

EL CANCER DE CERVIX Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LAS MUJERES

Lisette Johanna Castro Castillo

Diplomado Psicología de la Salud

Facultad de Psicología

Universidad de La Sabana

Chía, Julio 2007

Resumen

La calidad de vida de las personas es un tema que hoy día ha recibido gran acogida, por eso mismo, se quiso indagar en la calidad de vida de las mujeres que padecen cáncer de cérvix. Se investigó como se afectan sus dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Según las fuentes referidas, puede verse que los problemas que comúnmente se encuentran en este tipo de pacientes tienen que ver con los trastornos emocionales y/o afectivos como la depresión y la ansiedad, disturbios en el sueño debido a los tratamientos y a la medicación recibida, produciendo fatiga recurrente. Además, se ven afectadas las buenas relaciones de pareja y la estabilidad misma de la relación.

Palabras clave: cáncer de cérvix, calidad de vida, ansiedad, depresión, espiritualidad, religión, fatiga, sueño, apoyo social, conducta sexual, comunicación.

Abstract

Today, people's quality of life is a topic that has been well accepted by society, this is why this paper is regarding the quality of life in women that suffer from cervical cancer. Therefore, an investigation was performed to find how physical, psychological, social and environment health is affected. The authors used in this investigation support the idea that patients that suffer from cervical cancer could commonly develop emotional and/or affective distress like depression, anxiety, and sleep disorders as a result of the treatments as well as the medications effects, producing symptoms of fatigue. Besides this, the sexual response and desire is affected, making it difficult to establish and maintain an intimate relationship.

Key words: cervical cancer, quality of life, anxiety, depression, spirituality, religion, fatigue, sleep, social support, psychosexual behavior, communication.

EL CÁNCER DE CÉRVIX Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES

El cáncer es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo, constantemente relacionada con otros términos tales como dolor, sufrimiento y muerte. Conocida desde las antiguas civilizaciones, su nombre deriva de la palabra *kankros*, que significa cangrejo y hace referencia a la similitud en que el animal y la enfermedad “atrapan” y destrozan a sus víctimas (Aguiar, Hernández y Gómez, 1994). Es una enfermedad con causas endógenas y exógenas, y el estrés facilita su surgimiento y evolución en la medida en que debilita el sistema inmunológico del paciente (González, 1989).

Este es el caso del cáncer de cérvix o cervicouterino, un tipo frecuente de cáncer en mujeres, y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. Este empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anormales. Una citología con tinción de Papanicolaou generalmente encontrará estas células pre-malignas. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes (Institutos Nacionales de la Salud, 2001).

El cáncer de cérvix ocupa el segundo tumor en frecuencia de los cánceres de las mujeres en el mundo y constituye la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina en los países en desarrollo (Waxman, 2005). De los cerca de 500.000 casos nuevos que se presentan cada año, alrededor del 80% ocurren en estos países. La implementación de programas adecuados de tamización con citología cervical en los países desarrollados ha disminuido la incidencia y la mortalidad en cerca de un 75%. El panorama es distinto en los países pobres donde los programas de tamización no se han implementado o han sido inadecuados y la incidencia y mortalidad siguen siendo un problema de primer orden (Lazcano-Ponce, Alonso, Ruiz-Moreno y Hernández-Ávila, 2003).

En Colombia, según datos de Globocan (2002), el cáncer de cérvix es el más común entre las neoplasias que afectan a la mujer. El tumor maligno más frecuentemente diagnosticado en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) de Bogotá durante el año 2002 con 720 casos fue el cáncer de cérvix, que representó el 23,4% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres.

Como ocurre con todos los cánceres en los países en desarrollo, el cáncer cervicouterino suele diagnosticarse en un estadio avanzado. Esto se debe en parte a la escasez de programas de tamizaje eficaces. Los requisitos de infraestructura, técnicos y organizativos de la citología (la prueba convencional empleada en la mayoría de los países en desarrollo) hacen sumamente difícil realizar un tamizaje eficaz de las mujeres. En los lugares donde sí existen programas de tamizaje eficaces, a menudo son inaccesibles para las mujeres por razones geográficas, financieras o culturales. Por último, las mujeres con cáncer cervicouterino tienden a no presentar síntomas en las primeras etapas de la enfermedad, y la mayoría solicita atención sólo cuando el cáncer ya se ha vuelto sintomático (White y Winkler, 2004).

Al estudiar un gran número de mujeres en todo el mundo, los investigadores han identificado ciertos factores de riesgo que aumentan las posibilidades de que las células en el cérvix o cuello uterino se vuelvan anormales o cancerosas. Piensan que, en muchos casos, el cáncer cervical se desarrolla cuando dos o más factores de riesgo actúan juntos. La investigación ha mostrado que las mujeres que empezaron a tener relaciones sexuales a una edad temprana, especialmente antes de los 16 años de edad y las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer cervical (Institutos Nacionales de la Salud, 2001).

Las mujeres también tienen un riesgo mayor si sus parejas empezaron a tener relaciones sexuales a una edad joven, han tenido muchas parejas sexuales o han sido parejas de mujeres que tuvieron cáncer de cérvix (Institutos Nacionales de la Salud, 2001).

Los científicos no saben exactamente por qué las prácticas sexuales de las mujeres y de sus parejas afectan el riesgo de desarrollar cáncer cervical. Sin embargo, la investigación sugiere que algunos virus transmitidos sexualmente pueden causar

que las células del cérvix empiecen las series de cambios que pueden llevar al cáncer. Las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales o cuyas parejas han tenido muchas parejas sexuales pueden tener un riesgo mayor de cáncer del cuello uterino al menos en parte, porque ellas tienen más probabilidad de contraer un virus transmitido sexualmente (Institutos Nacionales de la Salud, 2001).

En todo caso, conocer este diagnóstico, al ser un evento vital estresante, puede llegar a provocar algunas alteraciones emocionales en el paciente diagnosticado (especialmente ansiedad y depresión) (Cano, 2005), y muchas veces estos no son tratados (Bárez, Blasco y Fernández, 2003), logrando a su vez rupturas en sus relaciones con el medio (personal, familiar, escolar, laboral social y/o espiritual) (Malca, 2005) y posibles cambios en el rol preestablecido (Cárdenas, 2001).

Una nueva manera de entender la relación entre lo médico y lo psicológico ha hecho que los psicólogos y psiquiatras extiendan su intervención a nuevos campos, planteando para ellos una visión integral de la persona con enfermedad física, poniendo énfasis en la importancia de la valoración de otras variables distintas a las estrictamente biológicas, ya que éstas interactúan con lo psicológico, social y medioambiental. De esta manera se ha impulsado el desarrollo de la psicooncología como una subespecialidad que intenta responder a los factores relacionados con la aparición del cáncer, así como las reacciones emocionales del enfermo, la familia y el equipo asistencial durante el proceso de la enfermedad (Rebolledo y Alvarado, 2006).

Concretamente, Fawzy y colaboradores (Fawzy, 1999; Fawzy y Fawzy, 1998; Fawzy, Fawzy, Ardnt y Pasnau, 1995), señalan que el objetivo de las intervenciones psicológicas es ayudar a los pacientes de cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión, y abandono, reducir la ansiedad en relación a los tratamientos, y clarificar percepciones e informaciones erróneas (Bárez, Blasco y Fernández, 2003).

De esta manera, es posible abordar al paciente con cáncer y a su familia de manera integral, con una visión biopsicosocial, acompañándolos en todo el proceso, buscando ganancias en cuanto a calidad de vida y apoyo se trata (Pérez, 2001).

El término calidad de vida se emplea hoy en día en diferentes campos del sistema de salud y también en otras áreas, como la sociología aplicada a la medicina y la economía de la salud. Aunque es un término que aparece con mucha frecuencia, no cuenta con una definición aceptada universalmente. La Organización Mundial de la Salud (Spinger-Verlag, 1994), la define como: “percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Muchos estudios clínicos evalúan los efectos del cáncer y su tratamiento sobre la calidad de vida. Estos estudios miden los aspectos del sentido del bienestar de una persona y la capacidad de llevar a cabo diversas actividades (Institutos Nacionales de la Salud, s.f).

En general, la calidad de vida se puede relacionar con todos los aspectos de la vida de una persona, pero en el campo de la oncología este término se centra en la salud del paciente (Arraras, Martínez, Manterota y Laínez, 2004).

La investigación oncológica se ha dedicado a la conceptualización e identificación de cuáles son las dimensiones que se deben considerar en la calidad de vida (Richard y Ramírez, 1997). Así, se ha propuesto para medir, el funcionamiento en los aspectos físico, desempeño del rol, cognoscitivo, psicológico, bienestar espiritual, dolor y otros síntomas (Restrepo, 2001). En este trabajo se desarrollaran las siguientes dimensiones: salud física, psicológico, relaciones sociales y ambiente.

La calidad de vida del paciente se puede ver comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que esté sometido. Los resultados de los mismo varían, dependiendo de la clase de tratamiento, del tipo de cáncer, de la evolución de la enfermedad y de las características individuales del sujeto (Malca, 2005).

Algunos de los efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos son: alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros. Debido a estos y otros efectos, puede generarse una dificultad

para adherirse al tratamiento, lo cual da como resultado el abandono del mismo (Malca, 2005).

El alcance psicológico del cáncer está matizado por la connotación social que tiene. El temor que genera depende de la vivencia que provoca en el paciente de falta de control sobre la enfermedad ("no puedo hacer nada"), y las cifras de mortalidad por esta causa; de ahí que su diagnóstico genere imagen de soledad y desamparo (Pérez, 2001).

En la adaptación a la enfermedad influyen algunas variables como la edad del paciente, las características de su personalidad, así como el tipo de comunicación que tenga establecido con su familia, lo que determinará el grado de aproximación o aislamiento que tendrá a partir del momento de conocer su problema de salud y las características del tratamiento a seguir, dígame tiempo de duración, complejidad o efectos adversos (Abreu, 1997).

Como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos, si bien el proceso más común consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza (Orbell, Hagger, Brown y Tidy, 2004), se generará una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999). La valoración del suceso como una pérdida importante (de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc.) tenderá a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en depresión (Cano, 2005).

Si bien la depresión y la ansiedad son los síntomas frecuentemente encontrados en la anamnesis de estos casos, y siendo una vivencia personal no puede desprenderse de la connotación cultural (Abreu, 1997). Por ejemplo, la depresión se ha relacionado con el cáncer de dos maneras: como un factor que aumenta el riesgo de padecer cáncer y, como una condición que influye en el curso de la enfermedad y que afecta el ajuste del paciente y su familia a la misma. En cuanto al primer aspecto, no existe al parecer una evidencia contundente que muestre que la depresión pueda influir en la

adquisición del cáncer; en cambio, si se ha demostrado la influencia de la depresión en el curso de la enfermedad una vez esta se ha adquirido (Restrepo, 2001). Otro aspecto además importante para tener en cuenta, es que el tratamiento de la enfermedad puede poner a la mujer en un alto grado de riesgo de padecer depresión, pues algunos estudios indican, que por ejemplo, la radioterapia logra estados emocionales depresivos debido a efectos de la radiación.

El cáncer de cérvix es el cáncer que reporta los mayores índices de depresión, y en comparación con otros cánceres, como el de mama y de endometrio, es el que reporta las mayores aflicciones emocionales (Ashing-Giwa, Kagawa-Singer, Padilla, Tejero, Hsiao, Chabra, et al., 2004)

La aceptación inicial del diagnóstico de cáncer, su tratamiento y los posibles efectos secundarios son un componente importante para las habilidades de afrontamiento. Una actitud realista, determinante y una participación activa en el proceso de tratamiento permite, a algunas pacientes, enfrentar el diagnóstico, los procedimientos desagradables y los efectos secundarios con menor estrés (Juraskova, Butow, Robertson, Sharpe, McLeod y Hacker, 2003).

La ansiedad es también un problema importante en los pacientes con cáncer, una de las dificultades para su diagnóstico, está dada porque algunos de los síntomas característicos están asociados con la condición médica o con los efectos colaterales del tratamiento, de tal forma que se debe colocar especial atención a los síntomas psicológicos, tales como la preocupación constante. Se ha observado que la ansiedad en los pacientes con cáncer está acompañada de mayor hiperactividad autónoma (Noyes, Holt y Massie, 1998). Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad durante mucho tiempo, su bienestar psicológico se ve cada vez más perturbado, a la vez que sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de activación, su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle, sus procesos cognitivos pueden estar alterados, o la evitación de las situaciones que provocan estas reacciones intensas de activación fisiológica y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral o social del individuo (Cano, 2005).

Los niveles de ansiedad y depresión, medidos por cuestionario (Zigmond y Snaith, 1983), a los seis meses del diagnóstico dependen en gran medida de los niveles de ansiedad y depresión observados tras el diagnóstico, más una sencilla pregunta sobre apoyo social (Nordin, Berglund, Glimelius y Sjoden, 2001). Los resultados de este estudio parecen sugerir que en buena medida la ansiedad y depresión dependen de la emocionalidad negativa previa (o característica del sujeto) y del apoyo social recibido (Cano, 2005).

Existen múltiples preocupaciones en las mujeres con cáncer de cérvix, entre las que predominan el apoyo social, el estrés general, el bienestar familiar, la vida sexual y de pareja y los síntomas físicos asociados al tratamiento (Ashing-Giwa Y COLS, 2004). Un sentimiento recurrente es la preocupación constante por su enfermedad y el miedo a la recidiva. En un estudio realizado por Wenzel, DeAlba, Habbal, Kluhsman, Fairclough y Krebs (2005), un 39% de las pacientes atribuye su preocupación actual al cáncer, 27% expresan que cosas externas hacen pensar en su cáncer y un 26% tratan de evitar desanimarse cuando piensan en el diagnóstico. Klee, Thranov y Machin (2000), señalan que las pacientes refirieron depresión y preocupación al término del tratamiento y a los tres meses siguientes; esta situación bajó a niveles normales posterior a los seis meses. Sin embargo, tras dos años post tratamiento las mujeres aun refieren preocupación por su enfermedad.

Uno de los temas que preocupa a las mujeres es la infertilidad, dado el gran impacto en la feminidad y en el rol reproductivo. Las mujeres experimentan sentimientos de pérdida, los que influyen negativamente en su relación de pareja y dificultan la posibilidad de poder formar, de manera satisfactoria, una posterior relación (Greimel, Thiel, Peintinger, Cegnar y Pongratz, 2002). Esta situación se ve reflejada en el estudio realizado por Wenzel y cols. (2005), en donde señalan mayores preocupaciones reproductivas en las usuarias con cáncer de cérvix que en las mujeres con ausencia de enfermedad: tristeza de no poder tener hijos (31%), incapacidad de hablar abiertamente sobre fertilidad (30%), frustración relacionada a infertilidad (25%) y luto por la pérdida de la capacidad reproductiva (25%), son las preocupaciones señaladas por estas mujeres.

Otra secuela del tratamiento para el cáncer cérvicouterino es la alteración en la percepción de la imagen corporal. Esta alteración se debe a cicatrices producto del tratamiento lo que trae como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en sí misma, siendo aún más evidente en las mujeres premenopáusicas (Montes, Mullins y Urrutia, 2006).

Otro aspecto importante a tener en cuenta dentro de esta dimensión psicológica, es el de la espiritualidad y la religión. Aunque se desconoce con seguridad, el vínculo existente entre la espiritualidad y la salud, algunas investigaciones muestran que las creencias espirituales o religiosas y sus prácticas promueven una actitud mental positiva la cual podría ayudar a que el paciente se sienta mejor. El bienestar espiritual y religioso puede estar relacionado con una mejoría en la calidad de vida en las siguientes formas: disminución de la ansiedad, depresión e incomodidad; disminuir el sentimiento de soledad; mejorar la adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento; aumentar la capacidad de seguir disfrutando la vida durante el tratamiento del cáncer; sentido de crecimiento personal como resultado del vivir con cáncer; y mejoría en los resultados de la salud (Institutos Nacionales de Salud, 2007).

Hoy en día, entre los pacientes con cáncer ha habido un interés creciente en vincularse religiosamente, en la búsqueda de la salud (Sherman, Simonton, Adams, Latif, Plante, Burns, et al., 2001). El sujeto con cáncer se ve invadido por una serie de factores estresantes, que van desde el impacto inicial generado por la noticia de la enfermedad, lo imprevisible de su evolución, el pronóstico de la misma, el efecto de quimioterapia, hasta la toma de conciencia de la finitud de la vida. Todos los proyectos de la vida del individuo quedan interrumpidos y todas las energías y pensamientos del individuo se concentran en el proceso de supervivencia (Sala, s.f.).

Cuando una persona enfrenta el diagnóstico de cáncer, sus creencias y prácticas religiosas pueden ayudar a combatir los sentimientos de desamparo y de angustia que se producen, ordenando y restituyendo el significado de su visión de la vida al promover un sentido de control (Navas, Villegas, Hurtado, et al., 2006). Las creencias religiosas son utilizadas comúnmente por los pacientes con cáncer para enfrentar el

miedo, la ansiedad, la desesperanza y la pérdida de control que produce esta enfermedad (Koenig, McCullough y Larson, 2000).

Herbert Benson, quien dirige el Instituto Mind-Body en la Universidad de Harvard, ha venido estudiando desde hace 30 años el poder de la oración y se ha focalizado específicamente en el efecto que tiene sobre el cuerpo la meditación, forma budista de rezar. Reportó, que todas las formas de oración producen una respuesta de relajación que combate el estrés, calma el cuerpo y promueve la sanación (Lazar, Bush, Gollub, Fricchione, Khalsa y Benson, 2000). Benson ha documentado mediante estudios de resonancia magnética nuclear (RMN) del cerebro, cómo se producen cambios físicos en el cuerpo cuando alguien medita. En la medida que se va profundizando la relajación, comienza una intensa actividad en los lóbulos temporal y parietal, que son los encargados de controlar la orientación espacial y establecer distinciones entre el sí mismo y el mundo. Se produce una quietud que envuelve todo el cerebro. Al mismo tiempo, los lóbulos frontal y temporal se liberan y la conexión mente-cuerpo, se disuelve. El sistema límbico, responsable de nuestras emociones, también se activa. Todo esto da como resultado que el cuerpo se va relajando y la actividad fisiológica se hace más controlada (Lazar, Bush, Gollub, Fricchione, Khalsa y Benson, 2000).

En general, la espiritualidad y la religión pueden convertirse en una poderosa fuente de fortaleza, porque capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo creencias, actitudes y comportamientos pueden afectar su salud. Al promover el bienestar existencial, ya sea asociado a sus creencias religiosas o prácticas espirituales, se favorecerá una mejor función inmune (Vrban y Fontão, 2007).

Pasando a otra dimensión tenida en cuenta en la calidad de vida, encontramos la física. Esta es la más evaluada por el equipo de salud, pero quizás una de las menos afectadas en estas mujeres. Esta situación se ve reflejada en la publicación realizada por De Groot, Mah, Fyles, Winton, Greenwood y Depetrillos (2005) donde constatan que las preocupaciones psicológicas en mujeres con cáncer de cérvix pueden persistir durante los dos primeros años posteriores al tratamiento; en cambio las

preocupaciones por los síntomas físicos no sobrepasan los tres meses post tratamiento.

Las alteraciones físicas están sujetas principalmente a la modalidad de tratamiento utilizada. Las pacientes sometidas a radioterapia son las que presentan mayores alteraciones, entre las cuales se encuentran diarrea, poliaquiuria, disuria, secreción vaginal abundante, irritación vaginal, irritación en piel irradiada, cansancio y debilidad (Bye, Tropé, Loge, Hjermland y Kaasa, 2000).

Estos síntomas en el período agudo alteran principalmente el bienestar físico. Tres a cuatro años tras la radioterapia, persisten síntomas como diarrea y fatiga crónica, las que tienen un gran impacto en el deterioro de la función social (Klee Y COLS, Thranov y Machin, 2000).

En un estudio realizado por Maduro, Pras, Willemsse, y de Vries (2003), sobre los efectos secundarios agudos y crónicos presentados por mujeres con cáncer cervical tratadas con radioterapia, se observaron: alteraciones urinarias 27% (cistitis, fístulas y ulceraciones), dérmicas 20% (edema, eritema, fibrosis y ulceraciones) y alteraciones genitales en un 12% de las pacientes (vaginitis, sequedad vaginal, estrechez vaginal, acortamiento vaginal, dispareunia, necrosis cervical, etc.). Los efectos tardíos presentados por la radioterapia fueron gastrointestinales y genitourinarios, los que incluso provocan alteración de la CV general hasta veinte años post tratamiento.

La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que presenta alteraciones a corto plazo en todas las dimensiones de la calidad de vida, debido a la sintomatología aguda que ésta provoca. Los efectos secundarios que presentan las mujeres sometidas a éste tratamiento dependen de la terapia utilizada. Durante el período de administración de la quimioterapia existe una gran intensidad de síntomas, los que deterioran la CV general, especialmente el ámbito físico y social, debido al malestar que estos provocan (Montes, Mullins y Urrutia, 2006).

Las mujeres con cáncer de cérvix que son sometidas a mayor número de tratamientos y procedimientos médicos presentan peores índices de calidad de vida (Hawighorst-Knapstein, Fusshoeller, Franz, Trautmann, Schmidt, Pilch, et al., 2004).

Esto se debe a que presentan mayor número de efectos secundarios de los distintos tratamientos que van deteriorando su bienestar general (Montes, Mullins y Urrutia, 2006).

La fatiga es uno de los principales problemas que alteran la calidad de vida de los pacientes de cáncer. Aproximadamente el 80% de los pacientes de cáncer presentan fatiga en alguna fase de su enfermedad. Se trata de un síndrome subjetivo complejo de carácter biopsico-social que puede estar presente incluso trascurridos varios años desde que se finalizó el tratamiento. Factores objetivos como el tratamiento o la fase de la enfermedad no pueden explicar las variaciones en fatiga observadas entre los pacientes (Font, Rodríguez y Buscemi, 2004).

Los pacientes suelen describir el cansancio en términos de falta de energía, deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o debilidad muscular. Este sentimiento de debilidad, cansancio o falta de energía, varía en grado, frecuencia y duración (Ahlberg, Ekman, Gaston-Johansson y Mock, 2003). Los profesionales recurren al término fatiga crónica, astenia o síndrome sistémico (Portenoy e Itri, 1999). Más recientemente algunos autores han propuesto un concepto multidimensional de fatiga que incluye dominios conductuales, cognitivos, somáticos y afectivos (Stein, Jacobsen, Blanchard y Thors, 2004).

Los mecanismos precisos que producen la fatiga son poco conocidos aunque se han sugerido una diversidad de posibles causas como el tipo de enfermedad, el estadio de la misma, el tratamiento o tratamientos aplicados, otros síntomas o trastornos sistémicos intercurrentes y aspectos psicológicos como el estrés (Font, Rodríguez y Buscemi, 2004).

Diversos estudios indican la existencia de relaciones entre la fatiga y la disminución de la calidad de vida. Por ejemplo, el estudio de Ferrell y colaboradores con 687 sobrevivientes de varios tipos de cáncer, la fatiga fue uno de los tres aspectos que más afectaban negativamente a vida cotidiana (Ferrell, Grant, Dean, Funk y Ly, 1996). Stone, Richarsond, Ream, Smith, Kerr y Kearney (2000) constató que afectaba sobre todo a las capacidades de autocuidado de los pacientes. Visser y Smets (1998) estudiaron las relaciones entre fatiga, depresión y calidad de vida comparando varios

tipos de pacientes que recibían radioterapia en una muestra de 250 pacientes. La fatiga y la depresión no seguían una evolución paralela a lo largo del tiempo: mientras la depresión disminuye al finalizarle tratamiento, la fatiga se mantiene estable o se incrementa.

Por otro lado, las personas afectadas por problemas oncológicos están especialmente sujetas a enfrentar disturbios de sueño, sobretodo cuando es necesaria su permanencia en ambiente hospitalario durante el tratamiento de su enfermedad (Lee, Cho, Miaskowski y Dodd, 2004). Se cree que esos individuos, presentan mayor dificultad para conciliar el sueño y permanecer durmiendo que otros pacientes clínicos o quirúrgicos, debido a los síntomas asociados a la enfermedad o a la terapia agresiva, durante el tratamiento neoplásico (Engstrom, Strohl, Rose, Lewandowski y Stefanek, 1999). Por tanto, la hospitalización y otros cambios realizados en el local donde duermen, pueden precipitar los disturbios de sueño entre estos pacientes (Lee, Choo, Miaskowski y Dodd, 2004) y agravar los perjuicios causados por las enfermedades crónicas.

La calidad del sueño referida por el propio individuo y su impacto en la vida diaria de personas saludables o enfermas se torno uno de los principales focos de atención de los investigadores, por ser el sueño un proceso fisiológico y comportamental esencial para el funcionamiento adecuado del organismo (Furlani y Ceolim, 2006). El conocimiento de la calidad de sueño paso a ser considerado un aspecto clínico importante para la identificación de problemas de salud (Buysse, Reynolds, Monk, Hoch, Berman y Kupfer, 1989), una vez que, a los disturbios de sueño se pueden asociar cuadros de fatiga, alteraciones de humor y reducción de la tolerancia al dolor (Engstrom, Strohl, Rose, Lewandowski y Stefanek, 1999).

A pesar de la existencia de estudios que traten aspectos relacionados al sueño de pacientes afectados por neoplasia ginecológica, se recomienda que el equipo de salud, priorice la calidad del tratamiento oncológico específico, tanto por el impacto provocado por la enfermedad como por su tratamiento frente a la calidad de vida del paciente (Özyilkan, Baltali, Tekuzman y Firat, 1998), siendo parte importante la calidad del sueño.

En cuanto a la dimensión social de la calidad de vida relacionada con el cáncer de cérvix, se puede decir que este, al estar relacionado con la promiscuidad sexual trae como consecuencia un estigma social que provoca en la mujer aislamiento por vergüenza, rabia, negación y depresión. El apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación (Schwartzmann, 2003).

El sistema familiar completo entra en crisis con el diagnóstico de cáncer; existe un período de reajuste a la nueva situación que requiere de apoyo profesional para afrontar y adaptarse exitosamente. Necesitan estar informados de la enfermedad y clarificar mitos y creencias al respecto (Eisemann y Lalos, 1999).

La reinscripción de la mujer a las actividades habituales ocurre aproximadamente a los dos años posteriores al tratamiento, ya que antes se ven imposibilitadas de reanudar sus actividades cotidianas, por los efectos secundarios del tratamiento recibido (De Groot y Cols., Mah, Fyles, Winton, Greenwood, Depetrillos, et al., 2005).

El apoyo social recibido es significativo, en todo momento, pero se vuelve más importante a partir de los seis meses post tratamiento, ya que es ahí cuando la mujer percibe la necesidad de hablar y compartir experiencias de tener cáncer, del tratamiento y de los efectos secundarios de éste, dado que se produce una estabilidad en las alteraciones físicas. También necesitan interactuar con mujeres que han tenido tratamiento similar, para poder hablar con alguien que las pueda entender, escuchar y poder recibir apoyo y reconocimiento de su mejoría y progreso (Basen-Engquist, Paskett, Buzaglo, Miller, Schover, Wenzel, et al., 2003). Un apoyo social indirecto, percibido por las mujeres con cáncer de cérvix, es el amor por sus hijos y el cuidado continuo de éstos, lo que es considerado la principal motivación para la búsqueda de tratamiento (Ashing-Giwa, Kagawa-Singer, Padilla, Tejero, Hsiao, Chabra, et al., 2004).

Además de las problemáticas mencionadas en el transcurso de este trabajo, que afectan la calidad de vida y a las que se expone una mujer con cáncer de cérvix, se encuentra una que tiene ver con la relación de pareja (comunicación, relaciones sexuales, expresión de sentimientos, solución de problemas), aspectos que se ven alterados a raíz del cáncer, su diagnóstico, la evolución del mismo y su tratamiento (Seifert, 2000; Andersen, 1995).

Según Seifert (2000); y Seibel, Freeman y Graves (1980), los problemas relacionados con la sexualidad de la mujer y su vínculo de pareja pueden tener dos focos principales; el primero se relaciona con las consecuencias fisiológicas en el aparato genital femenino a raíz de la enfermedad y los tratamientos como cirugía y radioterapia (teniendo en cuenta lo intrusivos que pueden llegar a ser para la paciente y las molestias físicas que pueden causarle); el segundo se relaciona con los mitos y las creencias que se han originado acerca de la actividad sexual y el rol de la mujer diagnosticada con cáncer de cérvix; estas creencias, en su mayoría provenientes de la cultura en la que está inmersa la paciente, se convierten en un factor que comienza a alterar su vida sexual y la de su compañero.

Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana (Master y Johnson, 1970), que consta de 4 fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Cada una de estas fases está caracterizada por la experiencia subjetiva, eventos objetivos que pueden ser medidos y por sistemas fisiológicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran. Los tratamientos oncológicos pueden dañar una o más de las fases de la respuesta sexual al afectar emociones, componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, el sistema vascular pélvico y el eje hipotálamo-pituitario-gonadal.

La mayoría de los problemas de deseo sexual en las pacientes crónicamente enfermas tienen que ver con la pérdida global de interés en el sexo. Algunas pacientes con cáncer de cérvix desarrollan aversión a la actividad sexual con elementos fóbicos (Grau, Llanta, Chacón y Fleites, 1999).

El poco deseo sexual es quizás la más compleja de todas las disfunciones sexuales. Las causas físicas en pacientes con cáncer incluyen: depresión del sistema

nervioso central debido a dolor generalizado y fatiga, demencia difusa o medicación tranquilizante.

La pérdida situacional del deseo usualmente indica conflicto marital. Varios estudios sugieren que el diagnóstico del cáncer no produce trastornos maritales en las parejas felices, pero puede exacerbar conflictos ya existentes. A veces la pareja pierde el deseo por el paciente a causa de que la intimidad del sexo es dolorosa (Grau y Jiménez, 1988).

La aversión al sexo se produce en el paciente o su pareja si el diagnóstico del cáncer reactiva un trauma sexual pasado, tal como violación, estupro o incesto. El cáncer puede ser experimentado como una nueva violación de la integridad corporal (Schavelzon , 1992). Se ha visto aversión también en pacientes o su pareja que consideran que el cáncer es contagioso a través del contacto sexual.

No obstante, es importante tener en cuenta que cuando las parejas están sólidamente relacionadas, el diagnóstico de cáncer no las afecta ni las erosiona de la misma forma, como cuando existen conflictos previos, los cuales aumentan la vulnerabilidad y favorecen el desajuste marital (Vidal, 2000).

Seifert (2000) reporta que estas pacientes presentan dificultades con el manejo de los celos en la relación de pareja, debido a la inseguridad que produce la pérdida de la función sexual que se relaciona con la feminidad. Para este autor, la disminución del apetito sexual imputable a una causa orgánica disminuye la receptividad erótica de la mujer, lo cual hace necesario un nuevo acoplamiento con la pareja y un trabajo en su esquema corporal y su sexualidad (García, García, Ballesteros y Novoa, 2003).

La comunicación es el segundo aspecto sobre el cual se pretende hacer una revisión en relación con su papel en la dinámica de pareja de la paciente con cáncer de cérvix. De esta forma, se habla de comunicación como un proceso de intercambio de información cuyo fin es que el propósito del hablante tenga impacto en el escucha y que éste retroalimente al hablante. Sin duda, la comunicación es una herramienta básica del hombre para relacionarse e intercambiar experiencias, creencias y sentimientos; en la relación de pareja la comunicación es una de las áreas que más atención exige por su implicación sobre las demás áreas de la relación (Martínez y

Ballesteros, 1998). Cuando la pareja no se comunica, su relación se hace vulnerable ante eventos que en condiciones óptimas de comunicación podrían ser enfrentados con mayor solidez (García, García, Ballesteros y Novoa, 2003).

La comunicación es un proceso que cumple dos funciones principales, en primer lugar, la autorregulación de la relación en cuanto a su papel en la solución de problemas permite estructurar el manejo de situaciones buscando alternativas, implementándolas y evaluando el resultado; la segunda función es la motivacional, que hace referencia a la satisfacción de necesidades emocionales y afectivas (Arias y House, 1998; Capafóns y Sosa, 1998; Martínez, 1995).

Desde esta perspectiva, resulta oportuno hacer referencia al papel de la comunicación en parejas donde uno de los miembros tiene cáncer; cabe anotar que en la medida en que se hace referencia a comunicación afectiva, se implican elementos de intimidad que la pareja genera precisamente a través de la comunicación; el ataque de una enfermedad seria en uno de los miembros de la pareja no sólo afecta la vida de esta persona; también puede tener consecuencias para el compañero saludable y para la relación íntima entre el paciente y su compañero. Es aquí donde entra a jugar un papel importante la comunicación, convirtiéndose en facilitadora u obstaculizadora de la dinámica de pareja en circunstancias especiales como las que afronta el paciente con cáncer (Kuijer, Buunk y Ybema, 2001).

CONCLUSIONES

No es fácil vivir con una enfermedad grave. Las pacientes con cáncer y quienes cuidan de ellas se enfrentan a muchos problemas y retos. El salir adelante de estos problemas es más fácil con frecuencia cuando se tiene información útil y servicios de apoyo.

Es posible que las pacientes con cáncer se preocupen de conservar su trabajo, cuidar su familia, llevar a cabo sus actividades diarias o de empezar una nueva relación. Las preocupaciones sobre los análisis, tratamientos, estancia en el hospital y los gastos médicos son comunes. Los médicos, el personal de enfermería y otros miembros del equipo de atención médica pueden responder a preguntas sobre el tratamiento, el trabajo u otras actividades. Los amigos y parientes pueden prestar mucho apoyo. También, ayuda a muchas pacientes el discutir sus preocupaciones con otras personas que tienen cáncer, con frecuencia las pacientes se reúnen en grupos de apoyo, en donde pueden compartir lo que han aprendido acerca de cómo salir adelante del cáncer y de los efectos del tratamiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada paciente es diferente.

La adaptación a una vida con cáncer o el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida puede considerarse como relativo a la reducción de las emociones negativas y a la creación de una situación vital con fuentes adecuadas de gratificación personal y satisfacciones diarias (Triviño y Sanhueza, 2005).

Es importante aclarar en este trabajo, que el rol del psicooncólogo y sus intervenciones varían, dependiendo de la fase en que se encuentre el paciente con su enfermedad, además de las características individuales y demandas de cada caso (Malca, 2005). El cáncer es una enfermedad que suele desestabilizar estructuras familiares y profesionales. Se pueden experimentar muchas pérdidas, a nivel personal, familiar, profesional, escolar y de roles, alteraciones de la imagen corporal, disminución de la autonomía, entre otras, lo cual hace necesaria una atención especializada e integrada, que ayude tanto al paciente como a los familiares a afrontar los problemas, y en casos más favorables, a aceptarlos (Malca, 2005). Todos estos cambios influyen decisivamente en la percepción que tienen los pacientes sobre la

enfermedad y el concepto de vida y muerte, y alteran de esta forma la calidad de vida de los mismos (Malca, 2005).

La calidad de vida en las mujeres con cáncer de cérvix se ve alterada en todas sus dimensiones, principalmente en la dimensión sexual. Se postula la importancia de considerar la calidad de vida como un parámetro útil de evaluación, para de esta manera brindar una intervención oportuna, centrada en la necesidad que ellas presentan (Montes, Mullins y Urrutia, 2006).

Si se analiza la calidad de vida en general, existen factores predictores que la obstaculizan como: menor edad de la paciente, estadio del cáncer más avanzado, modalidad de tratamiento (específicamente la radioterapia), mayor número de procedimientos y tratamientos recibidos, menor apoyo social, mayor preocupación relacionada con temas reproductivos, estrategias ineficaces de afrontamiento, salud mental deteriorada y vida espiritual empobrecida o no existente. Los factores favorecedores de la calidad de vida son: mayor edad de la paciente, estadio de desarrollo temprano según clasificación FIGO, amplia red de apoyo social, buena comunicación con la pareja especialmente relacionado con temas sexuales, paridad cumplida, estrategias adecuadas de afrontamiento, buen estado de salud mental y vida espiritual activa (Montes, Mullins y Urrutia, 2006).

Dentro de las alteraciones psicológicas que más comúnmente sufren los pacientes con cáncer se encuentran la depresión, los trastornos de ansiedad y las disfunciones sexuales (García, García, Ballesteros y Novoa, 2003).

Los estudios que se han venido realizando en cuanto a la influencia del cáncer en la calidad de vida de sus pacientes evidencia la importancia de implementar una intervención psicológica basada en dos temas como son la sexualidad y la comunicación en pacientes con cáncer de cérvix, pues es notoria la relación bidireccional entre estos dos aspectos, así como su injerencia sobre la calidad de la relación de pareja y, en términos generales, sobre el bienestar y la calidad de vida de estas pacientes.

Referencias

- Abreu, M.T. (1997). *Comunicación de diagnóstico al paciente con cáncer*. Trabajo de especialización no publicado. Universidad de La Habana. Facultad Calixto García.
- Aguiar, J., Hernández, M. y Gómez, M. (1994) Definición de cáncer. EN: *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria: Ed. ICEPSS. Pgs. 13-24.
- Ahlberg, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F. y Mock, V. (2003) *Assessment and management of cancer-related fatigue in adults*. *Lancet*. 362 (23): pgs 640-50.
- Andersen, B. (1995). *Quality of life for women with gynecologic cancer*. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 7 (1): pgs. 69-76.
- Arias, I. & House, A. (1998). Tratamiento cognitivoconductual de los problemas de pareja. En V. Caballo (comp.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A: pgs. 553-600.
- Arraras, J., Martínez, M., Manterota, A. y Laínez, N. (2004) *La evaluación de calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC*. (Vol. I). Núm. 1. Pgs. 87-98.
- Ashing-Giwa , K., Kagawa-Singer, M., Padilla, G., Tejero, J., Hsiao, E., Chabra, R., et al. (2004) *The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study*. *Psychooncology*. 13: pgs. 709-28.
- Bárez, M.; Blasco, T.; Fernández, J. (2003) *La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*. *Anales de psicología*. 19(2): pgs. 235-246.
- Basen-Engquist, K, Paskett, E., Buzaglo, J., Miller, S., Schover, L., Wenzel, L., et al. (2003) Cervical Cancer. Behavioral factors related to screening, diagnosis and survivors' quality of life. *Cancer Suppl*. 98(9): 2009-13.
- Bye, A., Tropé, C., Loge, J., Hjerstad, M. y Kaasa, S. (2000) *Health related quality of life and occurrence of intestinal side effects after pelvis radiotherapy*. *Acta Oncol*. 39(2):pgs. 173-80.

- Cano, A. (2005) *Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer*. Psicooncología. 2(1): pgs 71-80
- Capafóns, I. & Sosa, C. (1998). Un programa estructurado para el tratamiento de los problemas de pareja. En V. Caballo (comp.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Cárdenas, C. (2001) *Atención integral a pacientes oncológicos en la atención primaria de salud*. Revista Cubana Medicina General integral. 17(3): pgs. 263-267.
- De Groot J, Mah K, Fyles A, Winton S, Greenwood S, Depettillos A, et al. (2005) *The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners*. Int J Gynecol Cancer. 15: pgs. 918-25.
- Eisemann, M. y Lalos, A. (1999) *Psychosocial determinants of well-being in gynecologic cancer patients*. Cancer Nurs. 22(4): 303-06.
- Engstrom, C., Strohl, R., Rose, L., Lewandowski, L. y Stefanek, M. (1999) *Sleep alterations in cancer patients*. Cancer Nurs. 22(2): pgs. 143-148.
- Fawzy, F. (1999) *Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't*. European Journal of Cancer. 31 (11): pgs. 1559-1564.
- Fawzy, F., y Fawzy, N. (1998) *Group therapy in the cancer setting*. Journal of Psychosomatic Research. 45: pgs. 191-200.
- Fawzy, F., Fauzy, N., Arndt, L. y Pasnau, R. (1995) *Critical review of psychosocial interventions in cancer care*. Arch. Gen. Psychiatry. 52: pgs. 100-113.
- Ferrell, B., Grant, M., Dean, G., Funk, B. y Ly, J. (1996). *Bone tired*. Oncol Nurs Forum. 23: pgs. 1539-47.
- Font, A., Rodríguez, E. y Buscemi, V. (2004) *fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer*. Psicooncología. (Vol. 1): pgs. 45-56.
- Furlani, R., Ceolim, M.F. (2006) *Calidad del sueño en mujeres con cáncer ginecológico y mamario*. Revista Latinoamericana Enfermagem. 14(6).
Recuperado el 4 de Abril de 2007 en <http://www.eerp.usp.br/rlae>

- García, D.; García, M.; Ballesteros, B.; Novoa, M. (2003) *Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica*. Univ. Psychol. Bogotá. 2(2). Pgs. 199-214.
- Globocan. (2002) *Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Recuperado el 22 de Mayo de 2007 en <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>
- González, V. (1989) *Aplicación de un sistema psicoterapéutico a pacientes con cáncer*. Trabajo de Diploma. Universidad de La Habana. Facultad de Psicología.
- Grau, J. y Jiménez, P. (1988) La sexualidad en el enfermo de cáncer. En: Gómez Sancho M. ed. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. 2 ed. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1988: pgs. 67-89.
- Grau, J.; Llanta, M.; Chacón, M. y Fleites, G. (1999) *La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento*. Revista Cubana de Oncología. 15(1): pgs. 49-65
- Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegnar, I. y Pongratz, E. (2002) *Prospective assessment of quality of life of female cancer patients*. Gynecol Oncol. 85: pgs 140-147.
- Hawighorst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., et al. (2004) *The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study*. Gynecol Oncol. 94: 398-403.
- Institutos Nacionales de la Salud. (2001) *Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de cérvix*. Instituto Nacional de Cáncer. Recuperado el 17 de abril de 2007 de http://www.cancernet.nci.nih.gov/pdf/WYNTK/WYNTK_cervixsp.pdf
- Institutos Nacionales de la Salud. (2007). *La espiritualidad en el tratamiento del cáncer*. Instituto Nacional de Cáncer. Recuperado el 14 de Mayo de 2007 de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/patient/allpages>

- Institutos Nacionales de la Salud. (s.f). *Calidad de vida*. Instituto Nacional de Cáncer. Recuperado el 2 de Junio de 2007 de http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=45417&lang=spanish
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C. y Hacker, N. (2003) *Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight*. *Psychooncology*. 12: pgs 267-79.
- Klee, M., Thranov, I. y Machin, D. (2000) *Life after radiotherapy: the psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer*. *Gynecol Oncol*. 76: pgs. 5-13.
- Klee, M., Thranov, I. y Machin, D. (2000) *The patients` perspective on physical symptoms after radiotherapy for cervical cancer*. *Gynecol Oncol*. 76: pgs. 14-23.
- Koenig, H., McCullough, M. y Larson, D. (2000) *Handbook of religion and health*. Nueva York, NY: Oxford University Press
- Kuijer, G., Buunk P. y Ybema, J. (2001). *Are equity concerns important in the intimate relationship when one partner of a couple has cancer?* *Social Psychology Quarterly*, 64 (3): pgs. 267-282.
- Lazar, S., Bush, G., Gollub, R., Fricchione, G., Khalsa, G. y Benson, H. (2000) *Functional brain mapping of the relaxation response and meditation*. *Neuroreport*. 11(7): pgs. 1581- 1585.
- Lazcano-Ponce E, Alonso P, Ruiz-Moreno J.A y Hernandez-Avila M. (2003) *Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development*. *Salud Pública Mex*. 45(3): Pgs. 449-62.
- Lee, K., Cho, M., Miaskowski, C. y Dodd, M. (2004). *Impaired sleep and rhythms in persons with cancer*. *Sleep Med Rev*. 8(3): pgs. 199-212.
- Maduro, J., Pras, E., Willemse, P., de Vries, E. (2003) *Acute and long term toxicity following radiotherapy alone or in combination with chemotherapy for locally advanced cervical cancer*. *Cancer Treatment Reviews*. 29: pgs. 471-88.
- Malca, B. (2005) *Psicooncología: abordaje emocional en oncología*. P & B. (Vol. 9). 2(25): pgs.64-67.

- Master, W., Johnson, V. (1970) *Human sexual inadequacy*. Boston: Brown: Pgs.102-106.
- Montes, L.M., Mullins, M.J., y Urrutia, M.T. (2006) *Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 71(2): pgs. 129-134.
- Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R., et al. (2006). *La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos*. Rev. venez. oncol. 18(1): pgs. 28-37
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B. y Sjoden, P. (2001) *Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model*. Eur J Cancer. 37(3): pgs. 376-84.
- Noyes, R., Holt, C. y Massie, M. (1998) *Anxiety disorders*. En J.C. Holland (ED). Psychooncology. New York: Oxford University Press.
- Orbell, S., Hagger, M., Brown, V. y Tidy, J. (2004) *Appraisal theory and emotional sequela of first visit to colposcopy following an abnormal cervical screening result*. Br J Health Psychol. 9(4): pgs. 533-55.
- Özyilkan, O., Baltali, E., Tekuzman, G. y Firat, D. (1998) *The impact of diagnosis and treatment on the quality of life in breast cancer patients*. Neoplasma. 45(1): pgs. 50-52.
- Pérez, C. (2001) *Atención integral a pacientes oncológicos en la atención primaria de salud*. Revista Cubana de Medicina General integrada. 17(3): pgs. 263-267.
- Portenoy, R, e Itri, L. (1999). *Cancer-Related Fatigue: Guidelines for evaluation and management*. Oncologist. 4: pgs. 1-10.
- Rebolledo, M.L.; Alvarado, S. (2006) *Distress y cáncer*. Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría. 39(1): pgs 52-58.
- Restrepo, M. (2001) *Depresión, ansiedad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos*. Oncología. 24(10): pgs. 492-498.
- Richard, M. y Ramirez, A. (1997) *Quality of life: the main outcome measure of palliative medicine*. Palliative Medicine. 11: 89-92.

- Sala, A. (s.f). *Depresión y Cáncer*. Recuperado el 6 de Abril de 2007 en <http://www.psicoactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=164>
- Schavelzon, J. (1992) *Desadaptación afectiva, sexualidad y cáncer*. En: Schavelzon J, ed. Psique. Buenos Aires: Científica Interamericana: pgs. 258-74.
- Schwartzmann, L. (2003) *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Cienc Enferm. 9(2): pgs. 9-21.
- Sherman, A., Simonton, S., Adams, D., Latif, U., Plante, T., Burns, S., et al. (2001) *Measuring religious faith in cancer patients: Reliability and construct validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith questionnaire*. Psychooncology. 10(5): pgs. 436-443.
- Seibel, M., Freeman, M. y Graves, W. (1980). *Carcinoma of the Cervix and Sexual Function*. Obstetrics and Gynecology, 55 (49), 484-487.
- Seifert, C. (2000). *Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico*. Recuperado el 10 de junio de 2007 en http://www.psicooncologia.org/articulos_detalle.cfm?Art_ID=30
- Spinger-Verlag, B. (2004) .Organización Mundial de la Salud. *Quality of life assessment: International Perspectives*
- Stone, P., Richarsond, A., Ream, E., Smith, A., Kerr, D. y Kearney, N. (2000) Cansancio relacionado con el cáncer: ¿inevitable, intratable y sin importancia? Resultado de una encuesta multicéntrica de pacientes. Ann Oncol. 9 (10): pgs. 1241-45.
- Triviño, Z. y Sanhueza, O. (2005) *Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería*. Revista Aquichan. Vol. 5. 1(5): Pgs. 20-31.
- Vidal, M. (2000). *La conducta sexual del paciente oncológico: ¿un tema inadecuado?* La Prensa Médica Argentina. 86 (7): Pgs. 623-632.
- Visser, M. y Smets, E. (1998) *Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related?* Supp Care Cancer. 6: pgs. 101-8.
- Vrban, V., Fontão, M. (2007). *El significado de las creencias religiosas para un grupo de pacientes oncológicos en rehabilitación*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 15(1): pgs 42-47.

- Wenzel, L., DeAlba, I., Habbal, R., Kluhsman, B., Fairclough, D., Krebs, L., et al. (2005). *Quality of life in longterm cervical cancer survivors*. *Gynecol Oncol*.97: pgs. 310-317.
- White, S.; Winkler, J. (2004). *Estrategias de la ACCP para apoyar a las mujeres con cáncer cervicouterino*. Alianza para la prevención del cáncer cervicouterino. 2. Recuperado el 4 de Abril de 2007 en http://www.path.org/files/RH_palliative_care_fs_sp.pdf
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983) *The hospital anxiety and depression scale*. *Acta Psychiatr Scand*. 67(6): pgs. 361-70.