

ARTÍCULO ORIGINAL

FUNCIÓN SEXUAL, AFRONTAMIENTO E IMAGEN CORPORAL CORRELACIONADAS Y COMPARADAS EN MUJERES CON Y SIN CÁNCER

*Sexual Function, Coping and Body Image Correlated and Compared in Women with and without Cancer*DOI: <https://doi.org/10.65740/ddpesj94>**Myrian Elizabeth Rolón Giorllo**

Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7386-9030>elizabeth.rolon.mrg@gmail.com

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo comparar y determinar la relación entre la Función Sexual Femenina, la Autopercepción de la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento en mujeres adultas con y sin diagnóstico de cáncer. Partiendo de la evidencia que señala que la sexualidad, la autopercepción de la imagen corporal y el estado emocional de las pacientes oncológicas están íntimamente ligados y constituyen factores relevantes de la calidad de vida escasamente explorados, la investigación propuso un abordaje multidimensional de estas variables. El diseño muestral fue no probabilístico por conveniencia; la muestra quedó conformada por 200 mujeres (100 con diagnóstico de cáncer que concurren a tratamiento en un Hospital Público de la ciudad de Areguá y 100 sin diagnóstico). El estudio fue no experimental, correlacional-comparativo, transversal. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSFS) de Rosen et al. (2000), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin et al. (1989) adaptado por Cano García et al. (2007), y la Versión Española Reducida del Cuestionario Multidimensional de Auto-Imagen Corporal (MBSRQ) de Ribas Rabert et al. (2008), más una Entrevista Estructurada de datos sociodemográficos y médicos. Los resultados reportaron que no existe diferencia estadísticamente significativa en las variables Función Sexual, Autopercepción de la Imagen Corporal y Estrategias de Afrontamiento al comparar las puntuaciones de los dos grupos ($p > 0,05$). Sin embargo, se encontró relación significativa entre la variable Imagen Corporal y la estrategia Resolución de Problemas (REP), presente tanto en el grupo con diagnóstico como en el grupo sin diagnóstico. Se identificaron como estrategias de mayor frecuencia en nivel alto el Pensamiento Desiderativo (50%) y la Retirada Social (72,5%), ambas catalogadas como no adaptativas. En el dominio de la función sexual, el Orgasmo se ubicó en nivel bajo en el 36,5% de las participantes con cáncer. En imagen corporal, las Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (47%) y el Atractivo Físico Autoevaluado (34%) presentaron los valores más elevados. La fiabilidad de los tres instrumentos resultó satisfactoria (α IFSFS = 0,99; α CSI = 0,83; α MBSRQ = 0,94). En conclusión, en ambos grupos no se visualizaron diferencias significativas al comparar sus puntuaciones, lo que invita a profundizar el estudio de estas variables con diseños longitudinales y muestras más amplias y diversas.

Palabras clave: función sexual femenina; estrategias de afrontamiento; imagen corporal; psicooncología; mujeres con cáncer; Paraguay.

Abstract

The present study aimed to compare and determine the relationship between Female Sexual Function, Self-perception of Body Image and Coping Strategies in adult women with and without a cancer diagnosis. Based on evidence indicating that sexuality, self-perception of body image and the emotional state of oncological patients are intimately linked and constitute relevant but understudied factors of quality of life, the study proposed a multidimensional approach to these variables. The sample design was non-probabilistic by convenience; it was composed of 200 women (100 with a cancer diagnosis attending treatment at a Public Hospital in Areguá and 100 without a diagnosis). The design was non-experimental, correlational-comparative, cross-sectional. Instruments included the Female Sexual Function Index (FSFI) by Rosen et al. (2000), the Coping Strategies Inventory (CSI) by Tobin et al. (1989) adapted by Cano García et al. (2007), and the Spanish Reduced Version of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) by Ribas Rabert et al. (2008), plus a Structured Interview for sociodemographic and medical data. Results reported no statistically significant differences in Sexual Function, Body Image Self-perception or Coping Strategies when comparing the two groups ($p > 0.05$). However, a significant relationship was found between Body Image and the Problem Solving strategy (REP), present in both groups. Desiderative Thinking (50%) and Social Withdrawal (72.5%) were identified as the most frequently used strategies at a high level, both classified as maladaptive. In the

Cómo citar: Rolón Giorllo, M. E. (2026). Función Sexual, Afrontamiento e Imagen Corporal Correlacionadas y Comparadas en Mujeres con y sin Cáncer. *Revista de Investigación en Salud Pública*, 1, 176–192. <https://doi.org/10.65740/ddpesj94>

Editor responsable: Sergio David González Ayala, Posgrado Columbia, Asunción, Paraguay, risalp@posgradocolumbia.edu.py

Derechos de autor: ©2026 Myrian Elizabeth Rolón Giorllo. La autora conserva los derechos de autor.

Licencia: Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

sexual function domain, Orgasm was at a low level in 36.5% of women with cancer. In body image, Fitness-Oriented Behavior (47%) and Self-rated Physical Attractiveness (34%) showed the highest values. Reliability of the three instruments was satisfactory (α FSFI = 0.99; α CSI = 0.83; α MBSRQ = 0.94). In conclusion, no significant differences were observed when comparing scores between groups, inviting further study of these variables through longitudinal designs with larger and more diverse samples.

Keywords: female sexual function; coping strategies; body image; psycho-oncology; women with cancer; Paraguay

1. Introducción

El cáncer es una de las enfermedades crónicas de mayor impacto psicosocial en la vida de quienes la padecen. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el cáncer provoca cerca de 8 millones de muertes al año, lo que la convierte en la principal causa de muerte a nivel mundial, estimándose que de aquí al 2035 cerca de 15 millones de fallecimientos por año esté relacionado con los tumores (Toche, 2016). En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (2019) registró en el año 2018 la cantidad de 1,3 millones de muertes y 3,7 millones de nuevos casos, y estimó que el número de casos aumentará un 32%, superando los 5 millones de nuevos casos en 2030, debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica de la región.

En Paraguay, el cáncer representa la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Se registran unas 4.500 muertes por año, lo que implica que esta enfermedad mata a 12 personas por día, es decir, en promedio una muerte por esta causa cada dos horas (Ferreira, 2016). La principal causa de muerte en mujeres jóvenes es el cáncer de mama, junto al cáncer de cuello uterino (Coppari, 2017). Paraguay registró en los 10 primeros meses del año 2016, 408 diagnósticos de cáncer de mama, uno más que en todo el año 2015. En cuanto a frecuencia, al año se diagnostican 1.200 casos de cáncer de mama y de ellos, el 40% de pacientes muere (Ferreira, 2016).

Si bien los avances tecnológicos, las cirugías menos mutilantes, las nuevas medicaciones y los progresos genéticos han aumentado sustancialmente la supervivencia de las pacientes oncológicas, la atención a la calidad de vida en general y a la función sexual en particular se han transformado en temas relevantes de la psicooncología contemporánea (Grau Abalo, 2016). Al respecto, aunque se conoce que existe un aumento importante en el número de sobrevivientes al proceso oncológico, se otorga gran relevancia a los procesos de adaptación psicosocial y a su impacto en la calidad de vida (Fick, 2012). Incrocci (2008) plantea una falta de comunicación activa y útil en relación a temas relacionados con la esfera sexual, incluso cuando los profesionales médicos piensan que el paciente puede llegar a experimentar alguna problemática en esa área.

La sexualidad, íntimamente ligada a la autopercepción de la imagen corporal y al estado emocional de las pacientes oncológicas, se constituye en un factor relevante de la calidad de vida que es un área poco explorada a la que se le brinda escasa dedicación terapéutica (Rolón Giorello, 2020). La interrelación entre Función Sexual Femenina, Autopercepción de la Imagen Corporal y Estrategias de Afrontamiento en mujeres con cáncer que hayan pasado por procesos de quimioterapia, radioterapia y/o cirugía constituye un tema poco estudiado por la literatura científica especializada, especialmente en el contexto latinoamericano y paraguayo.

El objetivo general de la investigación fue determinar la relación entre la Función Sexual, la Autopercepción de la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento frente a diferentes situaciones adversas, y compararlas en mujeres adultas con y sin cáncer de un Hospital Público.

2. Fundamentación Teórica

2.1 El Cáncer como Estresor Psicosocial

El padecimiento de la enfermedad oncológica va acompañado de innumerables desajustes tanto psicosociales como emocionales, ya que por un lado se genera gran incertidumbre sobre su pronóstico, a lo que se suman los efectos secundarios de los tratamientos médicos utilizados para paliar la enfermedad y el significado o la representación social de la propia palabra cáncer (Zayas, Gómez-Molinero, Guil, Gil-Olarte, & Jiménez, 2018). Los estudios sobre cuestiones de sexualidad y de imagen corporal en las mujeres enfermas de cáncer presentan controversias en cuanto a variables como edad, tipo de patología, tiempo del conocimiento del diagnóstico, estadio, y tipo de tratamiento realizado (Hernández, Guinot, & Honrubia, 2007).

Olivares Crespo (2004) señala la existencia de estresores agudos limitados en el tiempo como la cirugía; estresores intermitentes como la espera de resultados de las pruebas diagnósticas durante el seguimiento; y estresores crónicos como la pérdida de un órgano o el temor a la recidiva. En este marco, Coppari (2017) afirma que las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas, como el cáncer, requieren utilizar estrategias para enfrentar los sucesos estresantes

durante su padecimiento, tales como efectos secundarios del tratamiento, dolores, malestares, miedo a morir, problemas familiares y apremios económicos.

2.2 Función Sexual Femenina y Cáncer

La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Organización Mundial de la Salud, 2002). Esta dimensión de la vida de las mujeres también se ve afectada en quienes reciben un diagnóstico oncológico.

Los tratamientos oncológicos utilizados para el cáncer ginecológico y mamario producen múltiples efectos sobre la función sexual femenina. La terapia del cáncer ginecológico puede provocar una disminución tanto del interés como de la frecuencia de la actividad sexual (Katz, 2009). La quimioterapia, la radioterapia y la cirugía —especialmente la mastectomía radical— tienen repercusiones sobre la adaptación psicosexual de la mujer (Olivares Crespo, 2004). En Colombia, el estudio de Espitia De La Hoz y De La Ossa Ospina (2019) con mujeres con cáncer de mama evidenció una prevalencia de trastornos sexuales del 54,16%, siendo el deseo (54,16%) y el orgasmo (45,83%) los dominios más afectados.

Sin embargo, la investigación presenta resultados no siempre convergentes. Greenwald y McCorkle (2008) señalan que ni el diagnóstico de la enfermedad oncológica ni la edad afectan la función sexual, posición que contrasta con el hallazgo de Vázquez Ortiz, Antequera Jurado y Blanco Picabia (2010), quienes constataron que un elevado porcentaje de mujeres, alrededor del 50%, percibe una disminución en su interés sexual en comparación con el período previo al diagnóstico del cáncer de mama, y que esta dificultad no mejora transcurrido el primer año tras la cirugía.

2.3 Estrategias de Afrontamiento frente al Cáncer

El afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer comprende los esfuerzos cognitivos y conductuales que el individuo despliega para manejar las demandas específicas que se generan tanto de la enfermedad misma como de sus tratamientos. De Haro-Rodríguez et al. (2014) consideran estrategias adaptativas a la Resolución del Problema, la Reestructuración Cognitiva, el Apoyo Social y la Expresión Emocional, y clasifican como no adaptativas la Evitación del Problema, el Pensamiento Desiderativo, la Retirada Social y la Autocrítica.

La literatura científica confirma que el afrontamiento emocional resulta eficaz en el proceso de ajuste a la enfermedad oncológica, tanto en hombres como en mujeres (Dalmin, Crystal, & Thomas, 2013). En esta línea, Morales-Sánchez, Gil-Olarte, Gómez-Molinero y Guil (2019) visualizaron la necesidad de que las estrategias de afrontamiento Apoyo Social y Resolución de Problemas fuesen incorporadas en intervenciones dirigidas a la promoción del Crecimiento Postraumático (CPT) en mujeres que han padecido una experiencia traumática. La resiliencia, entendida como la capacidad de resistir y salir fortalecida tras haber sufrido situaciones traumáticas, se nutre precisamente del repertorio de estrategias de afrontamiento disponibles (Cabanyes, 2010).

2.4 Imagen Corporal y Cáncer

Fobair (2006) entiende la imagen corporal como la representación mental del propio cuerpo y la actitud sobre la apariencia física, integridad, sexualidad y el estado de salud. Esta dimensión suele alterarse con los tratamientos del cáncer debido a los cambios temporales y permanentes, como caída del cabello, cambios de peso, cicatrices, pérdida parcial o total de uno o los dos senos, entre otros. En el nivel conceptual más amplio, Raich (2000) define la imagen corporal como:

Un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (Raich, 2000, citado en Ribas Rabert et al., 2008)

Los tratamientos onco-específicos producen múltiples pérdidas en el organismo, en la representación del cuerpo y en la relación con el otro; estas pérdidas generan procesos afectivos de elaboración de distintos duelos que conducen a la construcción de una nueva imagen corporal y al reencuentro con el otro (Díaz Facio Lince, 2010). En nuestra sociedad, la apariencia física es muy valorada, por lo que las modificaciones corporales derivadas de la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía pueden tener importantes y significativas repercusiones psicológicas en las mujeres, afectar su autoestima y por ende su calidad de vida.

Di Pretoro (2016) señala que las mujeres con cáncer poseen puntuaciones elevadas en el Cuidado del Aspecto Físico, pero que en comparación con mujeres sanas obtienen valores más bajos en cuanto a la satisfacción con el propio atractivo físico. Por su parte, Sánchez Sánchez (2015) observa que en los últimos quince años la mayor autonomía, el control del proceso por

parte de las enfermas y los avances de la oncología y de la medicina plástico-reconstructiva han favorecido actitudes psicológicas positivas y resilientes ante el cáncer de mama y a la vez han minimizado los daños psíquicos relativos a la autopercepción y la imagen pública.

2.5 Psicooncología: Convergencia de Variables en la Calidad de Vida

La Psicooncología, como disciplina que articula la oncología con la psicología clínica, reconoce la interrelación entre las variables psicológicas y la calidad de vida de los pacientes oncológicos, su cumplimiento de los tratamientos y, en algunos estudios, su supervivencia (Hernández & Cruzado, 2013). La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) aporta el sustento conceptual para comprender la enfermedad oncológica como resultado de la ruptura de un sistema de comunicaciones entre distintas partes del organismo que deben funcionar armónicamente como un todo (López-Mato, 2004). Desde esta perspectiva, la psicoterapia puede ayudar a enfermos oncológicos a mejorar su calidad de vida, reducir sus alteraciones psicopatológicas, favorecer un afrontamiento más activo de la enfermedad y en algunos casos dar lugar a una mayor supervivencia (Hernández & Cruzado, 2013).

3. Metodología

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance correlacional-comparativo y corte transversal. Las variables se observaron sin manipulación deliberada y se midieron en un único momento, con el propósito de describir, comparar y determinar las relaciones entre la función sexual, las estrategias de afrontamiento y la autopercepción de la imagen corporal en mujeres con y sin diagnóstico de cáncer (Hernández Sampieri et al., 2003).

3.1 Ámbito, población y muestra

El estudio se desarrolló durante el año 2018 en una institución pública de referencia oncológica del Paraguay, a la cual acudían pacientes procedentes de distintas zonas del país para recibir atención ambulatoria, internación, quimioterapia, radioterapia u otros tratamientos especializados.

La muestra estuvo conformada por 200 mujeres de entre 20 y 74 años, distribuidas en dos grupos independientes: 100 mujeres diagnosticadas con algún tipo de cáncer y asistidas en la institución por motivos de tratamiento, y 100 mujeres sin diagnóstico de cáncer, seleccionadas entre personal de la institución y familiares de pacientes. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia y autoselección, condicionado por la accesibilidad de las participantes y su aceptación voluntaria mediante consentimiento informado. En el grupo clínico se incluyeron mujeres mayores de 18 años, con pareja estable o no estable, diagnóstico de cáncer y atención en la institución seleccionada. En el grupo de comparación se incorporaron mujeres mayores de edad, con pareja y sin diagnóstico de cáncer.

Se excluyeron del grupo clínico las mujeres menores de 18 años y aquellas que presentaban alteraciones mentales o cognitivas que pudieran dificultar la comprensión del consentimiento informado o la cumplimentación de los cuestionarios. En el grupo sin cáncer se excluyeron las menores de edad, las mujeres sin pareja y las cuidadoras principales de pacientes.

3.2 Variables e instrumentos

Las variables principales fueron la función sexual, las estrategias de afrontamiento y la autopercepción de la imagen corporal. También se recopilaron datos sociodemográficos y clínicos, como edad, ocupación, nivel educativo, diagnóstico oncológico, estadio de la enfermedad y tratamientos recibidos.

Para la recolección de los datos se utilizaron una entrevista estructurada y tres instrumentos psicométricos autoadministrados:

- Índice de Función Sexual Femenina (IFSFF). Se utilizó el instrumento desarrollado por Rosen et al. (2000) y validado en población chilena por Blümel et al. (2004). Está compuesto por 19 ítems agrupados en seis dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada ítem presenta entre cinco y seis opciones de respuesta, con puntuaciones de 0 a 5. Los puntajes se ponderan de acuerdo con el factor establecido para cada dominio y posteriormente se suman para obtener una puntuación total. Un resultado igual o inferior a 26 indica riesgo de disfunción sexual.
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Se aplicó el instrumento de Tobin et al. (1989), en su adaptación española realizada por Cano García et al. (2007). Su componente cuantitativo contiene 40 ítems valorados mediante una escala tipo Likert de cinco categorías, de 0 a 4, según la frecuencia con que se utiliza cada estrategia. Evalúa ocho dimensiones: resolución de problemas, autocritica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

- Versión española reducida del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). Se empleó la versión validada, reducida y adaptada por Ribas Rabert et al. (2008). El instrumento comprende 45 ítems y evalúa cuatro dimensiones: importancia subjetiva de la corporalidad, conductas orientadas a mantener la forma física, atractivo físico autoevaluado y cuidado del aspecto físico.

La entrevista estructurada permitió registrar información sociodemográfica y antecedentes relacionados con el diagnóstico, el estadio del cáncer y los tratamientos oncológicos recibidos.

3.3 Procedimiento de recolección de datos

Las mujeres con diagnóstico de cáncer fueron seleccionadas de acuerdo con su disponibilidad mientras se encontraban en áreas de internación, albergue, quimioterapia o radioterapia. Las posibles participantes recibieron información sobre los objetivos y procedimientos del estudio y, posteriormente, fueron invitadas a firmar el consentimiento informado. Los instrumentos fueron aplicados principalmente de forma autoadministrada. Cuando alguna participante requirió apoyo, la aplicación fue acompañada por el equipo investigador, respetando las instrucciones de cada instrumento psicométrico. Durante el proceso se enfatizaron la confidencialidad de la información, la inexistencia de respuestas correctas o incorrectas y la importancia de responder de manera espontánea.

Las participantes del grupo sin diagnóstico de cáncer fueron seleccionadas entre trabajadoras de la institución y familiares de pacientes que cumplían los criterios establecidos. A ambos grupos se les aplicó el mismo protocolo general de información, consentimiento y administración de los instrumentos.

3.4 Análisis de los datos

Los datos fueron procesados mediante el programa IBM SPSS, versión 20. El nivel de significación estadística se estableció en $p \leq .05$. Inicialmente se efectuó un análisis descriptivo. Para las variables categóricas se calcularon frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables continuas se determinaron medias y desviaciones estándar. La normalidad de las distribuciones se examinó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Debido al comportamiento no normal de las variables analizadas, se utilizaron procedimientos estadísticos no paramétricos. Las relaciones entre la función sexual, las estrategias de afrontamiento y la autopercepción de la imagen corporal se examinaron mediante el coeficiente de correlación rho de Spearman. Para comparar las puntuaciones obtenidas por las mujeres con diagnóstico de cáncer y las mujeres sin diagnóstico se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. La consistencia interna de los instrumentos y de sus respectivas dimensiones se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Asimismo, la validez de constructo fue examinada a través de análisis factorial exploratorio.

3.5 Consideraciones éticas

La participación fue voluntaria y estuvo precedida por la explicación de los objetivos y procedimientos de la investigación. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado antes de responder los instrumentos. La información fue tratada de manera confidencial y utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos. Esta versión conserva los datos metodológicos consignados en la tesis, pero los reorganiza y sintetiza conforme a la estructura del artículo de referencia. No se incorporó una aprobación de comité de ética porque ese dato no aparece expresamente identificado en el apartado metodológico revisado.

4. Resultados

El estudio fue no experimental, correlacional-comparativo y transversal. La muestra total fue de 200 mujeres (100 con diagnóstico de cáncer, reclutadas en un hospital público de Arequipa entre quienes asistían a tratamiento oncológico, y 100 sin diagnóstico de cáncer, entre ellas familiares de pacientes y personal hospitalario). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos empleados fueron el IFSF (Rosen et al., 2000; validado por Blümel et al., 2004), el CSI (Tobin et al., 1989; adaptado por Cano García et al., 2007) y el MBSRQ (Ribas Rabert et al., 2008). El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS v.20; se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad, el coeficiente Rho de Spearman para correlaciones y la U de Mann-Whitney para comparación entre grupos, con nivel de significación $\alpha = 0,05$.

4.1 Perfil Sociodemográfico y Diagnósticos

Las edades de las 200 participantes oscilaron entre 20 y 74 años, con una media de 48,22 (DE = 12,16). En el grupo con diagnóstico de cáncer hubo predominio del grupo de 40 a 59 años, siendo el menos frecuente el de 20 a 39 años. El diagnóstico más frecuente fue cáncer de mama (19%), seguido de cáncer de útero (6%) y cáncer de cuello uterino (5%), lo cual es coherente

con el perfil epidemiológico nacional: según el MSPyBS (2017), la mayor incidencia de cáncer en la mujer paraguaya corresponde al cáncer de mama, y el cáncer de cuello uterino tiene alta incidencia —cada día, tres mujeres son diagnosticadas con esta enfermedad y al menos la mitad fallecen.

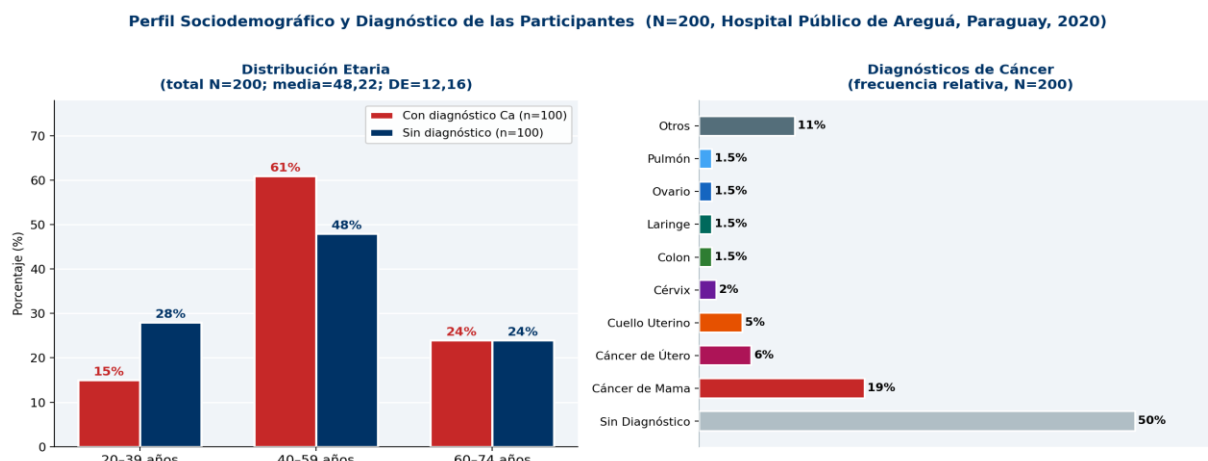


Figura 1. Perfil sociodemográfico y distribución de diagnósticos oncológicos de las participantes (N=200, Hospital Público de Areguá, Paraguay, 2020).

4.2 Conformidad con la Actividad Sexual Antes y Después del Diagnóstico

Respondiendo al segundo y tercer objetivos de la investigación, los resultados obtenidos mediante la Entrevista Estructurada evidencian que las participantes, en su totalidad, presentan una alta conformidad con su actividad sexual antes del diagnóstico de la enfermedad (67%). No obstante, existe una caída de la conformidad con la actividad sexual durante la realización de los tratamientos onco-específicos (41%), representando una reducción de 26 puntos porcentuales.

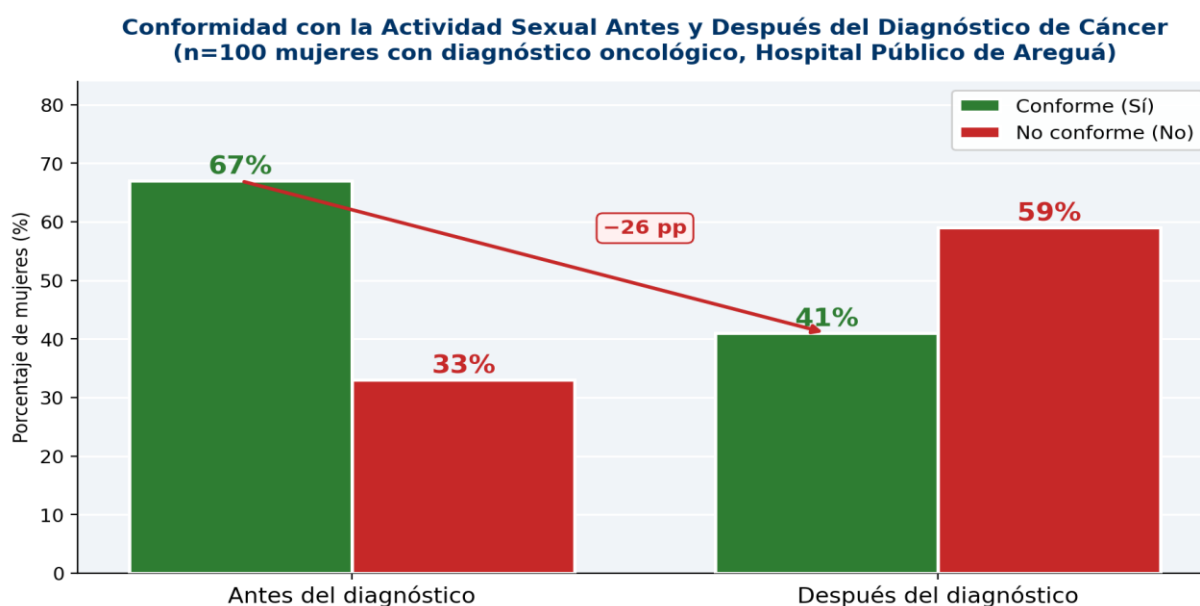


Figura 2. Conformidad con la actividad sexual antes y después del diagnóstico de cáncer (n=100 mujeres con diagnóstico, Hospital Público de Areguá, 2020).

Este hallazgo es coherente con lo que señalan Vázquez Ortiz et al. (2010), quienes constatan que un elevado porcentaje de mujeres, alrededor del 50%, percibe una disminución en su interés sexual en comparación con el período previo al diagnóstico del cáncer de mama, específicamente, y que esta dificultad no mejora transcurrido el primer año tras la cirugía. Al evaluar el nivel de satisfacción con la actividad sexual respecto al tipo de cáncer, se aprecia una menor conformidad en el caso de las mujeres con cáncer de mama, útero, colon y ovario en comparación con las participantes que padecen un tipo de cáncer que no involucre sus órganos sexuales; en concordancia con Di Pretoro (2016), quien menciona que la conformidad con la actividad sexual muestra ser diferencial conforme al tipo de cáncer de la mujer.

4.3 Función Sexual Femenina (IFSF)

Para caracterizar la Función Sexual en las mujeres con diagnóstico de cáncer (cuarto objetivo), se presentan en la Tabla 1 y la Figura 3 la distribución porcentual por niveles de cada dominio del IFSF:

Tabla 1. Distribución por niveles de los dominios del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) en mujeres con cáncer (n=100)

Dominio IFSF	Nivel Bajo (%)	Nivel Medio (%)	Nivel Alto (%)	Interpretación clave
Deseo	24,5	29,5	46,0	Interés sexual conservado en la mayoría
Excitación	36,5	22,5	41,0	Respuesta excitación predominantemente alta
Lubricación	36,5	0,0	63,5	Lubricación adecuada en más de 2/3 de las participantes
Orgasmo	36,5	32,0	31,5	Único dominio con predominio en nivel bajo — hallazgo clave
Satisfacción	28,0	34,0	38,0	Satisfacción global conservada en más de un tercio
Dolor	36,5	27,0	36,5	Distribución bimodal: extremos bajo y alto equivalentes
TOTAL IFSF	31,5	35,5	33,0	Distribución equilibrada entre niveles; perfil heterogéneo

Nota. IFSF: Índice de Función Sexual Femenina (Rosen et al., 2000). Elaboración propia.

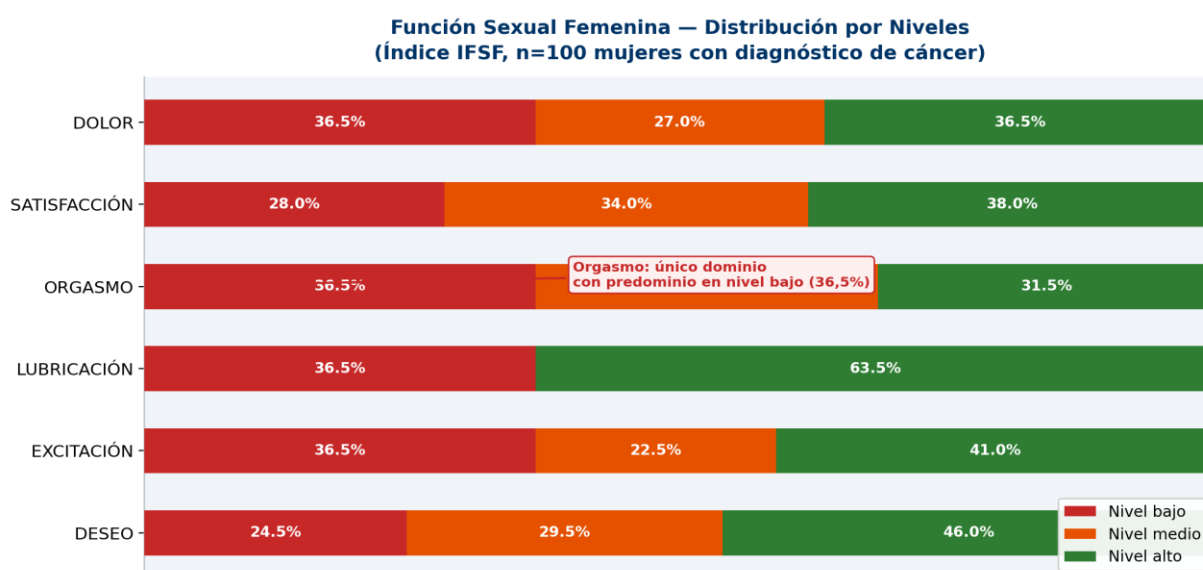


Figura 3. Función Sexual Femenina — distribución porcentual por niveles y dominios (IFSF, n=100 mujeres con diagnóstico de cáncer, 2020).

Pueden afirmarse que de las 100 mujeres con diagnóstico de cáncer, el 36,5% encuentra afectada la función sexual en el dominio del Orgasmo, sin hallarse afectados los dominios del Deseo (46% en nivel alto), Excitación (41% en nivel alto), Lubricación (63,5% en nivel alto) y Satisfacción global con la actividad sexual (38% en nivel alto). En concordancia, Espitia De La Hoz y De La Ossa Ospina (2019) mencionan que un significativo porcentaje de mujeres con cáncer presenta algún grado de afectación de su función sexual, siendo el deseo y el orgasmo los más afectados, con mayor frecuencia en la población que recibió quimioterapia y radioterapia así como en las que se les realizó mastectomía radical.

4.4 Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Con relación a determinar las Estrategias de Afrontamiento (quinto objetivo), la Tabla 2 y la Figura 4 presentan la distribución por niveles de las ocho estrategias evaluadas por el CSI:

Tabla 2. Distribución por niveles de las Estrategias de Afrontamiento (CSI) en mujeres con diagnóstico de cáncer (n=100)

Estrategia (CSI)	Nivel Bajo (%)	Nivel Medio (%)	Nivel Alto (%)	Categoría (De Haro-Rodríguez et al., 2014)
REP – Resolución de Problemas	18,0	47,0	35,0	Adaptativa
AUC – Autocrítica	14,5	70,5	15,0	No adaptativa
EEM – Expresión Emocional	1,0	56,5	42,5	Adaptativa
PSD – Pensamiento Desiderativo	5,0	45,0	50,0 ← Alto	No adaptativa
APS – Apoyo Social	28,5	46,0	25,5	Adaptativa
REC – Reestructuración Cognitiva	19,5	49,0	31,5	Adaptativa
EVP – Evitación de Problemas	9,5	56,0	34,5	No adaptativa
RES – Retirada Social	2,0	25,5	72,5 ← Alto	No adaptativa

Nota. CSI: *Inventario de Estrategias de Afrontamiento* (Cano García et al., 2007). REP=Resolución de Problemas; AUC=Autocrítica; EEM=Expresión Emocional; PSD=Pensamiento Desiderativo; APS=Apoyo Social; REC=Reestructuración Cognitiva; EVP=Evitación de Problemas; RES=Retirada Social. *Elaboración propia.*

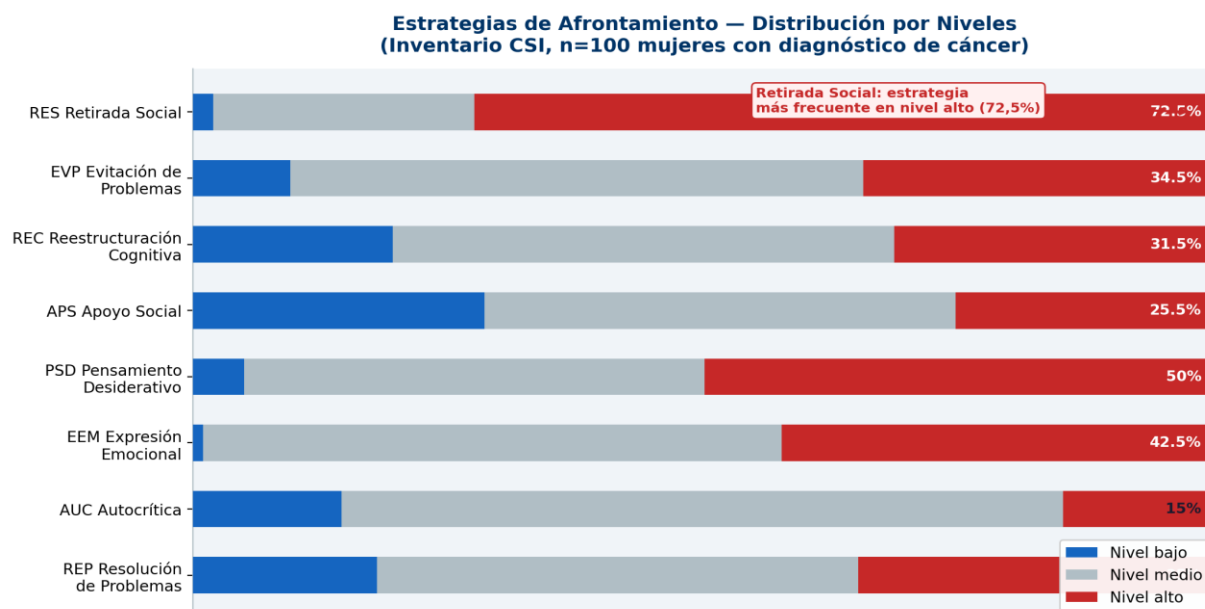


Figura 4. Estrategias de Afrontamiento — distribución porcentual por niveles (CSI, n=100 mujeres con diagnóstico de cáncer, 2020).

Las respuestas de afrontamiento ligadas a Resolución del Problema (47%), Autocrítica (70%), Expresión Emocional (56,5%), Apoyo Social (46%), Reestructuración Cognitiva (49%) y Evitación del Problema (56%) se encuentran en el nivel medio. En cambio, dentro del nivel alto se encuentran el Pensamiento Desiderativo (50%) y la Retirada Social (72,5%) como estrategias implementadas con mayor frecuencia. De acuerdo con la clasificación de De Haro-Rodríguez et al. (2014), estas dos estrategias de alta frecuencia son no adaptativas, lo que sugiere la relevancia de promover el desarrollo de estrategias adaptativas (Resolución de Problemas, Apoyo Social) en las intervenciones psicooncológicas.

En relación con los eventos estresantes que plantean las participantes, se destacan la falta de acompañamiento de amigos o familiares para las consultas y tratamientos, el abandono de la pareja, el abandono de los hijos y la exclusión de eventos sociales. Puede inferirse que las mujeres que implementan la Retirada Social como estrategia frente a la adversidad, aunque prefieran el aislamiento de su entorno, pueden encontrar soporte y contención en sus parejas, lo que les permite satisfacción en su sexualidad (Di Pretoro, 2016).

4.5 Autopercepción de la Imagen Corporal (MBSRQ)

Con relación al sexto objetivo, identificar y caracterizar la Autopercepción de la Imagen Corporal, la Tabla 3 y la Figura 5 presentan los niveles alcanzados en cada factor del MBSRQ:

Tabla 3. Distribución por niveles de los factores del MBSRQ en mujeres con diagnóstico de cáncer (n=100)

Factor MBSRQ	Nivel Bajo (%)	Nivel Medio (%)	Nivel Alto (%)	Descripción del factor (Ribas Rabert et al., 2008)
ISC – Importancia Subjetiva de la Corporalidad	32,5	36,0	31,5	Importancia atribuida al aspecto físico, salud y buena forma
COMF – Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física	26,5	26,5	47,0 ← Alto	Frecuencia y regularidad de conductas para mantener la forma
AFA – Atractivo Físico Autoevaluado	33,5	32,5	34,0	Atractivo físico autoevaluado y especialmente el sexual
CAF – Cuidado del Aspecto Físico	37,5 ← Bajo	31,5	31,0	Frecuencia de conductas orientadas a cuidar el aspecto externo

Factor MBSRQ	Nivel Bajo (%)	Nivel Medio (%)	Nivel Alto (%)	Descripción del factor (Ribas Rabert et al., 2008)
TOTAL MBSRQ	29,5	28,0	42,5	Puntuación global de imagen corporal

Nota. MBSRQ: Versión Española Reducida del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (Ribas Rabert et al., 2008). ISC=Importancia Subjetiva de la Corporalidad; COMF=Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física; AFA=Atractivo Físico Autoevaluado; CAF=Cuidado del Aspecto Físico. Elaboración propia.

Se advierten puntuaciones más elevadas en los factores correspondientes a Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física con un 47% en nivel alto y a Atractivo Físico Autoevaluado con un 34% en nivel alto. En el nivel bajo se halla Cuidado del Aspecto Físico con un 37,5%, y en el nivel medio Importancia Subjetiva de la Corporalidad con un 36%. La puntuación media en AFA (M=3,33; DE=0,85) presentó un nivel bajo en el contexto de la distribución de las puntuaciones, lo que indica que las mujeres con diagnóstico de cáncer se autoperciben como poco atractivas, probablemente por los tratamientos invasivos y amputantes a los que se someten

Autopercepción de la Imagen Corporal — MBSRQ (porcentaje por nivel, n=100 mujeres con cáncer)

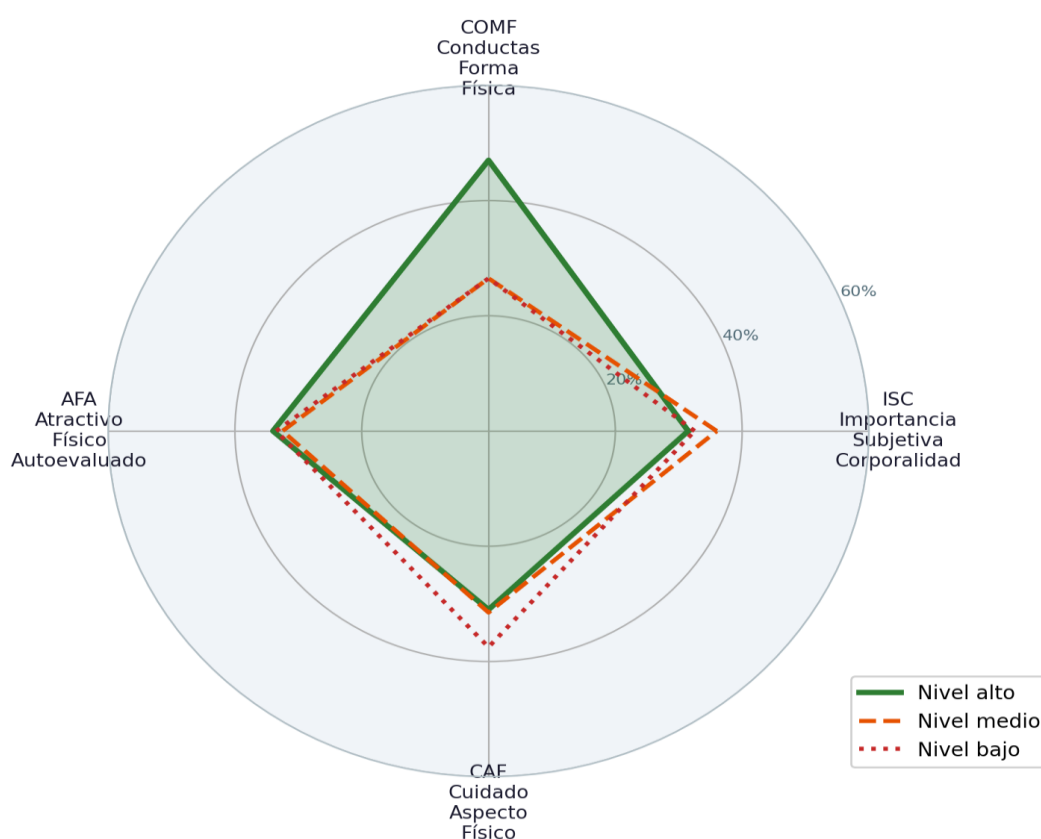


Figura 5. Autopercepción de la Imagen Corporal — porcentaje por nivel y factor (MBSRQ, n=100 mujeres con diagnóstico de cáncer, 2020).

4.6 Correlaciones entre Variables (Rho de Spearman)

Para determinar la relación entre las tres variables principales del estudio (séptimo, octavo y noveno objetivos), se aplicó el coeficiente Rho de Spearman, previo análisis de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. El resultado más relevante es que se encontró relación significativa entre la variable Imagen Corporal (MBSRQ) y la estrategia de afrontamiento Resolución de Problemas (REP), en ambos grupos —con y sin diagnóstico de cáncer— lo que indica que esta asociación es independiente del estado oncológico.

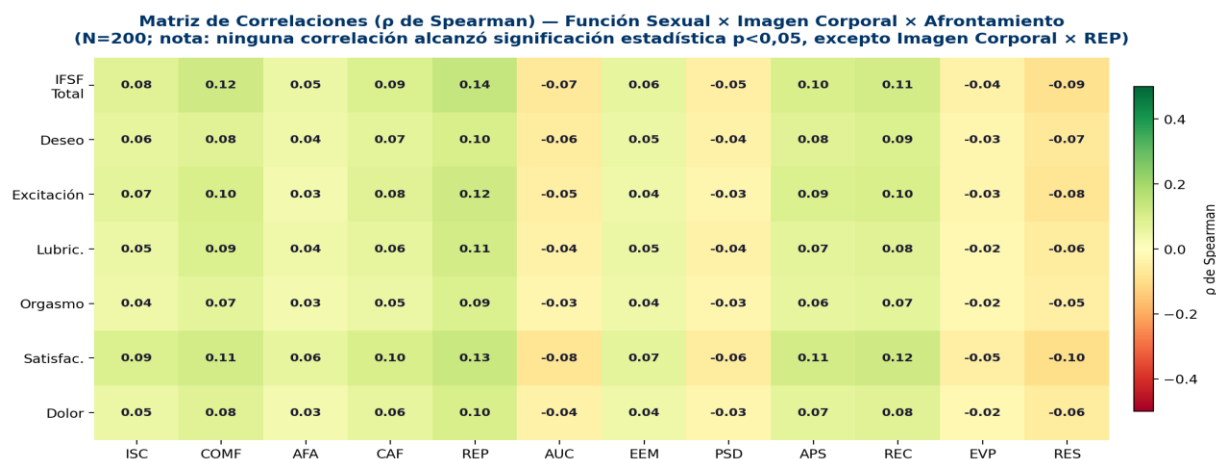


Figura 6. Matriz de correlaciones Rho de Spearman — Función Sexual $\times$ Imagen Corporal $\times$ Estrategias de Afrontamiento (N=200, 2020). Nota: la única correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) fue Imagen Corporal $\times$ REP.

4.7 Comparación entre Grupos: U de Mann-Whitney

Respondiendo al objetivo comparativo central, la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes no encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas al comparar los dos grupos ($p > 0,05$). Este resultado se mantuvo para los dominios individuales de los tres instrumentos. La Figura 7 ilustra visualmente la similitud de los perfiles de medias entre ambos grupos.

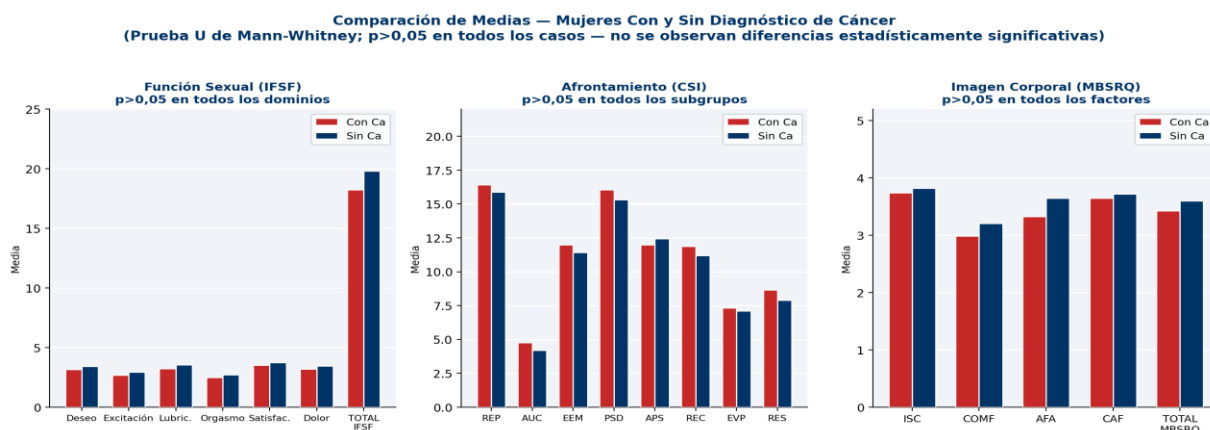


Figura 7. Comparación de medias — Función Sexual (IFS), Afrontamiento (CSI) e Imagen Corporal (MBSRQ) en mujeres con y sin diagnóstico de cáncer (U de Mann-Whitney, N=200, $p > 0,05$ en todos los contrastes, 2020).

4.8 Fiabilidad de los Instrumentos (Alfa de Cronbach)

El décimo objetivo consistió en calcular la fiabilidad de los instrumentos. La Tabla 4 y la Figura 8 presentan los coeficientes Alfa de Cronbach obtenidos:

Tabla 4. Fiabilidad de los instrumentos según el Alfa de Cronbach (N=200)

Instrumento / Escala	α de Cronbach	N.º elementos	Interpretación	Referencia de excelencia
IFS – Total	0,99	19	Excelente ($\geq 0,90$)	Rosen et al. (2000); Blümel et al. (2004)
Deseo	0,84	2	Buena (0,80-0,89)	
Excitación	0,98	4	Excelente	
Lubricación	0,99	4	Excelente	
Orgasmo	0,97	3	Excelente	

Instrumento / Escala	α de Cronbach	N.º elementos	Interpretación	Referencia de excelencia
Satisfacción	0,87	3	Buena	
Dolor	0,98	3	Excelente	
CSI – Total	0,83	40	Buena	Cano García et al. (2007)
REP; APS; REC	0,94; 0,95; 0,95	5 c/u	Excelente	
AUC; EEM; PSD; RES	0,90; 0,87; 0,87; 0,84	5 c/u	Excelente / Buena	
EVP	0,81	5	Buena	
MBSRQ – Total	0,94	45	Excelente	Ribas Rabert et al. (2008)
ISC; COMF; AFA	0,89; 0,89; 0,87	var.	Buena	
CAF ← única sub-escala <0,70	0,68	5	Cuestionable (revisar)	

Nota. IFSF: Índice de Función Sexual Femenina; CSI: Inventario de Estrategias de Afrontamiento; MBSRQ: Cuestionario Multidimensional de Auto-Imagen Corporal. La escala CAF (Cuidado del Aspecto Físico) es la única que no alcanzó el umbral mínimo de 0,70. Elaboración propia.

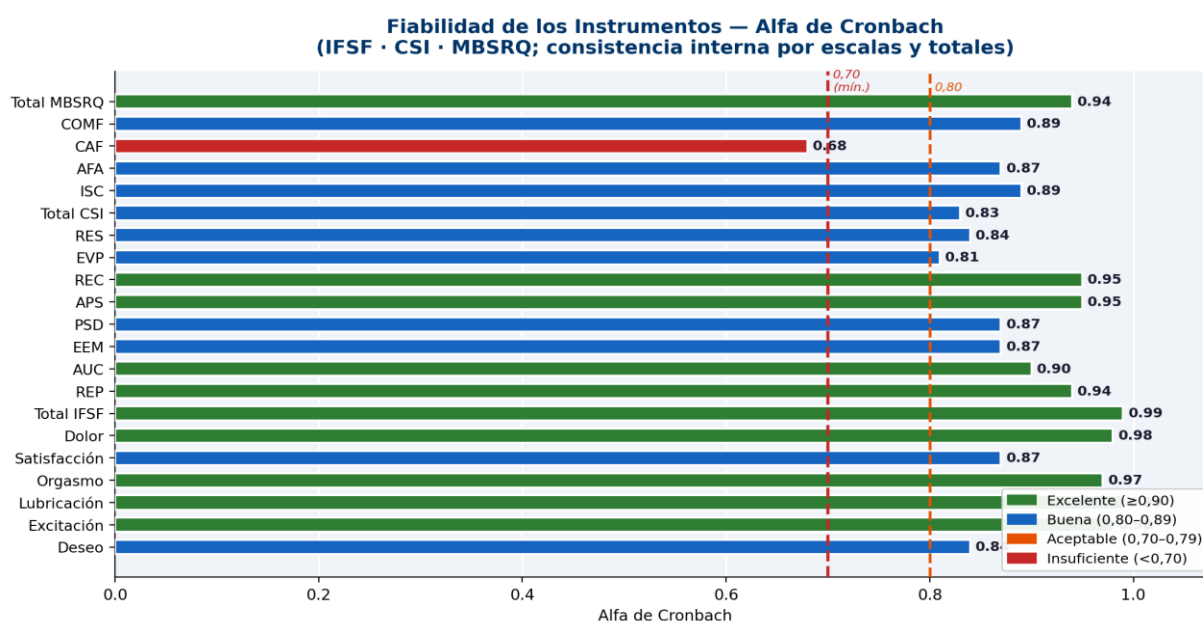


Figura 8. Fiabilidad de los instrumentos — Alfa de Cronbach por escala y total (IFSF · CSI · MBSRQ, N=200, 2020).

El coeficiente de fiabilidad obtenido en el IFSF fue de 0,99 (Excelente); en el CSI de 0,83 (Buena); y en el MBSRQ de 0,94 (Excelente). Dentro de las escalas, la CAF (Cuidado del Aspecto Físico) es la única que no alcanza el nivel 0,70 ($\alpha = 0,68$), lo que sugiere cautela en la interpretación de los resultados de esa sub-escala específica. Todas las demás escalas superan el umbral de 0,70, por lo que puede afirmarse que los tres instrumentos presentan un buen índice de confiabilidad en la muestra estudiada.

5. Discusión

El hallazgo principal de la investigación —la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre mujeres con y sin diagnóstico de cáncer en las tres variables estudiadas ($p > 0,05$)— resulta, en principio, sorprendente dado el impacto psicosocial documentado del diagnóstico oncológico. Sin embargo, este resultado encuentra consistencia en la literatura cuando se examinan las condiciones específicas de la muestra. En primer lugar, la alta conformidad con la actividad sexual previa al diagnóstico (67%) indica que las participantes con cáncer partían de una base robusta de satisfacción sexual, lo que puede actuar como factor protector frente a la perturbación generada por los tratamientos. En segundo lugar, la investigación de Di Pretoro (2016) señala que las mujeres sanas presentan valores medios elevados en todos los dominios y en el total del IFSF, excepto en el dominio Dolor, y que al evaluar el nivel de satisfacción sexual no se registraron variaciones en lo que respecta a la relación sexual con la pareja, siendo alto el nivel de satisfacción percibido en ambos grupos, lo que es coherente con los hallazgos del presente estudio.

La única asociación estadísticamente significativa encontrada —entre la Imagen Corporal (MBSRQ) y la estrategia Resolución de Problemas (REP)— presente en ambos grupos, sugiere que la disposición a resolver activamente los problemas está vinculada a una mejor autopercepción corporal con independencia del estado oncológico. Este hallazgo es consistente con la clasificación de De Haro-Rodríguez et al. (2014) sobre estrategias adaptativas y no adaptativas: la REP es una estrategia adaptativa orientada a modificar la situación estresante, y su asociación positiva con la imagen corporal indica que quienes la aplican tienden a mantener una evaluación más positiva de su propio cuerpo. En contraste, Núñez et al. (2018) no encontraron relación entre la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, lo que sugiere que esta relación puede ser específica de las muestras o los instrumentos utilizados.

El hecho de que el Pensamiento Desiderativo (50%) y la Retirada Social (72,5%) sean las estrategias de mayor presencia en el nivel alto entre las mujeres con cáncer es un hallazgo de relevancia clínica. Ambas son clasificadas como no adaptativas (De Haro-Rodríguez et al., 2014), lo que indica que el repertorio de respuestas implementado por las participantes no contribuye óptimamente al proceso de ajuste a la enfermedad. En la misma línea, Morales-Sánchez et al. (2019) visualizaron la necesidad de que las estrategias de Apoyo Social y Resolución de Problemas sean incorporadas en intervenciones para la promoción del Crecimiento Postraumático en mujeres que han padecido experiencias traumáticas.

El dominio del Orgasmo como el único aspecto de la función sexual que se ubica predominantemente en nivel bajo (36,5%) entre las participantes con cáncer es congruente con los efectos documentados de la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía sobre la respuesta sexual femenina, especialmente en el período activo de tratamiento (Olivares Crespo, 2004; Katz, 2009). La puntuación baja en Atractivo Físico Autoevaluado (AFA) en el contexto de la distribución de las puntuaciones ($M=3,33$) apoya la observación de que las mujeres con diagnóstico de cáncer se autoperciben como poco atractivas, probablemente por los tratamientos invasivos y amputantes. No obstante, las elevadas Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (47% en nivel alto) sugieren que las mujeres no renuncian al cuidado de su cuerpo aun durante el proceso oncológico, lo que puede interpretarse como una expresión de agencia y resiliencia.

La literatura existente acerca de mujeres oncológicas es escasa con respecto a las variables propuestas —función sexual, estrategias de afrontamiento y autopercepción de la imagen corporal— y, en especial, a la interrelación entre las mismas (Rolón Giorrello, 2020). El carácter exploratorio y el diseño transversal de la investigación limitan la posibilidad de establecer relaciones causales; no obstante, el estudio genera la primera descripción sistematizada de esta tríada de variables en mujeres paraguayas, constituyendo un aporte al campo de la psicooncología local.

6. Conclusiones

El cáncer es una patología con elevada incidencia cuyo diagnóstico supone un gran impacto emocional en las personas. Los cambios físicos que ocurren en este tipo de procesos suponen un reto importante para las pacientes, quienes no solo se enfrentan a la enfermedad, de por sí grave, sino a adaptarse a una nueva imagen corporal. En nuestra sociedad, la apariencia física es muy valorada, por lo que las modificaciones corporales derivadas de la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía pueden tener importantes y significativas repercusiones psicológicas en las mujeres.

El hallazgo central de la investigación establece que, en ambos grupos —mujeres con diagnóstico y sin diagnóstico de cáncer—, no se visualizan diferencias significativas al comparar sus puntuaciones en Función Sexual, Imagen Corporal y Estrategias de Afrontamiento ($p > 0,05$). Este resultado, lejos de minimizar el impacto del cáncer, invita a pensar que las respuestas psicosociales de las mujeres ante la enfermedad oncológica son más complejas y heterogéneas de lo que sugieren abordajes

simplificados, y que el diagnóstico de cáncer no determina per se un deterioro uniforme de la función sexual, la imagen corporal o el repertorio de afrontamiento.

Los hallazgos específicos más relevantes fueron: (1) el Orgasmo es el único dominio de la función sexual predominantemente bajo en las participantes con cáncer (36,5%); (2) el Pensamiento Desiderativo (50%) y la Retirada Social (72,5%) son las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia en nivel alto, ambas clasificadas como no adaptativas; (3) existe una relación significativa entre Imagen Corporal y Resolución de Problemas (REP) en ambos grupos; (4) las Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (47% en nivel alto) indican una actitud proactiva de cuidado corporal aun durante el proceso oncológico.

La fiabilidad satisfactoria de los tres instrumentos en esta muestra (α IFSF = 0,99; α CSI = 0,83; α MBSRQ = 0,94) confirma su aplicabilidad en el contexto paraguayo, aportando datos psicométricos relevantes para futuras investigaciones.

7. Recomendaciones

De la misma manera que la paciente oncológica, la familia atraviesa por varias transformaciones, situaciones estresantes y el enfrentamiento a la posibilidad de muerte. Esa relación entre paciente y familia se da de una manera bastante compleja. La mujer con diagnóstico sufre con las reacciones de los familiares, y de esa manera desarrolla estrategias de afrontamiento muchas veces no adaptativas. En consecuencia, se formulan las siguientes recomendaciones:

Para la práctica clínica psicooncológica: (a) diseñar e implementar intervenciones que incluyan explícitamente el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento —especialmente Resolución de Problemas y Apoyo Social—, dado que las estrategias no adaptativas predominantes (Retirada Social y Pensamiento Desiderativo) pueden perpetuar el malestar psicológico; (b) incorporar en las intervenciones técnicas de relajación, actividades de recreación y talleres de expresión creativa —pintura, música, manualidades— a modo de canalizar las emociones de manera constructiva; (c) desarrollar programas de psicoeducación, dirigidos tanto a familiares como a pacientes, para que puedan acceder a información adecuada y precisa acerca del diagnóstico y sus aspectos. Se constató la carencia de conocimiento respecto a estos puntos.

Para la investigación científica: (a) al ser este estudio de carácter transversal, resultaría relevante para futuras investigaciones efectuar estudios longitudinales que posibiliten hacer un seguimiento y tomar mediciones en diversas etapas de la enfermedad —diagnóstico, tratamiento, post-tratamiento y período sin enfermedad—; (b) dado que en este estudio solo se consideraron las mujeres con patología oncológica, podría ser relevante incluir en próximos trabajos a sus parejas, ya que la sexualidad es una construcción altamente influenciada por la relación entre ambos; (c) para garantizar mayor nivel de generalización de los resultados, resultaría importante incluir pacientes de otras instituciones, tanto públicas como privadas; (d) es recomendable ampliar el tamaño de la muestra con el fin de lograr mayor poder estadístico, alcance metodológico y extensión de los hallazgos.

8. Propuesta de Protocolo de Intervención Psicooncológica

A partir de los hallazgos del estudio, se propone un Protocolo de Intervención Psicooncológica Integrada (PIPI) orientado a mujeres con diagnóstico de cáncer que contempla tres componentes articulados:

Componente I — Evaluación Psicométrica Sistemática

Implementación de la batería de tres instrumentos validados en esta investigación (IFSF + CSI + MBSRQ) como protocolo de evaluación estándar al inicio del tratamiento oncológico y en sus diferentes etapas. La evaluación permitirá identificar perfiles de riesgo psicosocial, orientar las derivaciones a servicios de psicología clínica y establecer líneas de base para medir el impacto de las intervenciones. Se recomienda la aplicación en al menos tres momentos: al diagnóstico, a la mitad del tratamiento y al cierre del mismo.

Componente II — Intervención Psicoterapéutica Grupal

Grupos de orientación cognitivo-conductual de frecuencia semanal, centrados en: (a) desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento (REP, REC, APS, EEM); (b) psicoeducación sobre la enfermedad y sus tratamientos; (c) manejo del estrés mediante técnicas de relajación y mindfulness; (d) procesamiento emocional del impacto sobre la imagen corporal y la sexualidad; y (e) fortalecimiento de redes de apoyo social y comunicación con la pareja. La incorporación de la pareja al proceso terapéutico se recomienda como componente de impacto diferencial.

Componente III — Sensibilización del Equipo de Salud

Capacitación del personal médico y de enfermería en comunicación activa sobre temas de sexualidad y calidad de vida, dado que Incrocci (2008) plantea una falta de comunicación activa y útil en relación a temas relacionados con la esfera sexual incluso cuando los profesionales médicos piensan que el paciente puede llegar a experimentar alguna problemática en esa área. La sensibilización del equipo médico es condición necesaria para que las mujeres puedan acceder a orientación oportuna sobre los cambios esperables en su función sexual durante el proceso oncológico.

Referencias

- Abreu De Moraes, M., & González Ayala, S. D. (2024). Reorganización de las dependencias de RR. HH. para el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en Paraguay, 2024. *Revista Internacional de Investigación Empresarial*, 1(2), 82–93. <https://doi.org/10.65740/8wvrwe11>
- Barrios González, F., & González Ayala, S. D. (2026). Inducción al personal de enfermería del Hospital General de Luque de Paraguay: Diagnóstico situacional y fundamentos para su estandarización. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 6–16. <https://doi.org/10.65740/sp8gc517>
- Barrios, I., González-Ayala, S., Barrios, J., Caycho-Rodríguez, T., Ortigoza-Alvez, E., Ortigoza-Aquino, E. E., Pérez Aquino, J. M., Ortiz-Sandoval, R. M., & Torres, J. (2024). Validación de un instrumento de medición de indicadores de gestión en salud pública. *Revista del Nacional (Itaiguá)*, 16(3), 14–29. <https://doi.org/10.18004/rdn2024.dic.03.014.029>
- Blümel, J. E., et al. (2004). Disfunción sexual en mujeres de mediana edad. Validación de un cuestionario para su diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 132(12), 1417–1422.
- Caballero Romero, R., & González Ayala, S. D. (2024). La aplicación de la perspectiva de género por parte de los juzgados de paz de Ciudad del Este en el otorgamiento de las medidas de protección y su implicancia en las mujeres víctimas de violencia. *Revista Internacional de Investigación en Gobernabilidad*, 4(2), 115–135. <https://revistas.posgradocolumbia.edu.py/index.php/riiq/article/view/84>
- Cabanyes, J. (2010). Resilience: An approximation to the concept. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145–151.
- Campoy, T. J., Mónico Bordino, A., Vega Duette, C. E., Torres Báez, E. N., Morínigo Fines, L. N., Villalba Benítez, E. F., González Ayala, S. D., Hernández Fernández, A., & de Barros Camargo, C. (2021). *Competencias socioeducativas del profesorado ante situaciones de crisis sanitaria (caso COVID-19), en Paraguay*. Universidad Columbia del Paraguay. <https://repositorio.conacyt.gov.py/handle/20.500.14066/4180>
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007). Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29–39.
- Chávez Arrúa, G. I., Ovando Ramos, F. S., & González Ayala, S. D. (2026). Impacto de la derivación temprana al nefrólogo en pacientes con factores de riesgo para la prevención de la enfermedad renal crónica en Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 102–109. <https://doi.org/10.65740/qb4czd06>
- Colucci Emery, A. M. M., & González Ayala, S. D. (2026). Incidencia y carga financiera de los procedimientos quirúrgicos por pie diabético en un hospital de referencia de Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 166–175. <https://doi.org/10.65740/hzd78k34>
- Coppari, N. (2017). *El cáncer en Paraguay: situación actual y perspectivas*. Asunción: Universidad Autónoma de Asunción.
- Dalmin, G., Crystal, M., & Thomas, N. (2013). Emotional coping in oncological patients: A comparative study. *Psycho-Oncology*, 22(4), 876–882.
- De Haro-Rodríguez, M. et al. (2014). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 89–100.
- Di Pretoro, F. (2016). *Función sexual, estrategias de afrontamiento y autopercepción de la imagen corporal en mujeres con cáncer y mujeres sanas*. [Tesis doctoral]. Universidad de Salamanca.
- Díaz Facio Lince, V. (2010). Pérdidas, imagen corporal y proceso oncológico. *Psicología desde el Caribe*, 26, 1–31.
- Escubilla Olazar, M. G., Gines Pflugfelder, C. C., González Ayala, S. D., & Godoy Silveira, C. D. (2024). Programa de pensión alimentaria para adultos mayores en situación de vulnerabilidad social en Paraguay: Análisis del impacto económico

- en el periodo 2021–2022. *Revista Internacional de Investigación en Gobernabilidad*, 4(2), 6–20.
<https://revistas.posgradocolumbia.edu.py/index.php/riig/article/view/79>
- Espitia De La Hoz, F. J., & De La Ossa Ospina, L. (2019). Función sexual en mujeres del Quindío con cáncer de mama. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 70(1), 22–31.
- Fatecha Aquino, A. V., Morel Barrios, M. I., & González Ayala, S. D. (2026). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en docentes de odontología, Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 191–200.
<https://doi.org/10.65740/n2ww0850>
- Fernández Gómez, P. V., González Ayala, C. I., González Ayala, S. D., & Soskin Reidman, A. E. (2026). Carcinoma epidermoide desarrollado sobre un quiste epidérmico. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 18, e1800202.
<https://doi.org/10.18004/rdn2026.e1800202>
- Ferreira, M. (2016). El cáncer en Paraguay: estadísticas y perspectivas. ABC Color, Asunción.
- Fick, A. (2012). Psychosocial adaptation in cancer survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(2), 217–225.
- Fobair, P. (2006). Body image disturbances among cancer patients. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 19–29.
- Gibbons Nizza, J. A., & González Ayala, S. D. (2026). Habilitación de sala de mantenimiento de ventiladores pulmonares en unidades de terapia intensiva de hospitales públicos del Paraguay. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 28–37. <https://doi.org/10.65740/z733be94>
- González Ayala, S. D., & López Gómez, C. L. (2024). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en miembros del área comercial del Banco Nacional de Fomento. *Revista Internacional de Investigación Empresarial*, 1(2), 94–104.
<https://doi.org/10.65740/wmrmp45>
- González Ayala, S. D., & Santacruz Mendoza, Á. A. (2024). Donación de sangre en el Paraguay: Análisis de la experiencia del Hospital Regional de Coronel Oviedo – Dpto. de Caaguazú durante el primer semestre del año 2023. Propuesta de estrategia de fortalecimiento. *Revista Internacional de Investigación Empresarial*, 1(2), 34–45.
<https://doi.org/10.65740/rzy52b75>
- Grau Abalo, J. (2016). Calidad de vida y función sexual en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 13(1), 7–22.
- Greenwald, H. P., & McCorkle, R. (2008). Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *Journal of Women's Health*, 17(6), 955–963.
- Hernández, A., Guinot, M., & Honrubia, M. (2007). Variables psicológicas en mujeres con cáncer. *Psicooncología*, 4(1), 45–58.
- Hernández, P., & Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*, 24(1), 1–9.
- Incrocci, L. (2008). Sexual function after external-beam radiotherapy for prostate cancer. *Reviews in Urology*, 10(4), 283–290.
- Instituto Nacional del Cáncer [INC]. (2012). Estadísticas de cáncer en Paraguay. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Katz, A. (2009). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 27(2), 174–176.
- López Cubilla, V. Á. M., & González Ayala, S. D. (2026). Factores asociados a las reconsultas pediátricas dentro de 24 horas y su utilidad como indicador de calidad asistencial. *Revista de Investigación en Salud Pública – RISALP*, 1(1), 126–141. <https://doi.org/10.65740/2qgrw609>
- López-Mato, A. (2004). Psiconeuroinmunoendocrinología: visión integradora. Buenos Aires: Polemos.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPyBS]. (2015). Estadísticas de cáncer de mama en Paraguay. Asunción: MSPyBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPyBS]. (2017). Informe anual del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN). Asunción: MSPyBS.
- Morales-Sánchez, L., Gil-Olarte, P., Gómez-Molinero, R., & Guil, R. (2019). Coping strategies and post-traumatic growth in women with breast cancer. *Frontiers in Psychology*, 10, 664.
- Núñez, R., et al. (2018). Imagen corporal y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 15(1), 73–88.

- Olivares Crespo, M. E. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 1(1), 35–51.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Defining sexual health*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *El cáncer en las Américas: perfil de país 2018*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Ribas Rabert, E., Botella García del Cid, L., & Benito Ruiz, J. (2008). Versión española reducida del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire. *Psicothema*, 20(4), 903–909.
- Rolón Giorello, M. E. (2020). *Función sexual, afrontamiento e imagen corporal correlacionadas y comparadas en mujeres con y sin cáncer [Tesis doctoral]*. Universidad Autónoma de Asunción.
- Rosen, R. C., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191–208.
- Sánchez Sánchez, I. (2015). Cambios en la percepción social del cáncer de mama y su impacto psicológico. *Psicooncología*, 12(1), 41–58.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Kigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343–361.
- Toche, N. (2016). El cáncer costará 15 millones de vidas al año en 2035. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/finanzaspersonales/El-cancer-costara-15-millones-de-vidas-al-ano-en-2035-20160204-0003.html>
- Valdez, S., González, C., & González, S. (2026). Intoxicación fatal por flúor: Correlación clínico-patológica y hallazgos de autopsia. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 59(1), e59012650. <https://doi.org/10.18004/anales/2026.e59012650>
- Vázquez Ortiz, J., Antequera Jurado, R., & Blanco Picabia, A. (2010). Funcionamiento sexual y cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(1), 153–166.
- Villegas, V., & Londoño, C. (2019). Satisfacción con la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama post-reconstrucción TRAM. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica*, 25(1), 18–27.
- Zayas, A., Gómez-Molinero, R., Guil, R., Gil-Olarte, P., & Jiménez, E. (2018). Estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer. *Acción Psicológica*, 15(1), 9–22.

Declaraciones

Aprobación ética: La autora declara haber cumplido con los requisitos éticos aplicables a la investigación y contar, cuando correspondió, con la aprobación o autorización de las instancias competentes para su realización. Esta información fue declarada por la autora durante el proceso de envío del manuscrito.

Consentimiento informado: Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

Contribución de autoría (CRediT): Myrian Elizabeth Rolón Giorello: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición; Norma Beatriz Coppari de Vera: metodología y análisis formal.

Disponibilidad de datos: Los datos que sustentan los resultados de este estudio están disponibles previa solicitud razonable a la autora de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial: La autora declara haber utilizado herramientas de inteligencia artificial durante la preparación del manuscrito exclusivamente para tareas de apoyo a la redacción y revisión lingüística. Su utilización no sustituyó la autoría intelectual, el análisis ni la interpretación de los resultados. La autora revisó y validó el contenido final y asume plena responsabilidad por el manuscrito.

Conflictos de intereses: La autora declara que no existe ningún conflicto de intereses, ya sea de carácter financiero, personal, institucional o de cualquier otra índole, que pudiera haber influido en los resultados, interpretación o conclusiones del presente estudio.

Financiamiento: La investigación fue financiada con recursos propios de la autora y no recibió financiamiento externo.