

El Cáncer Ginecológico: Evaluación, Diagnóstico, y Tratamiento.
Ana María Gutiérrez
Universidad de la Sabana
Facultad de Psicología

Enero, 2009

Resumen

El cáncer ginecológico es el diagnóstico y la tasa de mortalidad más frecuente en mujeres colombianas. La sintomatología es indetectable en estadios tempranos y se presenta como un fenómeno multicausal. Las reacciones psicológicas descritas coinciden, que el diagnóstico es un periodo de crisis donde se evidencian alteraciones en distintos niveles de interacción. Este artículo pretende establecer el impacto biopsicosocial, enfatizando en la sexualidad. Se trabajo en pautas para el afrontamiento adecuado, manejo de la verdad, dinámica familiar y tratamiento. Conjuntamente se identifico la importancia de la evaluación ya que las pautas anteriores a la enfermedad, implicarían posibles cualidades o falencias.

PALABRAS CLAVE: Cáncer ginecológico, Crisis familiar, sexualidad, comunicación diagnóstico, evaluación, verdad tolerable.

Abstract

Gynecological cancer is diagnosed as the most frequent women cancer and the higher cause of death in Colombia. The symptomatology is hardest to discover at early stages and its present as a multifactor phenomenon. The psychological reactions consult said that diagnostic is a crisis phase that affects different interaction levels. This article attempts to show different variables affect in women diagnosed. It explains decision making, appropriate reactions, trueness, and changes in family structure. It identifies the importance of evaluation prediagnostic, because it can be useful during the treatment, also the importance of familiar therapy.

KEY WORDS: Gynecological cancer, familiar crisis, sexuality, diagnostic cancer communication, evaluation, tolerable true.

El Cáncer Ginecológico. Evaluación, Diagnóstico, y Tratamiento

Pensar en cáncer es pensar en un problema de salud pública, existen muchos mitos acerca de la efectividad del tratamiento, muchas personas consideran que cáncer es equivalente a muerte. Actualmente, es posible una detección temprana y los rangos de efectividad son muy altos. Sin embargo, existen factores psicológicos relacionados que no son dimensionados, en muchos casos a cabalidad.

“El cáncer afecta a uno de cada tres personas” (Cruzado, 2004). “Esta enfermedad al ser crónica impone estrictas e inmediatas demandas de la totalidad del sistema familiar “(Baider, 2003).” Imponiendo un desafío en la estabilidad emocional del paciente y su familia” (Urrutia y Villalobos, 2006). Es preocupante el numero de personas diagnosticadas diariamente y los efectos psicológicos en la población el 51%, de los pacientes diagnosticados con cáncer desarrollan una alteración mental a raíz del diagnostico. Este porcentaje depende del tipo de cáncer, el estadio detectado, los síntomas físicos, el dolor y el tratamiento utilizado (Ortiz, Rodríguez y Palao, 2004).

Otro factor a considerar es el relacionado con la imagen negativa que tiene el consultante y su familia sobre el diagnostico de cáncer. Esta enfermedad tiene una representación social que se asocia con muerte, daño, sufrimiento, y síntomas amenazadores. (Cano, 2005; Woodburn, 1964). Para la psicología social el diagnostico se evaluara, clasificara y explicara desde esta perspectiva, lo que afectara directamente el proceso de adaptación y las estrategias de afrontamiento (Umaña, 2007). Este proceso debe ser apoyado por un equipo interdisciplinario donde el psicólogo juega un papel fundamental y de hay nace la idea de este articulo de revisión.

El tipo de cáncer que se evaluara en este artículo es el cáncer ginecológico, debido a que es el diagnóstico mas detectado en las mujeres (56,7%) (García, García, Ballesteros, Novoa ,2003). Es una de las principales causas de muerte adulta en países subdesarrollados, como Colombia. (Kritcharen, 2005). En Latinoamérica, por ejemplo se reportan los niveles más altos de mortalidad del mundo. Los canceres

ginecológicos incluyen cáncer de vulva, endometrio, ovario y cuello uterino, este último el más frecuente en nuestro país.

Es inaudito que más del cincuenta por ciento de las mujeres se infectan con el virus HPV durante los primeros cinco años de relaciones sexuales y la mayoría desconoce que están infectadas. (Fleider y Tatti, 2006). “Los diagnósticos de este tipo de cáncer, tienen un rango de edad promedio de aparición de 20 a 44 años, incluyendo así jóvenes en edad fértil.” (Montes, Mullins, Urrutia, 2006; Muñoz et al., 1996 p.130) Número que ha aumentando considerablemente en los últimos años, que incluye en su mayoría mujeres casadas, y adultas jóvenes, que no han asumido su rol de madre o quieren tener otro hijo, es básico considerar la mala difusión de las implicaciones de este tipo de cáncer, el modo de contagio y los mecanismos de prevención.

El cáncer de cuello uterino es contemplado como un problema de salud pública en Colombia (García et al., 2003). Sin embargo, la incidencia de otros tipos de cáncer se ha incrementado en los últimos años. Por ejemplo, el diagnóstico de cáncer de ovario se ha constituido, el cuarto diagnóstico de cáncer en la mujer, después de los tumores de cuello uterino, mama, e intestino grueso. La población en riesgo para este diagnóstico es mujeres mayores de cuarenta años, obesas, que no hayan tenido hijos o su primer hijo haya sido después de los treinta.

El objetivo general de este artículo es establecer el impacto psicológico, social y sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico. Este objetivo se fundamenta en que el diagnóstico o la crisis genera cambios no solo en el paciente, sino en sus parejas, familias, amigos y cuidadores. (Cano, 2005; Figuy, Bride y Mazz, 1997). En el área de la pareja se realizará un énfasis en el área sexual ya que es la dimensión más afectada directa o indirectamente durante todo el proceso de la enfermedad, debido a que el diagnóstico puede desencadenar disfunciones sexuales. (Bergmark, Avall, Dickman, Henningsohn, y Gunnar, 2007; García et al., 2003) (Kritcgaroen, 2005; Montes et al., 2006; Olivares, 2004) Esta área es una parte importante de la calidad de vida no solo para la mujer sino para sus parejas. (Bergmark et al., 2007)

Las reacciones mas frecuentes han sido descritas, en investigaciones, publicadas anteriormente.

El tema de la difusión sexual en enfermos con cáncer ha sido poco estudiado. No obstante los pocos trabajos existentes han hallado grandes alteraciones en la función sexual de los pacientes. Estos trabajos se han orientado a conocer los factores que pueden deteriorar la relación sexual del enfermo, así como definir las mejores formas de evaluación. (Olivares y Hernández, 2003)

La función sexual se ha estudiado como un área más de la calidad de vida, pero los resultados de algunas investigaciones muestran que es más la importancia que los enfermos le asignan a esta parcela de su vida, que otros aspectos también involucrados este concepto. Es por esto que siguiere que es un tema que merece atención aparte. (García et al., 2003; Olivares, 2004)

Además, esta es una función compleja en la que inciden muchos factores, por lo que una sola pregunta dentro de un cuestionario general de calidad de vida, no es suficiente para la evaluación. Es pertinente indagar particularmente este tema.

Las variables que pueden interferir en la función sexual son las siguientes: medicas (tratamiento, cirugía), psíquicas (ansiedad, depresión, y disminución de autoestima), del entorno (problemas de relación, sobretodo de pareja) y otras como el dolor, la fatiga o la edad avanzada (este ultimo factor esta siendo cuestionado por algunos autores). Es importante tener en cuenta todos estos factores, puesto que un enfermo de cáncer puede tener alterada su función sexual, no por la enfermedad sino por otras causas previas de la misma. (García et al., 2003; Olivares y Hernández, 2003)

Que es el cáncer ginecológico

El cáncer ginecológico es una clasificación que incluye diferentes tipos de cáncer, que solo afecta el sistema reproductivo femenino entre ellos: el cáncer de vulva, endometrio, ovario y cuello uterino. Los cambios físicos y/o síntomas de este tipo de patologías no son evidentes en estadios tempranos, generalmente suelen ir

precedidos de una serie de cambios limitados al epitelio, sin sintomatología alarmante para el paciente o el personal médico. Lo que dificulta el diagnóstico precoz (Nieto, 2002). A continuación una breve descripción del pronóstico, tratamiento y epidemiología de los cánceres más frecuentes:

El cáncer de cuello uterino, es el carcinoma más frecuente en nuestro país es una enfermedad eminentemente crónica, considerada enfermedad de transmisión sexual, ya que en el 93% de los tumores se ha encontrado DNA de HPV+ (Castellsague, 2001). Su pronóstico depende de un diagnóstico oportuno, estadio, grado de afectación linfática y edad. Este es un tipo de cáncer prevenible, por medio de la disminución de conductas de riesgo. (Claeys, Gonzales, Bello, y Temmerman, 2002).

Dentro de los factores de riesgo “se encuentran: “promiscuidad sexual, enfermedades de transmisión sexual en especial VPH, antecedentes de CIN, tabaquismo, nivel socio económico bajo y/o edad mayor a 45 años.”(Muños et la., 1996 p.1068). No siempre debe existir VPH para que exista cáncer de útero, pero es muy frecuente. (Bosch, Lorica, Muñoz, Mejer y Sacha, 2002)

El método de diagnóstico oportuno es la citología cérvico-uterina, ya que el cáncer de cérvix está precedido durante varios años por la neoplasia intraepitelial cervicouterina (CIN), que se observa fácilmente en este examen. (García, 2006).

En Colombia, se ha promovido desde hace más de 30 años. La cobertura de la citología recientemente en mujeres entre 25 y 69 fue de 76,5% (Piñeros, Cendales, Murillo, Wiesner y Tovar, 2005). Sin embargo, el cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema importante de salud pública (Ceballos, Velandia, Caicedo-Mera y Cedales-Duarte, 2006).

Puede estar relacionado con la representación social de la citología, en un estudio realizado con mujeres en edad fértil de la población de Soacha, ellas asocian la citología con infecciones, pre-cáncer y prevención del mismo. El estudio también identificó posibles motivaciones para realizar el procedimiento médico donde se enumeran elementos de orden emocional, que no están relacionados con contenidos

académicos adquiridos. (Muñoz et al., 1996) Además se identifican factores para la no visita al ginecólogo en los que se encuentran sentimientos de temor y vergüenza como principal razón, actitudes de sumisión y represión debido al cónyuge. (Ceballos et al., 2006)

Otro estudio similar realizado en Nicaragua demostró que casi todos los sujetos entrevistados sabían que el cáncer cervical podía ser detectado, pero solo el cincuenta por ciento refirieron el test de papiloma como herramienta efectiva para el diagnóstico, y menos de veinte por ciento de la población conocían los síntomas de esta patología. Este estudio incluyó hombres quienes conocían menos sobre el tema, pero se mostraban más positivos frente a que su pareja se hiciera el test. Lo que debe ser considerado para los estatutos gubernamentales y todos los miembros del cuerpo de salud un beneficio por el rol del hombre en la toma de decisiones en el hogar. (Claeys et al, 2002). Ellos pueden ser entrenados y actuar como facilitadores para que sus parejas asistan al control médico.

En contraste en Cali - Colombia el mismo estudio demostró que los esposos eran el mayor riesgo para las mujeres, debido a que tenían contactos con otras mujeres, incluyendo prostitutas frecuentemente, y a mayor número de contactos, mayor posibilidad de contraer la enfermedad. (Muñoz et al., 1996)

El tratamiento contra el diagnóstico de cáncer cervical, se basa en tres prácticas: cirugía, histerectomía, radioterapia y quimioterapia. Esta última inusual, únicamente utilizada en recidivas o metástasis. (Muñoz et al., 1996; Nieto, 2002)

El cáncer de endometrio es un carcinoma, diagnosticado en mayor frecuencia en países desarrollados, el pronóstico depende de los mismos factores que el cáncer de cuello uterino. Los factores de riesgo son: Edad posmenopáusica, obesidad, diabetes, HTA, menarquía precoz, menopausia tardía, multiparidad, infertilidad, síndrome de ovario poliquístico, uso prolongado de estrógenos, entre otros, factores biológicos. (García, 2006).

El tratamiento tiene los mismos pilares, pero puede incluir hormonoterapia, en pacientes diagnosticadas con metástasis. (Nieto, 2002; Olivares, 2004). El principal síntoma que se presenta en este tipo de pacientes es el sangrado uterino, en mujeres pos menopáusicas, y en edad fértil aparecen sangrados intermenstruales o cambios en las características del periodo. (García, 2006)

La aparición del cáncer de ovario, está directamente relacionado con la edad de la paciente, los tumores detectados entre los 20 y 40 años son en el 80% de los casos benignos. Mientras que entre los 40 y 60 años el 75% son malignos. De estos, el 80% son tumores epiteliales diagnosticados como cánceres de ovario. Generalmente, este tipo de tumores son de diagnóstico tardío en los estadios III o IV con un mal pronóstico y un alto grado de mortalidad. (Olivares y Hernández, 2003)

El tratamiento se basa en la cirugía, quimioterapia, radioterapia, y hormonoterapia, al igual que en el cáncer de endometrio esta última técnica es solo utilizada en metástasis. (Nieto, 2002; Olivares, 2004) El factor de riesgo principal es la alteración en el cromosoma 17 (BRCA-1), sobre todo en el cáncer familiar de ovario. Al ser una alteración genética parece ser inmodificable y se necesita un programa de prevención antes que proceso de curación. (García, 2006)

El cáncer de vulva afecta principalmente a mujeres mayores, es relativamente raro, solo un 3% de los tumores detectados en el aparato reproductor femenino, son descubiertos en esta área (entre los labios mayores y el clítoris), al igual que todos los cánceres mencionados anteriormente un rápido diagnóstico, aumenta las posibilidades de cura. Es importante resaltar que es el cáncer que produce síntomas más lejanos al tiempo de aparición del cáncer. (García, 2006).

Dentro de los factores de riesgo se encuentra: “edad superior a 50 años, menarquía tardía, menopausia antes de los 46 años, escasa higiene local, promiscuidad sexual, irritación local permanente, prurito vulvar pertinaz, trastornos tróficos, lesiones condilomatosas o verrugas o lesiones ulcerativas de vulva.” (García, 2006)

El tratamiento estándar incluye cirugía, radioterapia y quimioterapia, según el grado de la enfermedad. Al igual que el cáncer de cuello uterino existe evidencia que relaciona el Virus de Papiloma Humano con los carcinomas del tracto genital. (Olivares, 2004; Quade, 2002)

Factores de riesgo

Algunos síntomas asociados con cáncer ginecológico son difíciles de detectar en estadios tempranos de la enfermedad. Sin embargo la prueba de papiloma es una herramienta efectiva. Los factores de riesgo son: sangrado inusual, incluso después de una relación vaginal, inflamación del estomago, presión en la pelvis, dolor de espalda o piernas, gases, distensión abdominal, dolor de estomago prolongado, picazón, lesiones, verrugas en la vagina, antecedentes familiares de cáncer, obesidad, inicio temprano de menstruación, inicio tardío de la menopausia, o no haber tenido hijos. Todos estos síntomas pueden ser causados por un tumor o por otras afecciones menos graves. (García et al., 2003)

Es importante resaltar que estos síntomas se presentan en fases tardías, ya que en las fases iniciales no es común que los síntomas se presenten, una mujer puede tener cáncer, durante años antes de desarrollar serios dolores pélvicos, de espalda, flujos vaginales severos, o hinchazón en las piernas. Por esto es importante considerar esta sintomatología como un signo de evolución de la patología. (Vargas-Schaffer, 2000).

Evaluación del dolor

Antes de entrar en la evaluación del dolor es pertinente definir dolor para la Asociación Internacional del estudio del Dolor (IASAP). El dolor es “una experiencia sensorial subjetiva y emocional no placentera que asocia con un daño tisular que se describe desde el punto de vista de ese daño”. (Meskey y Byduk, 1994)

De este modo la evaluación del dolor es fundamental, se debe indagar nivel de intensidad, calidad, localización y percepción subjetiva. El manejo del dolor requiere un riguroso diagnóstico, además de estrategias terapéuticas constantes para la disminución del mismo, el médico debe incluir siempre un examen patológico para

determinar el origen físico del mismo. (Vargas-Schaffer, 2000). La edad es un factor fundamental en la evaluación del dolor, los adultos jóvenes tienden a manifestar mayor dolor que los adultos mayores, por esto es fundamental siempre correlacionar la auto percepción con los exámenes físicos. (Rodríguez, 2000).

Es importante considerar el efecto del dolor, en la calidad de vida del paciente, por eso se deben incluir escalas de este tipo dentro del diagnostico. (Vargas-Schaffer, 2000).

No se debe olvidar, registrar las consecuencias familiares y sociales relacionadas. Con base en esta información y a la observación del terapeuta, se podrá realizar un tamizaje efectivo de la dinámica familiar, de la red de apoyo social, de la modificación en las rutinas y creencias entre otros. (Vargas-Schaffer, 2000)

Otra herramienta utilizada en el contexto oncológico para la evaluación del dolor, es la auto evaluación donde se utilizan dos tipos de escalas unidimensionales o multidimensionales, la primera de estas evalúa porcentualmente la eficacia del tratamiento en contraste al dolor y la segunda incluye una medición cuantitativa, y cualitativa.

Evaluación sexualidad

La evaluación física debe incluir un capítulo de sexualidad debido a que los problemas sexuales tienden a ser una dificultad constante en las mujeres que sufren un cáncer ginecológico. (Abalo, Abreu, Chacon, Gilbert y Gonzales, 1999a; Anderson, 2004)

Jones et al. (1993) fue citado por Garcia et al.(2003 p.205) refiere en sus investigaciones que “las alteraciones sexuales más frecuentes en los dos primeros años posteriores al tratamiento son: ausencia o falta de libido (85%), falta de lubricación vaginal (35%), dispareunia (55%), disconformidad con la vida sexual (30%), y pareja con libido disminuido (40%). La estrechez vaginal dificulta la penetración por lo que un (30%) tienen gran dificultad para terminar el coito, mientras que para un (45%) fue imposible. Cabe resaltar que generalmente el

orgasmo, permanece intacto pero puede retardarse como consecuencia secundaria de los medicamentos o de la ansiedad.”

El entrevistador no debe obviar el contexto general, en donde los pacientes habitualmente no toman la iniciativa de indagar sobre este tipo de problemática, los niegan o simplemente se avergüenzan. (Abalo et al., 1999a)

Estudios revelan que es pertinente avanzar a medida que el paciente da vía libre. Es importante indagar acerca de los cambios físicos producidos en los órganos genitales debido a que pueden interferir directamente en el funcionamiento sexual de la pareja. (Karin, Avall, Henningson y Steineck, 2007)

El reporte debe tener un énfasis cualitativo, ya que todas las mujeres viven esta situación de forma diferente. (García et al., 2003) Las respuestas deben reflejar el funcionamiento de la paciente y su pareja antes, durante y después del diagnóstico, frecuencia, deseo sexual, placer, excitación fisiológica, orgasmo, tratamiento y/o recuperación. Si es el caso el evaluador puede preguntar sobre los mecanismos ya utilizados para solventar la problemática y la eficacia de los mismos. (Basen, 2004)

Dos modelos frecuentemente utilizados para evaluación de este aspecto, en contextos oncológicos son:

Olivares y Hernández (2003 p.59) citan a Kaplan (1995) quien expone las pautas para la entrevista que son útiles para evaluar los problemas sexuales “en individuos sanos y enfermos concentrándose en la queja principal, el estado sexual, el estado psicopatológico, la familia, antecedentes psicosociales y las relaciones de pareja. Este modelo se ha aplicado en el campo oncológico con breves descripciones de la evaluación en cada parte de la entrevista. Así mismo el modelo P-LI-SS-IT, siglas que representan niveles de permiso, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva, es otro modelo de evaluación e intervención utilizado con regularidad como marco para rehabilitación sexual en el cuidado oncológico.”

En caso que exista una disfunción sexual, el diagnóstico debe ser acorde al ciclo biológico de respuesta sexual, el cual se divide en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo, y resolución. “Algunos autores incorporan algunos

aspectos de satisfacción sexual de la mujer como son la intimidad, la confianza, la comunicación, la experiencia placentera, el afecto, y la experiencia placentera de la caricia.” (Olivares y Hernández, 2003 p.60)

Según el manual de diagnóstico DSM IV, las disfunciones sexuales son definidas como alteraciones en alguno de los procesos del ciclo de la respuesta sexual o dolor en la relación sexual. Así, las disfunciones sexuales se agrupan en cuatro grandes categorías: trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación, trastorno de orgasmo, y trastornos sexuales del dolor.

Además, hay dos categorías complementarias, basadas en factores etiológicos, para aquellas disfunciones causadas por alguna enfermedad médica o por el consumo de alguna sustancia.

Miedos del paciente

Los miedos de la paciente y su pareja van en muchas ocasiones ligados a la sexualidad. (Montes et al. 2006) En un 75% de las mujeres encuestadas sobrevivientes de cáncer presentan disfunciones sexuales o calificaron como pobre su intimidad. Estas disfunciones son de carácter multifactorial, pueden estar relacionadas con desordenes hormonales, funcionales o orgánicos. (Abalo, Abreu, Chacón, Gilbert y Gonzales, 1999b; Anderson, 2004; Kritcharonen, 2005)

En algunos casos, estas dificultades se ven reforzadas por desconocimiento del tema, lo que genera temores infundados. Las mujeres refieren temor a no poder satisfacer sexualmente a sus parejas, y por consecuencia sienten que ellos buscarán satisfacción en otro lado, por eso muchas de ellas desafían sus dificultades físicas para satisfacer sus parejas. (Montes et al., 2006)

Esto también puede estar relacionado con los roles sociales de la mujer y el hombre, debido a que las relaciones sexuales generalmente identifican a la mujer con su propia identidad, y las mujeres antes de ser diagnosticadas consideran prioritarias las relaciones sexuales para la vida en pareja. Los hombres por su parte pueden manifestar sentimientos de rabia hacia su pareja por no querer mantener una relaciones sexuales con ellos (Kritcharonen, 2005).

Esto es observado frecuentemente en parejas con mala comunicación, situación que les impide hablar de forma directa y abierta sobre estas dificultades. Las parejas funcionales tienen a manejar la situación de una forma mucho más adecuada, esta crisis resolverá la continuidad o la terminación definitiva de la relación.

Es importante acompañar a las parejas en el reinicio de su sexualidad, ya que las investigaciones muestran que las mujeres recuerdan este evento, como una experiencia traumática. (Abalo et al, 1999b)

Otros factores que se ven afectados son: imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo, y hacia la pareja y en casos particulares infertilidad, lo cual implica afectaciones emocionales. (Montes et al., 2006)

Infertilidad

De acuerdo a la asociación de cáncer de Estados Unidos, generalmente quedar embarazada es posible, sin embargo la radiación continúa sobre el útero esta relacionada con abortos espontáneos, embarazos intrauterinos, y con fetos de muy bajo crecimiento.

Es por esto que el impacto de la infertilidad o de la difícil concepción debe ser evaluado por el terapeuta. Gallart y Stanton (1997) proponen los siguientes criterios, para realización del diagnóstico: distensión entre infertilidad primaria y infertilidad secundaria, creencias acerca del embarazo y proyecto de vida.

Detrás de la infertilidad, se encuentran familias que se ven obligadas, a confrontarse acerca de sus expectativas de ser padres. Este diagnóstico, puede generar reacciones diferentes en cada miembro de la pareja, fuertes tensiones y cambios en la dinámica relacional. Este duelo puede ser más difícil de aceptar para un miembro que para el otro. Las mujeres experimentan sentimientos de pérdida. Cuando el tratamiento del cáncer, ocurre después de tener hijos la pareja experimenta sentimientos de inquietud de algo que estuvo antes bajo control.

La pérdida de la fertilidad es minimizada por los otros, al no ser un hecho tangible. Esto hace que el duelo, deba ser resuelto en solitario. Algunas vivencias de las parejas pueden agruparse en etapas experienciales emocionales que no tienen una

secuencia rigurosa, entre estas están: Estado de shock, en esta etapa se presenta negación y esta mediado por autocompasión, sorpresa y entumecimiento emocional, generalmente es un periodo corto; Culpa, es el intento por determinar el por que de la enfermedad, el paciente se culpabiliza y piensa que esta privando a su pareja de tener hijos. (Meza, 2008)

Un modelo terapéutico que ha sido aplicable a este tipo de problemática es el propuesto por Domar, en el que se entrena en relajación, manejo del estrés y reestructuración cognitiva. Se enfatiza en la percepción control, estrategias de afrontamiento, y apoyo social. Esta terapia puede realizarse individualmente, en pareja, o grupal. Esta última opción daría la oportunidad a pacientes y familiares de conocer familias psicoeducadas y estilos de afrontamiento adecuados. (Castañeda, 1998)

Sobrevivientes

Los problemas más comunes reportados por los sobrevivientes de cáncer ginecológico son disfunciones sexuales y problemas psicológicos o hasta psiquiátricos. Los síntomas psicosociales pueden persistir por dos años después del tratamiento, mientras los síntomas físicos desaparecen generalmente tres meses después de la intervención oncológica. Específicamente en el área sexual los inconvenientes pueden persistir hasta un año después de transcurrido el procedimiento. Los miedos acerca de la reaparición de la enfermedad son generalmente los últimos en desaparecer aproximadamente 5 años después (Groot, 2005).

Particularmente las sobrevivientes jóvenes menores de 35 años sienten que son tratadas de forma distinta por demás, perciben su futuro incierto y presentan un miedo innato a la reaparición de la enfermedad y/o a la esterilidad, su apariencia física y las consecuencias laborales. Generalmente este tipo de pacientes reportan mayores problemas con su familia y en la retoma de sus antiguos roles que las pacientes mayores. (Shifflett, Gansler y Baker, 2002). Esta regla no es general y según el tipo de evaluación realizada durante todo el tratamiento es pertinente observar alterativas apropiadas para cada sobreviviente y familia, por ejemplo intensidad de terapia psicológica, posibilidad o no de participar en grupos de apoyo, entre otros.

Evaluación psicológica

En busca de apoyar a la paciente de forma integral, el psicólogo debe reservar una fase de la evaluación para el contexto psicológico, familiar y social. Para los autores Groot y Cool (2005) esta información es fundamental, ya que las preocupaciones psicológicas se mantienen, mientras los síntomas físicos desaparecen rápidamente como se explicó anteriormente.

Los factores personales a tener en cuenta se pueden agrupar en las siguientes categorías: factores precipitantes, y mantenedores. Los factores pre disponentes principalmente son: educación familiar con valoraciones negativas hacia la sexualidad, experiencias sexuales traumáticas, desvaloración de la imagen corporal entre otros. Los factores precipitantes están asociados a estrés, fatiga, trastornos psicológicos, temor a perder el control, deterioro de la auto imagen e infertilidad. La última categoría es factores mantenedores como anticipación al fracaso, ansiedad, culpabilidad. (García et al., 2003; Olivares, 2004)

Los factores socio afectivos hacen parte de la evaluación integral es fundamental incluir preguntas relacionales con respecto a la sexualidad, cuidador principal, educación familiar, creencias, proyecto de vida y expectativas en pareja. (García et al., 2003; Olivares, 2004)

Un componente crítico, usualmente es la posibilidad de tener una enfermedad, lo que produciría una ansiedad anticipatoria y posteriormente la aceptación del diagnóstico, al ser un evento estresor, este puede generar angustia, ansiedad, depresión, y temores acerca de la muerte, la feminidad y la maternidad. (Cano, 2005). Estos síntomas pueden ser criterios diagnósticos de una patología psiquiátrica. Por ejemplo el cáncer de cuello uterino reporta los niveles más altos de depresión. La variabilidad en el impacto de la enfermedad esta arraigada a las características psicológicas anteriores al diagnóstico. (García, 2004)

Aceptación inicial del diagnóstico

Las reacciones al diagnóstico de cáncer son diversas, sin embargo algunos parámetros generales han sido descritos por la literatura. Desde el enfoque sistémico

la presencia de un diagnóstico de cáncer ginecológico, es un cambio dentro del sistema familiar o una crisis.

vital, debido a que la familia es un sistema interrelacionado y el diagnóstico de uno de sus miembros, en este caso la madre, afecta a los demás miembros, de forma circular, en donde cada uno debe asumir un rol diferente, y modificar sus comportamientos dentro del sistema. (Cano, 2005)

Benítez (2000), define crisis como la alteración del equilibrio, esta puede verse desde dos perspectivas: peligro u oportunidad. El peligro se encuentra en la posibilidad de que el equilibrio no se restablezca.

Por su parte, Slaike (1996) expone que las crisis son un estado temporal, de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la capacidad del individuo para abordar situaciones particulares. La definición de ambos autores comparte que la crisis está profundamente relacionada con el proceso de adaptabilidad de los pacientes.

En el momento del diagnóstico empiezan a evidenciarse los primeros síntomas psicológicos, este momento es considerado un momento de shock, en donde se altera la credibilidad en sí mismo y en el personal médico, además de que empiezan a aparecer síntomas de ansiedad y depresión (Robertson, 2005). Una alternativa para medir los niveles de ansiedad es el STAI, una escala que consiste en 6 ítems con diferentes niveles de ansiedad siendo seis el menos ansioso y veinticuatro el más ansioso (McCaffery, 2004). Puede ser pertinente aplicarla en esta y en otras fases para orientar el trabajo con el paciente.

Es frecuente pasar por un proceso de negación, junto con sentimientos de rabia, irritabilidad, y desesperación. Progresivamente las mujeres y su red de apoyo conocen la enfermedad, pronóstico e implicaciones en el proyecto de vida, en esta etapa se considera que los pacientes y sus familiares aceptan el diagnóstico, y los posibles efectos secundarios, es fundamental orientar la terapia a generar estrategias para la adaptación efectiva durante el proceso. (Montes et al., 2006)

Estos acontecimientos hacen parte de la reacción de ajuste, esta se define como un efecto inconsciente y temporal, relacionado directamente con el impacto del

diagnóstico, en este período se deben adaptar paciente y familiares por medio de estrategias frente a la crisis.

En este punto las habilidades de afrontamiento juegan un papel crucial y dependen de directamente de la aceptación inicial del diagnóstico (Montes, et al., 2006). Una actitud realista, y una participación activa permiten enfrentar el diagnóstico y los efectos secundarios de una forma positiva. No obstante hay sujetos que reaccionan de forma pasiva y por esto sufren síntomas somáticos, tales como alteraciones en el apetito, apatía, y abulia. (Sánchez et al., 2002). “La reacción particular de cada sujeto, incluyendo la toma de decisiones depende de factores sociales extrínsecos e intrínsecos”. (Markovic, Manderson y Quinn, 2006 p.212)

Un estudio realizado con mujeres diagnosticadas con este tipo de cáncer revela que las mujeres, prefieren tener un rol activo al principio de la enfermedad pero que ha medida que se deterioran físicamente su poder de decisión disminuye notablemente, evidencia que ha sido probada en otros estudios realizadas en otros países (Markovic et al., 2006) Para mediatizar este efectos se debe potencializar las primeras fases de la enfermedad y enseñar a la paciente y a familiares a controlar adecuadamente sus emociones para potencializar las estrategias de afrontamiento mas activas si es la alternativa es adecuada para el pronostico para la disminución del dolor. (Rodriguez, 2000).

En un estudio realizado por Moroney y Greer (1989) exponen cinco estilos de afrontamiento espíritu de lucha, negación, fatalismo, estoicismo o aceptación pasiva y desesperanza. Ellos también consideran que la elección de la estrategia del paciente y su familia determinan su pronostico psicológico, debido a que de este componente depende la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción del control y la adaptación. Los grupos de mayor edad normalmente reprimen con mayor frecuencia sus emociones, (Rodríguez, Esteve y López, 2000). Un factor fundamental a la hora de realizar la entrevista e el posible diagnóstico de las alteraciones psíquicas. (Rodríguez, 2000)

Un trastorno que frecuentemente ocurre en esta etapa es el de evitación experiencial en donde los pacientes no son capaces de superar la etapa de negación y

generar una representación social inamovible de que no se encuentra enfermos ni necesitan ayuda, una técnica utilizada efectivamente en estos casos es el ACT que por medio del dialogo favorece la flexibilidad conductual (Páez, Luciano y Gutiérrez, 2005)

Como mecanismo de prevención, para que el fenómeno mencionado anteriormente no suceda la asistencia psicológica debe ser inmediata para disminuir los niveles de ansiedad (Flach y Pragli, 1975).

Es pertinente que el terapeuta realice una entrevista inicial , que incluya evaluación del riesgo de un trastorno psiquiátrico, y el establecimiento de una alianza sólida que será fundamental en caso de un proceso terapéutico.

Además de las estrategias de afrontamiento ya mencionadas, los factores que deben ser tenidos en cuenta en la evaluación por su incidencia directa en el proceso de adaptación según Datillo y Freeman no 2000 son experiencias anteriores, valores, miedos creencias y red de apoyo. Por su parte, Silva aseguro que el diagnostico, como una situación de crisis debe ser evaluado desde 3 componentes fundamentales, el área personal, el área situacional y el entorno. (Motta, 2004)

Es normal encontrar pacientes que se sienten tristes frente al diagnostico en el momento de la evaluación, pero al observar una sintomatología depresiva es fundamental iniciar un tratamiento inmediato (Kubler–Ross, 1999).

Debido a que puede desembocar en un trastorno adaptativo de ansiedad o depresión. La sintomatología de estos trastornos y su correlación con el cáncer son descritas por la psiquiatra (Olga Sala, 2000, p.220) en los siguientes parrafos:

Los pacientes diagnosticados con cáncer pueden desarrollar trastornos de ansiedad, el más frecuente es el trastorno de ajuste, los sujetos experimentan comportamientos de mal adaptación y/o cambios en el estado de ánimo en respuesta a un estresante identificado, en este caso el diagnóstico. Estos síntomas son adicionales a las reacciones normales al cáncer y ocurren en los 6 meses siguientes del suceso estresante; sin embargo, esta determinación puede ser complicada en el paciente con cáncer, donde el estresante es un factor constante. Los pacientes diagnosticados con un trastorno de ajuste en general no tienen unos antecedentes de otros trastornos psiquiátricos.

Este trastorno puede estar acompañado de sintomatología depresiva en personas con cáncer, lo que se diagnosticaría como trastorno de adaptación con ánimo deprimido, a veces llamado depresión reactiva. Este trastorno se manifiesta cuando la persona tiene un ánimo disfórico acompañado de una inhabilidad para llevar a cabo las actividades usuales. Los síntomas parecen ser prolongados y excesivos a una reacción normal esperada, pero no llenan los criterios de episodio mayor de depresión.

Los síntomas de una depresión mayor son: ánimo deprimido durante casi todo el día y la mayoría de los días; gusto o interés menor en la mayoría de las actividades; cambio importante en los patrones de sueño y apetito; agitación o lentitud psicomotora; fatiga; sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva; poca concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Para hacer un diagnóstico de depresión, estos síntomas deberán mantenerse un mínimo de dos semanas.

Al ser los trastornos de ansiedad tan frecuentes en este tipo de pacientes es pertinente definir ansiedad, que la literatura define como una respuesta emocional que prepara a las personas y/o reaccionar ante situaciones desconocidas en este caso el diagnóstico o el tratamiento. Este fenómeno se puede considerar adaptativo en las primeras fases. Sin embargo una exposición prolongada puede generar un malestar en el bienestar psicológico.

Que tener en cuenta a la hora de dar el diagnóstico

El diagnóstico debe ser dado por un equipo terapéutico, conformado por oncólogo, quien conoce todos los detalles médicos de la enfermedad y de un psicólogo entrenado en ontología e intervención en crisis. De este modo se disminuyen las consecuencias negativas a nivel psicológico. La información dada debe tener en cuenta el contenido a comunicar, la persona que va dirigida, el como cuando es dada la información. En cuanto el contenido que debe ser tenido en cuanto en el diagnóstico es las características del procedimiento, las razones del mismo, y los posibles efectos positivos o secundarios. (Cruzado y Olivares, 2000; Labrador, 2004)

La información debe ser suministrada únicamente a los directos implicados pacientes y/o familiares según sea el caso. Es fundamental dar la información de forma

secuencial, dando la oportunidad de que el paciente o su familiar que pregunte hasta que entiendan las implicaciones, consecuencias y demás dudas pertinentes. Se encuentran relaciones directas entre esta información y los estilos de afrontamiento. (Cruzado y Olivares, 2000).

Evaluación del área Social

La evaluación del componente social es fundamental, ya que como en todas las enfermedades crónicas, el paciente con cáncer debe ser apoyado por familia, pareja y amigos cercanos. Investigaciones muestran que esto es la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. Tal y como esta descrito en el párrafo anterior, al recibir el diagnóstico la familia completa entra en crisis. Esta pasa por un proceso de reajuste, donde es pertinente un acompañamiento terapéutico y de psicoeducación centrada en la enfermedad y creencias irracionales. (Macias, Perez y Trujillo, 2003)

El tener una red de apoyo social pobre, habitualmente favorece el uso de estrategias poco efectivas tales como negación o evitación. Este tipo de patologías frecuente muestran una pobre red. Por ejemplo, el cáncer Cervicouterino esta relacionado con múltiples parejas sexuales, esto hace que las mujeres se asilen y no compartan su diagnóstico, por evitar ser rotuladas como promiscuas. (Montes et al., 2006)

La red de apoyo social, durante el post tratamiento es sorpresivamente importante, tal vez mas que en tratamiento. Investigaciones muestran que a partir de seis meses post tratamiento, las mujeres necesitan compartir experiencias, relacionadas con la enfermedad, el tratamiento o los efectos secundarios. Es un momento ideal para enrolar a la paciente en un espacio voluntario de psicoterapia grupal. (Montes et al., 2006)

La familia

La principal red de apoyo de la paciente, es la familia, el cáncer ocurre dentro de este contexto, y no únicamente dentro una persona, es por esto que todo el sistema entra en crisis.

Debemos ver a la familia como un grupo que ha vivido varias crisis vitales a lo largo del tiempo, y de ese modo aprovechar estrategias útiles en otras ocasiones. El diagnóstico de una enfermedad oncológica en uno de los miembros, en este caso madre o hermana del grupo, se torna como un hecho, no esperado, que puede provocar cambios que generalmente se perciben como negativos. (Cardenas, 1997)

Los cambios ocurren paralelamente en la paciente y en la familia, los miembros cercanos se ven afectados emocionalmente, cognitivamente y generalmente cambian significativamente sus rutinas, los planes para el futuro, el significado sobre si mismos, e incluso el sentido de sus vidas. Será un momento importante en el grupo familiar que definirá su destino crecimiento y enriquecimiento, o su total disfunción. (Soto, Planes y Gras, 2003)

Es importante resaltar que al ingreso los niveles de ansiedad del familiar son significativamente mayores al del sujeto tratado, esto se evaluó por medio de un cuestionario demográfico la prueba de HAD Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y el Cuestionario de Calidad de Vida CCV. (Funes, Avian y Hernan, 2001). No obstante otros estudios han demostrado que los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores no son significativamente diferentes a la persona enferma, pero si patológicos en comparación a la población normal.

La comunicación del diagnóstico genera una importante alteración psicoemocional, como se describió en los estudios mencionados antes, en donde los familiares y principalmente el cuidador principal pasa por un período de estrés, por la pérdida del control. (Soto et al. 2003)

Estos cambios pueden ser permanentes, o pueden pasar por diferentes ciclos repetitivos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, ambigüedad, falta de control y readaptación. Por ende, se puede describir el proceso como un ciclo de cambios inesperados e incontrolados. Una forma de evaluar el momento por el que se

encuentra la familia y la composición familiar de forma rápida antes y durante el de diagnóstico es el APGAR familiar este test compuesto por cinco componentes: adaptabilidad, relación o asociación, crecimiento, afecto y resolución, que brindaran una idea rápida y efectiva de la composición familiar. (Funes et al., 2001)

Un estudio realizado en Cuba por las doctoras Clara Pérez Cárdenas y Fidelina Rodríguez Herrera (2000) miembros del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Cuba obtuvieron conclusiones interesantes para el tratamiento y diagnóstico de la familia después del diagnóstico de cáncer de un miembro de la misma: Se observó que la pareja era la primera persona en recibir la noticia (lo que implicaría un tratamiento inminente), la aparición de ansiedad y la tristeza frente al diagnóstico y la exteriorización de estos sentimientos (Ventaja para la resolución del duelo de la pérdida de salud o de la pérdida de la composición familiar), los miembros del grupo se sienten sin el control de la situación y buscan la mayor cantidad de información posible, además de que se reajusta el sistema familiar por medio de cambios en los roles familiares.

Debido a la crisis el psicólogo debe acompañar este proceso para potencializar al máximo el fortalecimiento familiar y controlar los riesgos de desintegración. (Baider, 2003) Trabajar con una familia no solo beneficiará a los familiares sino al diagnosticado, una familia funcional (al menos percibida por el paciente), muestra menores niveles de depresión en el cuidador y una mejor percepción de la calidad de vida del paciente y su cuidador. (Funes et al., 2001)

Es importante que los pacientes sientan el apoyo emocional e instrumental, ya que este último es el más provechoso siendo la pareja la que proporciona el apoyo más tangible. El proceso de transición debe incluir una adaptación en la intimidad y la reorganización de las prioridades.

En el momento que la relación es inadecuada las consecuencias son ampliamente visibles, un estudio realizado con 129 personas con sus respectivas parejas determinó que si el esposo de la paciente realiza críticas, la paciente forma una representación cognitiva negativa y por ende una mala adaptación (Baider, 1997). En muchos casos las críticas del cónyuge no eran directas al paciente si no a

la situación particular, sin embargo los sujetos no diferenciaron entre las críticas, y se sintieron heridos en todas las ocasiones, lo que evidencio dificultades a largo plazo en el tratamiento.

Las parejas habitualmente son vistas como sostén natural y de ayuda incondicional al paciente. Esto en práctica, no es tan claro, por el contrario las parejas o familiares necesitan en primera instancia apoyo antes de ayudar alguien más. (Baider, 2003)

Ellos deben ser entrenados en métodos funcionales y efectivos para resolver problemas del pasado o actuales a consecuencia de la enfermedad. Una táctica que puede ser utilizada es el juego de roles donde el familiar tendrá la oportunidad de enfrentar situaciones hipotéticas y crear nuevas soluciones. En muchos casos es inevitable realizar terapia familiar para la facilitar el ajuste y apoyar los nuevos roles y tareas de los miembros, es pertinente la separar la enfermedad del sujeto, entre otras técnicas.

Comunicación Abierta

Una habilidad que debe ser reforzada por todos los miembros del sistema es la comunicación abierta. Una de las mayores polémicas surge acerca de la cantidad y exactitud de la información que debe darse al paciente oncológico.

“Tradicionalmente, el personal medico y la familia hablan poco del diagnóstico, pronóstico o tratamiento frente al paciente, generando una conspiración de silencio que en muchos casos solo incluye una breve información del diagnóstico. Actualmente, la tendencia ha empezado a cambiar y en algunos casos se ha invertido. Hoy en día los pacientes obtienen información precisa y su rol es mas activo.” (Olivares, 2004 p.32).

Este cambio, ha sido registrado por innumerables investigaciones que muestran una mejor adaptación social a largo plazo. De este modo, la familia y el paciente se apoya uno al otro y se reduce las ambigüedades, confusiones, se promueve la autonomía y se genera una mejor adherencia al tratamiento. El manejo de la información, debe respetar la autonomía del paciente o familia y la capacidad del grupo para la toma de sus propias decisiones. Es importante precisar, que los pacientes

tienen derecho de saber la información, pero también tienen derecho de no saberlo si no lo desean. (Labrador, 2004) “De este estatuto nace la “verdad tolerable“, la información que se le debe proporcionar al paciente tiene que ser la que el enfermo pueda admitir sin agravar su estado psicológico o somático.” (Labrador, 2004 p.52)

Este cambio en la cantidad de la información, también ha mostrado diferencias en la percepción de los sujetos acerca de su enfermedad. Los sujetos que perciben que tienen una comunicación abierta con el personal médico y su familia muestran unos resultados muy positivos en su proceso de rehabilitación. Además, relacionan este tipo de comunicación con unas relaciones con mayor apoyo, por parte de la red social. (Mester et al., 2000).

Esta tarea ha evidenciado una dificultad en la mayoría de los oncólogos, ya que no han sido capacitados en las habilidades psicológicas necesarias para comunicar la información y en muchos casos cometen errores en la elección de la persona, los términos o lugares correctos. Es preciso que psicólogo y oncólogo trabajen de la mano para responder las dudas, verificar mitos y creencias. (Macias, Perez y Trujillo, 2003)

Tratamiento psicológico ante el cáncer

El objetivo principal de este tipo de tratamiento es mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares al igual que mejorar la adaptación a la nueva situación. (Barreto y Soler 2004) Es por esto que las intervenciones deben incluir algunas tareas específicas tales como: incrementar el nivel de autoestima de la paciente, disminuir niveles de estrés, empoderar al paciente generándole sensación de control, apoyar al paciente en la solución de conflictos de forma práctica y rápida, explicarle el proceso de reacciones normales frente a el diagnóstico de cáncer. (Robertson, 2005)

La terapia psicológica es fundamental en todos los estadios incluyendo el post tratamiento ya que los pacientes y familiares se sienten desprotegidos a la salida del hospital y aumentan significativamente los síntomas ansiosos y depresivos. (Vega y Villalobos, 2002). Además, es fundamental entrenar a pacientes y familiares en la posible aparición de metástasis y la adherencia al post tratamiento. Los niveles de depresión durante la metástasis son significativamente mayores que en cualquier otro grupo. (Vega y Villalobos, 2002)

Una terapia habitual para pacientes diagnosticados con cáncer, es la terapia adyuvante que se lleva a cabo durante 6 a 12 sesiones semanales de una hora de duración. Es más corta que la terapia cognitiva convencional por dos razones: en primer lugar, la mayoría de los pacientes presentan reacciones ajustadas frente a psicopatologías formales y no necesitan el total de 20 sesiones de Beck para la depresión, y en segundo lugar las demandas existenciales oncológicas harían impracticable una terapia prolongada.

“Los componentes de la terapia son: (1) orientación del problema, podrían ser personales, interpersonales, o relacionados con el cáncer; (2) carácter educativo; (3) activo-colaborativo, (4) uso de tareas para casa. Las técnicas de tratamiento se aglutinan en los siguientes bloques: (1) métodos directivos, (ventilación emocional); (2) técnicas conductuales tareas graduadas, relajación, planificación y secuencialización de actividades; (3) técnicas cognitivas (estrategias cognitivas de afrontamiento, registro de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva) y (4) trabajo con pareja (pareja como coterapeuta y habilidades de comunicación”. (Olivares, 2004 p.32)

En caso de que el terapeuta no tenga la posibilidad de aplicar la terapia de adyuvante, puede valerse de herramientas terapéuticas tales como: instrucciones comportamentales, técnicas de control de ansiedad, reestructuración cognitiva auto instrucciones positivas, atención selectiva enfocadas en solución de problemas y regulación de la emoción. (Olivares, 2004)

Una alternativa para la disminución de la sintomatología depresiva, la propone Olga Sala (2000) quien combina intervención en crisis, psicoterapia breve de apoyo y técnicas cognitivas o de conductuales. Orientadas a disminuir síntomas y entrenamiento en resolución de conflictos; movilización de apoyo; reestructuración cognitiva.

Para el manejo de la ansiedad una alternativa adecuada puede ser la inoculación del estrés, que es diseñada como una estrategia preventiva que puede ser aplicada en terapias grupales, esta alternativa puede ser eficaz para paciente y red de apoyo social. Ya que dota a los sujetos con una mayor capacidad para afrontar situaciones difíciles de ansiedad y dolor.

Este esquema de entrenamiento se divide en tres fases: Fase educativa o de conceptualización, donde los pacientes o familiares tiene la oportunidad de conocer la enfermedad, el pronóstico y resolver las dudas; fase de adquisición de habilidades y ensayo, donde se enseña a los sujetos las habilidades y el estilo de afrontamiento adecuado, esto es fundamental realizarlo con la familia y el paciente para que el estilo de afrontamiento se ha unificado y la fase de aplicación y consolidación, indicando la prevención de recaídas, esta técnica incluye exposición graduada imaginaria y en vivo. (Olivares, 2004)

Cruzado y Olivares (2005) también identifican un modelo dividido en fases de intervención se inicia con la intervención preventiva, donde los sujetos modifican sus hábitos de riesgo, y fortalecen sus conductas positivas. La segunda fase busca la adherencia y confianza por el tratamiento, además de la adaptación del paciente. La siguiente fase esta enfocada en las reacciones emocionales, en el tratamiento particular de cada individuo y si es el caso la relación con la muerte o la fase terminal.

Otra alternativa para el tratamiento de esta problemática, la presenta Jay Haley quien propone que el terapeuta debe tener un papel activo, asignando tareas a la familia dentro y fuera de la sesión, promoviendo cambios y no basándose en el insight.

En la intervención particularmente de parejas Cecchin (1995) propone que es esencial fortalecer los vínculos para así establecer una conexión con el sistema, es por esto el que terapeuta debe facilitar los canales de comunicación.

Tratamiento área sexual

El tratamiento del área sexual Es primordial para un efectivo tratamiento psicológico, debe incluir todas las falencias encontradas en la fase de evaluación, además de enfatizar la pautas de comunicación previas al diagnostico, los mitos, y las expectativas de la pareja.

La charla de esta temáticas debe ser en pareja y debe ser clara en el impacto del tratamiento en este área desde el diagnostico. (Robertson, 2005) Es importante resaltar que la terapia psicología debe realizarse antes durante y después del tratamiento. Para minimizar las características físicas relacionadas con el tratamiento que impactan directamente a la paciente y su pareja.

La terapia debe centrarse en los siguientes objetivos brindar información de la enfermedad, cambios en estructuras y funcionamiento de los órganos genitales; Motivar a los pacientes a buscar nuevas alternativas de expresión sexual; Informar de estrategias de manejo de síntomas físicos y por ultimo pero fundamental en el proceso comunicación entre los dos miembros. (Robertson, 2005)

Una estrategia adecuada para romper el hielo es empezar por un consejo sexual breve, en donde el psicólogo y la pareja establecen la prioridad de la sexualidad, dentro de la dinámica de la relación. En esta sección es pertinente incluir lecciones funcionales para que la pareja poco a poco recupere el funcionamiento sexual, el terapeuta puede facilitar ejercicios para realizar en pareja dentro y fuera del consultorio, y de este modo minimizar el dolor, los niveles de ansiedad y las ideas irracionales. (García et al., 2003)

Dentro de las tareas es fundamental enviar a la pareja a una valoración ginecológica, en donde ellos tengan la posibilidad de confrontar sus creencias con la realidad. Dentro de las preguntas deben incluir consecuencias de los contactos, posibles riesgos e inclusive rutinas sexuales, ya que es posible que la pareja deba intentar nuevas posiciones menos dolorosas, las investigaciones muestra que la histerectomía o la exposición a la radioterapia pueden generar anomalías vaginales que obstaculizan funciones sexuales. (Fernández, 2007)

Una idea para disminuir la ansiedad, es pedirle a los sujetos que recuerden los primeros contactos sexuales, donde apenas se estaban conociendo uno al otro e intenten volver a conocerse incluyendo, caricias, abrazos y otras formas de intimidad sexual. Por ejemplo, mujeres que fueron tratadas por cáncer cervical y tuvieron cambios en la anatomía de su vagina, generalmente presentan efectos negativos en sus funciones sexuales. Los cambios más significativos son de carácter cognitivo, las pacientes tienen una auto percepción de baja lubricación, vagina más corta, y pérdida de elasticidad mientras la penetración esto puede obstaculizar la aparición del orgasmo. No obstante, el dolor o sangrado pueden ser una consecuencia y restringir el placer, la penetración, los movimientos y los cambios anatómicos. (Fernández, 2007)

Aun cuando la reiniciación en la sexualidad, es fundamental para las parejas algunas sesiones deben estar enfocadas a resolución de conflictos y comunicación abierta. A los sujetos se les pedirá que realicen auto registros de cosas positivas que hacen sus parejas debido a que las personas fijan su atención en las cosas negativas y disminuyen las cosas positivas. Cambiando así las atribuciones, expectativas e ideas irracionales cuando es necesario. (Fernández, 2007)

Dentro de la terapia se deben tocar las atribuciones, expectativas e ideas irracionales sobre el matrimonio y la naturaleza del conflicto. Se debe confrontar la realidad, las exageraciones y el como resolver el conflicto de formas distintas a las ya utilizadas. Darle estrategias de comunicación y estrategias de solución de conflictos. Para algunas parejas la terapia grupal puede ser muy efectiva ya que es un mecanismo de apoyo donde las mujeres y sus familias pueden enfrentar sus miedos. (Olivares, 2004)

Después de un tratamiento, 4 de cada 100 mujeres a quienes les realizaron este procedimiento terminan con una vagina mas corta, mientras el 58 por ciento reducen lubricación. Sin embargo no hay investigaciones que prueben reducciones en elasticidad vaginal mientras estimulación sexual. (Olivares, 2004)

Discusión

El cáncer ginecológico es el diagnóstico de cáncer mas frecuente en mujeres y es un problema de salud publica, la sintomatología es difícil de detectar en estadios tempranos, de hay la importancia de campañas efectivas de prevención y promoción. Actualmente el cáncer de cuello uterino involucra a mujeres jóvenes en edades fértiles y casadas. Lo que indicaría que la promiscuidad no es el principal problema en Colombia, si no ya se a la iniciación temprana de la sexualidad o la elección de pareja.

Este tipo de cáncer se vive en familia como una crisis. Es fundamental acompañar este proceso por ya que las familias patológicas terminan de desintegrarse si no se realiza una intervención oportuna. Es fundamental un psico diagnostico del diagnostico, ya que las pautas de comunicación, afectaran directamente, las estrategias de afrontamiento del paciente y su grupo familiar. Así como la posible aparición de síntomas psiquiátricos patológicos en todo el grupo.

El diagnóstico psicológico no debe obviar el contexto, el trabajo interdisciplinario, oncólogo, ginecólogo, psiquiatra y psicólogo es fundamental para una evaluación y tratamiento efectivo de este tipo de deficiencias. Errores en la comunicación del diagnóstico son frecuentes por las deficiencias en este punto del sistema.

El periodo de crisis que viven las parejas, lo ven como una amenaza, acompañada de incertidumbre y miedos. Los sentimientos entre los miembros difieren, las mujeres la viven como una pérdida y deben ser orientadas a elaborar un proceso de duelo. En el que recurrentemente presentan ideas irracionales de infidelidad, minusvalía, culpa o soledad.

Por su parte los miedos del hombre al reanudar la sexualidad, están relacionados con mitos y creencias relacionadas con posibles daños biológicos o contagios por contactos sexuales. Estos miedos están mediatizadas por factores predecesores a la enfermedad entre estos: mala comunicación, dificultades de relación y malas estrategias para solucionar problemas en pareja.

Sin embargo, los miembros de la pareja comparten síntomas somáticos como: angustia, ansiedad, depresión, temores acerca de la muerte, y cambios en el proyecto de vida. Esta sintomatología es una reacción normal de ajuste en los primeros días tras el diagnóstico, pero deben estar apoyados por el equipo terapéutico ya que puede desembocar en un trastorno adaptativo de ansiedad o depresión.

Un punto álgido para esta población es reiniciación de la sexualidad se debe trabajar ampliamente en la disminución de la ansiedad, una estrategia efectiva es empoderar a la pareja con tareas para realizar dentro y fuera del consultorio. Acompañadas de una terapia cognitiva, que reevalúe las creencias, que según las investigaciones son un factor determinante en este proceso. En la última fase es fundamental que las parejas se han entrenadas en resolución de conflictos y comunicación asertiva

Para evitar el desarrollo de este tipo de patologías, es pertinente psicoeducar a la pareja, dándoles la oportunidad de indagar sobre la enfermedad, pronóstico, reiniciación de la sexualidad y consecuencias a largo plazo. Al igual que un consejo

sexual breve que incluya, ideas funcionales, para minimizar el dolor, la angustia y las ideas irracionales.

En el momento en que la familia haya satisfecho todas sus dudas, es importante enseñar las habilidades apropiadas de afrontamiento adecuado, previniendo así la reaparición de sintomatología depresiva. Ya que el cuidador esta igual de propuesto a esta alteraciones. Se debe manejar el tema del manejo y cambio de roles en la familia.

El manejo de la información solo depende del paciente, el debe ser capaz de determinar si desea o no poseer información detallada de su enfermedad el diagnostico y la comunicación del mismo. Son un punto clave en el estilo de afrontamiento de pacientes y familiares. Es importante psicoeducar a la población en la importancia de comunicar el resultado con su familiares, como herramienta de apoyo Y desmitificar el cáncer= muerte. Esto acompañado de un tratamiento adecuado mejora significativamente las expectativas de vida de muchas mujeres. Al igual que viceversa alientan a la familia a compartir el diagnostico con la paciente, la percepción de control fomenta mayor adherencia al tratamiento.

Las herramientas cognitivo conductuales han sido utilizadas efectivamente, para la realización de terapia en este contexto entre estas están terapia adyuvante, psicoterapia breve de apoyo, intervención en crisis, inoculación del estrés, reestructuración cognitiva, auto instrucciones, técnicas de manejo de ansiedad, autocontrol, solución de problemas imaginaria y exposición en vivo. SE Pueden además utilizar test como el HAD para fortalecer el diagnostico

Durante, las tres etapas terapéuticas la red de apoyo social es fundamental, sin embargo las parejas se aíslan por la relación existente entre algunos canceres ginecológicos y el Virus de Papiloma Humano, es pertinente involucrar a la pareja en una terapia grupal donde se sientan identificados con pares que están sufriendo la misma problemática.

En cuando la relación de pareja se evidencia grandes alteraciones en la función sexual de los pacientes. Esto puede ser consecuencia de variables médicas, psicológicas, contextuales o personales. Es importantes resaltar que las variables

tienen frecuencias distintas de desaparición después del post tratamiento, las físicas son las primeras, las psicológicas duran 2 años mas y los miedos alcanzan 5 años, lo que afectaría la vida cotidiana de la consultante, es por esto que el acompañamiento terapéutico en este fase debe ser obligatorio aún cuando ya a superado la urgencia oncológica. Es fundamental no olvidar que el tratamiento medico, solventa una mínima parte de las dificultades que vive el grupo familiar y el paciente y en la mayoría de los casos y que el tratamiento psicológico en una sola etapa es insuficiente para la mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Otro, punto fundamental es el manejo del diagnostico donde el oncólogo, juega un papel fundamental, la adecuada comunicación favorecería una adaptación adecuada además de la remisión inmediata a la consulta psicológica.

Por nuestra parte, los psicólogos debemos aprender de la sintomatología física por la que pasea el paciente para poder entender las implicaciones psíquicas. Es por que el trabajo interdisciplinario debe ser considerado como fundamental para la buena ejecución del ejercicio de las dos profesiones.

Referencias

- Abalo, J., Abreu, MC., Roger, M. & Gonzales, Gilberto (1999). La sexualidad en pacientes con Cáncer: Algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana de Oncología*, 49-65
- Baider (2003) Cancer y familia: aspectos teoricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, (1),505-520
- Baider, L. Ph.D., De-Nour, Atara Kaplan A., (1997) Psychological Distress and Intrusive Thoughts in Cancer Patients. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 185,(5), 346-348
- Bergmark K., Avall-Lundovist E., Dickman P., Henningsohn L. Gunnar S. (1999) Recuperado el 14 Enero, 2007 de *www.nejm.org* el. Massachusetts Medical Society, 340, (18), 1383- 1389
- Bosch F.X, Lorincz A., Muñoz. , Meijer C., Shah K.V (2002). The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. Recuperado el 12 Enero 2007 de *jcp.bmj.com*
- Cano A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2,(1),71-80
- Cardenas C., Perez I., Fragoso J. (1997). Manifestaciones de las crisis familiares transitorias en una población de Alamar. *Revista cubana medica*,15,(3),443-447
- Castañeda P. (1998) Modelos De Psicoterapia Conductual Y Cognitiva Frente A La Conducta Desadatativa. *Revista De Psicología*, 2,(1), 100-127
- Castellsague X., Bosch X, Muñoz N. (2002). The male role in cervical cáncer. *Salud pública de Mexico*, 45, 3
- Claeys P., Gonzales C., Gonzales M., Page H. Bello R.E.& Temmerman M. (2002) Determinants of cervical cancer screening in a poor area: results of a population –based survey in Rivas , Nicaragua. *Tropical Medicine International Health*, 7, (13), 933 – 945
- Cortes- Funes Fabian L. Cortes – Funes. Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado de familiar y del cuidador principal. *Psicooncología*, 0,(1), 83-92

- Cruzado J. Presentación del número monográfico: control de síntomas en cáncer. *Psicología, 2,(1)*, 117-123
- DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *American psychiatric association*. Trastornos del afecto y el ánimo
- Erika G., Silvia G. A, Torres Gómez, Castillo L. Suárez S, Martínez B. El proceso del duelo. (2008). Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13,(1,) 28-31
- Fernandez B., Veloso B., Vilaza M.. "Histerectomía y Sexualidad".(s.f) Recuperado el 14 de Enero 2007 de www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo-s.asp?texto=art55001
- Fleider L., y Tatti S. (2006) *Utilidad de la anoscopia magnificada en la detección de lesiones preneoplásicas por HPV*. 77 congreso argentino de cirugía. Extractos de trabajos 2006
- García D., García M.P., Ballesteros B.P, y Novoa M. (2003) *Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica*, Tesis doctoral no publicada. Facultad de psicología. Santa fe de Bogotá, Universidad Javeriana.
- García L.(2004) *Psicooncología del cáncer mama*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de psicología. Santiago de Chile. Universidad de Chile
- García Mata A. Prevención y diagnóstico del cáncer genital: vulva, vagina, cuello de útero, ovario y mama. *Protocolos de Obstetricia y Ginecología para AP-Ginecología*;
- GONZALES I. 8 2000) Las crisis familiares, *Revista Cubana*.16, 3 ,207-276
- Groot J.M, Maht K., Winton F., Greenwood T. Deprettilos A.D. y Devins G.M (2005) The psychosocial impact of cervical cancer among effects and their partners. *Gynecol* 15, 918 – 925
- Karl Slaike. 1996 Intervención en crisis: *Manual para práctica e investigación*. México, D.F: El Manual Moderno.
- Kritcharon S. (2005) Perceptions of Gender Roles, Gender Power Relationships, and Sexuality in Thai Women Following Diagnosis and Treatment for Cervical Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32, (3), 682-687

Labrador M. & Bara E., (2004) La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1,(1), 51 – 66

Markovic, M., Manderson, I., Wray, n.(2006). Complementary. Medicine use by Australian women with gynaecological cancer. *Psycho-oncology*, 15, 209-220.

McCaffery K. , Waller J. , Forrest S. , Cadman S., Szarewski A., Wardle J. (2004). Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1437-1443

Milica M., Manderson M.,& Quinn M. (2006) Treatment decisions: A quality study with women gynaecological cancer ; *Australian and new Zealand of obstetrics and Gynaecology*, 46; 46 – 48

Montes L. M., Mullins M.J, Urrutia M.T (2006) Calidad de vida en mujeres con cáncer cervico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71, 2

Montes L.A, Mullins MJ, Urrutia M.P. (2006) *Calidad de vida en mujeres con cáncer*. Departamento Salud de la Mujer. Trabajo de Grado no publicado. Facultad Enfermería. Santiago de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Motta I. (2004) Diagnostico Situacional. Ministerio de la Protección Social *Dirección General de Calidad de Servicios Convenio CTD de Cooperación Técnica; 7325-CO*

Muñoz N., Castellsague X., Bosch X., Tafur L, Sanjosé S., Aristizabal N. , Ghaffari A., Shah K. (1996). Difficulty in elucidating the Male Role in Cervical Cancer in Colombia, a High-Risk Area for the Disease. *Journal of the National Cancer Institute*; 88, 15

Nieto (2002) Diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer ginecológico. *Aula Acreditada 2001 2002*

B E. y Hernandez V.(2004). Sexualidad en la patología neoclásica ovárica. *Psicooncología*; 0, (1), 57-73

Olivares M. (2004) Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico, *Psicooncología*, ; 22, 29-48

Olivares M.E. (2004) Aspectos Psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en psicología latinoamericana*, 22,29-48

Páez, M., Luciano C and Gutiérrez O (2005). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*; 2, (1), 49-70

- Perez C., Rodríguez F. (2006) Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar. *Revista psicológica de investigación científica.com* 2011-252
- Ran Abalo J., Abreu M.C, Roger M., Fleites G. (1999) La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. *Revista Cubana Oncológica*, 15, (1), 49-65
- Rodríguez M.J, Zarazaga M.R y López A. (2000) Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*,12, 3, 339-345
- Robertson R. (2005). Women with gynaecological cancer. *Women's mental health*; 7, 4, 31-32
- Sala O. Psiquiatría y Cancer (2000). *Rev Psiquiatría Facultad de Medicina*; 27; 4, 220-226
- Shifflett P., Gansler T. , & Baker F. (2002) A cancer journal for clinicians . Recuperado el 21 de enero, 2007 de caonline.amcancersoc.org.
- Silva J. Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad Parte I: Evidencia Conductual, Afectiva, Metabólica y Endocrina. Departamento de Salud Mental y Psiquiatría Facultad de Medicina Universidad de la Frontera . *Terapia Psicológica* 2007, 25,2,141-154
- Simon B. Joi S. Partidge & Runowicz C.D. (2007) Preserving fertility after Cancer. *Cancer*, 55; 211- 228
- Soto J., Planes M., Gras M.E. (2003) Las emociones como variables relacionadas con el cambio de hábitos de salud en familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer. *Psicooncología*. 0,(1), 75- 82
- Umaña C. (2007) *Perspectiva Psicoocologica del bienestar subjetivo*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de psicología. Santa Fe de Bogota. Universidad Jorge Tadeo Lozano
- Urrutia I., Villalobos E.,Ramirez B (2006) Prevalencia de displasia y cáncer cervicouterino y factores asociados en el hospital central de Chihuahua Mexico. *CIMEL ciencia de investigación medica estudiantil latinoamericana*. 11,(1), 12-15
- Vargas-Schaffer (2000);Dolor en oncología; *Revista Española del Dolor*, 7, 3, 42-48