50 ± 12.57) y cáncer urológico (29.12 ± 7.22) presentaron los niveles más bajos de satisfacción. Dentro del grupo de personas con cáncer, los que tienen menos de un año y de tres a cinco años después de haber tenido el diagnóstico reflejaron valores de funcionamiento sexual menos satisfactorios. Por otro lado, los tratamientos de radiación, cirugía y “otros tratamientos” mostraron efectos negativos en el funcionamiento sexual, así como cambios en la imagen corporal. Todas las variables independientes tuvieron un impacto negativo en la satisfacción y el desempeño sexual, con excepción de la pérdida de peso, el vómito y la pérdida de cabello.

Palabras clave: Cáncer, sexualidad, funcionamiento sexual, enfermedad maligna.

¹ Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Utad) — Psicologia, Quinta de Prados, 5000-801, Vila Real. Portugal. jvraposo@utad.pt. Telefone: (351 259) 350 270.

Sexual satisfaction in patients with cancer

Abstract

This study aimed to compare the dimensions of sexual satisfaction in subjects with and without cancer. Independent variables were: different types of cancer, time elapsed since diagnosis, types of treatment and changes in body image. The dependent variable was level of satisfaction with sexual relations. The sample consisted of 184 participants, of whom 95 belonged to the cancer group (ages between 26 and 84 years) and 89 to the non-cancer group (ages between 19 and 67 years). The instrument used was the Sexual Satisfaction Questionnaire (QSRS, for its Portuguese acronym). The results showed significant differences between the cancer group and the non-cancer group. Individuals with a history of cancer disease had lower values (17.93 ± 9.67) at the level of sexual function compared to individuals with no history of the disease (30.19 ± 4.2). Individuals with cancer who had higher values of self-esteem were those with urological cancer (16.76 ± 2.85), followed by breast cancer (14.83 ± 3.34) and "other cancers" (14.41 ± 5.5), whereas those with digestive cancer presented the lowest values (5.68 ± 13.63). In sexual functioning, the group of "other cancers" showed the highest levels of satisfaction (23.53 ± 10.12), while people with breast cancer (19.54 ± 9.36), digestive cancer (18.50 ± 12.57), and urological cancer (29.12 ± 7.22) presented the lowest levels of satisfaction. Within the group of people with cancer, those who had less than one year and between three to five years of having been diagnosed reflected less satisfactory sexual performance values. On the other hand, radiation treatments, surgery and "other treatments" showed negative effects on sexual functioning, as well as changes in body image. All independent variables had a negative impact on sexual satisfaction and performance, with the exception of weight loss, vomiting, and hair loss.

Key words: Cancer, sexuality, sexual functioning, malignant disease.

INTRODUCCIÓN

El cáncer afecta a millones de personas en todo el mundo. En la actualidad se calculan cerca de 25 millones de personas diagnosticadas, y se estima que esta enfermedad fue la responsable del 13 % de las muertes en todo el mundo durante el año 2008 (Barbaric, Brooks, Moore & Cheifetz, 2010), lo que representa un alto coste económico para la sociedad en general y los individuos que la padecen (Araújo et al., 2009). Es importante señalar que según la Organización Mundial de la Salud (2013) se espera que para el año 2030 esta enfermedad sea la responsable de 13.1 millones de muertes.

En los últimos años se ha comprobado que la tasa de supervivencia de estos pacientes ha ido en aumento, en parte debido a los avances tecnológicos y a la medicina (Siegel et al., 2012). Específicamente, la tasa de mortalidad entre 1990 y 2005 disminuyó en un 19.2 % en hombres y un 11.4 % en mujeres; indicador que se debe, en parte, a la menor tasa referida en los principales tipos de cáncer que afectan a ambos sexos, incluyendo el cáncer de pulmón, de mama, de próstata y el colorrectal (Jemal et al., 2009). De acuerdo con la *American Cancer Society* (2016), en EEUU habían 14.5 millones de sobrevivientes al cáncer durante el año 2014, y se reportó que en el 2016 se diagnosticaron 685 210 casos nuevos, de los cuales se esperaba que 595 690 murieran en el mismo año. Adicionalmente, gracias a los cambios de comportamiento y a una mayor adhesión a los

estilos de vida saludables, es posible constatar una disminución del 23 % en la mortalidad entre 1991 y 2012, lo que se traduce en 1.7 millones de personas sobrevivientes de esta enfermedad.

En Europa se estimaron 3.45 millones de casos nuevos cáncer (excluyendo el cáncer de piel no-melanoma) y 1.75 millones de muertes en 2012. Teniendo en cuenta las cifras de Ferlay, et al. (2008), se encuentra que los tipos más comunes de cáncer fueron el cáncer de mama (464 000 casos), colorrectal (447 000), de próstata (417 000) y de pulmón (410 000); los cuales representan la mitad de la carga global de cáncer en Europa. Por otra parte, continuando con este estudio, la causa más común de muerte por tipo de cáncer son el cáncer de pulmón (353 000), el colorrectal (215 000), el de mama (131 000) y el de estómago (107 000); mientras que el número de nuevos casos de cáncer en toda Europa fue de 1.4 millones de hombres y 1.2 millones de mujeres, además de que alrededor de 707 000 hombres y 555 000 mujeres murieron de dicha enfermedad en el mismo año de diagnóstico (Ferlay, et al., 2008).

Por otra parte, el cáncer es una de las enfermedades que más cambios produce en los individuos tanto a nivel físico como psicológico y social, y, en su conjunto, dichos cambios comprometen el funcionamiento pleno del individuo (Elsner, Trentin & Horn, 2009; Marcon, Radovanovic, Waidman, Oliveira & Sales, 2015). Una de las dimensiones más afectadas en la vida de estas personas es la sexualidad (Gianini, 2004; Serrano, 2005; Valerio, 2007), entendiéndola

como algo que va más allá del acto sexual físico y abarca todos los factores que permiten la experiencia sexual en su plenitud (Santos, 2011).

Cabe resaltar que, además de los efectos directamente relacionados con la enfermedad, también se reconocen ciertos factores y efectos secundarios derivados de las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo, siendo uno de los efectos negativos más frecuentes la fatiga (Battaglini et al., 2006; Diettrich, Miranda, Honer, Furtado & Correa-Filho, 2006; Ishikawa, Derchain & Thuler, 2005; McAuley, White, Rogers, Motl & Courneya, 2010; Siegel et al., 2012). Al respecto, un gran número de estudios muestran cierta unanimidad al señalar que la fatiga aumenta durante los periodos de tratamiento por radioterapia y quimioterapia (Diettrich et al., 2006; Ishikawa et al., 2005); y, en general, reportan valores superiores al 90 % en el número de personas que informan experimentar fatiga, sensación que se caracteriza por prolongarse en el tiempo, incluso después del final del tratamiento.

En este sentido, tanto la fatiga como tener una imagen corporal negativa suelen citarse como causas principales para la disfunción sexual, lo cual se refleja en la disminución en el apetito sexual (Siegel et al., 2012) de entre el 17 % y el 26 % de los sobrevivientes de cáncer (Diettrich et al., 2006; Siegel, 2012 et al.).

Específicamente, aproximadamente el 80 % de los hombres, especialmente aquellos a los que se les ha realizado prostatectomía, radioterapia o terapias hormonales, presentan disfunciones sexuales y expresan con bastante frecuencia la queja de la disfunción eréctil (Diettrich et al., 2006; Siegel, et al. 2012); y en los hombres que reciben tratamiento en el área pélvica, como la próstata, la vejiga y otros, los problemas más comunes son los relacionados con la erección (Gianini, 2004). También, en las mujeres se produce la mayoría de quejas a este nivel, sobre todo cuando se trata de casos de cáncer de mama y ginecológico, (Siegel et al., 2012), esto dado a que los efectos más comunes de la patologías oncológicas en las mujeres son el dolor durante el coito, la disminución de la libido y la sequedad vaginal (Melisk, Goldman & Rugo, 2010).

Adicionalmente, en los casos donde se producen cambios en el fenotipo, como la pérdida de partes del cuerpo típicamente asociadas al área sexual, tal como sucede con el cáncer de mama (como la mastectomía) y de próstata, dicha pérdida puede asociarse a la pérdida de la propia motivación para tener relaciones sexuales y a los sentimientos de pérdida de identidad sexual y el atractivo sexual (Flynn et al., 2011; Hill et al., 2011.).

Incluso, se ha encontrado que la disminución en el apetito sexual durante todo el tratamiento oncológico es común en ambos sexos; esto debido a que los tratamientos

recibidos, como la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía o la terapia hormonal, producen cambios físicos que son vivenciados por el individuo como responsables de la disminución de la libido, donde es común que las personas sientan fatiga, debilidad y náuseas (Gianini, 2004). El hecho de que se produzcan cambios en los niveles hormonales y a veces importantes cambios físicos contribuye a que el deseo sexual y, por lo tanto, la frecuencia en la práctica de la actividad sexual disminuyan (Valdivieso, Kujawa, Jones & Baker, 2012).

Por otro lado, las pacientes con cáncer en áreas ginecológicas y los varones con cáncer de próstata sufren daños en regiones anatómicas que proporcionan una mayor posibilidad de infertilidad y disfunción sexual; lo que debe ser tenido en cuenta por profesionales de la salud ya que es posible reducir al mínimo las consecuencias de la infertilidad femenina mediante la conservación de los óvulos, la preservación de tejidos de los ovarios y la menor incidencia de la quimioterapia en estas regiones, siempre que sea posible; así como en el caso masculino, que se lleve a cabo el cultivo de semen para que en el futuro puedan asegurar su reproducción (Valdivieso et al., 2012).

La evidencia empírica sugiere que toda esta situación afecta directamente al nivel de comportamientos relacionados con la sexualidad de los sujetos tanto a nivel físico como emocional, y algunos ejemplos de los efectos que tiene el cáncer en las personas en esta área son no mantener relaciones sexuales, tener disfunción eréctil, presentar dolor durante el coito, y la disminución de la libido.

Aun cuando los efectos no son visibles en términos físicos, los problemas emocionales pueden impedir el funcionamiento sexual de los pacientes sea durante el tratamiento o en periodos post-tratamiento (Flynn et al., 2011). En la fase inicial de diagnóstico, así como antes de iniciar el tratamiento, los pacientes revelan que sienten cambios en la imagen corporal y en su disposición sexual, lo que provoca cambios negativos en sus relaciones (Sacerdoti, Lagana & Koopman, 2010). En parte, las relaciones socio-familiares se ven afectadas por el estado de ánimo deprimido, síntomas de menopausia y problemas con la imagen corporal; síntomas que se convierten en importantes predictores para el declive de la actividad sexual (Pérez et al., 2010).

Entre los cambios corporales que más contribuyen a una menor predisposición a los actos de mayor intimidad física y a un menor deseo sexual pueden señalarse la pérdida de cabello, el aumento de peso y la existencia de cicatrices (Barbosa, 2008; Flynn et al., 2011). Y se ha visto que los tratamientos para la enfermedad del cáncer conllevan una diversidad de alteraciones corporales que afectan y muestran consecuencias relevantes con reducciones importantes de

la autoestima (Flynn et al., 2011; Greenfield et al., 2010; Ramírez et al., 2009; Sacerdoti et al., 2010).

De hecho, las mujeres con cáncer de mama que fueron tratadas mediante cirugía, pero que no se sometieron a una mastectomía, mostraron mayor interés sexual y una mayor actividad sexual en comparación con las mujeres mastectomizadas, quienes muestran sentimientos más bajos de atractivo sexual (Pérez et al., 2010).

Con respecto a la edad, los individuos con edades comprendidas entre 50 y 64 años son los que refieren más problemas en toda las áreas de la sexualidad (Harden et al., 2008; Lindau, Surawska, Paice & Baron, 2011). Y, en general, toda esta progresiva transformación proporciona un sufrimiento emocional para los pacientes que debe ser tomada en cuenta por los profesionales de la salud que trabajan directamente con estos pacientes (Fortune-Greeley et al., 2009; Hill et al., 2011; Lindau et al., 2011).

Aunque en una primera etapa del diagnóstico la sexualidad no es una prioridad, ya que el interés se centra en evitar un mayor daño e incluso la muerte, este posteriormente afecta de manera importante la calidad de vida de los pacientes, principalmente debido a que la disfunción sexual se asocia con fuertes sentimientos de ansiedad y depresión en ambos sexos (Flynn et al., 2011; Lindau et al., 2011; Sacerdoti et al., 2010; Zebrack, Foley, Wittmann & Leonard, 2010).

Por otro lado, en pacientes con cáncer de mama se ha encontrado que durante el primer año tienen más dificultades en términos de atracción, interés y placer sexual y, en consecuencia, presentan una disminución en la satisfacción con su vida sexual (Pérez et al., 2010). Adicionalmente, los sentimientos de pérdida de la identidad sexual y el atractivo sexual son algunos de los elementos que propician una pérdida de la motivación para mantener relaciones sexuales (Flynn et al., 2011; Hill et al., 2011). Así pues, para que haya una adecuada planificación e intervención efectiva, puede afirmarse que los profesionales de la salud carecen de la formación necesaria (Cesnik et al., 2013) y de la información de carácter normativo en estas situaciones.

Por último, cabe señalar que la investigación científica ha identificado un conjunto de parámetros que afectan la sexualidad de los pacientes con cáncer (Hill et al., 2011), pero este conocimiento ha sido especialmente de carácter general. Además, estas mismas investigaciones han descuidado algunos aspectos de la sexualidad, como la consideración sobre cómo se sienten los pacientes en cada tipo de diagnóstico; descuidos que han dificultado que las intervenciones de los profesionales sanitarios sean las más adecuadas en función del tipo y la etapa o fase por las que atraviesan los pacientes de cáncer.

Teniendo en cuenta este contexto, el presente estudio tiene como objetivo comparar individuos con cáncer y sin cáncer en términos de las dimensiones relacionadas con la satisfacción sexual (autoestima, función sexual y relación general). Y tiene como objetivos específicos comparar el nivel de las dimensiones sexuales según el tipo de cáncer, diagnóstico, tratamiento y el tipo de cambios en la imagen corporal, donde se incluyen los cambios corporales como la pérdida de extremidades u órganos, —sean visibles o no—, aumento de peso, fatiga, problemas sexuales —incluyendo los problemas subjetivos reportados por cada participante—, pérdida de pelo, pérdida de peso y vómitos.

MÉTODO

Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo transversal.

Participantes

La muestra consistió en 95 personas con cáncer y 89 sin cáncer, es decir, 184 participantes en total con edades comprendidas entre los 19 y los 84 años. En el grupo con diagnóstico de cáncer la edad varió entre los 26 y los 84 años, mientras que en el grupo sin diagnóstico de cáncer esta se situó entre los 19 y los 67 años. Del total de la muestra se contó con 62 hombres y 122 mujeres y, de estos, 100 vivía en zonas rurales y los 84 restantes en zonas urbanas. Con respecto a su estado civil, 51.1 % eran casados, 39.7 % solteros, 4.3 % viudos y 4.9 % divorciados.

La muestra estuvo organizada en dos grupos: los que tenían diagnóstico de cáncer y los que no. El grupo con cáncer estuvo conformado por personas con cáncer de mama (35); cáncer del aparato digestivo (9), donde se incluía el cáncer de intestino y de estómago; cáncer urológico (34), que contempla el cáncer de riñón, la vejiga y próstata; y una clase denominada “otros tipos de cáncer” (17), donde se agruparon participantes con diferentes tipos de cáncer en donde no se tenía un tamaño muestral suficiente para conformar un solo grupo, tal fue el caso de participantes con cáncer de cabeza y cuello, cáncer ginecológico, óseo, linfoma, melanoma, sarcoma, melanoma y colorrectal, entre otros.

En función de las características de la muestra, se estableció como variable independiente el tener cáncer o no, el tipo de cáncer, el diagnóstico, el tipo de tratamiento, los cambios de la imagen corporal o fenotipo, la pérdida de un miembro, el aumento y la pérdida de peso, la fatiga, la existencia previa de problemas sexuales, la pérdida de cabello, y la aparición de vómitos. Mientras que las

variables dependientes fueron los resultados de las escalas de los instrumentos utilizados: el funcionamiento sexual, la autoestima y la relación en general.

Para obtener la muestra clínica se utilizó el método de bola de nieve (*Snowball*), que consistió en la indicación de los participantes de la muestra sobre otros participantes posibles (Freitas, Oliveira, Saccol & Moscarola, 2000). Este método dio lugar a la captación de 41 participantes, siendo cuatro de ellos retirados del estudio mediante la invalidación de sus respuestas.

Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el cuestionario de datos demográficos, en el cual se buscaba determinar la edad, el sexo, el lugar de residencia, el estado civil, el tipo de cáncer y el tratamiento recibido; además del *Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual* (QSRS) de Cappelleri et al. (2004), en la versión portuguesa de Pais-Ribeiro y Raymond (2005), para evaluar la satisfacción sexual.

El QSRs consta de 14 ítems en su versión original y 13 en la versión portuguesa. En el presente estudio se utilizó la versión de 14 ítems al considerarse el ítem eliminado en la adaptación portuguesa; ya que dicha eliminación se debía al hecho de que la muestra original era exclusivamente de mujeres y el elemento eliminado se dirigía a la población masculina.

Los ítems del QSRs se agrupan en dos dimensiones: la “satisfacción con el funcionamiento sexual” y la “confianza”, que se subdivide en dos: “autoestima” y “relación general” (Pais-Ribeiro & Raymond, 2005; Pais-Ribeiro, 2007).

En el estudio de la adaptación portuguesa, la prueba mostro una buena consistencia interna y los valores alfa de Cronbach se situaban entre .7 y .92, mientras que el valor de la escala total fue de .90. En ese estudio, las correlaciones de los elementos con la puntuación total de la escala a la que pertenecen, habiendo corregido los solapamientos para los siete elementos de la escala de funcionamiento sexual, osciló entre .53 y .87 con la mayoría de los valores cercanos a .80: autoestima, con .50 y .81 con 4 ítems; relación general, con .59 y con 2 ítems; confianza (autoestima y relación general), con .50 y .75 y con la mayoría de los valores en torno a .70. Lo que demuestra una validez convergente y discriminante muy aceptable (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005).

Procedimiento

Los cuestionarios se aplicaron en el hospital de forma individual después de obtenerse las autorizaciones y dictámenes favorables por los comités de ética; procedimiento

por el cual se recolectó un total de 54 cuestionarios. Para constituir el grupo sin cáncer, se distribuyeron cuestionarios a personas sin antecedentes de la enfermedad oncológica en la universidad, el hospital universitario y en otros lugares públicos.

Al inicio de la entrevista se le explicó a los participantes que los datos serían utilizados para una investigación científica, que estos serían tratados con la máxima confidencialidad, anonimato, y que solo serían utilizados en el contexto de la investigación. Antes de proceder a completar los cuestionarios, se firmaron los términos del consentimiento informado, donde preguntó si había alguna duda que desearan aclarar y se les solicitó que las respuestas fueran lo más sinceras posibles, no dejando ningún ítem sin responder. En algunos casos se solicitó que fuera el investigador quien registrara las respuestas. Por último, cuando finalizaron el cuestionario, se le dio las gracias a los participantes por toda la ayuda aportada.

Este proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Tras-os-Montes y Alto Douro y el Hospital del Centro Norte, donde se recogieron los cuestionarios.

Análisis estadístico

Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de las variables independientes, donde se analizaron las medias y las desviaciones estándar, así como la distribución de la muestra por sexo, lugar de residencia, estado civil, antecedentes e historial de cáncer, y el tiempo aproximado de diagnóstico. Seguidamente, se calculó el alfa de Cronbach con el fin de obtener la consistencia interna de cada una de las sub-escalas utilizadas. Y, por último, se realizó el análisis univariado de varianza (ANOVA) y el análisis multivariado de varianza (MANOVA).

Para el análisis de los datos se adoptó la significación de $p < .05$ y para el tamaño de efecto el η^2 , siendo $> .01$ identificado como débil, $> .04$ como moderado y $> .140$ como fuerte. El valor de η_p^2 fue tomado en cuenta con el fin de sacar conclusiones no solo para la población en estudio, sino también para la población general.

La normalidad de los datos se confirmó por el *Test de M-BOX*, así como la *Prueba de Levene*. Finalmente, para el análisis de datos se utilizó el *Paquete Estadístico para Ciencias Sociales* (SPSS) versión 21.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos seguidos estuvieron acorde con los estándares éticos del comité responsable de experimentación humana (institucional y nacional) y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en el 2000. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes

para ser incluidos en el estudio y los autores declaran no tener un conflicto de intereses.

RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados siguiendo el mismo orden especificado en la definición de objetivos. Para las comparaciones, que se realizaron con base en las pruebas multivariantes, se presentarán los valores de las pruebas MANOVA y los análisis univariados. También, se presentan los valores de p , la eta-cuadrado parcial observada y la potencia, puesto que la toma de decisiones sobre las diferencias reales entre los grupos comparados se basa en la articulación de estos valores.

Del grupo de participantes con diagnóstico de cáncer, 42 se encontraban en tratamiento (22.8 %), mientras que 53 (28.8 %) de ellos ya lo habían completado. Adicionalmente, el 13 % había recibido el diagnóstico en menos de un año, el 15.2 % entre uno y tres años, el 8.2 % entre tres y cinco años, y el 15.2 % hace más de cinco años.

Al comparar los individuos según su historia de cáncer, con las dimensiones de la satisfacción en las relaciones sexuales (véase Tabla 1), la prueba MANOVA muestra un efecto multivariante moderado ($\eta_p^2 = .057$) del grupo sin cáncer y del grupo con cáncer para la variable dependiente “satisfacción sexual” ($F_{(3,168)} = 3.393$; $p = .019$; Wilks $\lambda = .943$).

Aunque el análisis univariante mostró un efecto moderado sobre la variable nivel del funcionamiento sexual, el MANOVA muestra que los individuos con antecedentes de la enfermedad oncológica tienen valores más bajos (17.93 ± 9.67) para el nivel de funcionamiento sexual en

comparación con los individuos sin historia de enfermedad del cáncer (30.19 ± 4.21). En las dimensiones restantes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar los diferentes tipos de cáncer según el nivel de satisfacción sexual (véase Tabla 2), se encontró un efecto multivariante fuerte ($\eta_p^2 = .145$) entre los diferentes tipos de cáncer en comparación con las dimensiones de la satisfacción sexual ($F_{(9,214)} = 5.087$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .655$).

El análisis univariante mostró diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de autoestima, con un efecto moderado; y el funcionamiento sexual, con un efecto fuerte. Los individuos con cáncer urológico mostraron valores más altos en el nivel de autoestima (16.76 ± 2.85), seguidos por las personas con cáncer de mama (14.83 ± 3.34) y con otros tipos de cáncer (14.41 ± 5.05). El cáncer digestivo fue el que tuvo los valores más bajos en relación con la autoestima (13.63 ± 5.68).

A nivel de funcionamiento sexual, el grupo de “otros tipos de cáncer” fue el que mostró los niveles más altos de satisfacción (23.53 ± 10.12), seguido por el grupo de personas con cáncer de mama (19.54 ± 9.36) y del aparato digestivo (18.50 ± 12.57); y, por último, el grupo de diagnosticados con cánceres urológicos presentaron los niveles más bajos (8.24 ± 2.13) en esta dimensión. En cuanto a la subescala de relación general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos.

Al comparar los diferentes tiempos de diagnóstico con el nivel de sexualidad (véase Tabla 3), la prueba de MANOVA muestra un efecto multivariante fuerte ($\eta_p^2 = .203$) entre los diferentes tiempos de diagnóstico y el nivel de satisfacción sexual ($F_{(12,463)} = 11.307$, $p = .001$; Wilks $\lambda = .507$).

Tabla 1

Comparación del grupo con cáncer y el grupo sin cáncer a nivel de las dimensiones de satisfacción sexual

Dimensiones de satisfacción sexual	Con historia de cáncer M $\pm$ DS	Sin historia de cáncer M $\pm$ DS	F	p	η_p^2	P.O.
Autoestima.	15.68 $\pm$ 3.17	15.48 $\pm$ 1.88	1.029	.312	.006	.172
Funcionamiento sexual.	17.93 $\pm$ 9.67	30.19 $\pm$ 4.21	9.419	.003	.052	.863
Relación general.	8.41 $\pm$ 2.03	8.83 $\pm$ 1.35	.501	.480	.003	.108

Tabla 2

Comparación de los diferentes tipos de cáncer y el nivel de satisfacción sexual

Dimensiones de satisfacción sexual	Cáncer de mama M $\pm$ DS	Cáncer urológico M $\pm$ DS	Cáncer digestivo M $\pm$ DS	Otros tipos de cáncer M $\pm$ DS	F	p	η_p^2	P.O.
Autoestima.	14.83 $\pm$ 3.34	16.76 $\pm$ 2.85	13.63 $\pm$ 5.68	14.41 $\pm$ 5.05	2.72	.049	.083	.643
Funcionamiento sexual.	19.54 $\pm$ 9.36	12.29 $\pm$ 7.22	18.50 $\pm$ 12.57	23.53 $\pm$ 10.12	6.82	.001	.185	.972
Relación general.	8.37 $\pm$ 2.25	8.24 $\pm$ 2.13	7.25 $\pm$ 3.24	8.41 $\pm$ 2.32	.53	.663	.017	.155

Por otro lado, el análisis univariante mostró diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento sexual. Específicamente, los individuos sin antecedentes de enfermedad oncológica mostraron niveles más altos de satisfacción en comparación con los individuos que sí demostraron dichos antecedentes. Las comparaciones dentro del grupo de personas con cáncer mostraron que los diagnosticados en el período inferior a un año y en el de tres a cinco años reportaron valores menos satisfactorios en la dimensión de funcionamiento sexual; además, las comparaciones en el nivel de funcionamiento sexual mostraron diferencias con un fuerte efecto estadístico (.291), mientras que los individuos diagnosticados en el periodo comprendido entre uno y tres años presentaron valores más altos, a diferencia del grupo de diagnóstico de entre tres a cinco años, que reportó los niveles más bajos.

Adicionalmente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la autoestima o la relación general, a pesar de que se observaron efectos débiles en estas dos áreas (.025 y .017 respectivamente).

Por otro lado, se realizaron las comparaciones con respecto a los diferentes tipos de tratamiento, dentro de los que se incluían la radioterapia, la cirugía, la quimioterapia y el grupo de “otros tipos de tratamiento”. Específicamente, cuando se comparó el tratamiento de radioterapia y el nivel de sexualidad reconocida, se encontró un efecto multivariante moderado ($\eta_p^2 = .086$) entre este tratamiento y el nivel de la sexualidad ($F_{(3,180)} = 5.653$; $p = .001$; Wilks $\lambda = .914$).

Los resultados estadísticamente significativos se encontraron en términos de funcionamiento sexual ($p = .034$) con un efecto débil ($\eta_p^2 = .024$) y una potencia observada (PO) = .565. En particular, los pacientes sometidos a tratamiento con radioterapia mostraron valores más bajos de satisfacción con el funcionamiento sexual (19.00 ± 9.77) en comparación con los individuos que no se sometieron a tratamientos de radioterapia (23.32 ± 10.84). Cabe resaltar que en este tipo de tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la autoestima ni con la relación en general.

Cuando se compararon el tratamiento de cirugía según su nivel de sexualidad, se encontró un efecto multivariado

($F_{(3,180)} = 30.403$, $p = .001$; Wilks $\lambda = .664$) muy fuerte ($\eta_p^2 = .336$). Por otra parte, se encontraron resultados estadísticamente significativos en términos de autoestima ($p = .015$), con un efecto débil ($\eta_p^2 = .032$) y con una potencia observada (PO) = .681. Los sujetos que no fueron sometidos a tratamiento quirúrgico tuvieron valores más bajos de autoestima (14.18 ± 4.63) en comparación con los participantes que sí fueron sometidos a este tipo de tratamiento (15.72 ± 3.63).

También, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la función sexual ($p = .001$), con un efecto fuerte ($\eta_p^2 = .155$) y con una potencia observada (PO) = .999. De este modo, aquellos que habían tenido un tratamiento quirúrgico mostraron valores menores de funcionamiento sexual (17.75 ± 9.74) en comparación con los individuos que no fueron sometidos a dicho tratamiento (26.27 ± 10.05).

Por otro lado, no se encontraron datos estadísticamente significativos para la dimensión general de relación; sin embargo, para “otros tipos de tratamientos” se encontró un efecto multivariado moderado ($\eta_p^2 = .050$) cuando se comparó con el nivel de sexualidad ($F_{(3,180)} = 3.152$; $p = .026$; Wilks $\lambda = .950$). De igual manera, se encuentran resultados estadísticamente significativos en términos de funcionamiento sexual ($p = .008$), con un efecto débil ($\eta_p^2 = .038$) y una potencia observada (PO) = .761. Sin embargo, el grupo que no había sido sometido a tratamientos convencionales (como los que fueron tratados con hormonoterapia) mostraron valores superiores de satisfacción de funcionamiento sexual (23.46 ± 10.95) en comparación con los individuos que sí habían sido sometidos a un tratamiento convencional (como la quimioterapia y la radioterapia, entre otros) (17.87 ± 8.48).

Para la comparación entre la autoestima y la relación global, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; al igual que al comparar según el tipo de tratamiento con el nivel de sexualidad, pues tampoco se encontraron diferencias significativas. Esto denota que los resultados tienden a mostrar que las personas que recibieron quimioterapia mostraron una menor satisfacción en el nivel de funcionamiento sexual que aquellos que no recibieron dicho tratamiento.

Tabla 3

Comparación del nivel de sexualidad según el tiempo de diagnóstico de cáncer

Dimensiones de satisfacción sexual	Sin cáncer M $\pm$ DS	< 1 año M $\pm$ DS	1 a 3 años M $\pm$ DS	3 a 5 años M $\pm$ DS	+ de 5 años M $\pm$ DS	F	p	η_p^2	P.O.
Autoestima.	14.25 $\pm$ 4.58	14.96 $\pm$ 2.96	15.64 $\pm$ 3.11	14.40 $\pm$ 5.68	15.89 $\pm$ 4.15	1.147	.336	.025	.356
Funcionamiento sexual.	27.78 $\pm$ 9.15	14.00 $\pm$ 9.07	22.21 $\pm$ 8.25	11.93 $\pm$ 8.99	18.82 $\pm$ 10.44	18.205	.001	.291	1.000
Relación general.	8.13 $\pm$ 2.73	8.48 $\pm$ 2.17	8.50 $\pm$ 1.95	7.20 $\pm$ 3.21	8.32 $\pm$ 2.31	.780	.540	.017	.247

Con respecto a la comparación del cambio en el fenotipo y los niveles de sexualidad ($F_{(3,180)} = 13.034$; $p = <.001$; Wilks $\lambda = .822$), se encuentra un efecto multivariante fuerte ($\eta_p^2 = .178$). Y, específicamente, resultados estadísticamente significativos en términos de funcionamiento sexual ($p = .001$), con un efecto moderado ($\eta_p^2 = .087$) y una potencia observada (PO) = .986. De este modo, los participantes que tenían más cambios fenotípicos mostraron valores más bajos para la satisfacción en el funcionamiento sexual (16.41 ± 9.14) en comparación con sujetos que no tenían cambios fenotípicos debido a los tratamientos efectuados (21.17 ± 10.59). Por otro lado, en términos de autoestima y la relación en general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (véase Tabla 4).

Al comparar la pérdida de un miembro (extremidad u órgano) con el nivel de la sexualidad ($F_{(3,180)} = 14.846$, $p = .001$; Wilks $\lambda = .802$), también se encontró un efecto multivariado fuerte ($\eta_p^2 = .198$), con resultados estadísticamente significativos en términos de funcionamiento sexual ($p = .001$), con un efecto moderado ($\eta_p^2 = .111$) y una potencia observada (PO) = .997; de este modo, los que habían perdido algún miembro mostraron valores de satisfacción con el funcionamiento sexual más bajos (16.68 ± 9.51) en comparación con los sujetos que no habían perdido alguna extremidad (24.70 ± 10.41). Cabe aclarar que esta pérdida de la extremidad incluye la pérdida de alguna parte del cuerpo, cualquiera sea esta, así no sea externamente visible.

También se encontró un efecto multivariado moderado ($\eta_p^2 = .100$) al comparar la ganancia de peso con los niveles de sexualidad ($F_{(3,180)} = 6.678$, $p = .001$; Wilks $\lambda = .900$), con resultados estadísticamente significativos en la función sexual ($p = .005$), un efecto moderado ($\eta_p^2 = .043$) y una potencia observada (PO) = .813. De este modo, quienes presentaron un aumento de peso mostraron valores menores en su funcionamiento sexual (18.00 ± 9.75) en comparación con los sujetos sin dicho aumento de peso (23.62 ± 10.74). Por otra parte, los datos no fueron estadísticamente significativos para las subescalas de autoestima y la relación general.

Con respecto a la comparación entre la fatiga y la satisfacción a nivel de la sexualidad ($F_{(3,180)} = 5.764$, $p = .001$;

Wilks $\lambda = .912$), las pruebas ANOVA mostraron un efecto multivariado moderado ($\eta_p^2 = .088$). Específicamente, se encontraron resultados estadísticamente significativos en términos de funcionamiento sexual ($p = .002$), con un efecto moderado ($\eta_p^2 = .051$) y una potencia observada (PO) = .877. Lo que demuestra que quienes presentaron fatiga reflejaron una menor satisfacción con el funcionamiento sexual (18.89 ± 9.86) en comparación con las personas que no sentían fatiga como consecuencia de algún tratamiento (24.15 ± 10.79). Por otro lado, para las subescalas autoestima y la relación general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

También se obtuvo un efecto multivariado muy fuerte ($\eta_p^2 = .375$) cuando se compararon los problemas sexuales ya evidentes con el nivel actual de satisfacción sexual ($F_{(3,180)} = 36.005$, $p = .001$; Wilks $\lambda = .625$). Específicamente, se encontraron resultados estadísticamente significativos sobre la función sexual ($p = .001$) con un efecto fuerte ($\eta_p^2 = .210$) y una potencia observada (PO) = .995. De este modo, los participantes que refirieron problemas sexuales presentaron valores inferiores en la función sexual (14.59 ± 7.55), en comparación con los individuos que no reportan este tipo de problemas (25.56 ± 26.10). Por otra parte, en las subescalas de autoestima y de relación en general no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente, al comparar el nivel de sexualidad de los participantes en términos de cambios físicos como la pérdida del cabello, pérdida de peso y la aparición de vómitos, en ninguna de estas dimensiones se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo comparar dos grupos de participantes, uno de personas con diagnóstico de cáncer y otro grupo sano, es decir, sin diagnóstico de cáncer, en lo que se ha denominado como la satisfacción sexual, la cual cuenta con tres subcategorías: la autoestima, la función sexual y la relación general. Para realizar dichas comparaciones, se asumieron y analizaron como variables

Tabla 4

Comparaciones en el nivel de sexualidad según las alteraciones fenotípicas

Dimensiones de satisfacción sexual	Con alteracion M $\pm$ DS	Sin alteración M $\pm$ DS	F	p	η_p^2	P.O.
Autoestima	15.53 $\pm$ 3.35	14.68 $\pm$ 14.48	1.252	.265	.007	.200
Funcionamiento sexual	16.41 $\pm$ 9.14	24.17 $\pm$ 10.59	17.392	< .001	.087	.986
Relación general	8.43 $\pm$ 2.02	8.11 $\pm$ 2.64	.501	.476	.003	.110

independientes el tipo de cáncer, el tiempo de diagnóstico, el tipo de tratamiento, los cambios en la imagen corporal (cambios en el fenotipo y pérdida de alguna extremidad), el aumento de peso, la fatiga, los problemas sexuales, la pérdida de cabello, y la presencia de vómitos.

Los resultados mostraron que los individuos con antecedentes de cáncer presentaron niveles más bajos de satisfacción sexual en comparación con los individuos sin antecedentes de cáncer. Estos resultados concuerdan con la literatura revisada al respecto (Flynn et al., 2011; Gianini, 2004; Lindau et al. 2011; Melisk et al. 2010.).

También, se encontró que los diferentes tipos de cáncer tienen diferentes efectos en términos de sexualidad, lo que concuerda de igual forma con la literatura revisada, pues se observa que el cáncer está fuertemente asociado con niveles más bajos de bienestar, calidad de vida y la satisfacción sexual (Fleury, Pantaroto & Abdo, 2011).

Entre los diversos tipos de cáncer, el urológico mostró el nivel más bajo de satisfacción con el funcionamiento sexual; esto posiblemente debido a que el área anatómica que participa en este tipo de cáncer está estrechamente asociada con la masculinidad y, consecuentemente, con su sexualidad (Tran, 2011). Por otro lado, el cáncer del tracto digestivo también mostró un bajo nivel de satisfacción con el funcionamiento sexual, pues, a pesar de que el sistema digestivo no se ocupa directa ni funcionalmente con los órganos sexuales, sí realiza funciones fundamentales para la supervivencia, especialmente en aspectos relacionados con las funciones intestinales y el control de esfínteres, lo que en caso de cáncer podría conducir a cambios en la autoimagen e influir negativamente en la satisfacción sexual. Teniendo esto en cuenta, cuando los cambios en la composición corporal pueden ser notorios, o percibidos de tal forma, las alteraciones de ansiedad, los miedos y las dudas podrían llegar a afectar las actividades diarias, las relaciones y las actividades sociales de estos pacientes (Paula, Takahashi & Paula, 2009).

Por otra parte, las mujeres con cáncer de mama también mostraron niveles más bajos de satisfacción sexual, esto posiblemente debido a que, en la mayoría de los casos, la imagen corporal se ve afectada de manera importante en las fases del tratamiento. Sin embargo, debido a que los efectos de los tratamientos —tales como la pérdida de la mama o parte de la misma, la posible alopecia y todos los cambios hormonales— suelen ser superados—principalmente después de la finalización de los tratamientos o como consecuencia de la reconstrucción mediante cirugía y el crecimiento del cabello—, los valores de satisfacción sexual son ligeramente más altos en comparación con otros tipos de cáncer. A diferencia de esta mejoría en las mujeres con cáncer de mama, la misma no suele ocurrir en otros tipos de cáncer, como es el

caso del cáncer urológico, pues en este la disfunción eréctil y la infertilidad tienden a mantenerse de manera permanente.

Con respecto a la variable “tiempo de tratamiento”, se encontró que esta influye de manera importante en los niveles de satisfacción sexual. Así, antes de completar el primer año después del diagnóstico, el nivel de satisfacción sexual tiende a aparecer más bajo en comparación con las personas que reportaron tener más de un año con el diagnóstico. Por otro lado, los tratamientos llevados a cabo por periodos de tiempo muy amplios mostraron una disminución en el nivel de satisfacción sexual de los participantes. Hay que tener en cuenta que los efectos de los tratamientos tradicionales suelen extenderse en el tiempo, por lo que los aspectos clínicos deben ser trabajados incluso después de haberse completado el tratamiento (Goldfarb et al., 2013).

Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tratamiento de quimioterapia y el nivel de satisfacción sexual. Este hallazgo puede estar relacionado con el hecho de que la mayoría de los participantes llevaron a cabo el tratamiento de quimioterapia de manera simultánea con tratamientos de radioterapia, cirugía y otros; esto porque cada uno de ellos implica cambios físicos y psicológicos importantes en los pacientes, quienes, por tal razón, perciben un impacto negativo en distintos niveles vitales, principalmente en sus niveles de satisfacción sexual (Remondes-Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2012; Serrano, 2005; Siegel et al. 2012; Valerio, 2007). En la literatura, la fatiga ha demostrado estar relacionada con la edad, el sexo, el tipo de cáncer y el proceso de tratamiento (Battaglini et al. 2006; Diettrich et al. 2006; Ishikawa et al. 2005; Gianini, 2004; McAuley et al., 2010; Siegel et al., 2012).

De igual forma, los resultados mostraron que la fatiga tiene un efecto negativo en términos de sexualidad y rendimiento sexual; al igual que quienes reportaron la pérdida de algún miembro del cuerpo (pérdida total o parcial, sea visible o no) o cualquier otro cambio fenotípico, como el aumento de peso, pues estos también informaron haber tenido problemas de naturaleza sexual como consecuencia de alguno de los tratamientos tradicionales para el cáncer. En consecuencia, estos cambios en la imagen corporal conducen a una menor autoestima en los pacientes, lo que puede derivar en problemas de naturaleza y funcionamiento sexual (Flynn et al., 2011; Pérez et al., 2010; Siegel et al., 2012).

Por otra parte, la pérdida del cabello es uno de los efectos que no mostró una concordancia con los datos aportados por la literatura, esto porque en el presente estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los grupos con respecto a la dimensión sexual. En este sentido, un aspecto a tener en cuenta y que ha podido influir en estos resultados es la posibilidad de usar

pelucas, lo que puede tener un efecto atenuador sobre el nivel de autoestima (Cantinelli et al., 2006; Ramírez et al., 2009).

Para finalizar, puede decirse que el presente trabajo evidenció la influencia del cáncer a nivel de satisfacción sexual. Específicamente, se pudo comprobar que el cáncer tiene una influencia negativa sobre la sexualidad, especialmente en términos de rendimiento sexual; que quienes presentan cáncer urológico tienen un nivel más bajo de satisfacción con el funcionamiento sexual, seguidos por los diagnósticos de cáncer del tracto digestivo y de mama; que el momento del diagnóstico muestra influencias sobre los niveles de satisfacción en relación a la sexualidad, pues el período de menos de 1 año y el de 3 a 5 años son los que tienen los valores más bajos de satisfacción con el funcionamiento sexual; y que los tratamientos realizados, como la radioterapia, la cirugía y otros tradicionales también muestran un efecto negativo sobre la satisfacción sexual.

Aunque no se pudo constatar la influencia que la quimioterapia tiene sobre el nivel de actividad y sexualidad, en la literatura existente sí parece encontrarse cierto consenso sobre los efectos secundarios que la quimioterapia tiene sobre la dimensión sexual del paciente. Finalmente, y para concluir, puede decirse que los cambios de la imagen corporal, como los derivados de cambios en el fenotipo, debidos a la pérdida de un miembro u órgano (sea externamente visible o no), el aumento de peso, la fatiga y los problemas o disfunciones sexuales, influyen de manera evidente en el nivel de satisfacción con la sexualidad; sin embargo, al contrario de lo reflejado en la literatura, la pérdida de peso, los vómitos y la pérdida del cabello no demostraron tener una influencia clara sobre el nivel de satisfacción con la sexualidad en este estudio.

REFERENCIAS

- American Cancer Society (2016). *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta: American Cancer Society.
- Araújo, A., Barata, F., Barroso, S., Cortes, P., Damasceno, M., Parreira, A., et al. (2009). Custo do tratamento do cancro em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 22(5), 525-536.
- Barbaric, M., Brooks, E., Moore, L., & Cheifetz, O. (2010). Effects of Physical Activity on Cancer Survival: A Systematic Revision. *Physiotherapy Canada*, 62(1), 25-34.
- Barbosa, J. (2008). *A Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas* (Tesis de maestría). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Battaglini, C., Bottaro, M., Dennehy, C., Borfoot, D., Shields, E., Kirk, D., et al. (2006). The effects of resistance training on muscular strength and fatigue levels in breast cancer patients. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 12(3), 139-144.
- Cantinelli, F., Camacho, R., Smaletz, O., Gonsales, B., Braguitoni, E., & Rennó Jr, J. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(3), 124-133.
- Cappelleri, J. C., Althof, S. E., Siegel, R. L., Shpilsky, A., Bell, S. S., & Dutttagupta, S. (2004). Development and validation of the Self-Esteem and Relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 16, 30-38. DOI:10.1038/sj.ijir.3901095
- Cesnik, V., Vieira, E., Giami, A., Almeida, A., Santos, D., & Santos, M. (2013). The sexual life of women with breast cancer: Meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 187-197.
- Dietrich, S., Miranda, C., Honer, M., Furtado, E., & Correa-Filho, R. (2006). Efeitos de um programa de caminhada sobre os níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 14(1), 7-12.
- Elsner, V., Trentin, R., & Horn, C. (2009). Efeito da hidrotaxia na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 16(2), 67-71.
- Ferlay J., Shin H. R., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D. M. (2008). *GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer incidence and mortality worldwide*: IARC Cancer Base No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. DOI: doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027
- Fleury, H., Pantaroto, H., & Abdo, C. (2011). Sexualidade em Oncologia. *Revista Diagnóstico Tratamento*, 16(2), 86-90.
- Flynn, K., Jeffery, D., Keefe, F., Porter, L., Shelby, R., Fawzy, M., et al. (2011). Sexual Functioning Along the Cancer Continuum: Focus Group Results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS™). *Psychooncology*, 20(4), 378-386. Doi:10.1002/pon.1738.
- Fortune-Greeley, A., Flynn, K., Jeffery, D., Williams, M., Keefe, F., Reeve, B., et al. (2009). Using Cognitive Interviews to Evaluate Items for Measuring Sexual Functioning Across Cancer Populations: Improvements and Remaining Challenges. *Quality of Life Research* 18(8), 1085-1093. Doi:10.1007/s11136-009-9523-x.
- Freitas, H., Oliveira, M., Saccol, A., & Moscarola, J. (2000). O método de pesquisa survey. *Revista de Administração da USP*, 35(3), 105-112.
- Gianini, M. (2004). *Câncer e gênero: Enfrentamento da doença* (Tesis de maestría). Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Goldfarb, S., Abramsohn, E., Andersen, B., Baron, S., Carter, J., Dickler, M., et al. (2013). A National Network to Advance the Field of Cancer and Female Sexuality. *Journal of Sexual Medicine* 10(2), 319-325. Doi:10.1111/jsm.12061.
- Greenfield, D., Walters, S., Coleman, R., Hancock, B., Snowden, J., Shalet, S., et al. (2010). Quality of life, self-esteem, fatigue, and sexual function in young men after cancer: a controlled cross-sectional study. *Cancer*, 116, 1592-1601.

- Harden, J., Northouse, L., Cimprich, B., Pohl, J., Liang, J., & Kershaw, T. (2008). The Influence of Developmental Life Stage on Quality of Life In Survivors of Prostate Cancer and Their Partners. *Journal of Cancer Survivorship* 2(2), 84-94. Doi:10.1007/s11764-008-0048-z.
- Hill, E., Sandbo, S., Abramssohn, E., Makelarski, J., Wroblewski, K., Wenrich, E., et al. (2011). Assessing Gynecologic and Breast Cancer Survivors' Sexual Health Care Needs (Sexual Care Needs of Cancer Survivors). *Cancer*, 117(12), 2643-2651. Doi:10.1002/cncr.25832.
- Ishikawa, N., Derchain, S., & Thuler, L. (2005). Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(4), 313-318.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, M. (2009). Cancer Statistics, 2009. *CA Cancer Journal for Clinicians* 59(4), 225-249. Doi: 10.3322/caac.20006.
- Lindau, S., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. (2011). Communication about Sexuality and Intimacy in Couples Affected by Lung Cancer and their Clinical Care Providers. *Psychooncology*, 20(2), 179-185. Doi:10.1002/pon.1787.
- Marcon, S., Radovanovic, C., Waidman, M., Oliveira, M., & Sales, C. (2015). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 14(Esp.), 116-124.
- Melisko, M., Goldman, M., & Rugo, H. (2010). Amelioration of sexual adverse effects in the early breast cancer patient. *Journal of Cancer Survivorship* 4, 247-255. Doi: 10.1007/s11764-010-0130-1.
- McAuley, E., White, S., Rogers, L., Motl, R., & Courneya, K. (2010). Physical Activity and Fatigue in Breast Cancer and Multiple Sclerosis: Psychosocial Mechanisms. *Psychosomatic Medicine*; 72(1), 88-96.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Cancer*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2013, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
- Pais-Ribeiro, J., & Raimundo, A. (2005). Estudo de Adaptação do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) em Mulheres com Incontinência Urinária. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 6(2), 191-202.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Paula, M., Takahashi, R., & Paula, P. (2009). Os Significados da Sexualidade para a Pessoa com Estoma Intestinal Definitivo. *Revista Brasileira de Coloproctologia* 29(1), 77-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802009000100011>.
- Peréz, M., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Schechtman, K., Gillanders, W., et al. (2010). Changes in sexual problems over time in women with and without early-stage breast cancer. *Menopause*, 17(5), 924-937. Doi:10.1097/gme.0b013e3181d5dd26.
- Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M., & Krouse, R. (2009). Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies. *Women Health*, 49(8), 608-624. Doi:10.1080/03630240903496093.
- Remondes-Costa, S., Jimenéz, F., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Imagem Corporal, Sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 13(2), 327-339.
- Sacerdoti, R., Lagana, L., & Koopman, C. (2010). Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 533-540. doi:10.1037/a0021428.
- Santos, E. (2011). *Vivências sexuais do doente prostectomizado radical* (Tesis de maestría). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 2 (23), 137-150.
- Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T., et al. (2012). Cancer Treatment and Survivorship Statistics, 2012 *CA Cancer Journal for Clinicians*, 62(4), 220-241. Doi: 10.3322/caac.21149.
- Tran, N. (2011). Scrotal and Perineal Reconstruction. *Seminars in Plastic Surgery*, 25(3), 213-221.
- Valdivieso, M., Kujawa, A., Jones, T., & Baker, L. (2012). Cancer Survivors in the United States: A Review of the Literature and a Call to Action. *International Journal of Medical Sciences* 9(2), 163-173. Doi: 10.7150/ijms.3827.
- Valério, E. (2007). *Alteração do padrão da sexualidade no doente com doença oncológica*. Universidade do Porto-Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Zebrack, B., Foley, S., Wittmann, D., & Leonard, D. (2010). Sexual Functioning in Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *Psychooncology*, 19(8), 814-822. Doi:10.1002/pon.1641.