

ABORDAJE DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE  
CON CÁNCER GINECOLÓGICO INTERPRETADO A PARTIR DE  
LA TEORÍA DE LOS HOLONES DE LA SEXUALIDAD



LUZ NELLY ARÉVALO MARTÍN  
LUZ ANGELA CORREA RAMÍREZ

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
BOGOTÁ D.C.  
2008

ABORDAJE DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE  
CON CÁNCER GINECOLÓGICO INTERPRETADO A PARTIR DE  
LA TEORÍA DE LOS HOLONES DE LA SEXUALIDAD



LUZ NELLY ARÉVALO MARTÍN  
LUZ ANGELA CORREA RAMIREZ

Trabajo presentado para optar por el título de  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Asesora Metodológica  
BELKIS ALEJO RIVEROS

Asesora Temática  
MARIA EUGENIA CASTELLANOS

FACULTAD DE ENFERMERIA  
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
BOGOTA D.C.  
2008

## **AGRADECIMIENTOS**

Un trabajo como el que aquí se presenta, siempre es el resultado sinérgico de esfuerzos individuales. Una página no alcanzaría para citar a todos los que directa o indirectamente contribuyeron para obtener los resultados que a continuación se presentan, sin embargo, se referencian a continuación a los pilares de esta revisión documental.

- A Dios, por permitirnos llegar a este punto de nuestra carrera y de nuestra profesión, aportándonos paciencia, sabiduría, dedicación y empeño.
- A la docente Belkis Alejo Riveros Asesora metodológica y directora del trabajo, por su tiempo y asesoría en pro del mejoramiento de los resultados obtenidos.
- A la docente Maria Eugenia Castellanos, asesora temática quien brindó todos sus conocimientos a los autores y aportó importantes elementos en la construcción y desarrollo de esta revisión documental.

## **NOTA DE ADVERTENCIA**

### **Artículo 23 de la resolución No 13 de julio de 1964**

La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pag
1. INTRODUCCIÓN	15
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. PROBLEMA	23
4. OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GENERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
5. PROPÓSITO	25
6. MARCO TEÓRICO	26
6.1 MODELO HOLÓNICO DE LA SEXUALIDAD HUMANA	27
6.1.1 Holón:	27
6.1.1 El holón de la reproductividad humana:	27
6.1.2 El holón del Género:	28
6.1.3 El holón del Erotismo:	28
6.1.4 Holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal:	30
6.2 RESPUESTA SEXUAL FEMENINA	31
6.2.1 Fases de la respuesta sexual femenina	31
6.3 DISFUNCIONES SEXUALES MÁS FRECUENTES EN LA MUJER CON CANCER GINECOLÓGICO.	33

6.3.1 Clasificación según el autor Carrobles	35
6.4 CÁNCER GINECOLÓGICO Y LA SEXUALIDAD	37
6.4.1 Cáncer de Ovario	37
6.4.2 Cáncer de cuerpo uterino o endometrio.	38
6.4.3 Cáncer de Cuello del útero (cérvix).	39
6.4.4 Cáncer de Vagina.	40
6.4.5 Cáncer de vulva.	42
6.5 TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS Y EFECTOS SOBRE LA SEXUALIDAD	43
6.5.1 Quirúrgicos	44
6.6 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO Y SU SEXUALIDAD	49
7. DESARROLLO METODOLÓGICO	54
7.1 BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS.	54
7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS	55
7.3 ANÁLISIS DE DOCUMENTOS	57
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	59
8.1. PROBLEMAS QUE REFIEREN LAS MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO, CLASIFICADOS CON BASE EN LOS HOLONES DE LA SEXUALIDAD	59
8.1.1 Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el Holón erótico	60
8.1.2 Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el Holón de vinculación afectiva interpersonal.	63

8.1.3 Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el Holón de género.	64
8.1.4 Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el holón de reproductividad humana.	67
8.2 ASPECTOS RELEVANTES PARA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO RESPECTO A SU SEXUALIDAD	68
9. CONCLUSIONES	71
10 RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	78

## LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1: Tipo de diseño de los artículos seleccionados	56
Tabla 2. Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el holón erótico	61
Tabla 3. Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el Holón vinculación afectiva interpersonal	64
Tabla 4. Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el holón de género.	65
Tabla 5. Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el holón de reproductividad humana.	66
Tabla 6. Aspectos relevantes para la intervención de enfermería en pacientes con cáncer ginecológico respecto a su sexualidad.	69



## LISTA DE ANEXOS

### ANEXO A. CUADRO DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS

### ANEXO B. FICHAS DESCRIPTIVO ANALITICAS

- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 1: Women's experiences following treatment for gynecologic cancer
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 2: Aspectos Socio-Culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cervico-uterino
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 3: Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 4: La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 5: La sexualidad de pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín 1999
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 6: The effect of a clinical nurse specialist in gynecological oncology on quality of life and sexuality
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 7: A method to develop a nursing intervention: the contribution of qualitative studies to the process
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 8: Important aspects of health care for women with gynecologic cancer
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 9: important aspects of health care for women with gynecologic cancer

- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 10: Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer: treating the whole patient to improve quality of life
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 11: Sexualidad en la patología neoplásica ovárica
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 12: The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image – results of a prospective longitudinal 10 – years study.
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 13: Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 14: Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 15: Vaginal dilation associated with pelvic radiotherapy: a UK survey of current practice
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 16: Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 17: Aspectos cognitivos de la actividad sexual en la enfermedad neoplásica cervical.
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 18: Cervical cancer: a qualitative study on subjectivity, family, gender and health services
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 19: Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives
  
- FICHA DESCRIPTIVA ANALITICA No 20: Sexualita assessment: 10 strategies for improvement.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la Alianza para la Prevención de Cáncer Cervical, (ACCP, siglas en inglés) de la que forma parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>1</sup> el cáncer ginecológico y específicamente el cérvicouterino cada año mata a casi un cuarto de millón de mujeres en el mundo, casi 80 por ciento de los 500 mil nuevos casos de cáncer cérvicouterino anualmente se diagnostican en países de América Latina, África y en la India. Es decir que el cáncer cérvicouterino genera hoy más mortalidad que las causas relacionadas con el parto. En total cobra la vida de 230 mil mujeres, casi todas en edades productivas y reproductivas.

Se estima que esta patología podría afectar a 750 mil mujeres en el año 2020, cifra que podría aumentar hasta un millón para el año 2050, si se tiene en cuenta que dos terceras partes de los casos diagnosticados se encuentran en estadio avanzado. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se registran más de 20 casos por cada 100 mil mujeres en promedio, siendo en Haití la mortalidad por el cáncer cérvico uterino hasta del 49.2 por ciento, comparado con el 2.5 por ciento en América del Norte<sup>2</sup>.

Ahora bien si se tiene en cuenta que además de configurarse una estadística acerca de la patología que afecta a la población femenina, se evidencia en igual manera y magnitud la falta de soporte investigativo en lo que se refiere al tratamiento integral de la mujer, que tiene que asumir el diagnóstico y tratamiento a que haya lugar a fin de “curar” su enfermedad.

---

<sup>1</sup> SORIA, Hilda. Cobra cáncer cervico uterino 230 mil vidas en el mundo: OPS. Documentonto electrónico disponible en: [www.cimacnoticias.com/noticias/04dic/04122101.html](http://www.cimacnoticias.com/noticias/04dic/04122101.html) recuperado el 22 de Junio de 2008

<sup>2</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – O.P.S. El cáncer cervico uterino en el tercer mundo. Organización Mundial de la Salud. 2008. Consultado el 22 de Junio de 2008 en [www.amro.who.int/spanish/dd/pub/pubtopiclist.asp?ID='499'&KW=reviewedPublicationsNCD1&Lan](http://www.amro.who.int/spanish/dd/pub/pubtopiclist.asp?ID='499'&KW=reviewedPublicationsNCD1&Lan).

La sexualidad de la paciente con cáncer ha sido un tema de estudio poco frecuente en los libros y publicaciones dedicados al diagnóstico y tratamiento del cáncer ya que no constituye una preocupación habitual en el tratamiento y rehabilitación oncológica.

La sexualidad es un universo simbólico que empieza en la fisiología, atraviesa los tupidos campos de la religión, la psicología, la economía, la política para llegar a la ética<sup>3</sup>. Por todo lo anterior su abordaje se constituye en un gran desafío para los profesionales de la salud que atienden a estas pacientes asumiéndolo como una preocupación diaria desde la perspectiva de la paciente, al ser ellas quienes la enfrentan, la asimilan tanto en forma individual como en pareja, ya sea con aislamiento, ansiedad, temor y sentimientos encontrados ante el pudor que genera un tema que requiere de un manejo delicado, honesto y transparente, basado en conocimiento, calidad humana y reconocimiento de la sexualidad como parte importante del desarrollo de cada individuo ávido de adquirir determinadas habilidades que le permitan evitar sentimientos de discapacidad y minusvalía.

Al indagar la prevalencia de disfunción sexual atribuible a enfermedad y/o al tratamiento oncológico, se encuentran valores que oscilan entre el 35 y el 85% en hombres y mujeres<sup>4</sup>. Aproximadamente el 50% de las mujeres que han tenido cáncer de mama sufren disfunciones sexuales prolongadas<sup>5</sup>, al igual que una proporción similar de mujeres que han tenido cáncer ginecológico<sup>6</sup>.

Los problemas sexuales más comunes para las personas con cáncer son la anafrodisia, disfunción eréctil en el hombre y en la mujer dispareunia. Como se

---

<sup>3</sup> MARINA JA. El rompecabezas de la sexualidad. Ed Anagrama. Barcelona. 2002.

<sup>4</sup> SCHAVELZON J. Desadaptación afectiva, sexualidad y cáncer. En: Schavelzon J, ed. Psique. Buenos Aires: Científica Interamericana, 1992:258-74.

<sup>5</sup> GANZ PA, ROWLAND JH, DESMOND K, et al. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. J Clin Oncol 16 (2): 501-14, 1998.

<sup>6</sup> ANDERSEN BL. Quality of life for women with gynecologic cancer. Curr Opin Obstet Gynecol 7 (1): 69-76, 1995.

evidencia al realizar un seguimiento<sup>7</sup>, a los cinco años a pacientes con cáncer de próstata, la disfunción eréctil luego de una prostatectomía radical es de un 79.3% y de un 63.5% después de la radioterapia de haz externo.

La situación mencionada, significa para la enfermera la oportunidad de ser parte activa con la paciente en su rehabilitación, su objetivo: ayudar a que la paciente recupere su desempeño sexual, su autoimagen y autoestima, cree sus propias estrategias de afrontamiento y fortalezas. Sus valores y creencias como mujer y con la pareja son vitales para abordarlas con éxito teniendo en cuenta que desde la sexualidad una expresión aceptable para unos, no lo es para todos; en ocasiones, todo lo que requieren es el "darse permiso" para intentar algo diferente. La enfermera puede mediar al motivarlos a que disfruten y de ser posible estar para apoyarlos.

Es por ésta razón que se propuso explorar el papel que desempeña el profesional de enfermería respecto a la sexualidad en las pacientes con cáncer ginecológico, indagar cuáles son los problemas concretos que refieren las pacientes y los resultados al efectuar la intervención de enfermería. La investigación parte de la recolección de información existente en bases de datos, trabajos de investigación, monografías, tesis de grado y artículos, conceptos y conocimientos de los expertos en el tema, psicólogos, sexólogos y enfermeros.

La Teoría de los Holones<sup>8</sup> del Dr. EUSEBIO RUBIO A. propone que: "la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro subsistemas (Holones) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo (o el placer sexual y sensual) y la

---

<sup>7</sup> SCHOVER L.R, MONTAGUE DK, LAKIN MM. Sexual problems. In: De- Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 1997, pp 2857-2872.

<sup>8</sup> RUBIO, E. Visión Panorámica de la Sexualidad Humana. En: Revista Latinoamericana de Sexología, Vol 11, 1996, No. 2, Pag. 139-154

vinculación afectiva interpersonal (o el amor) desde la mirada de enfermería. Es a partir de esta teoría que se exploró en los estudios de investigación seleccionados responder a los objetivos planteados, pretendiendo identificar los problemas más frecuentes de las mujeres con cáncer ginecológico desde la perspectiva de los holones de la sexualidad y las intervenciones de enfermería que pudieran resolver éstos.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En 2005, de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7,6 millones se debieron al cáncer. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se producen en los países de ingresos medios y bajos, se prevé un aumento de las muertes por cáncer, hasta aproximadamente 9 millones en 2015, y 11,4 millones en 2030<sup>9</sup>. Sólo en Europa, considerada como zona de menor incidencia, se diagnostican 68.000 mujeres cada año y fallecen más de 13.000; en los países en desarrollo se dan 8 de cada 10 casos y en algunos países de África es la primera causa de muerte en las mujeres mayores de 15 años. Los expertos pronostican que, si no se acometen estrategias universales de prevención, en los próximos 40 años morirán un millón de mujeres sólo en los países menos favorecidos.

Hoy en día, el cáncer ginecológico sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, y al medir la carga de morbilidad en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), según lo cual un AVAD es igual a la pérdida de un año de vida saludable, cálculos recientes de OMS sugieren que, en las Américas, el cáncer cervicouterino actualmente causa 471.000 AVAD<sup>10</sup>.

En el 2000, se calculó que habría 470.606 casos nuevos y 233.372 defunciones por carcinoma del cuello uterino (cáncer cervicouterino) al año entre las mujeres de todo el mundo<sup>11</sup>. Además, se calculó que más del 80 por ciento de esta carga

---

<sup>9</sup> OMS. Día mundial contra el cáncer: acción mundial para evitar 8 millones de muertes por cáncer de aquí a 2015. Ministerio de Salud Pública. Asesoría de Cooperación Internacional Ginebra, Suiza. 2006. Documento electrónico disponible en: <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/7275.pdf>

<sup>10</sup> W.H.O. World Health Organization: Reducing Risks and Promoting Healthy Life Report. World Health Organization Report, 2002

<sup>11</sup> FRANCO, Fernando, GIRADO, Sergio, RAMIREZ, Fabio. Cancer de cervix ¿Cuáles son las cifras en Colombia? Documento electrónico disponible en: [www.slideshare.net/JhonLara/inv-cancer-de-cervix-cuales-son-las-cifras-en-colombia](http://www.slideshare.net/JhonLara/inv-cancer-de-cervix-cuales-son-las-cifras-en-colombia), recuperado el 20 de octubre de 2007.

se presentaría en los países menos desarrollados, donde esta enfermedad es la principal neoplasia maligna entre las mujeres; la realidad que se evidenció en la Región de las Américas fue que se pronosticaron 92.136 casos y 37.640 defunciones por cáncer cervicouterino, de los cuales 83,9 y 81,2 por ciento corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente.

La preocupación y el interés por la calidad de vida de las pacientes con cáncer ginecológico trajo consigo investigación e incitó hacia el respeto por la sexualidad en pacientes con cáncer tanto, que ha adquirido importancia a nivel mundial; actualmente la OMS realiza investigaciones conducentes a crear bases científicas que aporten en este sentido a establecer dominios para describir la escala completa de estados de salud sexual y reproductiva<sup>12</sup>, en particular para resolver los problemas sobre la forma en que repercuten en las limitaciones, la participación u otros aspectos del contexto socioeconómico. El Programa Mundial de la OMS sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud (GPE) ha elegido los siguientes dominios para un estudio piloto concebido para medir el estado de salud en países desarrollados y en desarrollo: movilidad; auto asistencia; actividades habituales; dolor/molestias; ansiedad/ depresión; capacidad cognitiva; capacidad sensorial; energía/vitalidad; vergüenza/pudor; y participación o limitación global en un entorno y contexto determinado. La inclusión del dominio de vergüenza/pudor en los estudios piloto de la OMS que se han mencionado anteriormente permite avanzar en la resolución de este problema, pero sólo hasta cierto punto, queda pendiente el problema de la estigmatización y el de la capacidad para ejercer la sexualidad. De igual manera resulta pertinente mencionar la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

Este tema no dispone de suficiente literatura especializada, a pesar de constituir una preocupación real y vigente en muchas pacientes con cáncer ginecológico



que la vivencian como consecuencia directa o indirecta de la enfermedad, de los tratamientos y del impacto que ambos generan; situaciones consideradas como factores que pueden exacerbar crisis o problemas preexistentes en las parejas. La asesoría que se debe dar y a la que tienen derecho las pacientes con cáncer ginecológico, procura un cambio positivo para la calidad de vida, que es esencial para disminuir la gran morbilidad de disfunción sexual, entre otras complejas patologías psicológicas y psiquiátricas inducidas por este tipo de preocupaciones. Para el profesional de enfermería frente a estos vacíos es pertinente y de gran transcendencia el realizar investigaciones que conduzcan a construir conocimientos a fin de mejorar el ejercicio profesional y así suplir el sentimiento de impotencia ante las inquietudes de las pacientes con cáncer ginecológico y su desempeño sexual.

En esta situación, es una motivación el tener claridad que en este abordaje, se reconoce que las enfermeras son el contacto continuo y permanente así como directo con el paciente, y por lo tanto tienen los argumentos necesarios y la posibilidad de mirarlo de forma holística, tanto en su parte clínica, como personal. Una mujer que ve amenazado su componente sexual desde las alteraciones físicas que resultan de un tratamiento oncológico, puede perder su sentido de la feminidad.

Ahora bien “Aunque es frecuente que las enfermeras sientan la responsabilidad de tratar las inquietudes sexuales de las pacientes, muchas se sienten incómodas con ésta función; las posibles causas van desde: Sentimientos personales de ansiedad relacionados con los temas sexuales, vergüenza acerca de obtener una historia sexual hasta estereotipos sociales negativos sobre la sexualidad relacionada con la discapacidad o las enfermedades crónicas. Incluso con los conocimientos más amplios sobre la sexualidad humana, los estudios realizados han mostrado que las actitudes de las enfermeras hacia la sexualidad y la

---

<sup>12</sup> OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación´ de artículos No 3, 2000

enfermedad no han cambiado de manera significativa. Sin embargo, es posible obtener una mayor confianza para la valoración sexual y las intervenciones si se dispone de información específica que muestre cómo hacerlo”.<sup>13</sup> Para las Enfermeras especializadas en Oncología es de gran importancia el resultado de esta investigación, ya que será una herramienta para el abordaje y cuidado integral de las pacientes con cáncer ginecológico, en lo que refiere a la sexualidad.

Este trabajo forma parte de la línea de investigación de Intervención de enfermería Enfermedades Prevalentes: Oncología, de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana; se hace una revisión bibliográfica, en el período comprendido de 1997 a 2007; aporta conocimientos y elementos desde las vivencias en la vida diaria con pacientes con cáncer ginecológico en su crecimiento personal fortaleciéndolas como mujeres en pleno derecho de ejercer una sexualidad sana, con una autoestima sólida apoyada en el conocimiento y la experiencia del Profesional de Enfermería.

---

<sup>13</sup>SHELL, Judith A. Enfermería Oncológica. Barcelona: Océano. 2003. Vol.3. Cap. 32. P 836

### **3. PROBLEMA**

Desde la perspectiva de la teoría de los Holones de la sexualidad identificar:  
¿Cuáles han sido los problemas manifiestos a nivel sexual de las mujeres con  
cáncer ginecológico y qué intervenciones de enfermería se han implementado?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir los problemas manifiestos por mujeres con cáncer ginecológico y las intervenciones de enfermería que se han implementado para estas pacientes, según los Holones de la sexualidad

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Clasificar según los Holones de la sexualidad los problemas que refieren las mujeres con cáncer ginecológico.
- Describir las estrategias de intervención de enfermería frente a los problemas identificados, según los Holones de la sexualidad.

## **5. PROPÓSITO**

Brindar una herramienta capaz de proporcionar al profesional de enfermería, elementos de aprendizaje, valoración e intervención en los problemas relacionados con la sexualidad de la paciente con cáncer ginecológico, de manera oportuna, holística y ética.

## 6. MARCO TEÓRICO

Según la OMS y la OPS “la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades, los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y relaciones interpersonales. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales<sup>14</sup>”.

Una dimensión fundamental del hecho del ser humano es tener derecho a ejercer libremente su sexualidad, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos; además hay que tener en cuenta que todas las sociedades “organizan” de una u otra manera las posibilidades eróticas del cuerpo, entendiendo por organizan: educan, reprimen, permiten, castigan y norman”.

Los grupos humanos construyen ideas compartidas acerca de sus potencialidades sexuales, si bien la caricia genital que el niño de meses de edad percibe como placentera es una experiencia erótica relativamente simple, una caricia en la misma zona corporal sentida por un adulto casi siempre significa interacción con el género propio y el de la persona que acaricia, es decir, existe una significación que integra el erotismo con el género.

---

<sup>14</sup> SEXUALIDAD. ES. La Educación Sexual. Documento electrónico disponible en: [www.sexualidad.es/index.php/Categoría:Educación\\_sexual](http://www.sexualidad.es/index.php/Categoría:Educación_sexual), recuperado el 1 de Julio de 2008

## 6.1 MODELO HOLÓNICO DE LA SEXUALIDAD HUMANA

**6.1.1 Holón:** “Es un sistema o fenómeno que es un todo en sí mismo, así como una parte de un sistema más amplio. Se puede concebir como sistemas anidados dentro de sí. Cada sistema puede ser considerado como un holón, a partir de una partícula subatómica al universo como un todo. De forma no física, palabras, ideas, sonidos, emociones de todo lo que puede ser identificado, es a la vez parte de algo”.<sup>15</sup>

El desarrollo de estas ideas llevó a proponer al Dr. Eusebio Rubio Auriolés<sup>16</sup> que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal. La complejidad de nuestra sexualidad se debe en gran medida a que las significaciones aluden a los cuatro holones. Las experiencias, entonces, permiten la construcción e integración de la sexualidad. Ocurre que los significados en cada una de las áreas interactúan con las otras porque, precisamente, están en relación unas con otras es así como se definen cada uno de ellos de la siguiente forma:

**6.1.2 El holón de la reproductividad humana:** “Por reproductividad se entiende como la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (mas no idénticos) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad”.<sup>17</sup>

La potencialidad de reproducirnos es consecuencia directa del hecho de ser seres vivos. La sexualidad humana se ha desarrollado con sus múltiples niveles de

---

<sup>15</sup> WIKIPEDIA.ORG. Holon (philosophy). Documento electrónico disponible en: [http://en.wikipedia.org/wiki/Holon\\_\(philosophy\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Holon_(philosophy)) recuperado el 22 de julio de 2007.

<sup>16</sup> PRESIDENTE DE LA WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH (WAS) 2006

<sup>17</sup> RUBIO E. Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana. En: Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo I. Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa. México. 1994.

manifestación y complejidades de organización e integración, como resultado de la necesidad de la especie humana de reproducirse eficientemente.

Sin embargo, la reproductividad humana es un holón sexual que tiene manifestaciones psicológicas y sociales de la mayor importancia y no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto.

**6.1.3 El holón del Género:** “En este contexto, se entiende como género como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias”.<sup>18</sup>

En la evolución de los seres vivos apareció en cierto momento el -sexo, es decir, el hecho de que en un mismo tipo de organismo (una misma especie) surgieron dos formas. Los científicos le llaman a esta cualidad de los seres vivos: dimorfismo, que quiere decir dos formas. La base biológica del género es el dimorfismo, y ésta es la base para la conformación del segundo elemento de la sexualidad.

El género, al igual que los otros holones sexuales, tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio de nuestra naturaleza humana. La dimensión humana del género, expresión de este holón, permea casi toda la existencia humana. Es por medio del género que los grupos sociales realizan una multitud de interacciones. La identidad misma, es decir, el marco mental interno de referencia de nuestro ser está construido en el género como elemento central.

**6.1.4 El holón del Erotismo:** “Por erotismo se define como los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus

---

<sup>18</sup> Ibid.



resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias”.<sup>19</sup>

El erotismo es un elemento de la sexualidad que remite a las experiencias más comúnmente identificadas como sexuales. En algunas mentalidades, sexualidad es erotismo.

Sin embargo, es posible que la experiencia erótica, sea tenida en contextos no amorios, por lo que se piensa que para mayor claridad de conceptos, es preferible identificar al erotismo con el componente placentero de las experiencias corporales (individualmente vividas o, más frecuentemente, en interacción con otro), en las que se presentan los procesos de activación de respuesta genital y corporal (muchos de estos procesos ocurren -de hecho- lejanos a los genitales, en el sistema nervioso central).

Al igual que los otros holones sexuales, el erotismo tiene niveles de manifestación biológica, pero son sus componentes mentales, especialmente en lo que se refiere a las representaciones y simbolizaciones, así como a la significación social y su regulación, lo que hacen del erotismo, una característica específicamente humana.

De manera similar sucede con el género en la identidad genérica, todos los seres desarrollan una identidad erótica. La simbolización de lo erótico es uno de los mecanismos más poderosos por lo que el erotismo se integra al resto de la sexualidad y de hecho, al resto de la vida. Los sociólogos y antropólogos, han identificado guiones de conducta erótica en cada una de las culturas que han venido estudiando. Una de las primeras consecuencias del estudio transcultural, es la identificación de códigos de conducta tan diversos, que permiten la visualización del carácter relativo de las normas de conducta erótica vigentes en la cultura.

---

<sup>19</sup> Ibid.

**6.1.5 Holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal:** Por vinculación afectiva interpersonal se entiende como "La capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos". <sup>20</sup>

El desarrollo de vínculos afectivos es resultado de la particular manera en que la especie humana evolucionó. A mayor tiempo de desarrollo, mayor necesidad de cuidado. Ninguna consideración sobre la sexualidad puede estar completa sin incluir el plano de las vinculaciones afectivas entre los seres humanos. El desarrollo de vínculos afectivos es resultado de la particular manera en que la especie humana evolucionó. A mayor tiempo de desarrollo, mayor necesidad de cuidado.

La forma más reconocida de vinculación afectiva, es el amor. Sin embargo, y contra lo que suele pensarse, se le puede dar el mismo nombre a formas de vinculación afectiva totalmente diferentes y hasta opuestas. Ocurre que por amor se entiende tanto la necesidad imperiosa de contar con la presencia de alguien, al punto que se siente indispensable para la vida: "yo sin ti no puedo vivir", como el supremo acto de ofrecer la vida por otro: "me muero por ti", se le llama amor tanto al gozo de ver al ser querido feliz, como al dolor que se experimenta cuando se es abandonado.

Los seres humanos se vinculan gracias a que los afectos provocados por los otros, (o por él o la otro/a) son lo suficientemente intensos como para tratar de mantenerlos o evitarlos. El amor es una forma ideal de vinculación.

El estudio de las vinculaciones efectivas entre los seres humanos tiene contenidos en todos los niveles en los que los otros holones sexuales se manifiestan. Las bases biológicas de estos fenómenos empiezan a identificarse, cuando menos en

---

<sup>20</sup>Ibid.

lo que se refiere a algunas formas de vinculación afectiva como el amor romántico, el enamoramiento y posiblemente la matriz del vínculo materno-infantil.

De acuerdo a la teoría emitida por el Doctor Rubio se puede concluir que en la mujer diagnosticada con cáncer ginecológico se ven altamente vulnerados los diferentes holones de la sexualidad, ya que no se puede desligar un holón de otro, y de esta manera el ver a la paciente de forma integral permite al personal de enfermería realizar una intervención más oportuna, identificar el problema real y direccionarla al profesional que compete.

## **6.2 RESPUESTA SEXUAL FEMENINA**

En 1966, Máster y Johnson, hicieron un estudio en el que filmaron y observaron más de 10.000 actos sexuales en un grupo de 382 mujeres (de edades entre 18 y 70 años) y 312 hombres (de edades entre 21 y 89 años) durante la actividad sexual, con el fin de describir de forma científica y objetiva los cambios físicos que se producían durante la actividad sexual. Tras este estudio describieron la "respuesta sexual" mediante una curva, la curva de la respuesta sexual humana.

La respuesta sexual es la forma de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto desde un punto de vista físico, como desde un punto de vista más íntimo y personal. La respuesta sexual consta de varias fases. No son fases "automáticas"; es decir, se requiere un flujo constante de excitación y estimulación para ir pasando de una fase a otra, a continuación describiremos cada fase de acuerdo a la respuesta sexual de la mujer.

### **6.2.1 Fases de la respuesta sexual femenina**

– **Fase de deseo:** Es una fase "mental", está directamente relacionada con el ovario quien está encargado de la producción hormonal que a su vez lleva estímulos cerebrales para producir el deseo sexual. Es importante que el paciente

comunique a su pareja que ha perdido interés por la actividad sexual debido al estigma, la mutilación o los obstáculos físicos, ya que esto evita sentimientos de rechazo. Se deben sugerir alternativas de proximidad y afecto como caricias, autoerotismo y otras técnicas de focalización sensitiva<sup>21</sup>. Siempre hay que hablar y consensuar con la pareja.

– **Fase de excitación:** Este mecanismo es activado por la presencia de múltiples terminaciones nerviosas que interfieren en el deseo sexual a nivel de vulva, vagina, labios mayores y menores, área vestibular, clítoris y periné. La disfunción excitatoria, es la incapacidad permanente o recurrente para conseguir o mantener la excitación, en la mujer este trastorno es la incapacidad de lubricación de la vagina y la dificultad que esta carencia añade a la penetración, pero también comprende la disminución de las sensaciones en los labios, en el clítoris, y la relajación de los músculos vaginales<sup>22</sup>.

– **Fase de Orgasmo:** Es la fase en que se liberan todas las tensiones sexuales acumuladas. Un orgasmo, por lo general, dura entre 2 y 10 segundos. Sucede cuando la tensión muscular y la sensación de plenitud alcanzan su punto máximo y se liberan.

Muy raras veces síntomas relacionados con el tumor maligno por sí mismo interfieren con la función sexual (anemia, anorexia, dolor), más bien los tratamientos (cirugía, radioterapia o quimioterapia) o las alteraciones psicológicas que producen ambos (creencias, impactos emocional, motivaciones,

---

<sup>21</sup> KAPLAN, H. S. The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. New York, NY: Brunner/Mazel, 1974.

<sup>22</sup> PENAGOS V.; Gloria Stella. Disfunciones Sexuales Femeninas. Educadora Sexual. Profesora Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Titular Sociedad Colombiana de Sexología. IV Congreso Nacional de Menopausia. Simposio Sexualidad y Menopausia, Cartagena Abril 4 de 2001

afrontamientos), son los responsables y pueden afectar una o más fases del ciclo de respuesta sexual (sobre todo deseo, excitación y orgasmo)<sup>23</sup>.

– **Fase de resolución:** Hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal.

### **6.3 DISFUNCIONES SEXUALES MÁS FRECUENTES EN LA MUJER CON CANCER GINECOLÓGICO.**

Citando al Dr. Rubio “Estudiar la sexualidad humana no es una empresa humana nueva, sus misterios, la fascinación por resolverlos y el poder sentido por el saber sexual, han funcionado, desde hace siglos, como motores en el interés humano de entender la sexualidad. La ciencia del siglo XX, aunque con algunos titubeos, ha emprendido también el camino hacia formar una formulación científica -que pretende ser objetiva- de la sexualidad humana”<sup>24</sup>.

Los modelos teóricos en el campo sexológico más influyentes en el campo sexológico fueron Kaplan (1974), Masters y Johnson, (1970) y Wolpe y Lazarus, (1966). Actualmente en el campo de la modificación de conducta y la sexología se considera que tienen una importancia esencial el conocimiento de las disfunciones sexuales Carrobles, 1985<sup>25</sup>; Lopiccio y Friedman, (1989); Wolfe y Walen, (1990); Cottraux, (1990). Lopiccio y Friedman (1989) proponen un modelo integrador de

---

<sup>23</sup> GRAU ABALO JA. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Rev Cubana Oncol 1999;15(1):49-65

<sup>24</sup> RUBIO, E. The four sexual Holons. Documento no publicado realizado durante el curso Estudio Independiente como parte de los requisitos del programa de Doctorado en Sexualidad Humana en la Universidad de New York. 1983.

<sup>25</sup> CARROBLES. J. A: Análisis y modificación de conducta II. UNED. 1985.

terapia sexual centrado en cuatro causas<sup>26</sup>, interrelacionadas, para explicar las disfunciones sexuales:

**a) La historia de aprendizaje:** Experiencias de la niñez y adolescencia (actitudes y conductas negativas de los progenitores y otras figuras significativas hacia la sexualidad), modelos o fuentes de información deficitarias, restrictivas o inadecuadas.

**b) Factores físicos:** Presencia de enfermedades físicas (más de tipo crónica y neurológica) y uso de drogas o medicamentos.

**c) Factores de relación:** Papel del síntoma en la relación global de la pareja. A menudo el síntoma es visto solo como un elemento perturbador, pero también suele tener un propósito útil en el mantenimiento de la estructura de la relación de pareja (teoría de sistemas).

**d) Factores cognitivos:** Papel del nivel de conocimiento del individuo sobre la sexualidad; y sobretodo de sus actitudes, creencias y pensamientos en la disfunción sexual. La ansiedad de desempeño sexual (más frecuentes en los hombres) deriva de la creencia irracional de "Debo de ser enormemente sexual para ser un hombre de verdad" y la ansiedad femenina en la relación sexual suele derivar de la creencia irracional de "Debo de satisfacer a mi compañero para tener su aprobación".

Las investigadoras consideran al igual que Wolfe y Walen (1990)<sup>27</sup> que la experiencia sexual positiva es el resultado de algo más que una buena técnica sexual; los bloqueos emocionales derivados de las cogniciones disfuncionales y su manejo suelen ser el principal foco de la disfunción sexual.

---

<sup>26</sup> CONESA, Xavier. Tratamientos Sexológicos para el hombre y la mujer. 2004. Consultado en <http://www.soy.galeon.com/>

<sup>27</sup> WOLFE. J y WALEN. S: Factores cognitivos en la conducta sexual. En: Ellis y Grieger: Manual de terapia racional-emotiva. Volumen 2. Ed. D.D.B. 1990.

El sexo se convierte en un problema cuando un miembro de la pareja no está a gusto con ello, a muchas mujeres les resulta difícil hablar de sus dificultades sexuales con su pareja y muchas de ellas renuncian a buscar un tratamiento por vergüenza, o miedo de que el profesional de la salud no les comprenda.

Existen diferentes y variadas clasificaciones de las disfunciones o trastornos sexuales, pero para el fin investigativo que se persigue se toma la Clasificación de Carrobles (1985)<sup>28</sup> que aparece a continuación:

### **6.3.1 Clasificación según el autor Carrobles**

#### **–Disfunciones relacionadas con el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual:**

- a. Fase del deseo sexual: Hombres y mujeres
  - Hipo sexualidad.
  - Híper sexualidad.
  
- b. Fase de excitación sexual:
  - Dificultad de la erección (impotencia) (Hombres).
  - Dificultad de la excitación (Mujeres).
  - Vaginismo (Mujeres)
  
- c. Fase del orgasmo sexual:
  - Ausencia de eyaculación (Hombres).
  - Eyaculación retardada (Hombres).

---

<sup>28</sup> RUIZ SÁNCHEZ, Juan José, CANO SÁNCHEZ, Justo José Aplicaciones Clínicas: Elementos Básicos. Tratamiento de las Disfunciones Sexuales. Artículo electrónico disponible en: [www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual16.htm](http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual16.htm) recuperado el 11 de marzo de 2008.

- Eyaculación precoz (Hombres).
  - Ausencia de orgasmo (Mujeres).
  - Orgasmo prematuro (Mujeres).
  - Orgasmo retardado (Mujeres).
- d. Fase de resolución sexual:
- Resolución retardada. (Hombres).
- e. Dolores sexuales: Dispareunia.
- f. Dolor en el pene (Hombres).
- g. Dolor en la región genital (Hombres).
- h. Dolor durante la penetración (Mujeres).
- i. Dolor durante el coito (Mujeres).

– **Problemas de satisfacción subjetiva en el ciclo de respuesta sexual.**  
Insatisfacción sexual.

– **Problemas relacionados con falta de información.** Falsas creencias y actitudes negativas hacia el sexo.

– **Problemas sexuales relacionados con problemas de la relación de pareja.**  
En general.



- **Problemas sexuales asociados a otros trastornos psicopatológicos.** Ansiedad generalizada, depresión, psicosis, alcoholismo, etc.

## **6.4 CÁNCER GINECOLÓGICO Y LA SEXUALIDAD**

El término Cáncer Ginecológico parte de los criterios establecidos por la FIGO (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras) y se configuran todos los procesos neoplásicos ubicados en cuello de útero, endometrio, ovario, vulva y vagina.

**6.4.1 Cáncer de Ovario** Los síntomas de este tipo de cáncer aparecen demasiado tarde, por lo que cuando se detecta, la enfermedad ya está en un estado muy avanzado y tiene muy difícil solución. Los signos posibles de cáncer del ovario incluyen dolor o inflamación en el abdomen, problemas gastrointestinales tales como sensación rápida de llenura al comer, gases, estreñimiento, dolor en la pelvis, síntomas urinarios como cistitis, otros síntomas como cansancio, dolor de espalda, dolor en las relaciones sexuales y cambios en la menstruación.

Los estadios en que puede evolucionar el cáncer de ovario son:

- Estadio I: el tumor sólo afecta a uno o los dos ovarios.
- Estadio II: el cáncer no se limita a los ovarios, pero sigue estando dentro de una zona limitada por la pelvis (útero, vejiga o recto).
- Estadio III: el cáncer se ha extendido al peritoneo (revestimiento del abdomen) y/o a los ganglios.
- Estadio IV: hay metástasis o invasión a diferentes órganos del cuerpo.

La sexualidad en las pacientes con cáncer de ovario en estadios I y II no tiene cambios significativos, ya que éste se encuentra in situ o involucra de forma incipiente algún órgano adyacente que restrinja el desempeño sexual, la producción hormonal por la presencia de el tumor se ve afectada y puede incidir en la fase de deseo y la fase de excitación.

En el estadio III y IV la sexualidad se altera por la presencia de dolor derivado del crecimiento tumoral, ascitis y compresión de estructuras, entre otros, es en este momento donde cambian las prioridades de la paciente en cuanto a su sexualidad (relación coital) y se manifiesta la necesidad del holon sexual de vinculación afectiva interpersonal que también hace parte de la sexualidad, ésta requiere de expresiones afectivas que se manifiestan a través del contacto físico y no solo de su pareja, sino de las personas que la rodean como familia, amigos, vecinos, etc.

**6.4.2 Cáncer de cuerpo uterino o endometrio.** Los síntomas del cáncer uterino incluyen: hemorragia o secreción vaginal fuera de lo normal, dificultad para orinar dolor pélvico, dolor durante las relaciones sexuales, este cáncer uterino suele ocurrir después de la menopausia. Se ha determinado la siguiente secuencia en el proceso:

- **Estadio I:** Permanece sólo en el cuerpo central de este.
- **Estadio II:** El tumor invade el cérvix
- **Estadio III:** Se localiza en zonas fuera del útero, pero dentro de la zona de la pelvis (aunque no en la vejiga o el recto). Por ejemplo en los ganglios linfáticos y
- **Estadio IV:** La vejiga y el recto se ven afectados, abarca las metástasis en otras zonas del cuerpo.

Para la sexualidad de la mujer, dado que el cáncer de útero abarca en gran medida el cáncer de cérvix a partir del estadio II, se condensará en el desarrollo del siguiente subtítulo la información frente a las implicaciones que tienen estos tumores en la sexualidad.

**6.4.3 Cáncer de Cuello del útero (cérvix).** Los principales síntomas son: hemorragia anormal, aumento de flujo vaginal, dolor en el pubis, dolor durante el coito, los síntomas generalmente no aparecen hasta que las células cervicales anormales se vuelven cancerosas e invaden el tejido cercano. Cuando esto sucede, el síntoma más común es un sangrado anormal. El sangrado puede comenzar y detenerse entre períodos menstruales regulares o puede ocurrir después de relaciones sexuales, de lavado vaginal o de un examen pélvico. El sangrado menstrual puede durar más tiempo y ser más abundante que de costumbre. El sangrado después de la menopausia también puede ser un síntoma de cáncer cervical. Una mayor secreción vaginal puede ser otro síntoma de cáncer cervical.

El progreso de la patología adquiere mayor complejidad y cada estadio se subclasifica de la siguiente manera:

– **Estadio I (sub-clasificado en a1, a2, b1 y b2).** El tumor se puede ver a simple vista y se limita al útero.

– **Estadio II (sub-clasificado en a1, a2, b1 y b2).** El tumor se extiende más allá del útero pero no llega a la pared pélvica. Este estadio también abarca aquellos tumores que ocupan menos de un tercio de la vagina.

– **Estadio III (sub-clasificado en a1, a2, b1 y b2):** Se encuentran los tumores que han invadido la pared pélvica y/o menos de un tercio de la vagina y aquellos que han causado un fallo en el riñón.

– **Estadio IV (sub-clasificado en a1, a2, b1 y b2).** El cáncer llega a la vejiga o el recto o se extiende más allá de la pelvis y hay metástasis en otros lugares del cuerpo.

La cirugía para el cáncer cervical puede acortar la vagina y cambiar la sensación sexual. La sexualidad se ve muy comprometida por la presencia de dolor secundario a la localización del tumor y el olor característico del mismo y sangrado, que puede llevar a la paciente a una evidente anemia y adinamia perdiendo interés por su sexualidad. Se altera la auto-estima, el componente de auto-imagen y auto-concepto que generalmente conllevan aislamiento familiar, de pareja y social, con un deterioro considerable en la calidad de vida.

Este tipo de cáncer que más afecta la sexualidad (repercute según la teoría de los Holones en los cuatro subsistemas que lo componen: erótico, identidad de género, vinculación afectiva interpersonal y reproductividad humana)

**6.4.4 Cáncer de Vagina.** Con frecuencia, el cáncer de vagina no causa síntomas tempranos y puede encontrarse durante una prueba de Papanicolaou de rutina. Cuando se presentan síntomas, entre los signos posibles del cáncer de vagina se incluyen el dolor y el sangrado anormal de la vagina, sangrado o secreción no relacionados con la menstruación, dolor durante las relaciones sexuales, dolor en el área de la pelvis, masa en la vagina siguiendo la secuencia:

– **Estadio 0 (carcinoma in situ).** Se encuentran células anormales en el tejido que reviste el interior de la vagina. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal.

– **Estadio I .**El cáncer se ha formado y se encuentra en la vagina solamente.

- **Estadio II.** Se ha diseminado de la vagina hasta el tejido que rodea la vagina.
  
- **Estadio III.** El cáncer va desde la vagina hasta los ganglios linfáticos de la pelvis o de la ingle, a la pelvis o a ambos.
  
- **Estadio IV.:** Se divide en estadio IVA y estadio IVB:
  - a. Estadio IV (IVA). El cáncer puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis o la ingle, y hasta una o ambas de áreas siguientes:
    - El revestimiento de la vejiga o del recto.
    - Más allá de la pelvis.
  
  - b. Estadio IV (IVB): el cáncer se ha diseminado hasta partes del cuerpo lejanas de la vagina, como los pulmones y redes distantes de los ganglios linfáticos.

La sexualidad en la mujer con cáncer de vagina se afecta por la misma sintomatología y compromiso del tumor a partir del estadio II, alteraciones sensitivas, presencia de dolor, secreciones de olor fétido y sangrado, con las mismas repercusiones mencionadas para el cáncer de útero. Dentro de los tratamientos utilizados la radiación puede ocasionar ardor vaginal que es transitorio o desgarre o estrechamiento de la vagina que es permanente por lo tanto la sensación es diferente y el acto vaginal puede hacerse doloroso. El tratamiento estándar para ayudar a mantener cicatrización y el estrechamiento al mínimo es educar a las mujeres sobre el uso adecuado de dilatadores (tres veces a la semana) o actividad sexual frecuente según Judy Knapp, PhD, MSW, trabajadora social de oncología en Magee-Womens Hospital in Pittsburgh. . Este

es un régimen para toda la vida; las mujeres que lo rechazan pueden desarrollar adhesiones en la vagina, haciendo la relación sexual más dolorosa<sup>29</sup>.

**6.4.5 Cáncer de vulva.** Entre los síntomas que se presentan son. ulcera, engrosamiento o protuberancia normalmente en los labios mayores, puede presentarse en cualquier lugar de la vulva, prurito, dolor, ardor, sangrado local micción dolorosa, olor inusual. Son de gran importancia las manifestaciones clínicas de presencia de sangrado y dolor de forma frecuente ya que se consolidan como factores que influyen en la pérdida del deseo y el desempeño sexual siendo fundamental en la sexualidad. Su evolución:

– **Estadio 0 o carcinoma in situ.** Se encuentran células anormales en la superficie de la piel de la vulva. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal

–**Estadio I.** Se ha formado y se encuentra solamente en la vulva o en la vulva y el perineo (región entre el recto y la vagina) el tumor mide 2 centímetros o menos y se ha diseminado hasta el tejido debajo de la piel.

–**Estadio II.** El cáncer se encuentra en la vulva o en la vulva y el perineo y el tumor mide más de 2 centímetros.

–**Estadio III** El cáncer tiene cualquier tamaño y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos, de un lado de la ingle o se ha diseminado hasta los tejidos cercanos, como la parte inferior de la uretra, la vagina, el ano o a todos estos y

–**Estadio IV.** El cáncer se ha diseminado hasta partes distantes del cuerpo.

---

<sup>29</sup> SMITH RILEY, Julie. Recuperando la Sexualidad Después del Cáncer Ginecológico. Documento electrónico disponible en: [www.mbhs.org/healthgate/GetHGContent.aspx?token=9c315661-83b7-](http://www.mbhs.org/healthgate/GetHGContent.aspx?token=9c315661-83b7-)

El tratamiento quirúrgico para el cáncer vulvar generalmente involucra eliminar por lo menos algo de los genitales externos, cambiando dramáticamente la apariencia de una mujer

## **6.5 TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS Y EFECTOS SOBRE LA SEXUALIDAD**

En la sexualidad es importante saber que tiene un peso relevante en las relaciones de pareja, la sexualidad no es sólo algo físico si no también psicológica y que la vida sexual cambia después del tratamiento oncológico.

Una de las preocupaciones más importantes de las personas con cáncer, es saber cómo les va a afectar a su vida íntima sobre todo cuando el órgano afectado tiene implicaciones sexuales (testículo, pene, seno, cáncer ginecológico, etc.). Los tratamientos y sus efectos secundarios, los cambios físicos, las preocupaciones y problemas sexuales pueden dificultar aún más las relaciones de pareja. Es vital aceptar los cambios, saber cómo va a reaccionar la pareja ante las cicatrices, la amputación de determinados órganos, la presencia de ostomías, y la aparición de problemas sexuales o la pérdida de la fertilidad. En el estudio llevado a cabo por Bos-Branolte (1991)<sup>30</sup> identifica 28% de morbilidad psicopatológica en una muestra de 90 mujeres con cáncer ginecológico, distribuidas del siguiente modo: ansiedad (34%), depresión (28%), imagen corporal (22%), autoestima (36%), relaciones de pareja (26%). Asimismo, ésta se distribuía en función de la localización tumoral en: ovario (36%), cérvix (21%), endometrio (17%) y por último, vulva (46%).

---

472d-a7ab-bc8582171f86&chunkid=122360 recuperado el 15 de noviembre de 2007.

<sup>30</sup> BOS-BRANOLTE, G. Gynaecological cancer: a psychotherapy group. En M. Watson (Ed.), Cancer patient care: Psychosocial treatment methods. Cambridge: Cambridge University Press. 1991.

Según el tipo de tumor y el estadio en el que éste se encuentre, la edad, las condiciones clínicas, la pre existencia de otro tipo de patologías asociadas o concomitantes, y aún la expectativa de vida y pronóstico, se aplica un de tratamiento diferente, de manera aislada o combinadas. Entre los principales tratamientos se encuentran: la cirugía como primera opción, seguido de radioterapia (tele terapia y braquiterapia) y quimioterapia;

### **6.5.1 Quirúrgicos**

La cirugía es el tratamiento más común, permite eliminar procesos neoplásicos localizadas y metastásicas. Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes son:

– **Histerectomía.** Esta cirugía consiste en la remoción quirúrgica del útero, con las sabidas implicaciones sobre la reproducción.

a. Histerectomía parcial: extirpación de todo el útero. Tiene implicaciones erótico, específicamente para la penetración, en la mayoría de mujeres hay afectación del de género y reproductividad humana por la percepción que se tiene de este órgano frente al ser mujer.

b. Histerectomía total: es la extirpación del útero, parametrio y la parte superior de la vagina. No es sexualmente notable en todos los casos. La penetración del pene puede ser incómoda debido a que el triángulo vesical y el colon sigmoideas pueden quedar muy cerca del nuevo vértice vaginal.

c. Histerectomía radical: se extirpan útero, trompas de Falopio, ovarios, cérvix y vagina. Además de lo anteriormente mencionado, también incluye modificaciones frente a la relación sexual por la ausencia de vagina o la adaptación de una neo



vagina y por el cambio en la imagen corporal afectando directamente su autoestima.

– **Exenteración Pélvica.** Es la extirpación de la totalidad de las vísceras de la pelvis (histerectomía, doble anexectomía, resección de recto y cistectomía total) a causa de tumores ginecológicos, de recto o de vejiga, que afectan a los tres órganos. Obliga a efectuar una derivación ureteral (habitualmente vejiga ileal en fosa ilíaca derecha) y con frecuencia una colostomía en fosa ilíaca izquierda.

Por derivación, se ha descrito la exenteración pélvica anterior (cistectomía, histerectomía y doble anexectomía) y posterior (histerectomía y resección de recto). Esto causa preocupación por la apariencia corporal relacionada con presencia del dispositivo, que incluye una posible fuga y el olor.

La inervación de la vulva desaparece en gran medida, lo que disminuye la sensación erótica, puede ser necesario crear una nueva vagina. En algunos casos se desencadena tumefacción del clítoris y dolor, lo que requiere una clitoridectomía para su alivio. Muchas pacientes refieren una disminución en la frecuencia de la actividad sexual, la satisfacción y pérdida de la autoconfianza sexual, afectando la vinculación afectiva interpersonal.

– **Vulvectomía radical.** Consiste en escindir la piel de la vulva conservando las estructuras adiposas, musculares y glandulares debajo de la piel, con posterior colocación un injerto generalmente autólogo obtenido del muslo interno sobre el área expuesta. Este procedimiento se puede realizar mediante el uso de láser logrando destruir la lesión mediante la vaporización del tejido, la curación es excelente pero tiene como inconveniente el valor agregado que representa la obtención de muestra para estudio patológico como soporte de comprobación y en algunos casos de pronóstico. Para la paciente el Láser proyecta mejores resultados funcionales y estéticos, se quejan poco de dispareunia o disminución

de la sensibilidad sexual contrario a lo que sucede con una vulvectomy radical tradicional.

– **Radioterapia.** La Radioterapia Externa se recibe desde un aparato que a determinada distancia del cuerpo emite energía en forma de rayos gamma (bomba de cobalto), rayos X o electrones (acelerador lineal). Esta energía actúa directamente en las células tumorales y también en los tejidos sanos que la rodean; por este motivo a estos últimos se lo protege cuidadosamente.

a. La Radioterapia Interna o Braquiterapia consiste en el uso de isótopos radioactivos en forma de tubos (Cesio 137) , alambres (Iridio 192) o semillas (iodo, oro) que se colocan dentro del tumor o de cavidades de órganos. Esta práctica se realiza en el quirófano con anestesia general para no provocar dolor.

b. Radioterapia de Alta Complejidad: Significa la aplicación de técnicas complejas de radioterapia mediante el uso de altas energías, (fraccionamientos especiales hiper fraccionamiento, fraccionamiento acelerado, etc.), arreglo de campos y dosimetría computada, proporciona una alta dosis al tumor con mínimo daño al tejido sano que lo rodea. *“El uso de bloques de cerrobend y máscaras de sostén posibilitan la protección de los órganos sanos y mayor precisión de la irradiación. La suma de equipamiento de nueva y alta tecnología, aplicación de técnicas modernas, campos conformados, simulación y dosimetría computada facilitan lograr los objetivos de la radioterapia moderna”*<sup>31</sup> , los cuales son:

- Aumentar el control local de los tumores y mejorar la tasa de curación en cáncer.
- Mayor precisión y menor toxicidad.
- Disminuir tasa de complicaciones tardías.

---

<sup>31</sup> ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. ¿Cómo afecta la radioterapia a la sexualidad? Madrid, España. 2005. Documento electrónico disponible en: [http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/734E1939-140B-486F-905F-9EA440FEFEAF/0/Radioterapia\\_2005.pdf](http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/734E1939-140B-486F-905F-9EA440FEFEAF/0/Radioterapia_2005.pdf) recuperado el 15 de marzo de 2008.

c. Irradiación de Sangre: El objetivo de irradiar los productos sanguíneos es lograr la depresión inmunológica de los linfocitos, sin causar daño a plaquetas y otros elementos sanguíneos y así disminuir el riesgo inmunológico asociado a la transfusión de sangre en pacientes trasplantados. La irradiación se efectúa con un par de haces opuestos y paralelos de Cobalto 60. La dosis mínima es 25 Gy y la máxima 27.7 Gy.

d. Radioterapia Conformada Tridimensional (3D CRT). Es una técnica que permite pre diseñar y definir el molde del volumen tumoral que se decide irradiar, se realiza utilizando moldes de cerrobend (conformadores) o colimador multihojas. El objetivo es delimitar el volumen blanco para entregar alta dosis de radiación con mínima dosis en el tejido sano y órganos a riesgo. La razón para aumentar la dosis en el tumor es incrementar la probabilidad de control tumoral, (dosis mayores a 74 Gy aumentan sobrevida libre de enfermedad química). Sin embargo, no siempre el aumento de la dosis es el único factor que influye en el control tumoral, también existe el fenómeno de radioresistencia inherente de algunos tumores, en cuyo caso el aumento de la dosis debería ser extremadamente alto para obtener pequeñas diferencias en el control tumoral.

El otro objetivo de la conformación de los volúmenes es disminuir al máximo la dosis entregada al tejido normal que rodea al tumor. La importancia de la dosis recibida por el tejido normal fue especialmente reconocida por el National Institute of Health en 1980.

– **Quimioterapia.** Se utiliza en menor medida y en la mayoría de los casos de forma concomitante con la radioterapia. La paciente recibe medicamentos por vía intravenosa que debilitan o destruyen la célula tumoral.<sup>32</sup> Los avances en la

---

<sup>32</sup>AMERICAN CANCER SOCIETY. Quimioterapia: Una guía para los pacientes y sus familias. Documento electrónico, disponible en: [http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP\\_2\\_1x\\_](http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_2_1x_)

investigación están consiguiendo que surjan medicamentos cada vez menos agresivos para el paciente y más tóxicos para el tumor que reducen los efectos secundarios negativos.

El 81%<sup>33</sup> de los pacientes reportan su sexualidad previa al diagnóstico de cáncer como satisfactoria. De las drogas antineoplásicas más empleadas fueron (Cisplatino, Bleomicina, 5FU, Adriamicina, Docetaxel y Ciclofosfamida). Promedio de ciclos administrados 8. El 21% de los pacientes presentan disfunciones desde el primer ciclo de quimioterapia. El 65% manifiesta que el cáncer modificó su vida sexual. El 73% tenían una paridad satisfecha. El 89% reporta que no se abordó el tema de sexualidad (actividad sexual o de las posibles disfunciones).

El 10% de los pacientes mencionaron que se comentó con sus médicos tratantes, información sobre fertilidad, disminución de la libido y alteraciones de la menstruación. El 58% de los pacientes perciben alteraciones en su masculinidad o femineidad después de la quimioterapia.

Tomando en consideración que no sólo en pacientes con cáncer que afectan áreas ginecológicas o genitourinarias, pueden presentar alteraciones y/o disfunciones de la sexualidad.

La literatura demuestran que las combinaciones de drogas anti-neoplásicas, las vías de administración, dosis y ciclos de quimioterapia pueden representar la exacerbación de alteraciones de la sexualidad previas a la enfermedad o los tratamientos oncológicos de los pacientes con cáncer<sup>34</sup>.

---

Quimioterapia\_ Una\_gua\_para\_los\_pacientes\_y\_sus\_familias.asp recuperado el 21 de diciembre de 2007

<sup>33</sup> Disfunciones sexuales en pacientes con cáncer posquimioterapia, experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. Estudio piloto Sexual dysfunction in patients with cancer post-chemotherapy, National Cancer Institute of Mexico experience. Pilot study. ALVARADO, A.S, ROJAS C.E., et col. Documento electrónico Acrobat PDF disponible en: [http://www.smeo.org.mx/gaceta/vol7num2marabr2008/gamo02\\_2008\\_artorig02.pdf](http://www.smeo.org.mx/gaceta/vol7num2marabr2008/gamo02_2008_artorig02.pdf)

<sup>34</sup> Laurie Lemieux, Stefanie Kaiser, José Pereira and Lynn M Meadows. Sexuality in Palliative care: patient perspectives. Palliative Medicine

Además los tratamientos onco-específicos pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales<sup>35</sup>. Sin duda, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual, podemos decir que el holon que más se afecta es el erótico pero esta estrechamente relacionado con el de vinculación afectiva interpersonal y el de reproductividad humana y es por ésta razón que la paciente requiere de una sólida red de apoyo y de una adecuada educación y orientación suministrada por la enfermera.

## **6.6 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO Y SU SEXUALIDAD**

Con base a una revisión de la literatura publicada en MEDLINE<sup>36</sup> en los últimos 10 años, se comprueba que la investigación de enfermería oncológica a nivel internacional se puede dividir en cinco campos:

a) Temas sobre la práctica (ej., utilización de los recursos, impacto de los temas profesionales en la práctica, práctica basada en la evidencia científica) 42%

---

2004; 18:630-637. Encontrado en: [http://www.smeo.org.mx/gaceta/vol7num2marabr2008/gamo02\\_2008\\_artorig02.pdf](http://www.smeo.org.mx/gaceta/vol7num2marabr2008/gamo02_2008_artorig02.pdf)

<sup>35</sup> ROMERO PÉREZ, Teresa de la Caridad. Algunas consideraciones sobre la evaluación y tratamiento de la sexualidad en pacientes con cáncer. Documento electrónico disponible en: [http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/epidemiologia\\_teresa\\_romero.htm](http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/epidemiologia_teresa_romero.htm) recuperado el 27 de abril de 2008.

<sup>36</sup> ZABALEGUI YÁRNOZ, Adelaida, GALLART FERNÁNDEZ, Albert, CABRERA TORRES Esther y BARDALLO PORRAS M. Dolores. Disponible en REVISIONES Estrategias para la Investigación en Enfermería Oncológica en el siglo XXI, Documento electrónico, disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300007&lng=pt&nrm=&tl](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300007&lng=pt&nrm=&tl)

b) Resultados de los cuidados de enfermería (ej., nivel de salud, calidad de vida relacionada con la salud, experiencias de los pacientes y sus familias, evaluación económica) 23%

c) Valoración de la tecnología (ej., nuevos tratamientos, sistemas de información clínica, evaluación de los productos, impacto de la tecnología en el cuidado de paciente) 18%

d) Formación (ej., competencias profesionales, acreditación de la práctica, evaluación de la formación) 13% y por último

e) Temas de políticas y procedimientos de salud (ej., impacto de factores internacionales, temas legales y éticos) 4%.

De tal forma la mayoría de las enfermeras, así como otros profesionales de la salud no establecen formas adecuadas para abordar este aspecto de la atención del paciente por la carencia de estudios e investigaciones que sirvan de referente en el tratamiento y rehabilitación en la mujer con cáncer ginecológico y su sexualidad.

En consecuencia, las intervenciones de enfermería en problemas sexuales con frecuencia estaban influidas por conceptos erróneos, miedos y prejuicios del profesional de la salud; sin embargo en la NANDA encontramos para la intervención de enfermería diagnósticos que sirven como punto de partida para brindar cuidado:

- Disfunción Sexual R/C alteraciones biopsicosociales de la sexualidad evidenciadas por: alteración de la estructura o función corporal, alteraciones en el nivel de satisfacción sexual.

- Patrones sexuales inefectivos R/C insuficiencia de los conocimientos o habilidades requeridos para responder a cambios relacionados con la salud, cambio o limitación en la conducta sexual.

Basados en los hallazgos, se interrelaciona de forma directa la importancia que tienen cada una de las necesidades de las mujeres con cáncer ginecológico y su sexualidad y más aún la necesidad manifestada por éstas de comunicación e intervención del personal de salud, siendo el profesional de enfermería el que permanece la mayor parte del tiempo con las pacientes y representa un puente para mediar, direccionar, intervenir, correlacionar y apoyar cada una de las estrategias generadas por los miembros del equipo de salud, que pretende mejorar la calidad de vida de las pacientes, la pareja, su afectación familiar y social.

Históricamente la mayor parte de los cuidados profesionales han carecido de la capacidad de asegurar que su práctica estaba basada en la evidencia empírica, en 1988 un estudio<sup>37</sup> demostraban por meta análisis que las intervenciones basadas en investigación proporcionaban mejores resultados que los cuidados rutinarios. La mayor parte de las enfermeras continúan dependiendo de la información obtenida en especializaciones, de experiencias personales y de opiniones de colegas. Este fenómeno ha dado lugar a una gran variedad de la práctica profesional, con enfermeras que en una misma unidad realizan la misma intervención de diferentes formas y con poca idea de cual es el estado de la ciencia que aporta la literatura científica.

Teniendo como herramientas los patrones funcionales de Margory Gordon<sup>38</sup> importante teorista quién fundamenta una valoración integral a través de 11

---

<sup>37</sup> HEATER B.S, Becker AM, Olson RK. Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies. Nursing Research 1988, 37(5): 303-7.

elementos que permiten ver al paciente de una forma holística incluyendo el patrón sexual y reproductivo, la valoración de enfermería inicia su desarrollo basada en la importancia que tiene la naturaleza sexual de los individuos para poder lograr una atención integral del paciente. La evaluación de la salud sexual, los consejos sobre sexualidad y la educación del paciente en lo que se refiere a promover o restituir la salud sexual ahora se consideran componentes esenciales para una atención de enfermería completa, y para la investigación adicionalmente se apoya en la Teoría de los Holones de la sexualidad del Dr. Eusebio Rubio Aureoles.

Evidencias similares aparecen en las múltiples publicaciones de enfermeras españolas y cubanas que describen sus experiencias y las actividades implementadas en los grupos de poblaciones antes descritos. La mayoría de los pacientes sometidos a terapia oncológica sienten temor por los efectos adversos de la terapia y complicaciones de la enfermedad tales como dolor, desfiguramiento, aislamiento social, discapacidad e, incluso, la muerte que reconocen y evidencian como estímulos peligrosos<sup>39</sup>. La CIEN sugiere intervenciones de enfermería orientadas a disminuir el temor en la persona a través del control del mismo. Se han hecho ensayos, entre estos el ensayo clínico controlado, con el proceso de enfermería que hizo valoración de la etiqueta diagnóstica "control del temor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería. Allí se aleatorizó por bloques dos grupos de pacientes, uno experimental que recibió las intervenciones recomendadas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, y otro control con las intervenciones habituales (o de práctica empírica) del servicio.

---

<sup>38</sup>

Disponible en [www.librosaulamagna.com/novedades/libro/MANUAL\\_DE\\_DIAGNOSTICO\\_DE\\_ENFERMERIA\\_-\\_Gordon,\\_Marjory/19177/884](http://www.librosaulamagna.com/novedades/libro/MANUAL_DE_DIAGNOSTICO_DE_ENFERMERIA_-_Gordon,_Marjory/19177/884)

<sup>39</sup> BAYES R. Psicología oncológica. Barcelona, Martínez Roca, 2 ed.



Estos hechos retan al desarrollo de intervenciones de enfermería para abordar otras áreas del cuidado integral del paciente, entre ellas la sexualidad que igualmente origina temor en las personas y una búsqueda con conocimientos que le permitan mejorar el afrontamiento a su enfermedad, terapia, rehabilitación y el cuidado que brinda enfermería.

Dentro de las conclusiones de la revisión anterior, se infiere primero, la evidente carencia de documentación escrita; segundo, se reconoce desde enfermería el conocimiento fundamentado empíricamente para la intervención y cuidado de la paciente con cáncer ginecológico en lo que refiere a su sexualidad.

## 7. DESARROLLO METODOLÓGICO

Se realizó una revisión documental que contempla tres etapas, búsqueda de estudios de investigación sobre el tema planteado, selección y análisis para dar respuesta a los objetivos propuestos.

### 7.1 BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS.

Se buscaron artículos que describieran las necesidades de las mujeres con cáncer ginecológico y su sexualidad y la intervención de enfermería, escritos por autores conocedores en el área de la sexualidad incluidos psicólogos, sexólogos, enfermeras, y además testimonios de los pacientes que aportaron al objetivo de la investigación. Se preseleccionaron 66 artículos con relación al cáncer ginecológico e intervenciones de enfermería. La búsqueda se realizó teniendo en cuenta las siguientes palabras clave:

PALABRAS EN ESPAÑOL	PALABRAS EN INGLÉS
Cáncer	Cancer
Disfunción Sexual	Sexual Dysfunction
Enfermería	Nursing
Ginecológico	Gynecologic
Intervención	Intervention
Mujer	Woman
Sexualidad	Sexuality
Holón	Holon

La búsqueda de la información se realizó a través de las diferentes bases de datos en salud que se encuentran en Internet, consultando revistas científicas y

publicaciones con textos similares al de la investigación, entre las bases de datos que se consultaron fueron: MEDLINE, BIOMED, REDALYC, SCIELO, PUBMED, SCIENCE DIRECT, DIALOG Y DIALNET.

Artículos publicados desde 1997 hasta el 2007, en diferentes idiomas: inglés, portugués, francés y español para obtener una mirada global frente a la forma como las enfermeras realizan intervención en éste grupo de pacientes y su sexualidad desde los holones.

## **7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS**

De 66 inicialmente encontrados, se seleccionaron 20 artículos orientados específicamente a las intervenciones de enfermería en mujeres con cáncer ginecológico y su sexualidad desde el abordaje de los holones, con criterios de procedencia y diseño de tipo cualitativo de los cuales predominan los de tipo descriptivo y estado del arte ya que éste tipo de estudios muestran con claridad los problemas de las pacientes y las intervenciones de enfermería.

Los artículos revisados son de autores de Australia, Reino Unido, Cuba, Chile, México, Colombia, España, Holanda, Estados Unidos, Canadá, entre otros.

La siguiente tabla muestra que la mayoría de estudios seleccionados son de tipo Descriptivo, aunque cabe la pena destacar 7 artículos de Revisión Documental, permitiendo tener más conceptos de otros autores.

Tabla 1: Tipo de diseño de los artículos seleccionados

REVISIÓN DOCUMENTAL			DESCRIPTIVO		
No.	Autor	Textos	No.	Autor	Muestra
4	Grau Abalo	39	1	Steginga	82
			2	Lamadrid	299
7	Gamel	2	3	Morales	63
			5	Fernández	27
10	Fitch	11	6	Maughan	56
			8	Ekwall	14
13	Olivares	113	9	García	4
			11	Olivares	25
14	López	42	12	Hawighorst	129
			15	White	166 Enfermeras
16	Montes	23	17	Olivares	23
20	Mick JM	22 Documentos 23 Pag. Internet 4 Modelos de valoración	18	Pelcastre	130
			19	Hordern	82

Fuente: Las autoras

### **7.3 ANÁLISIS DE DOCUMENTOS**

El análisis de la información se realizó a través de fichas descriptivo – analíticas. Que son una herramienta que permite registrar y analizar la información extractada del escrito, facilita el manejo de datos y la clasificación de los aportes de los autores de cada estudio, de acuerdo a los objetivos que se pretenden satisfacer y permite formar un criterio acerca de la presentación del tema y su posible utilidad. La ficha consta de los siguientes elementos:

- **Datos de Identificación**

Titulo del artículo

Autor (es) y Año de Publicación

Lugar geográfico donde se realizó la investigación e Idioma

Medio de Publicación

- **Información metodológica**

Problema de investigación

Objetivos tanto el general como los específicos

Manejo de datos registrando el diseño empleado

Resultados

Palabras clave

- **Herramientas de reflexión**

Juzgamiento metodológico: Se evalúa por medio de unos parámetros que juzgan la pertinencia como elemento que aporte información y que responda a los objetivos de la revisión y se mide bajo unos niveles de interpretación de resultados desde el más sencillo al más complejo, descritos a continuación:

Nivel 1. Descripción de hallazgos

Nivel 2. Identificación de relaciones entre variables

Nivel 3. Formulación de relaciones tentativas

Nivel 4. Revisión en busca de evidencias

Nivel 5. Formulación de explicaciones al fenómeno

Nivel 6. Identificación de esquemas teóricos más amplios

## **8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Después de realizar una revisión completa y detallada de los diferentes autores, países, teorías sobre la sexualidad de pacientes con cáncer ginecológico y las diferentes intervenciones de enfermería, se presentan los resultados del análisis dando respuesta a cada uno de los objetivos específicos. Las tablas que se mostraran a continuación presentan los resultados con siguiente información: en la primera columna se encuentra el número con el que está referenciado el artículo dentro de la revisión bibliográfica, la segunda presenta el nombre del autor principal de cada investigación, la tercera hace referencia al tamaño de la muestra que está clasificada en dos tipos de poblaciones las que se encuentran en la parte superior son las investigaciones tipo trabajo de campo y las inferiores son revisiones documentales identificadas con la letra (t) y las columnas siguientes clasifican los problemas de las pacientes con cáncer ginecológico de acuerdo a cada holón.

### **8.1. PROBLEMAS QUE REFIEREN LAS MUJERES CON CÁNCER GINECOLÓGICO, CLASIFICADOS CON BASE EN LOS HOLONES DE LA SEXUALIDAD**

La sexualidad como eje central de la revisión bibliográfica realizada, evidencia las alteraciones en éste aspecto, entendiéndose no sólo lo inherente a la función anatómica, biológica y sexual, sino todos los componentes externos como auto-imagen, auto-concepto, calidad de vida, independencia e intimidad como lo muestra Carmona. M (2005)<sup>40</sup> y colaboradores en su estudio “Sexualidad en

---

<sup>40</sup> SÁNCHEZ-BRAVO, Claudia, MORALES-CARMONA, Francisco, CARREÑO-MELÉNDEZ, Jorge et al. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. Perinatol. Reprod. Hum., Dic 2005, vol.19, no.3-4, p.152-160. ISSN 0187-5337

pacientes con cáncer ginecológico” realizado en México. López. R (2005)<sup>41</sup>, en su artículo sobre Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte, citando los estudios de Masters y Jhonson’s afirma que las mayores disfunciones sexuales se dan a partir de problemas físicos sea para dar o recibir placer de índole sexual, por alteraciones de la imagen corporal y a pesar del dolor experimentado durante las relaciones sexuales, que resulta en ocasiones, no hace que ellas dejen de valorar el placer sexual como necesario, teniendo en cuenta el factor cultural y educativo frente a la percepción de disfrutar su sexualidad y hablar abiertamente de la necesidad de la sexualidad en su vida.

A continuación se presenta el análisis referenciado y descriptivo de la clasificación realizada por las investigadoras a partir de la búsqueda, selección, lectura y categorización desde la perspectiva dada por la teoría de los Holones de la sexualidad.

**8.1.1 Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el Holón erótico.** En la siguiente tabla se clasifican los problemas que presentan las mujeres con cáncer ginecológico clasificados en el holón erótico encontrando los siguientes resultados:

Se resalta el estudio que realiza Lamadrid con una población de 299 mujeres quien identifica que la mayor disfunción sexual presentada por las pacientes con cáncer es la dispareunia que equivale a un 22.5%, seguido de Pelcastre quien no identifica problemas presentados frente a la función sexual como tal pero realiza un trabajo de campo con 130 pacientes donde su eje principal es la alteración de la autoimagen y el autoestima y resalta la falta de interés personal por su aspecto físico posterior a los tratamientos oncológicos llevando a su vez a una disminución

---

<sup>41</sup> LÓPEZ RAMÍREZ; E. GONZÁLES FLORES, E. Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. España. Marzo de 2005, Disponible en > [scielo.isciii.es/scielolog.php?script=sci\\_statart&lng=en&pid=0378-4835&dti=20060210](http://scielo.isciii.es/scielolog.php?script=sci_statart&lng=en&pid=0378-4835&dti=20060210) consultado el 15 de mayo de 2008.



de la feminidad, sin embargo Morales y colaboradores en su estudio con 63 pacientes logra identificar que el 62.5% de las pacientes presentaba una o varias disfunciones sexuales previo a su diagnóstico oncológico y al tratamiento donde el 100% presentó alteraciones después de este, también coincide con Lamadrid al afirmar que la mayor disfunción presentada en las mujeres es la dispareunia expresada en el 68% de la población y en su orden describe como alteraciones importantes la anafrodisia, anorgasmia y vaginismo. Aunque otros autores como Hawighorst en su estudio con 129 mujeres no muestran porcentajes, si son claros al afirmar que las pacientes sometidas a exenteración pélvica sin proceso de reconstrucción son las mujeres con mayores disfunciones sexuales y con alteración de la imagen corporal y el autoestima que se refleja en una evidente disminución de la salud física y psicosocial, coincidiendo con Fernández quien en una población de 29 mujeres identificó que al existir un proceso de mutilación derivado de los diferentes tipos de tratamientos oncológicos lleva a una consecuente disminución de la feminidad y esto a su vez hace que ellas no expresen su deseo de reiniciar su actividad sexual.

En los artículos que realizan revisión documental Olivares hace una revisión de 113 documentos que coincide con los resultados del trabajo de campo de Morales donde la mayor disfunción sexual es la dispareunia y que se presenta en mayor proporción en las mujeres sometidas a cirugías oncológicas más que a otro tipo de tratamientos y con respecto a la anafrodisia que puede darse por efectos secundarios de algunos medicamentos, también coincide con Morales cuando hace referencia a que el 30% de las pacientes presentan disfunciones sexuales previas al diagnóstico y tratamiento, el 75% presenta dichas alteraciones posteriores a éstos. Frente a los problemas relacionados con alteración de la imagen corporal y auto-concepto incluidos en éste holón, los autores coinciden en sus revisiones documentales que ésta situación hace que éste grupo de mujeres sientan falta de interés por mejorar su imagen, evitan contactos con su pareja aunque aclaran que cada paciente tiene una vivencia diferente de ésta situación.

Tabla 2. Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el holón erótico

No	AUTOR	N.	DISFUNCIONES SEXUALES					ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTO-CONCEPTO
			DISPAREUNIA	ANORGASMIA	ANAFRODISIA	VAGINISMO	OTROS	
2	Lamadrid	299	22.5%					
18	Pelcastre	130						Falta de interés personal Disminución de la feminidad
12	Hawighorst	129					En exanteración pélvica En Cx no reconstructiva	Salud física y psicosocial
3	Morales	63	68%	50%	59.3%	58.3%	62.5% previo – 100% posterior	
5	Fernández	27		6.6%	14.3%			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutilación</li> <li>• Dis. De feminidad</li> <li>• No reiniciar actividad sexual</li> </ul>
11	Olivares	25	24%	4%	28%	32% (fibrosis + estenosis)	Disminución de la frecuencia 32% (sequedad vaginal)	
17	Olivares	23	56.5%	8.7%	69.6%		Disminución de la frecuencia 78.3%	Falta de interés personal 30.4%
13	Olivares	113(t)	Cirugías ginecológicas		Opiáceos Anti HTA- Antidepresivos Antieméticos		30% previos - 75% posterior	Experiencia individual diferente
14	López	42(t)	85%					Evitación de contacto
4	Chacón	39(t)		46%			Disfunción sexual severa 10%	
16	Montes	23 (t)	55%		85%	30%	Sequedad vaginal 35%	Recuerdo de evento traumático

Fuente: Las autoras

Se concluye que el holón erótico es el proceso humano en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de éstas experiencias, es por eso que éste holón incluye el hecho de la percepción que tiene la mujer frente a como luce y como la perciben los otros seres humanos frente a su disposición de verse bien y sentirse bien consigo mismo y con quienes le rodean. Esto se expresa en la Tabla 2.

**8.1.2 Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el Holón de vinculación afectiva interpersonal.** En la siguiente tabla los autores resaltan los problemas manifestados por las pacientes y su sexualidad en relación con el holón de vinculación afectiva interpersonal como la falta de comunicación, ansiedad, miedo, depresión y angustia que aparecen como consecuencia del diagnóstico oncológico, tratamientos y efectos secundarios como lo muestra Pelcastre en su estudio con 130 pacientes donde identifica que éstas sienten temor a ser abandonadas y a no ser escuchadas no solo por sus parejas sino también por su red social, familiar y por el personal de salud, al respecto también Hawighorst coincide con el análisis realizado por Pelcastre en el 100% de la población.

El problema que se manifiesta de forma más repetitiva es el miedo que sienten las pacientes, contemplado por los autores de diferentes formas: Steginga en su estudio con una población de 82 mujeres incluye el miedo a la muerte, Olivares en con 25 pacientes manifiesta el temor a la relación sexual en un 8% y finalmente Fernández también coincide con Pelcastre frente al miedo al abandono pero además incluye el temor al rechazo por su pareja y por el medio que las rodea.

Frente al análisis realizado por los autores que realizaron revisiones documentales se encuentran como hallazgos importantes el miedo nuevamente frente a la relación sexual, al abandono de la pareja y el equipo de salud y como aspecto nuevo y a destacar es el temor a una recidiva tumoral. Montes en su trabajo de revisión documental de 23 artículos realiza una clasificación desde los diferentes problemas presentados por las pacientes donde expresa que éstas sienten ansiedad y depresión al finalizar los tratamientos y a los 3 meses posteriores a esto y la incapacidad que siente la paciente al no poder hablar en confianza con el personal de salud y con su pareja.

Por lo anterior se entiende como vinculación afectiva interpersonal la capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos, también se entiende por éste concepto las diferentes manifestaciones de afecto no solo con la pareja, sino con todos los individuos con los que se interrelaciona (familia, trabajo, sociedad y equipo de salud), tal y como puede apreciarse en la tabla 3, a continuación.

**8.1.3 Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el Holón de género.** Como lo menciona la autora Silvia Lamadrid Alvarez en la siguiente tabla con una muestra de 299 mujeres que reflejan el temor que sienten frente al desempeño de su rol como madres y esposas al perder o “ceder” éste en otro miembro de la familia, así como los problemas que se presentan en éstas de acuerdo al nivel educativo que se ve reflejado en el resultado frente a la percepción que tienen éstas sobre conceptos como el equiparar la idea que la vida sexual se termina en el momento que aparece la menopausia, el 92% están de acuerdo con éste concepto que coincide con mujeres de nivel cultural y académico bajo frente a un 65% de pacientes que refieren que la vida sexual es un concepto independiente al proceso de la menopausia y que coincide con mujeres de un nivel académico y cultural mas alto.

Tabla 3. Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el Holón vinculación afectiva interpersonal

No	AUTOR	n.	ANSIEDAD	MIEDO	DEPRESIÓN	FALTA DE COMUNICACIÓN	ANGUSTIA	OTROS
18	Pelcastre	130		Al abandono		Familia y personal de salud		Negación a la enfermedad
12	Hawighorst	129				Personal de salud 100%		
1	Steginga	82	Muy relevante	A morir	Muy relevante			
19	Hordern	82				Personal de salud		
3	Morales	63					No disposición a la sexualidad (coito)	
5	Fernández	27		A morir Al rechazo				
17	Olivares	25	Importante 50%	A la relación sexual 8%	Importante 50%			
8	Ekwall	14				Personal de salud		
9	García	4				Pareja		
14	López	42(t)		A la relación sexual			Reincidencia de la enfermedad	Tristeza
4	Grau Abalo	39(t)		Al abandono (de la pareja y equipo de salud)				
16	Montes	23 (t)	Al termino del tto y a los 3 meses	A recidiva A la relación sexual	Al termino del tto y a los 3 meses	Incapacidad de hablar abiertamente (personal de salud y la pareja) 30%	X	Inseguridad de satisfacción al otro

Fuente: Las autoras

Frente al problema que se plantea en cuanto al nivel cultural, Olivares en su estudio logra identificar la percepción que tiene la mujer frente a la sexualidad cuando indaga si hay satisfacción sexual solo cuando se llega al orgasmo, mostrando que el 26.1% de las pacientes están de acuerdo con éste concepto, así como Pelcastre muestra que el nivel educativo es un problema frente a la concepción de la sexualidad, es de acuerdo a lo anterior se puede entender que cuando hay un mayor nivel cultural y académico en la mujer, hay mejor entendimiento y apertura mental frente al concepto de sexualidad disfrutando más de esta condición.

En éste contexto entonces se entiende por género como la serie de construcciones mentales respecto a la pertinencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculino y femenino, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias frente a su formación personal: como profesional y como miembro de una comunidad.

Tabla 4. Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el holón de género.

N	AUTOR	N.	NIVEL CULTURAL	MODIFICACIÓN DE ROL Y RELACIONES
2	Lamadrid	299	Vida sexual =/= Menopausia 92% de acuerdo (+) 65% desacuerdo (-)	Pérdida de rol como madre
18	Pelcastre	130	Nivel educativo	Pérdida de rol como madre y esposa - Toma de decisiones
17	Olivares	23	Satisfacción sexual = orgasmo 26.1%	
9	García	4	Creencias religiosas Nivel educativo	
14	López	42(t)		Pérdida de energía física

Fuente: Las autoras

**8.1.4 Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el holón de reproductividad humana.** La Dra. Olivares en sus 2 trabajos identifica que la menopausia inducida es uno de los problemas que más afecta a este grupo de mujeres en un 40.9%, aunque en su revisión documental encuentra que el problema manifestado de infertilidad solo hace parte de las pacientes jóvenes manifestado con sentimientos de negación, depresión y ansiedad, aunque es un proceso temporal ya que ellas manifiestan que es mayor su deseo de supervivencia. En la revisión que realiza López un aspecto importante es que aunque las mujeres manifiesten su deseo de concebir, prefieren no hacerlo porque es mayor el temor a una recidiva tumoral, situación que también conlleva a que éste grupo de pacientes eviten tener relaciones sexuales. De acuerdo a los hallazgos de los autores, el holón de reproductividad pasa a un segundo nivel de prioridades frente al concepto de sexualidad entendiendo por éste holón la necesidad que tiene el ser humano de concebir individuos y perpetuar la especie.

Tabla 5. Problemas de las pacientes con cáncer ginecológico clasificados en el holón de reproductividad humana.

N	AUTOR	n.	MENOPAUSIA INDUCIDA	INFERTILIDAD
11	Olivares	25	40.9%	
13	Olivares	113(t)	Mujeres jóvenes < 50 años	Mujeres jóvenes (negación, depresión y ansiedad) Temporal en la > de casos
14	López	42(t)		Mujeres jóvenes (angustia y evitación de relación sexual – embarazo - temor a recidiva)
4	Grau Abalo	39(t)	Mujeres de temprana edad	
16	Montes	23(t)		Tristeza de no poder tener hijos 31%

Fuente: Las autoras

Cabe anotar que de acuerdo a los hallazgos de la revisión bibliográfica se logró identificar que los problemas de las mujeres con cáncer ginecológico y su sexualidad son los mismos problemas de la población femenina sin patología oncológica y que muchas manifiestan no estar satisfechas en su sexualidad, e implementarían cualquier cambio para mejorarla.

## **8.2 ASPECTOS RELEVANTES PARA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO RESPECTO A SU SEXUALIDAD**

Entendiéndose que cada una de las intervenciones identificadas tienen aplicabilidad para los problemas que se clasificaron en cada holón, se elabora la siguiente tabla que contiene en la primera columna la intervención identificada y un paréntesis donde se registra la cantidad de artículos que hacen referencia a dicha intervención, en la segunda se encuentra el número con el que el artículo está identificado dentro de la revisión bibliográfica, en la tercera, muestra el apellido del autor principal de cada investigación y por último se encuentran los aportes que cada uno de estos trabajos identificó frente a la resolución de los problemas de las pacientes con cáncer ginecológico y su sexualidad.

Ekwall y Chacón en sus estudios lograron mostrar cambios en la calidad de vida de estas pacientes que van desde un 92% hasta un 100% basando las intervenciones de enfermería en el suministro de información directa y personalizada concepto que también aborda Olivares en su estudio. Ekwall también agrega que el hecho de generar empatía, mejorar comunicación y disponer de un espacio privado y tranquilo generó cambios positivos gracias a un seguimiento diario brindando consejería y asesoría sexual a las pacientes, promoviendo la modificación de actitudes frente a su auto-imagen y reforzando constantemente el pensamiento positivo de éstas, se motivan e incentivan a que crezcan y se fortalezcan sus lazos afectivos. Chacón en su revisión bibliográfica



manifiesta que en uno de sus artículos seleccionados menciona que el 10% de las pacientes requirió de la remisión a un terapeuta sexual ya que los otros problemas fueron intervenidos por el personal de enfermería. Agregan que es importante tener un conocimiento amplio de la historia clínica del paciente, con respecto a su sexualidad y los antecedentes personales, patológicos y farmacológicos que influyen en ésta para realizar una adecuada intervención. También Maugman identificó en su estudio que al realizar la aplicación de escalas de valoración de calidad de vida y escalas de desempeño sexual aplicadas por enfermeras lograron mostrar problemas individuales y de pareja que generaron a su vez intervenciones de enfermería que reflejaron una modificación en la conducta sexual representada en el 64.2% de las pacientes.

Respecto a la intervención de enfermería que habla de individualizar las necesidades de cada paciente como es el caso de las pacientes sometidas a radioterapia abdomino-pélvica con el uso de dilatadores vaginales mostrado en un estudio que realiza White en Reino Unido donde un total de 166 especialistas en enfermería oncológica ginecológica respondió la encuesta y afirmó que el grupo de pacientes que recibió educación personalizada respondió de una forma más positiva frente al cambio en su calidad de vida y desempeño sexual.

La tabla también muestra en el estudio de García donde evidencia que a través de talleres individuales y de pareja se puede reflejar un cambio positivo frente a creencias e información general frente a su enfermedad con relación a la sexualidad.

La Licenciada en Enfermería María del Carmen Llantá Abreú y colaboradores realizaron una revisión bibliográfica de 39 textos cuyo tema principal era la sexualidad en pacientes con cáncer donde concluyeron que la valoración de experiencias de otras personas, sirven de testimonio para dar respuesta a algunas

pacientes frente al desempeño y satisfacción sexual, brindando calidad de vida al generar seguridad y tranquilidad en éstas.

Es importante resaltar en esta revisión bibliográfica el artículo “Las 10 estrategias para realizar intervención de enfermería y su sexualidad” documentado por la Enfermera Mick JM. (*Sexuality assessment: 10 strategies for improvement*) Octubre del 2007. A demás de los documentos seleccionados que realizan intervención con base a los holones de la sexualidad

Tabla 6. Aspectos relevantes para la intervención de enfermería en pacientes con cáncer ginecológico respecto a su sexualidad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	No.	AUTOR	APORTES
Suministro de información directa y personalizada (7)	4	Chacón	<u>92% Mejoró calidad de vida</u> Conocer historia clínica Entrenamiento del personal en sexualidad 10% Remisión a terapeuta sexual
Aplicación de instrumentos de valoración de calidad de vida y desempeño sexual (4)	6	Maughan	<u>64.2% Modificaron conducta sexual</u> Intervención por enfermeras especialistas
Generar empatía, mejorar comunicación y disponer de un espacio privado y tranquilo (5)	8	Ekwall	<u>100% Generó cambios en calidad de vida</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento diario</li> <li>• Promover cambios de actitudes (auto-imagen + pensamiento positivo)</li> <li>• Estimulo de lazos afectivos</li> <li>• Consejo sexual</li> </ul>
Individualizar las necesidades de cada paciente (6)	11	Olivares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado clínico del paciente</li> <li>• Educar al paciente antes, durante y después del tratamiento</li> <li>• Conocer necesidades individuales (<u>mejorando auto-imagen, auto-concepto, independencia</u>)</li> </ul>
Retomar las experiencias de otros pacientes (3)	16	Montes	Genera seguridad y tranquilidad
Intervenir a la paciente y la pareja (4)	9	García	Talleres individuales y de pareja con cambios en satisfacción sexual a 1 mes de seguimiento del 100%

Fuente: Los autores

## 9. CONCLUSIONES

El holón más afectado en las pacientes con cáncer ginecológico y su sexualidad es el holón erótico, que está estrechamente relacionado pero en menor proporción con el holón de vinculación afectiva interpersonal y el holón con menor afectación es el de reproductividad humana.

Los problemas que más manifiestan estas pacientes acuerdo a la teoría de los holones de la sexualidad son:

- Holón erótico: Auto-imagen, auto-concepto, independencia, intimidad y disfunciones sexuales (anorgasmia, dispareunia, vaginismo y anafrodisia).
- Holón de vinculación afectiva interpersonal: miedo al abandono, miedo a morir, ansiedad y depresión.
- Holón de género: Modificación o pérdida de roles y relaciones, falta de redes de apoyo, rechazo ante la invasión de su intimidad, nivel cultural representado en la interpretación de la información y necesidad de satisfacer al otro.
- Holón de reproductividad humana: Menopausia inducida y la infertilidad.

Las intervenciones de enfermería realizadas en éste tipo de pacientes son:

- a. Suministro de información directa y personalizada.
- b. Aplicación de instrumentos de valoración de calidad de vida y desempeño sexual.
- c. Generar empatía, mejorar comunicación y disponer de un espacio privado y tranquilo.

- d. Detectar las necesidades específicas de cada paciente.
- e. Intervenir a la paciente y la pareja.
- f. Retomar las experiencias de otras pacientes.

A diferencia de lo que se pensaba al inicio del trabajo frente al factor cultural, no se encontraron cambios en cuanto a procedencia geográfica frente a las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería en las mujeres con cáncer ginecológico y su sexualidad permitiendo hablar un lenguaje más universal y crear estrategias estandarizadas para implementar a nivel mundial.

Entendiendo que ya se sabe que la paciente con cáncer ginecológico no sólo necesita enfermeras que intervengan en sus procesos fisiológicos, biológicos y patológicos si no que la aborden de forma integral incluyendo la sexualidad de ella y su pareja; se hace una invitación reflexiva para que los profesionales de enfermería aprendan sobre la sexualidad en este grupo de pacientes y esto incluye la necesidad de eliminar barreras de orden psicológico (mitos, creencias, tabúes, entre otros), religioso, cultural, género y edad dando una mirada más amplia a la intervención de estas pacientes.

## **10. RECOMENDACIONES**

Vale la pena llevar a cabo la validación de estos instrumentos encontrados a través de trabajos de campo que midan la efectividad y eficacia de los mismos y que puedan ser publicados en posteriores trabajos de investigación.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andersen BL. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol* 7 (1): 69-76, 1995.
2. Ashing-Giwa KT, Kagawa-Singer M, Padilla GV, Tejero JS, Hsiao E,
3. Bartolozzi F, Braggio N, Scambia G. Which dimensions of health related quality of life are altered in patients attending the different gynecologic oncology health care settings *Cancer* 2002; 95(12): 2500-7. Acute and long term toxicity following radiotherapy alone or in combination with chemotherapy for locally advanced cervical cancer.
4. Bayes R. *Psicología oncológica*. Barcelona, Martínez Roca
5. Bos-Branolte, G. (1991). Gynaecological cancer: a psychotherapy group. En M. Watson (Ed.), *Cancer patient care: Psychosocial treatment methods*. Cambridge: Cambridge University Press. *Cancer Treatment Reviews* 2003; 29: 471-88. *Vida Sexual. Cultural*. Madrid España. 1994. P 22 – 23
6. Cantor SB, Fahs MC, Mandelblatt JS, Myers ER, Sanders GD. Decision science and cervical cancer. *Cancer Suppl* 2003; 98(9): 2003-8.134 *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2006; 71(2) Capelli G, De Vincenzo RI, Addamo A
7. CARROBLES. J. A: *Análisis y modificación de conducta II*. UNED. 1985. Tomado de *Tratamientos Sexológicos para el hombre y la mujer*. consultado en
8. Eisemann M, Lalos A. Psychosocial determinants of well-being in gynecologic cancer patients. *Cancer Nurs* 1999; 22(4): 303-06.
9. Grau Abalo JA. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol* 1999;15(1):49-65
10. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, et al. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 16 (2): 501-14, 1998.
11. Hawighorst-Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt

12. Heater BS, Becker AM, Olson RK. Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies. *Nursing Research* 1988, 37(5): 303-7.
13. JA. M, Marina El rompecabezas de la sexualidad. Ed Anagrama. Barcelona. 2002.
14. Kaplan HS. The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. New York, NY: Brunner/Mazel, 1974. Disfunciones Sexuales Femeninas. Gloria Stella Penagos V.; MD. Gineco-Obstetra. Educadora Sexual. Profesora Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Titular Sociedad Colombiana de Sexología. IV Congreso Nacional de Menopausia. Simposio Sexualidad y Menopausia, Cartagena Abril 4 de 2001
15. Klee M, Thranov I, Machin D. Life after radiotherapy: the psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 76: 5-13.
16. Laurie Lemieux, Stefanie Kaiser, José Pereira and Lynn M Meadows. Sexuality in Paliative care: patient perspectives. *Paliative Medicine* 2004; 18:630-637.
17. López Peralta, Ezequiel. Psicólogo especialista en Sexología Clínica. Mar de Plata (Argentina) Maduro JH, Pras E, Willemse PHB, de Vries EGE.
18. Pilch H, et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecol Oncol* 2004; 94: 398-403.
19. Romero Pérez Teresa de la Caridad .Algunas consideraciones sobre la evaluación y tratamiento de la sexualidad en pacientes con cáncer.
20. Rubio, E. Visión Panorámica de la Sexualidad Humana. En: *Revista Latinoamericana de Sexología*, Vol 11, 1996, No. 2, Pag. 139-154
21. Shell, Judith A. *Enfermería Oncológica*. Barcelona: Océano. 2003. Vol.3. Cap. 32. P 836
22. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Kluhsman BC, Fairclough D, Krebs LU, et al. Quality of life in longterm cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2005; 97: 310-7
23. wolfe. j y walen. s: factores cognitivos en la conducta sexual. en: ellis y grieger: manual de terapia racional-emotiva. volumen 2. ed. d.d.b. 1990.
24. [www.elmundo.es/elmundosalud.com](http://www.elmundo.es/elmundosalud.com)

25. [www.salud.terra.es/web/sexualidad/especiales](http://www.salud.terra.es/web/sexualidad/especiales)
25. [www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/Cancer Cervicouterino.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CancerCervicouterino.pdf)
26. [www.nlm.nih.gov/medlineplus](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus)
27. [www.fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/epidemiologia\\_teresa\\_romero.htm](http://www.fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/epidemiologia_teresa_romero.htm)
28. [www.cimacnoticias.com/noticias/04dic/04122101.html](http://www.cimacnoticias.com/noticias/04dic/04122101.html) -
29. [www.amro.who.int/spanish/dd/pub/pubtopiclist.asp?ID='499'&KW=reviewedPublicationsNCD1&Lan](http://www.amro.who.int/spanish/dd/pub/pubtopiclist.asp?ID='499'&KW=reviewedPublicationsNCD1&Lan).
30. [www.slideshare.net/JhonLara/inv-cancer-de-cervix-cuales-son-las-cifras-en-colombia](http://www.slideshare.net/JhonLara/inv-cancer-de-cervix-cuales-son-las-cifras-en-colombia)
31. [www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-32017441\\_ITM](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32017441_ITM)
32. [www.librosaulamagna.com/novedades/libro/MANUAL\\_DE\\_DIAGNOSTICO\\_DE\\_ENFERMERIA\\_-\\_Gordon,\\_Marjory/19177/884](http://www.librosaulamagna.com/novedades/libro/MANUAL_DE_DIAGNOSTICO_DE_ENFERMERIA_-_Gordon,_Marjory/19177/884)
33. [www.sexualidad.es/index.php/Categoría:Educación sexual](http://www.sexualidad.es/index.php/Categoría:Educación_sexual), consultado el 1 de Julio de 2008
34. [www.smeo.org.mx/gaceta/vol7num2marabr2008/gamo02\\_2008\\_artorig02.pdf](http://www.smeo.org.mx/gaceta/vol7num2marabr2008/gamo02_2008_artorig02.pdf)
35. [www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP\\_2\\_1x\\_Quimioterapia\\_Una\\_gua\\_para\\_los\\_pacientes\\_y\\_sus\\_familias.asp](http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_2_1x_Quimioterapia_Una_gua_para_los_pacientes_y_sus_familias.asp)
36. [www.smeo.org.mx/gaceta/vol7num2marabr2008/gamo02\\_2008\\_artorig02.pdf](http://www.smeo.org.mx/gaceta/vol7num2marabr2008/gamo02_2008_artorig02.pdf)



## **ANEXOS**

**ANEXO A**  
**CUADRO DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS**

No.	TÍTULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	AUTOR (ES)	PAÍS	IDIOMA	MEDIO DE PUBLICACIÓN
1	Women's experiences following treatment for gynecologic cancer / Siguiendo las experiencias de mujeres por cancer ginecológico	Septiembre de 1997	Steginga SK, Dunn J.	Australia	Inglés	Base de datos PubMed. Oncology Nursing Forum. 1997 Sep;24(8):1403-8
2	Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cervico uterino	Septiembre de 1998	Silvia Lamadrid Alvarez	Chile	Español	Base de datos Scielo. Cad. Saúde Pública vol.14 suppl.1 Rio de Janeiro 1998
3	Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico	Septiembre de 1998	Francisco Morales Carmona, Diana Pimentel Nieto, Carlos Aranda Flores	México	Español	Base de datos BIOMED. Perinatología y Reproducción Humana Vol.12 No. 3; Julio -Septiembre, 1998
4	La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento	1999	Dr. Jorge A. Grau Abalo, Lic. María del C. Llantá Abreu, Lic. Margarita Chacón Roger y Dr. Gilberto Fleites González.	Cuba	Español	Base de datos Scielo. Revista Cubana de Oncología 1999;15(1):49-65
5	La sexualidad de pacientes con cáncer de mama o cervix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín 1999	Junio de 2002	María Stella Fernández S. de S., Bernarda Ospina de Gonzáles, Adela María Múnera Garcés	Colombia	Español	Base de datos Scielo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología v.53 n.2 Bogotá abr/jun. 2002
6	The effect of a clinical nurse specialist in gynecological oncology on quality of life and sexuality / El resultado de la Enfermera especialista asistencial en Ginecología Oncológica sobre la calidad de vida y la sexualidad	Marzo de 2001	Maughan K, Clarke C.	Reino Unido	Inglés	Base de datos PubMed. Journal Clinical Nursing, 2001 Mar;10(2):221-9
7	A method to develop a nursing intervention: the contribution of qualitative studies to the process / Un método para el desarrollo de intervenciones de enfermería: contribución de estudios cualitativos en el proceso	Marzo de 2001	Gamel C, Grypdonck M, Hengeveld M, Davis B.	Holanda	Inglés	Base de datos Pubmed. Journal Advanced Nursing, 2001 Mar;33(6):806-19
8	Important aspects of health care for women with gynecologic cancer / Aspectos importantes del cuidado de la salud de mujeres con cáncer ginecológico	Abril de 2003	Ekwall E, Ternstedt BM, Sorbe B.	Suecia	Inglés	Base de datos PubMed. Oncology Nursing Forum. 2003 Mar-Apr;30(2):303-9
9	Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cervix: una intervención psicológica	Julio de 2003	Dennys del rocío García Padilla, María del Pilar García Padilla, Blanca Patricia Ballesteros de Valderrama, mónica María Novoa Gómez.	Colombia	Español	Base de datos Redalyc. Universitas Psychological, Julio-Diciembre, año/vol.2, número 002, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia pp.199-214

No.	TÍTULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	AUTOR (ES)	PAÍS	IDIOMA	MEDIO DE PUBLICACIÓN
10	Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer: treating the whole patient to improve quality of life / Manejo psicossocial de pacientes con cáncer de ovario recurrente: tratando el paciente de forma integral para mejorar la calidad de vida	Agosto de 2003	Fitch MI.	Canadá	Inglés	Base de datos PubMed. Seminars Oncology Nursing. 2003 Aug;19(3 Suppl 1):40-53
11	Sexualidad en la patología neoplásica ovárica	2003	Maria Eugenia Olivares y Vanesa Hernández	Madrid	Español	Base de datos Dialnet. Psicooncología: 2003. Vol: 0, Num. 1. pp. 57 - 73
12	The impact of treatment for genital cancer of quality of life and body image - results of a prospective longitudinal 10 years study / El impacto del tratamiento para el cáncer genital en la calidad de vida y la imagen corporal - resultados de un estudio prospectivo longitudinal de 10 años	Agosto de 2004	Hawighorst-Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt M, Pilch H, Schoenefuss G, Knapstein PG, Koelbl H, Kelleher DK, Vaupel P.	Alemania	Inglés	Base de datos PubMed. : Gynecologic Oncology. 2004 Aug;94(2):398-403
13	Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico	2004	Maria Eugenia Olivares Crespo	España	Español	Base de datos BioMed. Avances en Psicología Latinoamericana 2004, Volumen 22, Pp.29-48.
14	Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte	Marzo de 2005	E. López Ramírez; E. González Flores	España	Español	Base de datos Scielo. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005
15	Vaginal dilation associated with pelvic radiotherapy: a UK survey of current practice / Dilatación vaginal asociada con radioterapia pélvica: una mirada a la práctica continua en el Reino Unido	Junio de 2006	White ID, Faithfull S.	Reino Unido	Inglés	Base de datos PubMed. International Journal Gynecologic Cancer. 2006 May-Jun;16(3):1140-6
16	Calidad de vida en mujeres con cáncer cervico uterino	2006	Luz María Montes L., María José Mullins P., María Teresa Urrutia S.	Chile	Español	Base de datos Scielo. Revista chilena de obstetricia y Ginecología 2006; 71(2): 129-134
17	Aspectos cognitivos de la actividad sexual en la enfermedad neoplásica cervical	2006	Maria Eugenia Olivares y Vanesa Hernández	España	Español	Base de datos Dialnet. Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en Oncología, 2006, pags. 59-70
18	Cervical cancer: a qualitative study on subjectivity, family, gender and health services / Cáncer cervical: un estudio cualitativo en subjetividad, la familia, el género y los servicios de salud	Marzo de 2007	Blanca E. Pelcastre - Villafuerte, Laura L. Tirado - Gómez, Alejandro Mohar - Betancourt, Malaquias López - Cervantes.	México	Español	Base de datos BioMed. Reproductive health 2007, 4:2do:10.1186 - 1742- 4755 -4 -2
19	Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives / Construcciones de la sexualidad y de la intimidad después del cáncer: perspectivas del paciente y el profesional de la salud	Abril de 2007	Hordern AJ, Street AF.	Australia	Inglés	Base de datos PubMed. Soc Sci Med. 2007 Apr;64(8):1704-18. Epub 2007 Jan 29
20	Sexuality assessment: 10 strategies for improvement / Valoración de la sexualidad: 10 estrategias para mejorar	Octubre de 2007	Mick JM.	USA	Inglés	Base de datos Science Direct. Clinical Journal Oncology Nursing. 2007 Oct;11(5):671-5

Fuente: Las autoras

**ANEXO B**  
**FICHAS DESCRIPTIVO ANALÍTICAS**

## FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA No 1

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Título:** Women's experiences following treatment for gynecologic cancer
- **Autor:** Steginga SK, Dunn J.
- Año:** Septiembre de 1997
- **Lugar:** Australia
- **Idioma:** inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos PubMed. Oncology Nursing Forum. 1997 Sep;24(8):1403-8

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

- **Problema:** ¿Cuáles son las experiencias de las mujeres después del tratamiento para el cáncer ginecológico?
- **Objetivos:** Describir las experiencias de las mujeres después del tratamiento del cáncer ginecológico en lo referente a dificultades y opiniones psicosociales y físicas y su utilidad para los profesionales de la salud
- **Manejo de Datos:**

Tipo de diseño: Descriptivo – retrospectivo - Cualitativo

Población y/o muestra: 82 mujeres de todas las edades con diagnóstico de cáncer cervical (45%), útero (30%), ovario (20%), vulva (4%), del hospital urbano de Queensland, Australia

El instrumento utilizado fue un cuestionario adaptado de los datos demográficos y cualitativos sobre las experiencias de las mujeres y también se incluyeron las opiniones de las enfermeras, doctores y trabajadores sociales.

- **Resultados:** Las mujeres describieron una gama de dificultades psicosociales incluyendo la depresión, la ansiedad y el miedo de morir. Los efectos secundarios físicos incluyeron fatiga, dolor, dificultad para orinar y problemas vaginales. Las mujeres describieron la importancia del apoyo emocional de los miembros de la familia y la estrategia más empleada y con mayor efecto en las pacientes fue el uso del pensamiento positivo. Cuando el profesional de salud realizaba intervención directa con éstas pacientes se veía reflejada de manera positiva en la paciente y su cuidado de la salud.
- **Palabras clave:** El artículo no discrimina de forma independiente las palabras clave utilizadas en el estudio.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** Este artículo hace referencia a un nivel de interpretación tres (3) por las conclusiones a las que llegaron los autores donde afirman que las ayudas sociales existentes de éstas mujeres pueden ser las más importantes para determinar como hacen frente al cáncer ginecológico. Por ésta razón éste artículo aplica para el primer objetivo específico.
- **Aportes de contenido** Las pacientes colocan a las enfermeras únicamente para proporcionar la ayuda informativa. Sin embargo, los autores evidencian las posibles

Este estudio permite demostrar el impacto que tiene la intervención de enfermería en la población dependiendo del empoderamiento de su rol de acuerdo a la cultura en la que se encuentre.

## FICHA DESCRIPTIVO - ANALÍTICA No 2

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Título:** Aspectos Socio-Culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cervico-uterino
- **Autor:** Silvia Lamadrid Álvarez
- **Año:** 1998
- **Lugar:** Chile.
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos Scielo. Cad. Saude Pública Vol.14.Suppl.1 Río de Janeiro 1998

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

- **Problema:** ¿Cuáles han sido los aspectos socioculturales de la sexualidad que han sido factores obstaculizantes en la prevención secundaria del cáncer cervico-uterino?
- **Objetivos:** General: Describir la adecuación de mujeres que ha postergado más de un año la realización del PAP a su rol tradicional y a la valoración de su sexualidad, bajo el supuesto de que ello incide en su disposición a realizarse el examen. Y dentro de los objetivos específicos están explorar algunas características de la visión que las mujeres tienen respecto a su sexualidad y la relación de ésta con la adquisición de cáncer.

- **Manejo de Datos:**

El tipo de diseño es Descriptivo – exploratorio.

La población seleccionada fue de 299 mujeres beneficiarias de 3 consultorios de atención primaria cuyas edades estaban entre 25 y 54 años de edad, de las poblaciones de La Feria (100), San José (100) y Maipú (99) en Santiago de Chile, y que a la fecha del estudio estuvieran atrasadas en la toma de PAP.

La obtención de la información fue por medio de la elaboración de un cuestionario que se probó en el consultorio San Joaquín con 24 mujeres. El instrumento se modificó en base a los resultados obtenidos, de observaciones entregadas por informantes clave (matronas y dirigentes sociales) y por las dinámicas grupales. En el cuestionario les presentaron a las mujeres un conjunto de afirmaciones referidas a los roles de madre, esposa, y dueña de casa, a la valoración de la sexualidad y a su actitud respecto a su cuerpo y su salud. Debían expresar si estaban “de acuerdo”, “ni de acuerdo, ni en desacuerdo” o “en desacuerdo” con cada una.

- **Resultados:**

Los autores encuentran que las mujeres manifiestan su acuerdo con el discurso tradicional sobre la mujer como madre sacrificada y auto-postergada. Hay una tendencia, más fuerte entre las con más educación formal, hay un discurso que valora el placer sexual como una necesidad de las mujeres y que separa el ejercicio de la sexualidad de las potencialidades reproductivas y también interpretan que al menos una de cada 5 mujeres ha experimentado dolor durante las relaciones sexuales, lo que no es obstáculo para que la mayoría de ellas valore el placer sexual como necesario.

Respecto al papel de la limpieza se relaciona con la prevención del cáncer de cuello uterino, parece ser un rasgo importante en la cultura de éste grupo la alta valoración de la higiene y además el examen ginecológico implica la intromisión de un profesional en sus partes íntimas y además se asocia a esos órganos la sensación de constante suciedad y mal olor, asó como el miedo a contraer infecciones o cáncer y destacan las respuestas positivas a la posibilidad de aprender mas sobre su cuerpo.

Lo mas probable es que entre estas mujeres haya diversidad de discursos sobre sexualidad y que ellos contengan muchas contradicciones, tanto internamente como en las conductas reales. Una cultura transmitida de generación en generación, negadora de la sexualidad femenina y podría decirse, que el discurso moderno valorizador de la sexualidad ha encontrado amplia acogida entre esas mujeres, pero aún perviven muchos elementos tradicionales, bastante negativos. Son obstaculizadores de la posibilidad de que las mujeres acudan a realizarse el PAP.

- **Palabras clave:** Neoplasias de cuello uterino, Papanicolaou, Género y Sexualidad.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** Este artículo aplica a los 2 objetivos específicos de la revisión bibliográfica encontrándose en un nivel de interpretación cinco (5), revisión en busca de evidencias puesto que los autores hacen una correlación de variables y luego realizan un análisis y explican porque las pacientes temen realizarse el examen del PAP y como puede influir esto en su sexualidad.

- **Aportes de contenido:** De acuerdo a la exploración de los autores sobre los estereotipos de los roles de las mujeres relacionadas con sus prácticas cotidianas, especialmente en los aspectos referidos a su cuerpo, su sexualidad y el cuidado de su salud, en particular la ginecológica se observa que la valoración expresada por las mujeres de su sexualidad es más positiva que en estudios anteriores en Chile, y que hay disposición de las mujeres a aprender más sobre su cuerpo, aún cuando un grupo minoritario mantiene visiones negativas sobre la sexualidad. Esto abre perspectivas para una acción educativa de los servicios de salud, referida no solo a mejorar la cobertura del PAP, sino a mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Este artículo brinda los elementos necesarios para realizar una adecuada intervención de enfermería con este grupo de pacientes de acuerdo a las necesidades detectadas por los autores frente a los aspectos socio-culturales tales como: rol, nivel educativo, edad y desempeño laboral.



## FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA No. 3

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Título:** Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico
- **Autor:** Francisco Morales Carmona, Diana Pimentel Nieto, Carlos Aranda Flóres
- **Año:** Septiembre de 1998
- **Lugar:** México
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos BIOMED. Perinatología y Reproducción Humana Vol.12 No. 3; JULIO -SEPTIEMBRE, 1998

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

- **Problema:** ¿Cuál es el impacto que ejerce la presencia de cáncer ginecológico sobre la respuesta sexual?
- **Objetivos:** Describir el impacto que sobre la respuesta sexual ejerce la presencia de cáncer ginecológico y si éste depende de factores de la historia de su ejercicio o se complica dadas las condiciones de salud de la paciente.

- **Manejo de Datos:**

Estudio de tipo descriptivo.

Población y/o muestra: La población seleccionada fueron 63 pacientes que acuden para su atención a la coordinación de Oncología del Instituto Nacional de Perinatología en México que tuvieran diagnóstico de cáncer.

Se empleó una encuesta de sexualidad diseñada especialmente para evaluar el funcionamiento sexual y para la detección de disfunciones usando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV).

Con los datos obtenidos mediante el cuestionario de sexualidad se analizaron inicialmente los reactivos que evaluaban diferentes comportamientos sexuales mediante el empleo de estadística no paramétrica para establecer diferencias entre dos muestras relacionadas, en un diseño antes – después.

- **Resultados:** La edad promedio fue de 45,51 +/- 12.63 años, con una escolaridad de 9.59 +/- 5.01 años. En relación al estado civil el 63% tenían una pareja estable. Respecto a su ocupación el 60% se dedican al hogar y el resto con una actividad remunerada. De acuerdo con sus características socio-económicas fueron clasificadas como pertenecientes a la clase baja 46%, 43% a la clase media y 11% a la clase alta. Se hace notar que tres pacientes cursaban con un embarazo. El 81% como eumenorreicas, habiendo iniciado su vida sexual a los 19.41 +/- 6.10 años. Del total de la muestra el 70% tenían una pareja sexual.

La población de estudio mostraba en un 62.5% disfunciones previas a la enfermedad y el 100% de la muestra las presentaba posteriormente, por otra parte, es notorio que hubo una diferencia estadística significativa en el ritmo coital, la disfuncionalidad, la disposición a la sexualidad y la propuesta de condiciones ambientales antes y después de la enfermedad.

- **Palabras clave:** Cáncer, mujer, sexualidad.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** Este artículo tiene un nivel de interpretación cuatro (4) que es la revisión en busca de evidencias porque a través de la encuesta los autores pretenden encontrar una explicación a las diferentes alteraciones de la función sexual de las pacientes diagnosticadas con cáncer ginecológico y sus variaciones antes y después del tratamiento. De ésta forma éste artículo aporta información hacia el primero objetivo específico de la revisión documental.

- **Aportes de contenido:** Los autores sugieren que a partir de los datos encontrados crean la necesidad de prevenir mediante programas educativos hacia la población femenina, con relación la práctica de exámenes ginecológicos periódicos, particularmente del PAP y el auto-examen mamario para atender cualquier manifestación temprana y oportunamente; además, hay que tener en cuenta que en mujeres jóvenes se ha observado dificultad de mantener o iniciar una relación de pareja después del tratamiento y la presencia de un alto grado de angustia, siendo importante considerar en el manejo de estos casos la necesidad de que sean los profesionales de la salud quienes tomen la iniciativa de transmitir la información y promover el cambio de actitudes.

Al revisar éste artículo y extractar los resultados se evidencia la necesidad de implementar estrategias de intervención de enfermería de forma individualizada a las pacientes diagnosticadas con cáncer frente a su sexualidad.

## FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA No. 4

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Título:** La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento
- **Autor:** Dr. Jorge A. Grau Abalo, Lic. María del C. Llantá Abreu, Lic. Margarita Chacón Roger y Dr. Gilberto Fleites González.
- **Año:** 1999
- **Lugar:** Cuba
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos Scielo. Revista Cubana de Oncología 1999;15(1):49-65

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

- **Problema:** ¿Cuáles son las dificultades y manejo de los enfermos con cáncer en su esfera sexual con enfermedad avanzada?
- **Objetivos:** Examinar distintos aspectos relacionados con dificultades en la esfera sexual en enfermos de cáncer, a fin de ofrecer algunas consideraciones sobre su evaluación y manejo en la práctica oncológica cotidiana, con énfasis especial en aquellos pacientes con enfermedad avanzada.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de Estudio: Revisión documental Cualitativa – Histórica

Muestra: Dado el tipo de estudio, no hay una muestra poblacional, los autores realizaron una revisión de 39 textos cuyo tema principal era la sexualidad en pacientes con cáncer.

- **Resultados:** Las consideraciones acerca de la sexualidad que se han planteado son en gran medida extensivas a hombres y mujeres que tienen cáncer y que reciben tratamientos onco-específicos curativos o cuidados paliativos. El manejo y tratamiento de los problemas sexuales en éstos deberá ser consecuente con los resultados de una evaluación cautelosa y bien orientada, combinando diferentes métodos, la mayoría de ellos al alcance del médico de cabecera y de todos los profesionales del equipo. Información adecuada, estímulo de los lazos afectivos, un equipo sanitario adecuado y entrenado, la valoración de experiencias de otras personas, son puntos importantes para cumplir con el objetivo de orientar la satisfacción sexual del enfermo y brindar una buena calidad de vida en ésta esfera al paciente con cáncer y también los autores clasifican las alteraciones de acuerdo al género, localización del tumor, edad y el significado que dicho órgano tiene para el individuo.

- **Palabras clave:** Trastornos sexuales, conducta sexual, neoplasia, dolor.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** Dadas las características del estudio, el nivel de interpretación de éste artículo es tres (3) que es la formulación de relaciones tentativas, ya que en la revisión que ellos realizan, formulan estrategias de intervención de acuerdo a las necesidades identificadas. Por lo tanto éste artículo aporta a los 2 objetivos específicos de la revisión bibliográfica.
- **Aportes de contenido:** Este trabajo brinda herramientas específicas para realizar intervención de enfermería en las pacientes con cáncer ginecológico de acuerdo a los diferentes autores que ellos revisaron, además cabe resaltar que una de las autoras de éste artículo es Licenciada en Enfermería siendo de gran importancia para cumplir el objetivo del trabajo.

## FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA No. 5

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Título:** La sexualidad de pacientes con cáncer de mama o cervix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín 1999
- **Autor:** María Stella Fernández S. de S., Bernarda Ospina de González, Adela María Múnera Garcés
- **Año:** Junio de 2002
- **Lugar:** Colombia
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos Scielo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología v.53 n.2 Bogotá abr/jun. 2002

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA

- **Problema:** ¿Cuáles son las necesidades de las mujeres con cáncer de mama o cervix sometidas a tratamiento quirúrgico con respecto a su sexualidad?
- **Objetivos:** General: Identificar las necesidades de la sexualidad en mujeres sometidas a cirugía con cáncer de mama o de cervix.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de Diseño: descriptivo – etnográfico

Población y/o muestra: 27 mujeres seleccionadas así: 5 por Histerectomía y 6 por Mastectomía provenientes del Hospital General de Medellín, 8 por Histerectomía y 7 por Mastectomía del Hospital San Vicente de Paúl de Medellín y 1 por mastectomía del Instituto de Cancerología de la Clínica Las Américas, entre 27 y 58 años de edad con vida de pareja sexualmente activa, que hayan sido sometidas a Mastectomía o Histerectomía entre julio de 1997 y julio de 1998.

El instrumento utilizado fue la entrevista con preguntas abiertas elaborada a juicio de las investigadoras sobre la vivencia de la sexualidad posterior al tratamiento quirúrgico. Esta se realizó en un sitio privado, codificada con un número, grabada y transcrita. Se hizo prueba piloto y las preguntas fueron codificadas a medida que surgieron otras sub-categorías. Las entrevistas fueron estandarizadas previamente. Para contrastar los datos obtenidos se usó el esquema holístico con base analítica propuesto por Eusebio Rubio en 1996, para estudiar la sexualidad humana.

- **Resultados:** Los autores lograron identificar las necesidades de la vivencia en la sexualidad de las mujeres de éste estudio con respecto a la alteración de los holones tanto el erótico como el de vinculación afectiva interpersonal; el holón erótico lo clasificaron en cuatro sub-categorías las cuales son: Manifestación biológica, mutilación, componente mental y la elaboración de la pérdida afectiva y el holón de vinculación

afectiva interpersonal lo clasificaron en: Satisfacción del deseo del otro, el afecto y de éste último se descubren dos categorías emergentes: el significado del útero y el significado de la menstruación.

- **Palabras clave:** Sexualidad, cáncer, mastectomía, histerectomía.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Juzgamiento metodológico:** Este artículo aporta elementos importantes a la revisión documental, ya que apunta al objetivo general pero específicamente al primer objetivo específico, porque clasifican las necesidades reales de las pacientes después del tratamiento quirúrgico relacionadas con su sexualidad correspondiendo entonces a un nivel de interpretación seis (6); donde se realiza formulación de esquemas teóricos más amplios, lo cual es dado por las definiciones que los autores expresan a partir de los hallazgos de las pacientes identificados en las entrevistas y la correlación con los aspectos fisiológicos y emocionales derivados del acto quirúrgico, la patología y los efectos que surgen de la misma con respecto a la sexualidad y a partir de esto formulan conceptos que aportan en gran medida al desarrollo de la intervención del personal de salud con las pacientes frente a su sexualidad.

- **Aportes de contenido:** Los autores resaltan lo simbólico dentro del componente mental, mostrando que las intervenciones quirúrgicas en mama y útero degradan la configuración amable de la autoimagen, perturbando su sexualidad, en tanto que el componente imaginario de la identidad, e identidad de género necesita estar ligado a determinados rasgos anatómicos que funcionan como semblantes femeninos que de acuerdo con la cultura y la época son resaltados o no y a partir de esto surge la necesidad de preparar a los profesionales del área de la salud en la atención integral de las mujeres en el pre y posoperatorio, sobre aspectos que van más allá de lo médico, como la supervivencia, su calidad de vida, sus temores, la mutilación y el reinicio en la vida sexual y el posible rechazo de su pareja.

Además, más allá del acto salvador para la vida, estas pacientes se enfrentan a la "muerte", utilizando como único recurso la palabra, la cual el personal de salud con frecuencia ha taponado con el saber y el miedo a enfrentarlas.

De ésta manera se considera valioso éste artículo ya que refleja claramente las necesidades de las pacientes pero no identifican las intervenciones realizadas por el personal de enfermería, lo reflejan como una necesidad sentida de la población, en pro de mejorar la calidad de vida de las pacientes.

## FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA No. 6

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Título:** The effect of a clinical nurse specialist in gynecological oncology on quality of life and sexuality
- **Autor:** Maughan K, Clarke C.
- **Año:** Marzo de 2001
- **Lugar:** Reino Unido
- **Idioma:** Inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos PubMed. Journal Clinical Nursing, 2001 Mar;10(2):221-9

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

- **Problema:** ¿Cuál es el efecto de una enfermera clínica especialista en oncología ginecológica en la calidad de vida y la sexualidad?
- **Objetivos:** Analizar la intervención de la enfermera especialista y explicar el impacto de la enfermedad de las mujeres con cáncer ginecológico.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de diseño: Descriptivo Cualitativo – Cuantitativo.

Población y/o muestra: Se trabajaron 2 muestras. El brazo cualitativo del estudio recogió datos de la entrevista realizada por la enfermera especialista en oncología ginecológica a partir de 20 mujeres y 6 esposos de las pacientes y la segunda fue una muestra de ensayo controlada seleccionada al azar de 36 mujeres, aplicando la escala de calidad de vida (EORTC QLQ-C30) y la escala de funcionamiento sexual de Lasry.

- **Resultados:** Los autores identificaron que la calidad de vida y la función sexual fueron mejoradas en el grupo que recibió el asesoramiento psicosexual de la enfermera especialista. Sin embargo, la validez de la escala de funcionamiento sexual fue desafiada por los resultados cualitativos del estudio, que acentúan el significado social de la sexualidad.
- **Palabras clave:** El artículo no discrimina de forma independiente las palabras clave utilizadas en el estudio.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** El nivel de interpretación de éste artículo es seis (6), ya que en su estudio aplican escalas validadas de calidad de vida y de la sexualidad e identifican esquemas teóricos más amplios frente a la problemática de la paciente y el impacto que genera la intervención de la enfermera especialista, teniendo mayor confiabilidad porque

tiene un fundamento científico importante. Por ésta razón éste artículo aplica al desarrollo del segundo objetivo específico de la revisión bibliográfica.

- **Aportes de contenido:** Este artículo evidencia el impacto que tiene la intervención de la enfermera especialista en oncología ginecológica con la paciente su calidad de vida y su sexualidad y se arriesga a validar de una forma indirecta las escalas de calidad de vida y sexualidad que también son herramientas importantes para la identificación de alteraciones en éste grupo de pacientes y con base en sus resultados se puede realizar una intervención más enfocada a la necesidad de estos.



## FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA No. 7

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Título:** A method to develop a nursing intervention: the contribution of qualitative studies to the process
- **Autor:** Gamel C, Grypdonck M, Hengeveld M, Davis B.
- **Año:** Marzo de 2001
- **Lugar:** Holanda
- **Idioma:** Inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos Pubmed. Journal Advanced Nursing, 2001 Mar;33(6):806-19

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

- **Problema:** ¿Cuál es el método para desarrollar una intervención de enfermería?
- **Objetivos:** Describir como desarrollar una intervención de enfermería centrada en el paciente.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de estudio: Revisión documental – Histórica de estudios cualitativos

Población y/o muestra: Dos estudios cualitativos utilizados en diferentes fases de la revisión; en la fase de diseño se tomó un estudio sobre las experiencias vividas del fenómeno después del tratamiento del cáncer ginecológico y el impacto en su sexualidad y durante la fase de prueba se revisó un estudio cualitativo de las experiencias de los pacientes al recibir la información de la enfermera y de las enfermeras al proporcionarla a los pacientes.

- **Resultados:** La conclusión a la cual llegan los autores es que incluso cuando el punto de partida de la intervención es brindar cuidado directo, una intervención puede ser desarrollada con completa armonía teniendo en cuenta las perspectivas del paciente cuando los estudios cualitativos hacen parte de éste proceso.
- **Palabras clave:** El artículo no discrimina de forma independiente las palabras clave utilizadas en el estudio.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** Este artículo tiene un nivel de interpretación cuatro (4) revisión en busca de evidencias, ya que los autores del artículo afirman de acuerdo a los hallazgos que los métodos cualitativos son apropiados utilizarlos cuando se desarrollan intervenciones que apuntan directamente a la situación individual de cada paciente y sus necesidades a través de la disposición de la información. Este artículo aporta al segundo

- **Aportes de contenido:** Los autores hacen una invitación al personal de enfermería para utilizar como método la revisión de estudios cualitativos que permitan implementar intervenciones de cuidado en pacientes con cáncer ginecológico y su sexualidad.

**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 8**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Important aspects of health care for women with gynecologic cancer
- **Autor:** Ekwall E, Ternstedt BM, Sorbe B.
- **Año:** Abril de 2003
- **Lugar:** Suecia
- **Idioma:** Inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos PubMed. Oncology Nursing Forum.
- 2003 Mar-Apr;30(2):313-9

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuáles son los aspectos importantes del cuidado de la salud para las mujeres con cáncer ginecológico?
- **Objetivos:** Describir que mujeres con diagnóstico primario de cáncer ginecológico informaron sentirse importantes durante su interacción con el equipo de salud.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de diseño: Descriptivo - Cualitativo

Población y/o muestra: 14 mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico primario que fueron remitidas a una unidad especializada de radioterapia o quimioterapia del Hospital Orebro Medical Center.

Se realizaron entrevistas grabadas, que fueron transcritas, cifradas, categorizadas y analizadas.

- **Resultados:** Los autores clasificaron las necesidades de las participantes ante la comunicación con el personal de salud en tres categorías: cuidado óptimo, buena comunicación y autoimagen y sexualidad. Las pacientes manifestaron que el cuidado del equipo de salud debe estar basado en sus propias opiniones sobre la necesidad de información y como la enfermedad y el tratamiento afectarían su salud, su autoimagen y sexualidad. Las conversaciones diarias también eran muy importantes. También concluyen que la importancia central en el cuidado de la salud para las mujeres incluyó tanto el aspecto racional como el humano. La necesidad primaria de las pacientes era alcanzar una curación rápida, que hace necesario que el equipo médico estuviera disponible, fuera competente y estuviera coordinado.
- **Palabras clave:** El artículo no discrimina de forma independiente las palabras clave utilizadas en el estudio.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** El nivel de interpretación de éste artículo es tres (3) de formulación de relaciones tentativas donde tienen en cuenta las necesidades de las mujeres a partir de las propias opiniones, información suministrada y el diálogo con ellas. Este trabajo aporta a los dos objetivos secundarios de nuestra revisión.
- **Aportes de contenido:** A las mujeres con cáncer ginecológico se les debe suministrar la información de forma individualizada, el cuidado debe responder a las necesidades individuales y reforzar su auto-imagen. Las enfermeras tienen un papel importante en la identificación de las sensaciones de las mujeres, brindando esperanza, apoyo y manteniendo una actitud positiva frente a su auto-imagen en tanto sea posible. La información y la conversación diaria tiene un gran significado. La sexualidad debe ser una parte integral de cuidado holístico; con este fin, incluir al compañero sexual puede ser provechoso cuando ocurren discusiones concernientes a su sexualidad.

**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 9**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Important aspects of health care for women with gynecologic cancer
- **Autor:** Dennys del rocío García Padilla, Maria del Pilar García Padilla, Blanca Patricia Ballesteros de Valderrama, mónica María Novoa Gómez.
- **Año:** Julio de 2003
- **Lugar:** Colombia
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos Redalyc. Universitas Psychological, Julio-Diciembre, año/vol.2, número 002, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia pp.199-214

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuál es el efecto de una intervención psicológica con énfasis en sexualidad y comunicación en pareja para mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix que estuvieran en tratamiento?
- **Objetivos:** General: Diseñar y evaluar una intervención psicológica sobre sexualidad y comunicación en pareja con base en las necesidades de un grupo de mujeres con cáncer de cérvix que se encuentran en tratamiento. Y dentro de los objetivos específicos que se acercan a la actual revisión bibliográfica se encuentran: Evaluar la sexualidad y la comunicación en pareja en mujeres con cáncer de cérvix que están en tratamiento e Identificar las características y problemáticas presentes en la sexualidad y la comunicación en pareja de las pacientes con cáncer de cérvix en tratamiento.

- **Manejo de Datos:**

Diseño de Investigación: Descriptivo no estadístico, cuasi-experimental de caso único con N sujetos.

Población y/o muestra: 4 mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix, con edades entre los 30 y 50 años, con estadios del cáncer entre I y III, que tuvieran una relación de pareja con convivencia por lo menos de 2 años antes del diagnóstico del cáncer y que estuvieran recibiendo tratamiento de radioterapia en un centro oncológico de la ciudad de Bogotá.

Los instrumentos utilizados fueron: Entrevistas semi-estructuradas que se daban antes, durante y después de los talleres que aplicaron, elaboradas con base en la literatura sobre el tema.

- **Resultados:** Fueron dados de acuerdo a 4 momentos identificados: Pre-taller, post-taller, seguimiento 1 (15 días) y seguimiento 2 (30 días). La efectividad del taller se demostró con cambios positivos en cada una de las participantes (intra-sujeto),

especialmente en el aspecto de creencias e información general frente a su enfermedad; respecto a la sexualidad también hubo cambios favorecedores de la relación de pareja, sin embargo, persistieron algunos déficit en la comunicación y en la relación sexual donde se evidencia una marcada diferencia de acuerdo al nivel educativo de la paciente.

- **Palabras clave:** Cáncer, Comunicación, Psicología de la salud, Sexualidad.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** Este trabajo podría representar un nivel de interpretación cuatro (4), pero el tamaño de la muestra no es lo suficientemente significativo para generalizar un concepto o para afirmarlo como evidencia. Por ésta razón se clasifica en un nivel de interpretación tres (3), haciendo formulación de relaciones tentativas ya que muestran el impacto que tuvieron los talleres a partir de la información obtenida por las pacientes, luego los talleres fueron evaluados en diferentes momentos y a partir de esto sacaron sus propias conclusiones sobre la eficacia de la intervención. Dado lo anterior, éste artículo aporta algunos elementos para los 2 objetivos específicos de la revisión.

- **Aportes de contenido:** De acuerdo a los hallazgos de la investigación se considera que para una adecuada intervención, debe realizarse de forma individual, abordando a la paciente y a la pareja en espacios y momentos diferentes y no de forma grupal o en pareja, porque en los resultados se evidencian incongruencias en las respuestas de las pacientes frente a su percepción con la pareja cuando responden la entrevista de forma individual y cuando se encuentran en el taller frente a su compañero. Definitivamente es importante informar a la paciente sobre su patología, tratamiento e implicaciones, suministrando folletos o información didáctica de fácil consulta y acceso. Se considera que para que la investigación hubiese tenido mayor significancia estadística la muestra debería haber sido mayor y contar con la participación de pacientes de otros centros oncológicos de la ciudad.

## FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA No. 10

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Título:** Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer: treating the whole patient to improve quality of life
- **Autor:** Fitch MI.
- **Año:** Agosto de 2003
- **Lugar:** Canadá
- **Idioma:** Inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos PubMed. Seminars Oncology Nursing. 2003 Aug;19(3 Suppl 1):40-53

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

- **Problema:** ¿Cuál es el manejo psicosocial de las pacientes con cáncer de ovario recurrente?
- **Objetivos:** Describir las características psicosociales que afectan a las mujeres con cáncer de ovario recurrente y proporcionar las sugerencias de intervención.

- **Manejo de Datos:**

Tipo de estudio: Revisión Documental – Histórica

Población y/o muestra: Artículos y libros de textos relacionados con la investigación.

- **Resultados:** De acuerdo a la revisión realizada por los autores se destaca el papel importante de la enfermera desde el momento que realiza cuidado directo con el paciente, cuando suministra la información sobre su patología y tratamiento y el soporte emocional que puede brindar. De ésta forma es ella quién identifica a la paciente con alteraciones psicosociales reales direccionándolas de forma rápida y oportuna a quién requiera de una intervención adicional.
- **Palabras clave:** El artículo no discrimina de forma independiente las palabras clave utilizadas en el estudio.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** El nivel de interpretación de éste artículo es tres (3), formulación de relaciones tentativas porque en su revisión bibliográfica logran relacionar las necesidades de las pacientes y las intervenciones de la enfermera, brindando una herramienta que puede ser de ayuda práctica, informativa y emocional. Este artículo aporta información para el segundo objetivo específico porque suministra una de las estrategias de intervención en este tipo de pacientes.
- **Aportes de contenido:** Aunque el artículo no discrimina claramente el tamaño de los documentos revisados, las conclusiones obtenidas por los autores resaltan la importancia

Aunque el artículo no expresa literalmente las necesidades de las pacientes en el aspecto sexual, es claro de acuerdo a la revisión bibliográfica objeto del estudio que el manejo psicosocial hace parte de uno de los ejes de la sexualidad al igual que la calidad de vida en pacientes con cáncer de ovario.



**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 11**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Sexualidad en la patología neoplásica ovárica
- **Autor:** Maria Eugenia Olivares y Vanesa Hernández
- **Año:** 2003
- **Lugar:** Madrid
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos Dialnet. Psicooncología: 2003. Vol: 0, Num. 1. pp. 57 - 73

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuáles son las alteraciones en la respuesta sexual de las mujeres con patología neoplásica ovárica?
- **Objetivos:** Identificar las alteraciones en la respuesta sexual de las mujeres con patología neoplásica ovárica.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de estudio: Descriptivo - Correlacional

Población y/o muestra: 25 mujeres con una media de edad de 49,36 años siendo la edad mínima 27 y la máxima 65, diagnosticadas con cáncer de ovario entre los años 1991 y 2003 y remitidas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid para revisión post-tratamiento.

El análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (versión 11.5).

- **Resultados:** Las pacientes presentaban alteraciones ginecológicas, vasculares y endocrinas previas a su diagnóstico oncológico así como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, con relación de pareja estable. Los mayores efectos secundarios presentados posterior a su tratamiento fueron: menopausia, disminución en el deseo sexual, estenosis vaginal y dolor genital coital y que a pesar de ello consideran estar satisfechas con su sexualidad, aunque implementarían algunos cambios en la misma. En cuanto a la alteración en las en las fases de la respuesta sexual solo identificaron alteraciones en el deseo, siendo éste escaso o nulo. Los comportamientos de la pareja no se modificaron frente a deseo, satisfacción y frecuencia de los contactos sexuales post-tratamiento y en cuanto a la relación terapéutica médico – paciente la mayoría considera excelente el trato recibido por su ginecólogo, aunque incorporarían mejoras respecto a aspectos organizativos más que asistenciales.
- **Palabras clave:** Cáncer de ovario, respuesta sexual, frecuencia, satisfacción.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** El nivel de interpretación de éste artículo es cinco (5), formulación de explicaciones al fenómeno, ya que a través de la correlación de variables los autores identifican las principales alteraciones de las pacientes frente a su función sexual y lo relacionan con todos los aspectos de las pacientes tanto en su parte emocional, como en su parte, social, laboral, familiar y personal. Esta investigación responde al primer objetivo específico de la revisión bibliográfica.

- **Aportes de contenido:** Según las autoras consideran que los datos empíricos derivados del trabajo justificarían la necesidad de considerar la sexualidad como fenómeno multifactorial que precisa de tratamientos multicomponentes en éstas pacientes. Y permitirían explicar y corroborar como terapias psicológicas sencillas limitadas en el tiempo y en fases tempranas facilitan la adaptación de la respuesta sexual tras el proceso neoplásico ovárico.

Además las autoras realizaron otro hallazgo importante dentro de la investigación sin ser parte de su objetivo o su problema a estudio y fue que la mayoría de participantes presentaban alteraciones ginecológicas previas a su diagnóstico entonces se deduce que posterior a éste se podrían exacerbar las alteraciones en ésta grupo de pacientes y es bastante interesante ya que responde en gran medida el problema planteado en la revisión bibliográfica que se está realizando.

**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 12**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image – results of a prospective longitudinal 10 – years study.
- **Autor:** Hawighorst-Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt M, Pilch H, Schoenefuss G, Knapstein PG, Koelbl H, Kelleher DK, Vaupel P.
- **Año:** Agosto de 2004
- **Lugar:** Alemania
- **Idioma:** Inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos PubMed. : Gynecologic Oncology. 2004 Aug;94(2):398-403

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuál es el impacto del tratamiento para el cáncer genital en la calidad de vida y la imagen corporal?
- **Objetivos:** Evaluar el impacto del tratamiento para el cáncer genital en la calidad de vida y la imagen corporal, determinar las necesidades de las terapias de los pacientes relacionadas con la cirugía antes y después frente a su calidad de vida e imagen corporal.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de estudio: Descriptivo – prospectivo – longitudinal

Población y/o muestra: 129 mujeres con cáncer cervical sometidas a 2 tipos de cirugías: exenteración pélvica programadas en 1993 y Wertheim – Meigs en 1995 antes de 4 meses de practicada la intervención y hasta 12 meses después.

La información se recolectó a través de cuestionarios objetivos elaborados para la calidad de vida y la imagen corporal utilizando también las escalas del EORTC, CARES, Imagen Corporal por Strauss y Appelt.

- **Resultados:** La evaluación de la calidad de vida incorporó 5 dimensiones: Salud física y psicosocial, estado marital y sexual, e interacción médica. Estos aspectos se evaluaron antes y después de las intervenciones quirúrgicas donde indicaron también que las pacientes sometidas al Wertheim – Meigs tuvieron menos problemas en la calidad de vida, comparado a las mujeres sometidas a exenteración pélvica. Después de la cirugía encontraron que ambos grupos presentaban problemas frente a la restricción en su sexualidad y la calidad de vida, especialmente en mujeres con cirugía no reconstructiva y de igual forma con las pacientes sometidas a Radioterapia y Quimioterapia, para ambos

grupos la imagen corporal se vio afectada frente a lo que percibían antes de su cirugía y la percepción después de ésta.

La preocupación de los familiares de los pacientes se sostuvo antes y después de la intervención con preguntas sobre su calidad de vida y la recurrencia de la enfermedad.

- **Palabras clave:** El artículo no discrimina de forma independiente las palabras clave utilizadas en el estudio.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** El nivel de interpretación de éste artículo es cinco (5), dado por el seguimiento de las pacientes, formulan explicaciones sobre los hallazgos de las pacientes con los datos obtenidos antes y después de la cirugía, concluyendo que definitivamente la cirugía interfiere en la calidad de vida de la paciente, especialmente sobre la imagen corporal y su sexualidad. Este trabajo apunta directamente al primer objetivo específico de la revisión documental.

- **Aportes de contenido:** De acuerdo al estudio los autores sugieren que no es suficiente con proporcionarle a la paciente la opción de cirugía reconstructiva, se hace necesario integrar aspectos psicosociales en la información suministrada sobre la calidad de vida futura antes de la intervención quirúrgica y ofrecer ayuda psicosocial de acuerdo al tipo de tratamiento realizado después de la cirugía.

**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 13**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico
- **Autor:** Maria Eugenia Olivares Crespo
- **Año:** 2004
- **Lugar:** España
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos BioMed. Avances en Psicología Latinoamericana 2004, Volumen 22, Pp.29-48.

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuáles son los aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico?
- **Objetivos:** Abordar los aspectos psicológicos concomitantes a la patología oncológica ginecológica
- **Manejo de Datos:**

Tipo de Estudio: Revisión documental – Histórico - Descriptivo

Población y/o Muestra: Revisión de 113 documentos entre artículos, libros y textos relacionados con el cáncer ginecológico, tratamientos y sus efectos, aspectos psicológicos

- **Resultados:** De acuerdo a la revisión realizada por la autora de forma exhaustiva concluye que la mayoría de las intervenciones son quirúrgicas provocando efectos antes, durante y después del tratamiento, entre los que cabe citar: alteraciones sexuales, cambios en la imagen corporal, infertilidad y menopausia inducida y concluye especificando los procedimientos terapéuticos psicológicos del proceso tanto del diagnóstico como del tratamiento quirúrgico y de los efectos derivados del mismo.
- **Palabras clave:** Ginecología oncológica, cirugía, tratamiento psicológico.

**3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** Dadas las características del estudio, el nivel de interpretación de éste artículo es cuatro (4) que es la revisión en búsqueda de evidencias, ya que en la búsqueda que ella realiza, cita las alteraciones dadas por los tratamientos quirúrgicos, luego cita las alteraciones derivadas de las mismas, los diferentes tipos de cáncer ginecológico, alteraciones fisiológicas que se presentan y por último los aspectos psicológicos que intervienen. Por ésta razón éste artículo aporta al primer objetivo específico de la revisión bibliográfica.

- **Aportes de contenido:** Aunque no hay evidencia de una intervención de enfermería, la autora del artículo hace una revisión documental que incluye una modalidad de intervención psicológica en cuanto a técnicas conductuales, técnicas de inoculación de estrés y técnicas cognitivas que se deben conocer para realizar un abordaje integral del paciente.

**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 14**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte
- **Autor:** E. López Ramírez; E. Gonzáles Flores
- **Año:** Marzo de 2005
- **Lugar:** España
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos Scielo. Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid mar. 2005

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuáles son los tratamientos de soporte y la toxicidad de los mismos en pacientes con cáncer y su sexualidad?
- **Objetivos:** Identificar los tratamientos de soporte y la toxicidad de los mismos en pacientes con cáncer y su sexualidad.
- **Manejo de Datos:**

Revisión documental, cualitativa – histórica.

Muestra y/o población: Los autores realizaron una revisión de 42 textos enfocados a la detección de tratamientos de soporte y toxicidad de los mismos en pacientes con cáncer y su desempeño sexual.

- **Resultados:** Los autores a lo largo del desarrollo del contenido dan pautas de manejo para cada una de las disfunciones sexuales clasificadas de acuerdo a la teoría de Masters y Jhonsons y de acuerdo a la alteración de cuatro vías principales en las que el cáncer y sus tratamientos pueden afectar su sexualidad los cuales son: problemas físicos para dar y recibir placer sexual, alteración de la imagen corporal, aparición de sentimientos como miedo, tristeza, angustia y la modificación de roles y relaciones, aclarando que si existe alguna alteración en uno de estos aspectos, los otros también pueden verse afectados de forma directa o indirecta. Se mencionan los tratamientos farmacológicos ortodoxos y los no convencionales para tratar cada una de las disfunciones y hacen un énfasis especial en la rehabilitación sexual, en tanto que debería ser un médico, enfermera o asistente social quién debería orientar al paciente frente a éste tipo de alteraciones. Concluyen que la mejor intervención es la individualización del cuidado, el dialogo directo y generar un ambiente tranquilo y de confianza que permita al paciente expresar sus temores, dudas y dificultades frente a su sexualidad. Finalmente identifican un tópico importante en el impacto oncológico e la sexualidad de pacientes pediátricos y terminales y como las necesidades de éstos se modifican de acuerdo a cada situación particular.

- **Palabras clave:** El artículo no identifica las palabras clave utilizadas para la búsqueda de artículos relacionados.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** Dadas las características del estudio, el nivel de interpretación de éste artículo es tres (3) que es la formulación de relaciones tentativas, ya que en la revisión que ellos realizan, formulan estrategias de intervención de acuerdo a las necesidades identificadas. Por lo tanto éste artículo aporta a los 2 objetivos específicos de la revisión bibliográfica.

- **Aportes de contenido:** Cabe anotar que para la realización de las intervenciones los autores en su revisión sugieren una entrevista pre-tratamiento para discutir con el paciente las dificultades sexuales que pueden aparecer y reducir así su ansiedad y continuar interrogando al paciente durante el tratamiento y realizar seguimientos posteriores. Para esto sugieren un modelo de intervención terapéutica llamado EPITEX (Educación, permiso, indicaciones específicas y terapia sexual) el cual permite identificar problema sexual previo al cáncer, conflictos matrimoniales severos, disfunción que no ha respondido al asesoramiento sexual breve o una faceta de una mala adaptación psicológica y dependiendo de los resultados se decide remitir al paciente o no a terapia sexual.

Este artículo suministra información muy importante ya que muestra un enfoque diferente de intervención y resalta el papel de la enfermera entrenada como orientadora y experta en el proceso de rehabilitación sexual del paciente y suministra parámetros de valoración tales como entrevistas privadas a solas y con la pareja estable, examen físico completo, exámenes complementarios (análisis sanguíneo completo, determinación de niveles séricos hormonales y técnicas de imagen), evaluaciones neurológica, vascular y psicológica detalladas.



**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 15**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Vaginal dilation associated with pelvic radiotherapy: a UK survey of current practice
- **Autor:** White ID, Faithfull S.
- **Año:** Junio de 2006
- **Lugar:** Reino Unido
- **Idioma:** Inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos PubMed. International Journal Gynecology Cancer. 2006 May-Jun;16(3):1140-6

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cómo se asocia la dilatación vaginal a la radioterapia pélvica?
- **Objetivos:** Presentar los resultados del primer examen nacional británico de la información de los pacientes y las intervenciones realizadas relacionadas con la dilatación vaginal en la radioterapia pélvica.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de estudio: Descriptivo – deductivo

Población y/o muestra: Se tuvieron en cuenta 2 grupos el primero hace referencia a 65 departamentos de Radioterapia con una tasa de respuesta del 62% equivalente a 40 y otra muestra de 166 especialistas en enfermería en oncología ginecológica también con una tasa de respuesta del 31% equivalente a 52.

El instrumento utilizado fue un cuestionario elaborado de 38 puntos y se analizaron los resultados por el programa SPSS v. 11.

- **Resultados:** Los resultados sugieren que la utilización del dispositivo de dilatación vaginal puede beneficiar el impacto del tratamiento en la salud sexual de las mujeres, mejorando el perfil psicosexual apropiado para éstas y la implementación en la práctica clínica oncológica.
- **Palabras clave:** El artículo no identifica las palabras clave utilizadas para la búsqueda de artículos relacionados.

**3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** El artículo se encuentra en un nivel de interpretación cuatro (4) que hace referencia a la revisión en búsqueda de evidencias dadas por los resultados

de la investigación. Este artículo está aportando información al segundo objetivo específico de la revisión ya que muestra una herramienta de intervención frente a una necesidad específica identificada.

- **Aportes de contenido:** Los autores plantean que una investigación adicional podría determinar la eficacia de la dilatación vaginal en la prevención del desarrollo de estenosis vaginal entre las mujeres que recibían la radioterapia pélvica.

Es importante anotar que el estudio no muestra las implicaciones culturales de las pacientes tales como: rechazo, vergüenza e incomodidad por el hecho de aceptar la utilización de un dilatador vaginal como estrategia para beneficiar la salud sexual y evitar futuras complicaciones.

**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 16**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Calidad de vida en mujeres con cáncer cervico uterino
- **Autor:** Luz María Montes L., María José Mullins P., María Teresa Urrutia S.
- **Año:** 2006
- **Lugar:** Chile
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos Scielo. Revista chilena de obstetricia y Ginecología 2006; 71(2): 129-134

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿De qué manera se afecta la calidad de vida de las mujeres con cáncer cervico-uterino?
- **Objetivos:** Conocer de que manera se afecta la calidad de vida de las mujeres con cáncer cervico-uterino. Como objetivo específico plantea aportar conocimiento específico a los profesionales de la salud y fomentar la valoración y el cuidado integral de ellas.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de Estudio: Revisión documental, histórica – cualitativa.

Tipo de tamaño o muestra: Revisión bibliográfica de 23 artículos relacionados con la calidad de vida de mujeres con cáncer cervico-uterino, aspectos sociales, emocionales, culturales y sexuales.

- **Resultados:** La revisión de literatura muestra una gran cantidad de instrumentos utilizados para medir calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino, principalmente genéricos, como también cuestionarios que evalúan aspectos por separado. La dimensión más afectada durante todo el proceso de enfermedad, es la dimensión sexual. La modalidad de tratamiento se considera clave en la repercusión en ésta dimensión; la radioterapia al ser un tratamiento localizado produce alteraciones físicas que repercuten en la sexualidad, en cambio la cirugía afecta mayormente el aspecto psicológico. Se postula la importancia de considerar la calidad de vida como un parámetro útil de evaluación, para de ésta manera brindar una atención oportuna, centrada en la necesidad que ellas presentan.
- **Palabras clave:** Calidad de vida, cáncer cervico-uterino, sexualidad.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** El nivel de interpretación de éste artículo es tres (3) formulación de relaciones tentativas porque logra identificar en la revisión bibliográfica los diferentes aspectos que se alteran en la paciente con cáncer cervico – uterino y que repercuten en la sexualidad y hace un acercamiento de los posibles tipos de intervención que se pueden dar a partir de ésta información. Este artículo aporta información a los dos objetivos específicos de la revisión bibliográfica.

- **Aportes de contenido:** Es tarea del profesional de la salud detectar alteraciones, que muchas veces son consideradas secundarias por el hecho de centrar la atención solo en el ámbito físico, una mirada bio-psico-social de las necesidades de la mujer, permite intervenir de forma oportuna y entregar una atención integral y de calidad a éstas pacientes.

No existe un instrumento específico para medir calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino, por esta razón es necesario continuar con estudios sobre este tema para así poder llegar a formular un instrumento específico en éste grupo de mujeres. También resalta la importancia de compartir con éste grupo de mujeres las experiencias vividas por otras mujeres que ya hayan pasado por dicho proceso y la confianza que se genera entre el personal de salud y la paciente frente a la veracidad de la información suministrada, que a su vez genera tranquilidad y seguridad.

## FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA ARTICULO No 17

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

- **Título:** Aspectos cognitivos de la actividad sexual en la enfermedad neoplásica cervical.
- **Autor:** Vanesa Hernández y Maria Eugenia Olivares
- **Año:** 2006
- **Lugar:** España
- **dioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos Dialnet. Psicooncología: Investigación y clínica biopsicosocial en Oncología, 2006, pags. 59-70

### 2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:

- **Problema:**Cuál es la respuesta en la actividad sexual en las mujeres diagnosticadas y tratadas con cáncer de cérvix?
- **Objetivos:** General: Analizar una serie de variables relativas a la respuesta y actividad sexual de una muestra de mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de cérvix y como específico identificar las posibles relaciones y diferencias entre dichas variables.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de Diseño: Descriptivo – estadístico

Población y/o muestra: 23 mujeres entre los 50 – 35 años diagnosticadas con cáncer de cérvix y remitidas al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid para revisión post- tratamiento oncológico.

La técnica estadística empleada para el análisis fue mediante el SPSS (versión 11.5) con análisis estadísticos descriptivos y diferencias de medias (t de Student).

- **Resultados:** De acuerdo al estudio realizado por los autores se dieron los resultados en 5 clasificaciones: Datos socio-demográficos, datos médicos, Actividad sexual y relaciones de pareja tras el tratamiento oncológico, conocimientos y actitudes sexuales y síntomas de ansiedad y depresión. Donde se resaltan algunos datos como los efectos secundarios más frecuentes derivados de los tratamientos médicos recibidos a nivel físico fueron la menopausia (78,9%), seguidos de la sequedad (78,3%) y el acortamiento vaginal (52,2%), respecto a su efecto a nivel sexual fueron la disminución de la frecuencia sexual (78,3%), seguido de la disminución del deseo (69,6%) y de dolor coital (56,5%).

En cuanto a la actividad sexual y las relaciones de pareja tras el tratamiento oncológico refieren que el 87% de la muestra presentaba pareja estable en el momento del diagnóstico y en relación a la frecuencia de la actividad sexual pre tratamiento, las pacientes exploradas refieren que la media es 117,14 (Sx=84,50) relaciones a lo largo de

un año. La frecuencia de la actividad sexual en el período post tratamiento disminuye, mostrando una media de 40,86 ( $Sx=47,52$ ). La diferencia en la frecuencia de actividad sexual en el período pre y post tratamiento alcanza la significación estadística ( $t=4,85$ ,  $p=0,000$ ).

En conclusión se evidencia el impacto del diagnóstico y los tratamientos oncológicos sobre la actividad sexual de éstas pacientes, se objetiva en las tres fases de la respuesta sexual, así como en la frecuencia y la satisfacción, también se identifica una escasa información sobre la sexualidad, así como, creencias erróneas o mitos respecto a la misma y además, la sintomatología ansiosa y depresiva influye sobre la respuesta sexual de las pacientes.

- **Palabras clave:** Cáncer de cérvix, respuesta sexual, percepción de salud, creencias.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** Este artículo responde al primer objetivo específico de la revisión bibliográfica pues las autoras clasifican las necesidades de las mujeres con cáncer de cérvix, con un nivel de interpretación cuatro (4) que hace referencia a la revisión en busca de evidencias, porque ellas a través de su estudio demuestran el impacto que tiene el diagnóstico y el tratamiento oncológico sobre la actividad sexual de las pacientes.

- **Aportes de contenido:** Este trabajo evidencia el impacto que tiene el tratamiento oncológico en las mujeres con cáncer genitourinario y su actividad sexual y da unos lineamientos para identificar las intervenciones de enfermería que pueden realizarse con éste grupo de mujeres de acuerdo a los resultados y conclusiones a las que llegan las autoras del trabajo, por la cantidad de mitos, creencias, falta de información y límites en la comunicación.

**FICHA DESCRIPTIVO – ANALITICA**  
**No. 18**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Cervical cancer: a qualitative study on subjectivity, family, gender and health services
- **Autor:** Blanca E. Pelcastre - Villafuerte, Laura L. Tirado - Gómez, Alejandro Mohar - Betancourt, Malaquias López - Cervantes.
- **Año:** Marzo de 2007
- **Lugar:** México
- **Idioma:** Español
- **Medio de Publicación:** Base de datos BioMed. Reproductive health 2007, 4:2do:10.1186 - 1742- 4755 -4 -2

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuáles son los factores sociales y culturales que intervienen en la detección temprana del cáncer cervical?
- **Objetivos:** Analizar el papel de varios factores sociales y culturales en lo referente a la detección temprana del cáncer cervical.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de estudio: Descriptivo – cuali-cuantitativo

Población y/o muestra: Se seleccionaron 3 grandes muestras a quienes se les aplicó la entrevista, la primera incluían los casos que hace referencia 130 mujeres con cáncer cervical, la segunda son los casos control representado en 200 mujeres familiares o amigas de las pacientes y la tercera representa el otro grupo de casos de 20 esposos de las pacientes de la primera muestra. De la anterior población se sacó una sub-muestra para el análisis cualitativo representada en 20 mujeres con diagnóstico de cáncer cervical de la primera muestra con una edad media de 45 años, 20 casos control de familiares y amigas de las pacientes con una media de edad de 42 años y por último 11 esposos.

El análisis de la información se realizó con el programa Atlas ti (v. 4.2)

- **Resultados:** Los resultados se clasificaron de acuerdo a los hallazgos encontrados en cada uno de los tres grupos y sub-clasificados en 4 categorías: opiniones de los entrevistados, percepción frente a familia, género y servicios de salud. Demostrando que la negación y el miedo son dos componentes importantes que regulan el comportamiento tanto de las mujeres con cáncer como de las amigas y familiares de estas, esta percepción es compartida por sus parejas. Las mujeres que no contaban con una adecuada red de apoyo limitaron las oportunidades para tomar acciones a favor de su propia salud y bienestar,

- **Palabras clave:** El artículo no identifica las palabras clave utilizadas para la búsqueda de artículos relacionados.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** Este artículo tiene un nivel de interpretación tres (3) formulaciones de relaciones tentativas, teniendo en cuenta que los autores toman las opiniones de los tres grupos de estudio de caso y control y adaptan sus respuestas como resultado del estudio clasificándolo en las determinantes del estudio: Familia, Género y Servicios de salud.

Este artículo responde al objetivo específico número uno identificando los factores que influyen en los roles de la sexualidad.

- **Aportes de contenido:** De acuerdo a los resultados los autores concluyen que las mujeres tienden en general a no preocuparse por su salud y menos por el cáncer cervical, como consecuencia de estos conceptos cambian la idea de su cuerpo y su feminidad, también concluyen que es necesario mejorar la calidad de la información proporcionada en los servicios de salud.

En la investigación se ve reflejado como influye la cultura mexicana de la mujer frente a su calidad de vida, dejando en un segundo plano la sexualidad puesto que su prioridad está en el cuidado de su familia y el temor al abandono de su pareja, estos resultados pueden estar directamente relacionados con el nivel educativo de los grupos seleccionados pero el estudio no lo especifica.



**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 19**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives
- **Autor:** Hordern AJ, Street AF.
- **Año:** Abril de 2007
- **Lugar:** Australia
- **Idioma:** Inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos PubMed. Soc Sci Med. 2007 Apr; 64(8):1704-18. Epub 2007 Jan 29

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuáles son las interpretaciones de la sexualidad y de la intimidad después del cáncer en el paciente y el profesional de la salud?
- **Objetivos:** Discutir interpretaciones de la intimidad y de la sexualidad en cáncer en pacientes de cuidado paliativo y las perspectivas del paciente y el profesional de la salud.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de Estudio: Cualitativa – Descriptiva

Población y/o muestra: Se desarrollo en tres fases: La primera fue un análisis de 33 guías prácticas nacionales e internacionales, de esta información se elaboraron 82 entrevistas semi-estructuradas, los resultados parciales fueron presentados en 15 foros con presencia de pacientes y profesionales de la salud que trabajaban en cáncer y cuidado paliativo para una retroalimentación del estudio. El estudio completo fue realizado en un Hospital Público Universitario de Australia entre el 2002 al 2005.

El análisis de los resultados se basó en el Trabajo de Giddens en relación a la reflexividad, intimidad y la sexualidad.

- **Resultados:** Los resultados arrojados por el estudio muestran que hay una gran incongruencia entre las necesidades de los pacientes frente a la intimidad y la sexualidad después del cáncer y la información suministrada por el personal de la salud. El profesional de salud no dimensiona en su intervención la necesidad de la intimidad y la sexualidad en pacientes con cuidado paliativo porque también manifiestan que se sienten vulnerables al no contar con los suficientes elementos para abordar al paciente en estos temas.
- **Palabras clave:** El artículo no identifica las palabras clave utilizadas para la búsqueda de artículos relacionados.

### 3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:

- **Nivel de Interpretación:** El nivel de interpretación de éste estudio es cuatro (4), revisión en busca de evidencias porque los hallazgos de los autores responden al problema planteado identificando no solo las necesidades de los pacientes con cáncer en cuidado paliativo sino también en el personal de salud que trabaja con éste grupo de pacientes. Este trabajo aporta a los dos objetivos específicos de la revisión bibliográfica porque identifica las necesidades de los pacientes y las falencias en las intervenciones del personal de salud frente a temas como la sexualidad y la intimidad.
- **Aportes de contenido:** Los autores a través de éste trabajo invitan a la reflexión del personal de salud sobre el abordaje de temas como la intimidad y la sexualidad en el paciente con cáncer en cuidado paliativo generando mayor confianza y aumentando el grado de comunicación entre estos y el paciente con éstas falencias.

En el personal de salud la sexualidad y la intimidad están relegadas a un segundo plano en cáncer y más aún en pacientes de cuidado paliativo porque se nota el vacío existente frente a como abordar estos temas en los pacientes en general y más aún en los pacientes con cáncer.

Aunque el estudio fue desarrollado en otro continente y otro tipo de cultura, los resultados también reflejan la actual situación de los profesionales de la salud en nuestro contexto.

**FICHA DESCRIPTIVO – ANALÍTICA**  
**No. 20**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

- **Título:** Sexuality assessment: 10 strategies for improvement
- **Autor:** Mick JM.
- **Año:** Octubre de 2007
- **Lugar:** USA
- **Idioma:** Inglés
- **Medio de Publicación:** Base de datos Science Direct. Clinical Journal Oncology Nursing. 2007 Oct;11(5):671-5

**2. INFORMACIÓN METODOLÓGICA:**

- **Problema:** ¿Cuáles son las estrategias para mejorar la valoración de la sexualidad?
- **Objetivos:** Describir las estrategias para la intervención en la valoración de la sexualidad.
- **Manejo de Datos:**

Tipo de estudio: Revisión Documental – Histórica

Población y/o muestra: La autora realizó una revisión bibliográfica de 22 documentos con elementos que permitieron identificar las necesidades de los pacientes. Consultó 23 páginas de internet donde se brinda información a pacientes con cáncer sobre sexualidad y 4 modelos que se han aplicado para la valoración de la sexualidad.

**Resultados:** Los resultados del estudio se arrojaron en 10 estrategias enfocadas a tratar la sexualidad de los pacientes con cáncer validadas por las experiencias de los pacientes y las preocupaciones sobre la calidad de vida. A continuación se nombran cada una de las estrategias con su respectiva definición:

**a. Entender la sexualidad:** Las enfermeras deben entender que la sexualidad no solo se refiere a sexo y función sexual, sino que implica incluir conceptos como imagen corporal, sentimientos de feminidad, roles y responsabilidades de la familia y relaciones interpersonales concernientes a todos los aspectos de la sexualidad que puedan estar afectados por el cáncer y sus tratamiento.

**b. Proveer información:** La intervención de la enfermera debe proveer información frente al diagnóstico, síntomas y tratamiento, con respecto a la sexualidad primero deben preguntar al paciente acerca de su sexualidad para identificar las necesidades y sugieren la aplicación de 4 modelos de consulta para la valoración: PLISSIT (Annon, 1976) and BETTER (Mick & Cohen; Mick et al., 2004) Sexualidad y el PLEASURE (Schain, 1988) and ALARM (Andersen, 1990) Sexualidad, pero es enfática en resaltar que debe existir un ambiente de confianza paciente – enfermera para el abordaje de este tema.

**c. Direccionar las causas del discomfort:** Las enfermeras deben identificar las causas del discomfort de los pacientes frente a su sexualidad de acuerdo a ésta información saber si se tiene la habilidad para el abordaje o intervención de éste paciente y como se siente la enfermera abordando este tema con el paciente, ya que existen barreras culturales, de género y de edad que pueden limitar la comunicación y de ésta manera saber direccionar al paciente en su problemática a otros especialistas y la enfermera finalmente se dedicará a valorar otros aspectos.

**d. Ser objetivo al escuchar:** La enfermera al escuchar al paciente debe ser muy objetiva en el dialogo, sin emitir juicios acerca de los conceptos que ésta tenga de la sexualidad para no generar barreras de comunicación, debe continuar el abordaje del paciente de acuerdo a las intervenciones que éste realice frente a sus propias vivencias.

**e. Ejecutar estrategias independientes:** A partir de la valoración las enfermeras deben emitir un diagnóstico y crear un plan de cuidados individualizado y enfocado a las necesidades del paciente, indagando sobre como su enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos han modificado su desempeño en la sexualidad que también incluye la parte física, emocional y espiritual y que importancia tiene para ellos dichos cambios.

**f. Uso de prácticas estandarizadas:** La Asociación Nacional de Enfermeras con base en los problemas de la sexualidad ven la necesidad de crear estándares que incluyen estrategias como un componente de cuidado holístico. También publican junto con la Sociedad Oncológica de Enfermería en el 2004 los Estándares para implementar en los profesionales en enfermería oncológica que incluyen estrategias de intervención en la sexualidad al identificar los efectos del cáncer y sus tratamientos en la imagen corporal, respuesta psicosocial y su desempeño sexual antes de la enfermedad y después del diagnóstico y el tratamiento.

**g. Buscar ampliar las preguntas:** Sugieren que para realizar una adecuada intervención frente a su sexualidad la enfermera debe primero buscar preguntas que conduzcan al paciente a tener la necesidad de hablar de este tema tales como, sus relaciones interpersonales, su niñez, cuales eran los roles desempeñados en el núcleo familiar o en el trabajo y los cambios que se han dado en estos después del diagnóstico, también se puede indagar sobre su vida con el entorno de la familia paterna y materna, autoimagen y la intimidad. Para el paciente es fundamental que la enfermera tenga la disposición para escucharlo y que ésta manifieste su entendimiento frente a la situación del paciente.

**h. Evitar hacer suposiciones:** La enfermera no debe hacer suposiciones frente al grado de importancia que puede tener la sexualidad en el paciente más aún en si se encuentran en la tercera edad, si son paliativos o si tienen orientaciones sexuales diferentes. Además las enfermeras deben entender y conocer que la sexualidad no es sinónimo de relación sexual y que el sexo no es importante durante la enfermedad.

**i. Aprender acerca de la sexualidad:** Las enfermeras tienen el deber de capacitarse para realizar el abordaje del paciente frente a su sexualidad, realizar la intervención adecuada e identificar las alteraciones que pueden presentarse. La formación en éste tópico también debe incluir aspectos como la influencia de la cultura, religión, las creencias individuales frente a la sexualidad, los efectos de la enfermedad en la sexualidad o la función sexual utilizando un lenguaje apropiado.

**j. Fomentar preguntas acerca de la sexualidad:** Permitirle al paciente que pregunte acerca de aspectos sobre el sexo o su sexualidad y si se puede afectar de forma directa o indirectamente este aspecto con el cáncer y su tratamiento.

- **Palabras clave:** El artículo no identifica las palabras clave utilizadas para la búsqueda de artículos relacionados.

### **3. HERRAMIENTAS DE REFLEXIÓN:**

- **Nivel de Interpretación:** El nivel de interpretación de éste artículo es seis (6) que es identificación de esquemas teóricos más amplios. Este artículo aporta al segundo objetivo específico porque a partir de la revisión bibliográfica realizada y la identificación de necesidades, plantean estrategias de valoración e intervención para el abordaje de la sexualidad en pacientes con cáncer.

- **Aportes de contenido:** La autora concluye que las enfermeras tienen un rol importante en el suministro del cuidado holístico para ayudar a los pacientes a volver a la normalidad después del diagnóstico del cáncer y su tratamiento incluyendo la sexualidad. Las enfermeras pueden incorporar valoraciones de la sexualidad incluyéndolas en sus prácticas clínicas direccionando de forma adecuada la percepción de los pacientes sobre su imagen corporal, roles familiares y funciones, relaciones sociales y función sexual. Las 10 estrategias para implementar la valoración de la sexualidad pueden ser una herramienta para las enfermeras para que sean validadas por las experiencias de los pacientes aumentando su calidad de vida.

Este artículo es la respuesta al problema de la revisión bibliográfica ya que brinda las estrategias de intervención en la sexualidad de los pacientes con cáncer, además nos hace reflexionar frente a la concepción que como personal de salud hemos tenido frente a la sexualidad como sinónimo de sexo y función sexual, y éste artículo nos da un panorama mucho más amplio de lo que este aspecto implica, como el afecto, las relaciones interpersonales, la auto-imagen, auto-estima, rol y percepción de la feminidad, tópicos que incluimos diariamente en nuestras prácticas clínicas pero que no los incluimos como parte del desarrollo de la sexualidad del individuo.