Descargado el: 19-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Evaluación de la sexualidad en mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario

Sexuality Assessment in Women Diagnosed with Ovarian Cancer

Patricio Jaramillo Guerrero[1] Edison Enrique Sotalin Nivela[1] Eduardo Leonel Alvarado Pico[1]

[1] Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador

Cómo citar este artículo:
Jaramillo-Guerrero P, Sotalin-Nivela E, Alvarado-Pico E. Evaluación de la sexualidad en mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2023 [citado 2026 Nov 19]; 13(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1311

Resumen

Fundamento: los trastornos de la vida sexual pueden afectar negativamente la autoestima y las relaciones sociales, especialmente en pacientes sometidas a cirugía ginecológica y tratamiento oncológico.
Objetivo: evaluar la sexualidad en mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario, con interés central en los cambios en la función sexual, el deseo sexual, la satisfacción sexual y problemas sexuales relacionados con la enfermedad y su tratamiento.
Método: se realizó un estudio descriptivo y correlacional, longitudinal y retrospectivo que abarcó el período comprendido desde 2018 hasta 2021. La población objeto de estudio fueron pacientes del sexo femenino de los ambulatorios ginecológicos de un hospital particular. Un total de 187 pacientes fueron incluidos como objeto de estudio. La muestra se correspondió con el universo. La técnica fundamental para la recopilación de los datos fue el cuestionario. Se aplicaron varios instrumentos de carácter anónimo y voluntario: Cuestionario de Satisfacción Sexual, Escala de depresión de Beck y Cuestionario de Sentido de la Calidad de Vida. Se definieron variables cualitativas nominales para establecer características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educacional, raza y nivel ocupacional) y variables cuantitativas para definir los atributos de los integrantes según su situación ante el tratamiento (tiempo transcurrido desde el diagnóstico y cantidad según tipo de tratamiento). Los datos obtenidos se sometieron a análisis estadístico, incluyendo cálculos de correlaciones mediante el coeficiente V de Cramer.
Resultados: se encontró una relación entre la satisfacción sexual y todas las áreas de calidad de vida en pacientes sometidas a tratamiento oncológico. La relación más fuerte fue con la esfera subjetiva de los pacientes. También se observó una asociación significativa entre la ausencia de síntomas depresivos y la satisfacción sexual, además, un deterioro significativo en la satisfacción sexual en pacientes sometidas a quimioterapia.
Conclusiones: el impacto significativo de la depresión en la satisfacción sexual respalda la necesidad de abordar los síntomas depresivos para mejorar la esfera sexual de las pacientes. La inclusión de un psico-oncólogo en el sistema de atención médica podría contribuir a una recuperación más rápida de las pacientes en su vida sexual normal.

Palabras clave: cáncer ovárico, sexualidad, depresión, calidad de vida, psico-oncología

Abstract

Foundation: sexual life disorders can negatively affect self-esteem and social relationships, especially in patients undergoing gynecological surgery and oncological treatment.
Objective: to evaluate sexuality in women diagnosed with ovarian cancer, with central interest in changes in sexual function, sexual desire, sexual satisfaction and sexual problems related to the disease and its treatment.
Method: a descriptive and correlational, longitudinal and retrospective study was carried out that covered the period from 2018 to 2021. The population under study were female patients from the gynecological outpatient clinics of a private hospital. A total of 187 patients were included as study objects. The sample corresponded to the universe. The fundamental technique for data collection was the questionnaire. Several anonymous and voluntary instruments were applied: Sexual Satisfaction Questionnaire, Beck Depression Scale and Sense of Quality of Life Questionnaire. Nominal qualitative variables were defined to establish sociodemographic characteristics (age, sex, marital status, educational level, race and occupational level) and quantitative variables to define the attributes of the members according to their situation before treatment (time elapsed since diagnosis and amount according to type of treatment). The data obtained were subjected to statistical analysis, including correlation calculations using Cramer's V coefficient.
Results: a relationship was found between sexual satisfaction and all areas of quality of life in patients undergoing oncological treatment. The strongest relationship was with the subjective sphere of the patients. A significant association was also observed between the absence of depressive symptoms and sexual satisfaction, in addition, a significant deterioration in sexual satisfaction in patients undergoing chemotherapy.
Conclusions: the significant impact of depression on sexual satisfaction supports the need to address depressive symptoms to improve patients' sexual sphere. The inclusion of a psycho-oncologist in the healthcare system could contribute to a faster recovery of patients in their normal sexual life.

Key words: ovarian cancer, sexuality, depression, quality of life, psycho-oncology

Recibido: 2023-08-01 15:23:49
Aprobado: 2023-10-03 23:48:19

Correspondencia: Patricio Jaramillo Guerrero. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato. Ecuador. ua.patriciojaramillo@uniandes.edu.ec

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es una enfermedad que afecta a muchas féminas y se encuentra reconocido como el séptimo cáncer más común del sexo femenino. Existe una probabilidad de 1 por cada 75 mujeres de desarrollar este tipo de cáncer a lo largo de la vida, sin embargo, la supervivencia a 5 años varía considerablemente en dependencia del estadio en el que se diagnostique la enfermedad.[1] La mayoría de las mujeres no son diagnosticadas hasta etapas más avanzadas debido a la falta de síntomas identificables en las primeras fases. Alrededor del 15 % de las personas con cáncer de ovario son diagnosticadas en una etapa temprana, lo que da como resultado que el 46 % se encuentre dentro de una tasa de supervivencia de 5 años aproximadamente, lo que convierte al cáncer de ovario en el cáncer ginecológico más mortal.[2]

Debido a la naturaleza agresiva de la enfermedad, el tratamiento del cáncer de ovario a menudo requiere enfoques quirúrgicos y médicos intensivos, lo que puede provocar cambios físicos y psicológicos significativos en las pacientes. A pesar de ser diagnosticadas con un promedio de edad de 63 años, muchas de ellas aún llevan una vida activa y comprometida al momento del diagnóstico.[3] Por lo tanto, es importante reconocer y evaluar la calidad de vida de estas mujeres, ya que puede ser independiente del estadio de la enfermedad.

Uno de los aspectos esenciales de la calidad de vida es la salud sexual, que está adquiriendo cada vez más importancia en el tratamiento del cáncer ginecológico y la supervivencia. Se ha informado que alrededor del 50 % de las damas con cáncer ginecológico experimentan morbilidad sexual, y más del 40 % experimentan dificultades sexuales a largo plazo. En el caso específico del cáncer de ovario, un estudio reveló que el 57 % de ellas mujeres, dos años después del tratamiento, informaron de un deterioro persistente en sus dificultades sexuales debido a la enfermedad y su tratamiento. [1,3]

Los problemas con la sexualidad pueden mermar la calidad de vida, causar trastornos emocionales y, en ocasiones, llevar a la ruptura de la relación. Para muchas pacientes, el tema de la sexualidad queda relegado a un segundo plano debido a la enfermedad subyacente, sin embargo, hay que recordar que actualmente el tratamiento de los pacientes con cáncer es un proceso a largo plazo y el tema de la sexualidad, y por tanto la calidad de vida de estos pacientes, debería ocupar un lugar importante en la terapia oncológica.[4]

Desafortunadamente, la mayoría de las mujeres con cáncer de ovario no reciben suficiente información sobre las implicaciones sexuales de su enfermedad y tratamiento. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud aborden las preocupaciones sexuales de las pacientes y les informen sobre el impacto que el cáncer y su tratamiento pueden tener en su funcionamiento sexual.

En general, como tendencia, las mujeres evitan hablar sobre temas de sexualidad con sus médicos y prefieren que sean los profesionales de la salud quienes inicien esas conversaciones.[4] Esto se debe principalmente al temor de ser juzgadas o ignoradas y, también, a la falta de competencia en sexología por parte de muchos ginecólogos, fundamentalmente los especializados en oncología ginecológica. Cuando las pacientes se atreven a plantear el tema y se encuentran la falta de comprensión por parte del médico, en la mayoría de los casos deciden no volver a mencionarlo en su relación médico-paciente.[5]

Este fenómeno de la vergüenza al hablar de temas íntimos no se limita solo a las pacientes en tratamiento oncológico[6] sin embargo, es importante tener en cuenta que las pacientes con cáncer tienen numerosas preguntas y problemas relacionados con su enfermedad subyacente, lo que hace que las preocupaciones sexuales pasen a un segundo plano. Durante el diagnóstico y el tratamiento, su enfoque principal suele estar en la curación y no reflexionan mucho sobre su calidad de vida.[5,6]

En ocasiones, cuando finalmente desean retomar los asuntos íntimos, puede ser demasiado tarde, ya que sus relaciones de pareja pueden haberse deteriorado. Es innegable que el tratamiento quirúrgico de los órganos reproductores, tanto para lesiones benignas como malignas, afecta significativamente la calidad de la vida sexual. Este hecho es especialmente relevante para las pacientes sometidas a tratamiento oncológico, donde la quimioterapia a menudo se combina en el manejo terapéutico. Ambos grupos de pacientes enfrentan un mayor riesgo de problemas sexuales, como molestias o dolor durante el coito, cambios en la actividad sexual o disminución del interés sexual.[5] Por lo tanto, sería muy propicio y además, novedoso en la práctica, que el médico inicie una conversación

sobre posibles disfunciones sexuales en las primeras visitas. Además, en el período postoperatorio, especialmente en pacientes oncológicos, sería crucial que el equipo médico incluya a un sexólogo para una gestión adecuada, especializada y personalizada. Esto permitirá a las pacientes hablar con una persona competente y experimentada en el ámbito de la sexualidad y, también, brindaría apoyo adicional a los ginecólogos en su trabajo diario.[4,5]

En el ámbito científico, la falta de discusión sobre este tema puede deberse a la falta de comprensión y datos sobre los efectos del cáncer de ovario en la función sexual y la calidad de vida.[3] Si los profesionales de la salud abordaran abiertamente las posibles repercusiones sexuales del cáncer de ovario y su tratamiento, las pacientes podrían estar mejor preparadas mentalmente y sentirse más cómodas al plantear preguntas o buscar recursos y apoyo para su salud sexual antes de que surjan problemas.

Aunque gran parte de la investigación sobre calidad de vida e implicaciones sexuales se ha centrado en las sobrevivientes de cáncer de cuello uterino,[1] es necesario comprender los desafíos sexuales específicos a los que se enfrentan las sobrevivientes de cáncer de ovario.[3,4,5] La detección tardía del carcinoma de ovario y los tratamientos utilizados pueden resultar en consecuencias sexuales distintas a las de otros tipos de cáncer ginecológico. Por lo tanto, es fundamental investigar cómo las mujeres con cáncer de ovario experimentan y expresan su sexualidad en el contexto de su enfermedad, ya que esto es un factor determinante en su calidad de vida.

El objetivo de este estudio fue evaluar la sexualidad en mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario, centrándose en cambios en la función sexual, deseo sexual, satisfacción sexual y problemas sexuales relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

MÉTODOS

Para evaluar la sexualidad en mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario se realizó un estudio descriptivo y correlacional, longitudinal y retrospectivo del período comprendido desde 2018 hasta 2021. La población objeto de estudio fueron 187 pacientes del sexo femenino de los ambulatorios ginecológicos de un hospital particular. La muestra estuvo compuesta por la totalidad de mujeres con cáncer de ovario que eran pacientes del Departamento de Ginecología Operatoria y Oncología para Adultos y Niñas de esta institución de salud. Se distribuyeron cuestionarios a las 187 pacientes, quienes firmaron un formulario de consentimiento para participar en el estudio y respondieron al cuestionario de forma voluntaria y anónima.

Las pacientes que cumplían los criterios de inclusión para el estudio eran: mujeres operadas de cáncer de ovario como cirugía primaria o cirugía de intervalo tras quimioterapias neoadyuvantes. Se utilizaron como criterios de exclusión: tratamiento psicológico y/o psiquiátrico previo, respuestas incompletas a todas las preguntas del cuestionario. Tras el análisis de los cuestionarios recogidos las 187 pacientes cumplían los requisitos para el estudio.

El Cuestionario de Satisfacción Sexual[7] se utilizó para medir la satisfacción en las áreas de atracción y actividad sexual. La herramienta constó de 10 incisos basados en una escala Likert de cuatro puntos. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,89. Las percepciones de satisfacción sexual se basan en las actitudes emocionales y cognitivas del individuo.

Se utilizó la Escala de Depresión de Beck (BDI-II), (por sus siglas en inglés),[8] para evaluar la gravedad de la depresión en las pacientes. El inventario BDI-II consta de 21 incisos que contienen afirmaciones en una escala de 4 puntos de 0 a 3. Los sujetos pueden obtener una puntuación total de 0 a 63. El inventario tiene una elevada consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 - 0,93 para toda la muestra de estandarización.

El Cuestionario de Sentido de la Calidad de Vida[9] se utilizó para medir la calidad de vida basándose en la teoría personalista-existencial y abarca cuatro dimensiones del bienestar: psicofísica, psicosocial, personal y metafísica. El cuestionario consta de 60 incisos en total, divididos en 15 incisos para cada dimensión del bienestar. Los sujetos responden a las afirmaciones en una escala de 4 puntos, desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". El cuestionario se ha sometido a pruebas de validación y cumple los requisitos de fiabilidad y precisión estadística.[10]

Los datos obtenidos del cuestionario se analizaron estadísticamente, además, se presentaron correlaciones entre las características estudiadas mediante pruebas de

correlación de Pearson. Se utilizó una prueba de proporción de dos fracciones para evaluar un rasgo determinado en dos intervalos; en este caso, se tomó como fracción el porcentaje de pacientes encuestadas. La investigación se realizó según los preceptos establecidos en el Código Internacional de Ética Médica.

RESULTADOS

Las características demográficas y generales del grupo de estudio muestran que la edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 55,8 años. La mayoría de las pacientes (75 %) eran mestizas y estaban casadas o vivían como casadas (82,4 %). La distribución del nivel educativo mostró una variedad de niveles de educación. La mayoría de los pacientes tienen cumplido por lo menos hasta el bachillerato, sin embargo, también es considerable la cantidad de pacientes con niveles educativos más bajos, graduadas de secundaria. La mayoría de las pacientes estaban empleadas a tiempo completo o parcial. (Tabla 1).

Tabla 1. Características de las pacientes encuestadas (n=187)

Característica	Valor	
Edad	**Media**	**SD**
Años	55,8	10,3
Raza/etnia	**Cantidad**	**Porcentaje del total**
Mestiza	141	75
Blanca	19	10
Afroecuatoriana	21	11
Indígena	6	4
Estado civil	**Cantidad**	**Porcentaje del total**
Casada	68	36,4
Viviendo como casada	86	46,0
Soltera	14	7,5
Viuda	8	4,3
Divorciada	11	5,9
Características educativas	**Cantidad**	**Porcentaje del total**
Bachillerato	44	23,5
Graduada de secundaria	40	21,4
Algunos estudios universitarios	32	17,1
Graduada universitaria	24	12,8
Postgrado	20	10,7
Sin nivel educacional	27	14,4
Situación laboral	**Cantidad**	**Porcentaje del total**
Trabaja a tiempo completo	77	41,2
Trabaja a tiempo parcial	26	13,9
Jubilada	26	13,9
Desempleada, buscando trabajo	8	4,3
Desempleada, no busca trabajo	17	9,1
Discapacitada	3	1
Ama de casa	30	16,0

Las características médicas mostraron que la media de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de ovario fue de 6,26 años. Todas las pacientes en la muestra fueron sometidas a cirugía para el cáncer de ovario y una gran mayoría (95,2 %) recibió quimioterapia. Una proporción significativa de pacientes (12,8 %) había tomado terapia hormonal sustitutiva, mientras que un número considerable (32,1 %) utilizaba medicación para la depresión, la ansiedad, el dolor o los sofocos. (Tabla 2).

Tabla 2. Características médicas de las pacientes encuestadas (n=187)

Característica	Valor	
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	**Media**	**(DE)**
Años	6,26	5,34
Tratamiento	**Cantidad**	**Porcentaje del total**
Cirugía para cáncer de ovario	187	100
Recibió quimioterapia para cáncer de ovario	178	95,2
Actualmente recibe quimioterapia	24	12,8
Toma actualmente terapia hormonal sustitutiva	24	12,8
Toma actualmente medicación para la depresión, la ansiedad, el dolor o los sofocos	60	32,1

Al comparar los distintos aspectos de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de ovario, se realizaron múltiples pruebas de correlación r-Pearson para comprobar si existían relaciones entre las variables. En un primer paso, se comprobó si la satisfacción sexual estaba relacionada con la sensación de calidad de vida. Se observó que la satisfacción sexual estaba significativamente relacionada con todas las dimensiones de la sensación de calidad de vida. La relación más fuerte se encontró entre la satisfacción sexual y la esfera subjetiva r = 0,70. Una relación de igual fortaleza se encontró entre la satisfacción sexual y la esfera psicofísica r = 0,61. Otras relaciones se muestran a continuación. (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre satisfacción sexual y sensación de calidad de vida

Categoría	Estadísticos	Esfera psicofísica	Esfera psicosocial	Esfera subjetiva	Esfera metafísica
Satisfacción sexual	r	0,61	0,43	0,70	0,30
	p	0,029	0,044	0,038	0,042

En el siguiente paso, se procedió a comprobar si la satisfacción sexual estaba relacionada con los niveles de depresión en pacientes con cáncer de ovario. Se realizaron una serie de análisis de correlación con el coeficiente r de Pearson. Como pudo apreciarse la asociación más fuerte con la satisfacción sexual se encontró cuando las pacientes no tenían síntomas depresivos r = 0,72. Otras asociaciones entre los niveles de depresión y la satisfacción sexual se muestran a continuación. (Tabla 4).

Tabla 4. Relación de la satisfacción sexual con la depresión

Categoría	Estadísticos	Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Satisfacción sexual	r	0,72	0,33	0,27	0,11
	p	0,033	0,048	0,011	0,026

En el último paso, se comparó la satisfacción sexual de las pacientes antes y durante la quimioterapia. Se comprobó que los mayores cambios entre las pacientes se producían en el área de la autopercepción como mala pareja sexual y la presencia de elementos perturbadores en la vida sexual de las pacientes. Los resultados de las preguntas del cuestionario antes de la cirugía y durante la quimioterapia, se presentan a continuación. (Tabla 5).

Tabla 5. Satisfacción sexual antes de la cirugía y durante la quimioterapia

Cuestionario de satisfacción sexual	Porcentaje antes de la cirugía	Porcentaje durante la quimioterapia	p
Me preocupa algún elemento de mi vida sexual	36,6	69,1	0,024
El sexo es una fuente de placer para mí	53,7	22,2	0,019
Pensar en sexo me hace sentir emociones negativas	15,9	58,6	0,003
Me siento sexualmente atractivo/a	34,9	28,7	NS*
Me considero una mala pareja sexual	19,7	62,3	0,018
No tengo problemas en mi vida íntima	34,3	28,2	0,049
Me gusta pensar en mi vida sexual	9	2	NS
Mi vida sexual me frustra	17,9	24,4	NS
Me preocupa no satisfacer a mi pareja sexual	12,4	53	0,004
Considero que mi vida sexual es satisfactoria	35,5	15,4	0,011

DISCUSIÓN

Los resultados indican que, durante la quimioterapia, se produjeron cambios significativos en la autopercepción de las pacientes en diferentes aspectos de su vida sexual. Hubo un aumento en la preocupación por elementos de la vida sexual, emociones negativas asociadas al pensamiento de sexo, percepción de ser una mala pareja sexual y preocupación por no satisfacer a la pareja sexual. Se observó una disminución significativa en la percepción de que el sexo es una fuente de placer y en la consideración de la vida sexual como satisfactoria. Es importante tener en cuenta que algunos de los cambios no alcanzaron significación estadística (valor p > 0,05) y se indicó como no significativo estadísticamente (NS).

Estos hallazgos destacan la importancia de abordar y atender la satisfacción sexual de las pacientes durante el tratamiento de quimioterapia. La identificación de estos cambios en la autopercepción y la presencia de elementos perturbadores en la vida sexual de las pacientes puede guiar a los profesionales de la salud en la implementación de intervenciones y estrategias de apoyo específicas para mejorar la calidad de vida sexual de las pacientes durante este periodo.

En la actualidad existen pocas investigaciones disponibles en la literatura sobre la calidad de

vida y la sexualidad de pacientes sometidas a tratamiento por cáncer de ovario. Se ha indicado que, tras el tratamiento, la disfunción sexual puede afectar a un alto porcentaje de pacientes, que refieren que empeora. En algunos casos, esto conduce al abandono de cualquier intento de iniciación sexual.[3,4,5] Por lo general, los temas relacionados con la sexualidad en las conversaciones entre médicos y pacientes no se discuten demasiado. Los médicos no solo se sienten incómodos hablando de la función sexual, sino que, además, carecen de una preparación psicológica adecuada.[5]

El análisis del sentido de la calidad de vida en el contexto de la satisfacción sexual de las pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario, realizado por los autores del presente estudio, mostró muchas relaciones significativas con todas las esferas de la calidad de vida. La relación más fuerte se observó entre la esfera subjetiva y la sexualidad de las pacientes. Esto significa que las pacientes caracterizadas por un alto sentimiento de identificación individual, sus objetivos y un sentido de agencia sobre sus vidas obtienen más satisfacción de su vida sexual, sin embargo, si no existe un sentimiento congruente del individuo consigo, una vida sin objetivos específicos y una creencia de falta de agencia, la satisfacción sexual será menor.

La segunda esfera significativamente asociada a la satisfacción sexual fue la psicofísica. Esto significa que las pacientes que están satisfechas con su apariencia y que se caracterizan por rasgos temperamentales como una gran actividad y vivacidad, obtienen una gran satisfacción de su vida sexual, sin embargo, los resultados del presente estudio mostraron que existían relaciones significativas entre la esfera psicofísica de las pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario y su satisfacción sexual. Esto indica que las condiciones de personalidad pueden influir directamente en su alta o baja satisfacción de la vida sexual. La enfermedad es señalada en la literatura como un factor que interfiere en el correcto funcionamiento de la esfera psicofísica.

Domenici y cols.[11] señalan, de forma similar a los de este estudio, la amenaza para la calidad de vida y la sexualidad en pacientes con cáncer de ovario. Señalan el plan de tratamiento inicial como uno de los momentos clave. Durante este período se dan los factores más negativos que afectan a las pacientes. Se observó una tercera asociación de fuerza moderada entre la esfera psicosocial y la satisfacción sexual. Los pacientes con un sentimiento de pertenencia a la sociedad, que ven su valor en los mecanismos de esta y tienen un nivel de seguridad adecuado obtienen más satisfacción de su vida sexual, sin embargo, la exclusión social, el no poder desempeñar determinados papeles en su vida y el sentirse amenazado provocan una menor satisfacción sexual en las pacientes.

Bober y cols.[12] llegaron a conclusiones similares, al indicar el efecto de la actividad sexual en mujeres con cáncer de ovario en niveles más profundos de las relaciones de pareja y una mayor satisfacción con la calidad de vida como resultado del apoyo de la pareja. La última esfera significativamente correlacionada con los sentimientos de satisfacción sexual fue la metafísica. Las pacientes que viven en armonía con su conciencia y sentido de la moralidad, formando parte de una comunidad religiosa, obtuvieron una mayor satisfacción que las pacientes no creyentes, que no reconocen valores más profundos en sus vidas.

En el presente estudio, al igual que en el de *Kim* y cols.[13] se observa un impacto significativo de la disfunción sexual en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de ovario. Un elemento del estudio fue examinar las asociaciones entre la depresión y sus etapas o la falta de ella y los sentimientos de satisfacción sexual en pacientes con cáncer de ovario.

El diagnóstico de cáncer, es un factor causal en el desarrollo de trastornos depresivos en las pacientes.[14] En el presente estudio, la ausencia de depresión en las pacientes se asoció con que experimentaran una mayor satisfacción sexual. Cuando la depresión estuvo presente, independientemente de su grado, se observó una disminución significativa de la fuerza de la asociación con la satisfacción sexual en comparación con las pacientes sin síntomas depresivos. Los hallazgos de los autores de este estudio confirman el impacto negativo de la depresión sobre la imagen corporal indicado anteriormente, que se traduce en una menor satisfacción sexual.[5,6,11] Por último, se analizó la satisfacción sexual de las pacientes con cáncer de ovario. Sobre la base del cuestionario de satisfacción sexual, se demostró que el cáncer de ovario tiene un impacto negativo en la esfera psicológica en el contexto de su vida sexual. Se observó una disminución significativa del placer asociado al coito en los sujetos. Las pacientes pierden confianza en sí mismas, dejan de

percibirse como pareja sexual y se sienten ansiosas en determinados ámbitos de su vida sexual. Los resultados del presente estudio en relación con la satisfacción sexual están en consonancia con estudios similares de la bibliografía consultada.

Whicker y cols.[15] señalan la necesidad de introducir un enfoque multimodal e interdisciplinario en el sistema de atención médica, agregado a las dificultades experimentadas por las pacientes. El presente estudio sigue siendo uno de los pocos que abordan cuestiones relacionadas con la satisfacción sexual y el cáncer de ovario. Cabe destacar que cada vez se dedica más espacio en la literatura a cuestiones de salud sexual y satisfacción sexual.[5,6,11,12,13]

El sistema sanitario ecuatoriano aún no dispone de directrices específicas para la comunicación con los pacientes en el contexto de su sexualidad. Los autores creen que la introducción de un psico-oncólogo especializado en sexología en el equipo médico ayudaría no solo en la primera fase, es decir, en el diagnóstico de esta enfermedad altamente mortal, sino, sobre todo, a mejorar su calidad de vida durante el tratamiento a largo plazo, mediante medidas decisivas y precisas adoptadas como parte de la intervención psicológica.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Patricio Jaramillo Guerrero, Edison Sotalin Nivela.

2. Curación de datos: Patricio Jaramillo Guerrero, Edison Sotalin Nivela.

3. Análisis formal: Patricio Jaramillo Guerrero, Edison Sotalin Nivela, Eduardo Alvarado Pico.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con adquisición de fondos.

5. Investigación: Patricio Jaramillo Guerrero, Edison Sotalin Nivela, Eduardo Alvarado Pico.

6. Metodología: Patricio Jaramillo Guerrero, Edison Sotalin Nivela, Eduardo Alvarado Pico.

7. Administración del proyecto: Patricio Jaramillo Guerrero.

8. Recursos: Edison Sotalin Nivela.

9. Software: Eduardo Alvarado Pico.

10. Supervisión: Patricio Jaramillo Guerrero, Edison Sotalin Nivela.

11. Validación: Patricio Jaramillo Guerrero.

12. Visualización: Eduardo Alvarado Pico.

13. Redacción del borrador original: Patricio Jaramillo Guerrero, Edison Sotalin Nivela.

14. Redacción, revisión y edición: Patricio Jaramillo Guerrero, Edison Sotalin Nivela, Eduardo Alvarado Pico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benavides DJ. Incidencia de las enfermedades gineco-oncológicas en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer e impacto en la dinámica de pareja: propuesta de modelo de atención integral [Internet]. Panamá: Universidad de Panamá; 2015 [citado 5 Jul 2023]. Disponible en: https://up-rid.up.ac.pa/1345/

2. Bober SL, Recklitis CJ, Michaud AL, Wright AA. Improvement in sexual function after ovarian cancer: Effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer: Sexual Function After Ovarian Cancer. Cancer. 2018;124(1):176-82

3. Hopkins TG, Stavraka C, Gabra H, Fallowfield L, Hood C, Blagden S, et al. Sexual activity and functioning in ovarian cancer survivors: an internet-based evaluation. Climacteric. 2015;18(1):94-8

4. Hubbs JL, Dickson EL, Vogel RI, Rivard CL, Teoh DGK, Geller MA, et al. Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: what women want. Support Care Cancer. 2019;27(12):4649-54

5. Fischer OJ, Marguerie M, Brotto LA. Sexual function, quality of life, and Experiences of women with Ovarian Cancer: A mixed-Methods Study. Sex Med. 2019;7(4):530-9

6. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. Gynecol Oncol. 2016;140(2):359-68

7. Nomejko A, Dolińska G. The Sexual Satisfaction Questionnaire–psychometric properties [Internet]. Wroclaw: University of Wrocław; 2014 [citado 5 Jul 2023]. Disponible en: https://www.pjap.psychologia.uni.wroc.pl/sites/default/files/2014/12/3/6/Agnieszka_Nomejko,_Grażyna_Dolińska-Zygmunt-2014-12-3-6.pdf

8. Barreda DV. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clinica. Rev Investig Psicol [revista en Internet]. 2019 [citado Jul 5];22(1):[aprox. 13p]. Disponible en: https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE|A605416112&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=1560909X&p=IFME&sw=w

9. Dolińska G, Nomejko A. Sexual satisfaction's contribution to a sense of quality of life in early adulthood [Internet]. Wroclaw: University of Wrocław; 2011 [citado 6 Jul 2023]. Disponible en: https://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/38641/04_Grazyna_Dolinska-Zygmunt_Agnieszka_Nomejko.pdf

10. Skowroński BŁ, Talik E. Coping with stress and the sense of quality of life in inmates of correctional facilities. Psychiatr Pol. 2018;52(3):525-42

11. Domenici L, Palaia I, Giorgini M, Piscitelli VP, Tomao F, Marchetti C, et al. Sexual health and quality of life assessment among ovarian cancer patients during chemotherapy. Oncology. 2016;91(4):205-10

12. Bober SL, Fine E, Recklitis CJ. Sexual health and rehabilitation after ovarian suppression treatment (SHARE-OS): a clinical intervention for young breast cancer survivors. J Cancer Surviv. 2020;14(1):26-30

13. Kim SI, Lee Y, Lim MC, Joo J, Park K, Lee DO, et al. Quality of life and sexuality comparison between sexually active ovarian cancer survivors and healthy women. J Gynecol Oncol. 2015;26(2):148-54

14. Castañeda CD, Medina DR, Fiallos AF. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el hospital general de Latacunga [Internet]. Ambato: UNIANDES; 2019 [citado 6 Jul 2023]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9947

15. Whicker M, Black J, Altwerger G, Menderes G, Feinberg J, Ratner E, et al. Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(4):395-403