

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VECERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PROGRAMA DE MAESTRIAS EN POLÍTICAS,
PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR

**INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES GINECO-ONLÓGICAS EN
LA VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON
CÁNCER E IMPACTO EN LA DINÁMICA DE PAREJA.
PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL.**

Dilia Judith Benavides Cortes

TRABAJO DE GRADUACIÓN COMO REQUISITO FINAL
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN POLÍTICAS,
PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR.

PANAMA, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2015

Firma del Jurado

Fecha

Asesora

Fecha

Miembro

Fecha

Miembro

DEDICATORIA

Este esfuerzo se lo dedico sobre todas las cosas a Mi Dios todopoderoso, por darme la fortaleza fisca y emocional para enfrentarme a este difícil reto y por cada día de trabajo y el gran esfuerzo que significó empezarla y finalmente culminarla. Gracias mi Dios.

De igual manera a mí, porque es una meta propuesta en mi formación profesional y me demostré que soy capaz de lograr lo que me propongo.

A mis bellas amigas, que en todo momento estuvieron inyectándome ánimo y me dieron su ayuda cuando lo necesite.

AGRADECIMIENTO

Infinitamente agradecida con Mi Dios, si él no lo hubiera logrado.

Mi sincero y profundo agradecimiento, es para mi bella profesora la doctora. Teresa Spalding, por creer en mí, por no dejar que me rindiera, por sus palabras de aliento y motivación y sobre todo por su dedicación y paciencia hacia mi persona, para mi es invaluable. Mil gracias que Dios la bendiga.

Agradezco también al Instituto Oncológico Nacional, al director general, jefe de docencia médica e investigación por brindarnos el escenario, el tiempo y al servicio que sirvió de apoyo para la investigación, y la culminación de esta meta.

Gracias

. INDICE GENERAL

	Página
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE GENERAL.....	v
INDICE DE CUADROS.....	x
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
SUMMARY.....	3
INTRODUCCION.....	4

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Antecedentes.....	10
1.2. Factores de Riesgos del Cáncer.....	12
1.3. Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).....	13
1.4. Planteamiento del problema.....	15
1.5. Justificación.....	20
1.6. Objetivo General.....	22
1.7. Objetivos Específicos.....	23

1.8.	Hipótesis de trabajo.....	23
1.9.	Metodología de la Investigación.....	24
1.9.1.	Diseño Metodológico, Hipótesis de Trabajo y Muestra.....	24
1.10.	Tabla de Cobertura.....	27
1.11.	Proceso de la Recolección de Datos.....	30
1.12.	Posibles beneficiarios de los resultados del Proyecto.....	31

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y DE REFERENCIA SOBRE EL TEMA

2.1.	Historia del Cáncer.....	33
2.2.	Definición de Conceptos relacionados al tema.....	34
2.2.1.	Cáncer y sus sinónimos.....	34
2.2.2.	El cáncer ginecológico.....	36
2.2.3.	Sexo y sexualidad.....	38
2.2.4.	La Pareja.....	39
2.2.5.	Cáncer Ginecológico. Tipología según tema de abordaje.....	41
2.2.6.	Cáncer Cérvico Uterino (o cuerpo de útero).....	42
2.2.7.	Cáncer de Endometrio.....	46
2.2.8.	Cáncer de Ovario.....	49
2.2.9.	Modalidades terapéuticas de las enfermedades gineco-	

oncológicas.....	53
2.2.10. Cirugía.....	54
2.2.11. Radioterapia.....	55
2.2.12. Quimioterapia.....	57
2.2.13. Cesium o Braquiterapia.....	58
2.3. Panorama de los Diagnósticos Gineco-oncológicas en Panamá y algunos Países de Latinoamérica.....	59
2.4. Marco Legal.....	65
2.5. Derechos Sexuales y Reproductivos.....	66
2.6. La Conferencia del Cairo 1994.....	67
2.7. Descripción del área de estudio y localización geográfica.....	68
2.7.1. Instituto Oncológico Nacional (Breve reseña histórica)....	68
2.7.2. Objetivos de la Institución.....	70
2.7.3. Visión y Misión de la Institución.....	71

CAPÍTULO III

ENFERMEDADES GINECO-ONCOLÓGICAS, VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES E IMPACTO EN LA DINÁMICA DE PAREJA

3.1. Enfermedades gineco-oncológicas y vida sexual.....	75
3.2. Implicaciones en la vida sexual de las mujeres.....	79
3.3. La cirugía.....	81

3.4.	Radioterapia y Quimioterapia.....	81
3.5.	Impacto en la dinámica de pareja.....	83
3.6.	La comunicación.....	87
3.7.	El afecto.....	89
3.8.	Los roles.....	90
3.9.	Situación socioeconómica.....	91
3.10.	Los valores familiares.....	92
3.11.	Aspectos socioculturales relacionados con el tema.....	97
3.12.	Intervención del Trabajo Social.....	99
3.13.	Descripción general de los modelos de atención propuestos como marco teórico-metodológico, que nos ayudaran para sustentar más adelante la propuesta.....	104

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

4.1.	Perfil de la población estudiada.....	118
4.1.1.	De las mujeres.....	119
4.1.2.	Status Laboral y tipo de empresas.....	127
4.1.3.	Ingreso mensual familiar.....	132
4.1.4.	Ciclo vital de la familia.....	136
4.1.5.	Provincia de nacimiento de la población estudiada.....	137

4.1.6.	Lugar de procedencia de las mujeres.....	139
4.2.	Perfil de las parejas.....	141
4.2.1.	Edad de las parejas.....	143
4.2.2.	Ocupación y escolaridad de las parejas.....	144
4.2.3.	Ocupación e ingresos de las parejas.....	147
4.2.4.	Status y lugar de trabajo de los activos laboralmente.....	151
4.2.5.	Ingreso mensual y fuente de ingresos de las parejas que no laboran.....	152
4.2.6.	Aspectos relacionados con el tratamiento oncológico.....	156
4.2.7.	Tiempo de haber recibido el diagnóstico oncológico.....	159
4.2.8.	Comprensión de la información médica por la paciente...	161
4.2.9.	Satisfacción de la información médica recibida por las pacientes.....	163
4.2.10.	Personas con quien la paciente comparte información acerca de su diagnóstico médico.....	165
4.2.11.	Actitud asumida por las mujeres ante la información médica relacionada al diagnóstico y la enfermedad gineco-oncológica presentada.....	167
4.2.12.	Opinión de las Mujeres Sobre la Relación entre su Comportamiento Sexual y el Diagnostico.....	169
4.2.13.	Opinión de las mujeres sobre los cambios habidos en la Vida Diaria a Partir del Diagnóstico Gineco-Oncológico...	172

4.2.14. Opinión de las mujeres sobre la satisfacción o insatisfacción con los cambios habidos en la vida diaria a partir del diagnóstico Gineco-Oncológico.....	174
4.2.15. Modificaciones en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer gineco-oncológico.....	176
4.2.16. Opinión de las Mujeres Sobre la Satisfacción con la Vida Sexual Previa al Diagnostico Gineco-Oncológico.....	179
4.2.17. Opiniones emitidas por las mujeres sobre su satisfacción con su vida sexual posterior al diagnóstico.....	181
4.2.18. Opinión de las mujeres sobre problemas surgidos en la vida sexual posterior al diagnóstico gineco-oncológico....	183
4.2.19. Opinión de las mujeres sobre cambios habidos en la vida sexual posterior al diagnóstico gineco-oncológico.....	185
4.2.20. Impacto del cáncer gineco-oncológico en la dinámica de pareja.....	187
4.2.21. Opinión de las mujeres sobre el tiempo que dedican a la convivencia en pareja.....	189
4.2.22. Tipo de actividades que realizan en parejas.....	191
4.2.23. Opinión de las mujeres sobre la satisfacción con la dinámica de pareja.....	193
4.2.24. Problemas de comunicación en la pareja previos al diagnóstico Gineco-Oncológico.....	195

4.2.25. Problemas de comunicación con la pareja posterior al diagnóstico Gineco-Oncológico.....	198
4.2.26. Opinión de las mujeres sobre síntomas surgidos por los problemas en su relación de pareja.....	200
4.2.27. Opinión de las mujeres sobre la importancia del apoyo de la pareja al momento de conocer el diagnóstico Gineco-Oncológico.....	202
4.2.28. Opinión de las mujeres sobre el nivel de apoyo recibido de su pareja.....	204
4.2.29. Impacto de la enfermedad en su vida como mujer debido al diagnóstico.....	207
4.2.30. Expectativas a futuro de la población en torno a la relación de pareja.....	210
4.2.31. Opinión de las mujeres sobre el futuro de la relación, de pareja a pesar de su condición de salud.....	211
4.2.32. Opinión de las mujeres sobre su futuro como Pacientes...	213
4.2.33. Opinión de las mujeres sobre sus metas futuras.....	215
4.2.34. Recomendaciones de las mujeres al equipo de atención médica en materia de educación y prevención.....	217
4.2.35. Recomendaciones de las mujeres a la población femenina oncológica en cuanto al manejo del diagnóstico.....	219

4.2.36. Recomendación de las mujeres a la población femenina en general en relación a las enfermedades Gineco-Oncológicas.....	220
--	-----

CAPITULO V

PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION INTEGRAL, PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GINECO- ONCOLÓGICAS

5.1. Introducción.....	224
5.2. La actuación de trabajo social con familia.....	226
5.3. Trabajo Social en la atención de pacientes con enfermedad gineco-oncológicas y su familia.....	227
5.4. Esquema de la propuesta de intervención profesional.....	233
5.5. Entrevista de evaluación e identificación de problemas sexuales de las pacientes del servicio de ginecología y su pareja.....	245
5.6. Conclusiones de los resultados.....	247
5.7. Apreciación sobre el tema investigado.....	249
Bibliografía.....	251

ÍNDICE DE CUADROS

No.	Título de Cuadro	Página
1	Edad y estado civil de las mujeres estudiadas con diagnóstico de cáncer.....	122
2	Escolaridad y ocupación de las mujeres con diagnóstico de cáncer estudiadas.....	125
3	Status laborar y tipo de empresa donde laboran las pacientes activas laboralmente, diagnosticadas con cáncer.....	127
4	Ingreso mensual y fuentes de ingreso de las pacientes que no laboran.....	130
5		
6	Ingreso mensual del grupo familiar de las mujeres diagnosticadas con cáncer.....	133
7	Cantidad de hijos/as de las mujeres con diagnóstico de cáncer..	134
8	Etapas del ciclo vital del grupo familiar de las mujeres.....	136
9	Provincia de nacimiento de las mujeres diagnosticadas con cáncer.....	138
10	Lugar de procedencia de las mujeres diagnosticadas con cáncer...	140
11	Edad de las parejas de las pacientes entrevistadas.....	143
12	Ocupación y escolaridad de las parejas activas laboralmente....	145
13	Ingreso mensual y ocupación de las parejas de las mujeres.....	149

14	Status laboral y lugar de trabajo de las parejas activos laboralmente.....	151
15	Ingreso mensual y fuentes de ingreso de las parejas que no laboran.....	154
16	Tratamiento oncológico recibido por la paciente.....	159
17	Tiempo de diagnóstico de la paciente.....	161
18	Comprensión de la información médica recibida por la paciente.	163
19	Suficiencia de la información médica recibida por la paciente....	165
20	Personas con quien la paciente comparte información acerca de su diagnóstico del médico.....	167
21	Opinión de las mujeres sobre la forma de afrontamiento ante la enfermedad.....	169
22	Opinión de las mujeres sobre la relación entre su comportamiento sexual y el diagnóstico Gineco-Oncológico.....	171
23	Opinión de las mujeres sobre los cambios habidos en la vida diaria a partir del diagnóstico Gineco-Oncológico.....	174
24	Opinión de las mujeres sobre la satisfacción o insatisfacción con los cambios habidos en la vida diaria a partir del diagnóstico Gineco-Oncológico.....	176
25	Opinión de las mujeres sobre la importancia de la vida sexual activa.....	179
26	Opinión de las mujeres sobre la satisfacción con su vida sexual	

	previa al diagnóstico Gineco-Oncológico.....	181
27	Opiniones emitidas por las mujeres sobre la satisfacción con su vida sexual posterior al diagnóstico Ginecológico.....	183
28	Opiniones emitidas por las mujeres sobre problemas surgidos en la vida sexual posterior al diagnóstico ginecológico.....	185
29	Opiniones emitidas por las mujeres sobre cambios habidos en la vida sexual posterior al diagnóstico ginecológico.....	186
30	Tiempo de unión conyugal de la mujer con su pareja.....	188
31	Opinión de las mujeres sobre el tiempo que dedican a la convivencia en pareja.....	190
32	Tipo de actividades que realizan en pareja.....	192
33	Opiniones de las mujeres sobre la satisfacción con la dinámica de pareja.....	194
34	Problemas de comunicación en la pareja previos al diagnóstico Gineco-Oncológico.....	196
35	Problemas de comunicación en la pareja posterior al diagnóstico Gineco-Oncológico.....	199
36	Opinión de las mujeres sobre los síntomas surgidos por problemas en la relación de pareja.....	201
37	Opinión de las mujeres sobre la importancia del apoyo de la pareja al momento de conocer el diagnóstico Gineco-Oncológico.....	203

38	Opinión de las mujeres sobre el nivel de apoyo recibido de su pareja.....	204
39	Calificación del apoyo recibido de la pareja de acuerdo a la población estudiada.....	206
40	Impacto de la enfermedad en su vida como mujer debido al diagnóstico.....	208
41	Opinión de las mujeres sobre el significado de la pareja para enfrentar el diagnóstico Gineco-Oncológico.....	210
42	Opinión de las mujeres sobre el futuro de la relación de pareja a pesar de su condición de salud.....	212
43	Opinión de las mujeres sobre su futuro como pacientes.....	213
44	Opinión de las mujeres sobre sus metas futuras.....	215
45	Recomendaciones de las mujeres al equipo de atención médica en materia de educación y prevención.....	217
46	Recomendación de las mujeres a la población femenina oncológica en cuanto al manejo del diagnóstico.....	219
47	Recomendaciones de las mujeres la población femenina en general en relación a las enfermedades Gineco-Oncológica.....	221

Resumen Ejecutivo

La presente investigación que presentamos a la comisión examinadora, constituye un trabajo desarrollado, para obtener el título de magistra en Políticas, Promoción e Intervención Familiar; la misma se centró en conocer la afectación de la vida sexual de un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico e impacto en la dinámica de pareja y atendidas en el servicio de ginecología del Instituto Oncológico Nacional (ION) al momento de la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Cuyo objetivo principal fue conocer la incidencia de las enfermedades gineco-oncológicas en la vida sexual de las mujeres diagnósticas con cáncer y su impacto en la dinámica de pareja. Constituyendo en la base para elaborar una propuesta que sirviera de directrices para la atención integral a las pacientes diagnosticadas y su pareja.

Nuestro interés fue motivado por la rutina diaria de la autora como Trabajadora Social en la atención de pacientes del servicio de ginecología, la experiencia práctica con las mujeres con cáncer ginecológico nos demostró las serias implicaciones que tiene el cáncer, los tratamientos terapéuticos y los malestares físicos en la vida sexual y las preocupaciones que para la mujer y su pareja

representan. Presentamos este estudio investigativo que consta de seis capítulos.

SUMMARY

This research presented to the examining commission is a work developed to obtain the title of magistra in political promotion and family intervention, the same is centered on knowing the affectation of the sex lives of a group of women diagnosed with gynecological cancer and impact on the dynamic couple that are being treated in the gynecology service of the national cancer institute (IN) at the time of application of the instrument of collection of data.

The main objective was to determine the incidence of gynecological oncological diseases in the sexual life of women diagnosed with cancer and its impact on the dynamics of couple constituting the basis for a proposal that would serve as guidelines for comprehensive care to patients diagnosed and their partners.

Our interest was motivated by the daily routine of the author as a social worker in the care of patients in the area of gynecology. Practical experience with women with gynecological cancer showed us the serious implications of the therapeutic cancer treatments and physical ailments in sexual life and the concerns for the woman and her partner represent. We present this research study consists of six chapters.

INTRODUCCIÓN

El presente documento forma parte de un trabajo investigativo, el cual desarrollamos como requisito, para optar por el título de magistra en Políticas, Promoción e Intervención Familiar. El objetivo de llevar a cabo esta investigación fue conocer como la enfermedad ginecológica incide en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas, con cáncer cérvico uterino, cáncer de ovario y cáncer de endometrio, y como estos diagnostico impactaban en la vida de pareja.

Se tomaron los diagnósticos antes mencionados, ya que son los de mayores frecuencias presentadas en las pacientes atendidas en el Instituto Oncológico Nacional (ION), y se desarrolló con la finalidad de realizar una propuesta de atención integral para las mujeres diagnosticadas y su pareja.

En nuestro diario quehacer profesional y por el contacto directo que tenemos con éste tipo de población, usuaria del servicio de ginecología; ya que es una enfermedad que afecta específicamente los órganos reproductores femeninos, repercutiendo en algunos casos en el abandono de la mujer por parte de su pareja; fue así que decidimos echar una mirada, para conocer la incidencia de las enfermedades ginecológicas.

Esta investigación se llevó a cabo bajo el diseño Exploratorio- Descriptivo, ya que nos permitió conocer y describir características socio demográficas específicas de una población con diagnóstico de cáncer ginecológico, población que fue estudiada en su ambiente natural, a través de una entrevista estructurada, definiendo las variables y los indicadores en el instrumento de recolección de datos. El estudio tuvo un enfoque Cuantitativo, una muestra representativa, porque pretendíamos generalizar los resultados del estudio, es decir que el subconjunto de la muestra fuera un reflejo fiel de conjunto de la población, utilizamos la muestra no probabilística ya que no dependíamos de las probabilidades, sino de las condiciones, para llevar a cabo el desarrollo del trabajo.

La población estudiada fue seleccionada del 2010 hacia adelante, con un criterio de inclusión de 20-80 años de edad, sexualmente activas, casadas o no, que presentan el diagnóstico de referencia y haber recibido alguna de las modalidades de tratamientos como; radioterapia, quimioterapia, cirugía, cesium. Realizamos el trabajo respetando la metodología del diseño Descriptivo, ya que era un tema que no conocíamos y que tampoco era de nuestro conocimiento que había sido estudiado en Panamá.

La inclinación por este tema se debió a que dentro del Servicio de Trabajo Social, la autora de este trabajo realiza su intervención social a diario dentro del

Servicio de Ginecología Oncológica, teniendo un contacto directo con las mujeres que padecen la enfermedad, y como la misma incide en el aspecto de su sexualidad y la de su pareja. De ahí nuestro interés en haber realizado un aporte con los hallazgos obtenidos al equipo médico de la institución, sobre los cambios dados en la vida sexual de las paciente que afrontan la enfermedad referida y por ende su repercusión en la dinámica de pareja, la caracterización de los cambios surgidos nos dieron la base para la creación de una propuesta de atención integral que contribuya a la atención de las mujeres y su pareja.

Como Trabajadora Social especialista en familia, trabajando en un escenario de atención oncológica, nos permitió tener esa experiencia previa y directa de la población usuaria, con manifestaciones vividas por las propias enfermas que nos indujeron a ver el sufrimiento y las necesidades surgidas de este complejo tema y de delicado manejo, y espero que ésta propuesta contribuya de alguna manera a mejorar la calidad de vida de las afectadas y la relación con su pareja.

Este informe investigativo está conformado por cinco capítulos; el primer capítulo enfocado en el problema, los objetivos general y específicos, y la metodología de la investigación.

El segundo capítulo aborda sobre el marco teórico y de referencia sobre el tema, con algunos aspectos relacionados con la historia del cáncer, definición de conceptos como; cáncer y sus sinónimos (carcinoma, sarcoma), el cáncer

ginecológico, sexo y sexualidad, la pareja, cáncer ginecológico; tipologías según tema de abordaje, modalidades terapéuticas, panoramas de los diagnósticos gineco-oncológicos en Panamá y algunos países Latinoamericanos, un marco legal y finalmente una descripción del área de estudio y localización geográfica.

El tercer capítulo enfocamos lo relacionado a las enfermedades gineco-oncológica y vida sexual, implicaciones en la vida sexual de las mujeres, impacto en la dinámica de pareja, y la intervención de trabajo social, modelos de intervención utilizados.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA, OBJETIVOS Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.1. Antecedentes

La palabra cáncer, se remonta a la antigua Grecia, se da la paternidad de éste término a Hipócrates, médico griego (460-370 AC), quien es considerado el padre de la medicina (Jaramillo (1999)).

Hipócrates utilizó los términos carcinos y el carcinoma para describir la formación de úlceras y los tumores de formación de úlceras, eran realmente palabras para describir a un cangrejo, que Hipócrates pensó se parecía a un tumor, él creía que el cuerpo humano estaba compuesto por cuatro fluidos: sangre, bilis amarilla, bilis negra y que un exceso de bilis negra en un sitio determinada del cuerpo causaba el cáncer. Primer pensamiento general de la causa del cáncer. Ocho (8) Casos documentados en el antiguo Egipto 1,500 AC, de tumores de mama, tratados con cauterización (método para destruir el tejido con un instrumento caliente llamado el simulacro de incendio) registró que no había tratamiento para la enfermedad, únicamente paliativo (Jaramillo op.Cit.)).

En esta época este científico griego realizó una primera descripción de la enfermedad, haciendo señalamiento del grave pronóstico.

Ya para el siglo XXI, el crecimiento en el conocimiento científico de la biología del cáncer ha llevado a un progreso notable en la prevención del

cáncer, la detección temprana y el tratamiento. “Los científicos ha aprendido en las últimas dos (2) décadas, que lo que se ha aprendido en todos los siglos anteriores”. (Link, Michael. MD (Artículo 2010))

La enfermedad del cáncer se define como el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Existen así alrededor de 200 diferentes tipos de cáncer (Alvarado (2005)).

Según la Organización Mundial de la Salud O.M.S. cada año aparecen en el planeta unos diez (10) millones de y mueren por esta causa siete (7) millones de personas. Se espera que para el año 2020 aumenten a quince (15) millones los casos nuevos, el 60% de ellos en países en desarrollo. Se calcula que a nivel mundial cada año se diagnostican 466.00 casos nuevos de cáncer.

En América Latina el cáncer va en aumento. Cada año se detectan más de 800.000 nuevos casos. Esto se debe a que las expectativas de vida crecen en la región y a que se están controlando cada vez más las enfermedades

transmisibles. El problema es que en un setenta 70 % de los diagnósticos de cáncer se producen demasiado tarde. OMS. (2006)

Y que a medida que los países en vías de desarrollo adquieren las costumbres en lo relativo a estilos de vida sedentarios, comportamiento de hábitos de fumar, se proyecta que los casos de cáncer aumentaran significativamente en la próxima década y posteriormente.

1.2. Factores de Riesgo del Cáncer.

“La aparición del cáncer se ha asociado a varios factores de riesgo comunes como: un modo de vida poco sano como (consumo de tabaco, alcohol, dieta inadecuada, falta de actividad física).

Exposición a **carcinógenos** (por ejemplo Amianto) en el entorno laboral o en el medio ambiente (ejemplo. Por contaminación del aire en locales cerrados).

Radiación (ejemplo Rayos ultravioletas o ionizantes).

Infecciones “(por ejemplo hepatitis B o infección por el virus del papiloma humano)” (Alvarado (2005)).

Factores epidemiológicos como: estratos socioeconómicos bajos, edad muy joven en el inicio de la vida sexual, el número de compañeros sexuales, nuliparidad (Raymond (1988)).

Por otro lado están también las enfermedades de transmisión sexual, que tienen que ver con la conducta sexual de las personas; en este caso sólo haré referencia de la enfermedad del virus del papiloma humano (VPH), asociado al cáncer cérvico uterino, que es una de las enfermedades ginecológicas, que forman parte de nuestro estudio de investigación.

1.3. **Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)**

“Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), son aquellas que se transmiten directamente de un cuerpo a otro, a través del contacto entre una persona sana y una enferma. Contacto directo quiere decir, por ejemplo que los genitales de uno toquen los del otro, la penetración del pene en la vagina, (coito), el beso de boca a boca, etc.” (Lozano (1982)).

Las infecciones por virus del papiloma humano (VPH) representan una de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más comunes. Tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de la infección del (VPH). La diseminación se produce, principalmente, por

contactos sexuales y los órganos más susceptibles de infección con potencial de iniciar una transformación neoplásica son el cuello uterino (zona de transición) y la línea pectínea del canal anal (Roura (2005)).

“Investigaciones han demostrado que el VPH, interviene en la producción de cáncer ginecológico” (OPS 2005). La Organización Mundial de la salud (OMS) (2006), reconoce ahora que el cáncer cérvico uterino es causado por el virus del papiloma humano.

En los Estados Unidos los tumores ginecológicos son comunes, representando el carcinoma de endometrio un 13 % de todos los cánceres en la mujer, un 6% los tumores de ovario, un 6% los tumores de cérvix uterino y un 2-3% de los otros cánceres (Vincent (1988)).

En España los tumores genitales femeninos representan el alrededor del 16% de los cánceres de la mujer. El orden de frecuencia coloca en primer lugar al cáncer de Endometrio (6.7% de los tumores genitales), seguido del cáncer de ovario (4.7%) y del cáncer de cérvix (4.5%). (Roura (2005)).

En Panamá, en el año 2010 en el Instituto Oncológico Nacional (ION), según registros estadísticos, se atendió una consulta de **598** casos nuevos, de pacientes diagnosticadas con cáncer ginecológico. (Instituto Oncológico

Nacional. Boletín estadístico. Departamento de registros y estadísticas de salud (2010)).

Según las Normas de Atención Ginecológica del Ministerio de Salud MINSAL. (1999) el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar en incidencia entre los tumores malignos en el País, con una tasa 40 por 100.000 mujeres mayores de 15 años. La tasa de mortalidad por esta localización registra 3.8 por 100.00 mujeres en el año 1994 correspondiéndole el primer lugar como causa de muerte en la mujer panameña.

1.4. Planteamiento del problema.

La expresión sexual es un componente importante de la relación hombre – mujer plena. Ciertamente, la expresión positiva de la sexualidad contribuye a la satisfacción de cada miembro de la pareja con el otro y a su satisfacción con la vida. La sexualidad saludable debe considerarse una bendición y no un problema (Rice(1997)).

Un estudio Europeo de Oncología, realizado a profundidad a 30 pacientes con diferentes diagnósticos como; cáncer de mama, próstata, colon, cabeza y cuello, tumores ginecológicos realizado en Paris, demostró que

la sexualidad forma parte de la lista de preocupaciones a las que se enfrentan los y las pacientes con cáncer, después del diagnóstico. Algunos pacientes pensaban que sus médicos estaban demasiado ocupados para dedicar tiempo a sus dudas sobre la sexualidad (Iñiguez (2005)).

Por tratarse de una enfermedad que afecta los órganos reproductores femeninos, tienen una fuerte connotación emocional. Las mujeres suelen experimentar sentimientos de aprensión, tristeza, miedo al rechazo de la pareja o el abandono, al no poder cumplir con las exigencias que conlleva una relación sexual y de pareja. Y es difícil predecir de qué manera afectará el comportamiento sexual; las personas tienen dificultad para hacer preguntas y no es fácil, por lo íntimo que es para cada individuo, de delicado manejo, pero real y vigente que requiere de delicadas habilidades de exploración. Como señalan (Berek y Sánchez (1997)). “A pesar de la importancia de estos aspectos en la salud general, muchas mujeres encuentran difícil hablar con sus médicos sobre sus preocupaciones sexuales y para muchos médicos es difícil hablar de aspectos sexuales con sus pacientes”

Por sexualidad nos referimos a los sentimientos que tenemos acerca de nosotros mismos como seres sexuales, la forma en que elegimos para expresar estos sentimientos con nosotros mismos y los demás, y la

capacidad física de cada uno de nosotros para dar y sentir placer sexual. Puede expresarse de muchas maneras, cómo nos vestimos, nos movemos y hablamos, así como por besar, tocar, la masturbación y el coito; los cambios en la imagen corporal pueden poner una tensión en la expresión de la sexualidad y crear preocupaciones. “se proyecta más allá de la dimensión de la salud, contribuye al mejoramiento de la vida y las relaciones personales, abarca elementos relacionados al deseo, las prácticas sexuales y la comunicación, se construye en un contexto histórico y social determinado, donde aprendemos a vivir y a significar la sexualidad, desde distintos espacios y a lo largo de nuestra existencia.” (Perfil de Género y Salud de la República de Panamá. Ministerio de Salud. (2010)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS Centro de Prensa(2006).

Partimos de que todos somos seres sexuales, porque disponemos de un cuerpo biológico que nos identifica sexualmente y de condicionantes sociales de género que influyen constantemente en nuestro comportamiento general y que es parte de lo que somos y lo que hacemos, y de los roles que las personas de cada sexo, tienen adscrito socialmente, es expresada de diferentes maneras y su importancia varía de persona a persona y a lo largo del tiempo.

No importa si eres una adulta joven o una adulta mayor, la sexualidad está presente a lo largo de la vida de la persona, socialmente se tiende a pensar que las personas adultas mayores, ya no tienen una vida sexual, porque asumimos que es así y se suele hacer prejuicios relacionados a este tema.

Desde que la mujer recibe el diagnóstico de cáncer se generan con ella interrogantes e inquietudes en este plano que acompañarán a la enferma desde el primer momento en que recibe la noticia del cáncer, esto no quiere decir que todas las mujeres diagnosticadas presenten problemas en su vida sexualidad y con su pareja. Posiblemente un cáncer aparecido en los órganos asociados a la función reproductiva tiene una carga psicológica negativa, mucho más fuerte que cuando aparece en otros órganos, ya que si la paciente está en edad reproductiva, la fertilidad o el rol maternal de las mujeres pueden verse trastocado, aunado hay parejas que refieren

nunca haber hablado de sexo, de cómo llevan las relaciones sexuales, de que quieren etc.

Por otro lado el impacto de la enfermedad en la dinámica de pareja, repercute en preocupaciones ya que la pareja no sabe en ocasiones, cómo enfrentarse a la nueva situación que están viviendo dado que es un problema inesperado el cual no saben cómo enfrentar y pueden sobrevenir las dificultades de comunicación, las limitaciones de la pareja para mantener la satisfacción de estar juntos, para atraerse, la falta de adhesión para mantener las actividades de convivencia como pareja. Estos son factores que pueden propiciar el distanciamiento o hasta la disrupción, por la falta de una intervención que les ayude a manejar las modificaciones que la enfermedad puede acarrearles a su vida en este aspecto. En algunos casos la dimensión sexual ya viene trastocada desde antes de ser atendida en el hospital, debido a que las pacientes pueden presentar molestias como sangrados, inflamaciones o dolor físico que les impide vivir una vida sexual saludable y placentera.

Lo cierto es que sin importar la localización de la enfermedad del cáncer, la etapa en la que se encuentre, el avance de la misma, los tratamientos terapéuticos a los que pueda ser sometida la persona enferma, ésta afecta de manera física y emocional, y puede ser agobiante para quien la padece

y enfrenta dicha enfermedad; además de la incertidumbre de no saber que va pasar de aquí en adelante en cuanto a este aspecto y los posibles cambios que tendrá su estilo de vida en sí; es importante destacar también que el efecto que puede tener el cáncer ginecológico sobre la sexualidad tiene un peso importante en la vida de pareja de las pacientes, puede ser que no todas al recibir el diagnóstico se preocupen por la cuestión sexual, probablemente otras sólo les preocupe poder salvar su vida y recuperarse y la actividad sexual la dejan en un segundo plano.

1.5. **Justificación.**

Nuestro diario quehacer profesional nos da la oportunidad de mantener un contacto directo con las mujeres que presentan este diagnóstico y en nuestra intervención, poder escuchar las inquietudes que manifiestan relacionadas a la situación sexual, preocupaciones que no se preguntan al médico por pena o vergüenza, hago la salvedad de que no todas las mujeres muestran inquietudes ya que en algunas lo principal es salvar su vida y recuperarse.

Sin embargo, surge entonces mi inquietud e interés por investigar sobre este tema, ya que no conocemos que se haya hecho algún estudio dirigido a conocer qué pasa con la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con

cáncer ginecológico y cómo impacta la enfermedad en la dinámica de pareja, que modificaciones en esta área pudiesen presentar, porque la manera en como la pareja funciona, así mismo deben buscar el acomodo a la nueva situación, también deberán invertir los roles y ante este reajuste la pareja puede desestabilizarse como tal; de aquí la necesidad de investigar y conocer las incidencias del cáncer en la vida sexual de las pacientes con estos diagnósticos.

Esta investigación además nos permitirá familiarizarnos con un tema poco estudiado en Panamá y posiblemente para otros también. Los resultados obtenidos de ésta investigación nos permitirá proponer un modelo de atención integral, que contribuya a crear las condiciones institucionales y profesionales, para que las mujeres con éste diagnóstico, puedan recibir la orientación requerida en esta área no tratada, pero no menos importante para quien sufre la enfermedad.

En este contexto adquiere relevancia la valoración del funcionamiento sexual previo a la enfermedad, el cual permitirá al personal sanitario proporcionar una explicación individualizada de las dificultades sexuales predecibles en cada caso, información básica para la comprensión de cualquier problema sexual pos tratamiento y un contexto para que las pacientes expresen sus preocupaciones sexuales y que probablemente

pueden ser consecuencia de la falta de una orientación e información(Murphy (1996)).

La inquietud por el tema de investigación a realizar nos lleva a efectuarnos algunas preguntas las cuales me podrán orientar a conducir dicha investigación como: cuál es el perfil de la población objeto de estudio, cuál es el perfil de las parejas de la población objeto de estudio, que actitudes sumen las mujeres ante la **información médica** relacionada al diagnóstico, que actitudes asumen las mujeres ante la **enfermedad ginecológica** presentada, cuales son las modificaciones habidas en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico, como impacta el cáncer ginecológico en la dinámica de pareja de las mujeres y cuáles son las perspectivas de las mujeres en torno al futuro de la relación de pareja. Consideramos que esto cuestionamientos nos podrán ayudar a resolver o despejar las dificultades que puedan encerrar éste delicado e íntimo tema de investigación.

1.6. **Objetivo General:**

- Incidencia de las enfermedades ginecológicas en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer e impacto en la dinámica de pareja.
Propuesta de modelo de atención integral.

1.7. **Objetivos Específicos:**

- Describir el perfil de la población objeto de estudio.
- Conocer el perfil de las parejas de la población objeto de estudio
- Conocer la actitud de las mujeres ante la información médica relacionada al diagnóstico.
- Identificar la actitud asumida por las mujeres ante la enfermedad ginecológica presentada.
- Distinguir las modificaciones en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico.
- Identificar el impacto del cáncer ginecológico en la dinámica de pareja de las mujeres.
- Identificar las expectativas a futuro de la población en torno a la relación de pareja.

1.8. **Hipótesis de trabajo:**

Las hipótesis son guías de investigación. Nos indican lo que estamos buscando o tratando de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado. En las investigaciones no todas se plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de dos

factores: el enfoque del estudio y el alcance inicial del mismo (Hernández Sampieri, R. et.Al. (2003)).

En éste estudio no se parte de hipótesis, debido a que la modalidad del diseño de la investigación no lo exige, ya que tendríamos que identificar primero las características principales de la incidencia del Cáncer ginecológico en la vida sexual de las mujeres. Es decir, observamos el fenómeno, y como se da en su contexto natural, para luego analizarlo. Estas serían posibles hipótesis a probar para un estudio futuro.

1.9. Metodología de la Investigación:

1.9.1. Diseño Metodológico, Hipótesis de Trabajo y Muestra:

Se tomó como diseño metodológico para éste proyecto de investigación, el estudio **Exploratorio- Descriptivo**. A nuestra consideración era el más apropiado. Porque nos permitió conocer y describir características socio demográficas específicas de una población con diagnóstico de cáncer gineco-oncológico. Población que fue estudiada a través de una entrevista estructurada. Es exploratorio porque es un tema poco estudiado en Panamá, y del que no conocemos, y oportuno para aumentar la familiaridad sobre

las características de la población seleccionada, y obtener conocimientos de un tema tan complejo y delicado. Este tipo de estudio tiene un enfoque Cuantitativo “la muestra es representativa, porque se pretende generalizar los resultados del estudio, es decir que el subconjunto de la muestra sea un reflejo fiel del conjunto de la población, utilizaremos la muestra No Probabilística “que no depende de las probabilidad, sino de las condiciones” (Sampieri y Collado (2010)).

Siendo así, podemos utilizar la muestra por conveniencia, porque los casos disponibles son a los que tengo acceso; es decir que el instrumento de recolección de datos será aplicado a las pacientes con las características antes señaladas, procedentes del Servicio de Ginecología y que lleguen o sean referidas al Servicio de Trabajo Social, del Instituto Oncológico Nacional (ION).

La población será estudiada en su ambiente natural, y se tomaran como estudio las pacientes atendidas en el servicio de ginecología que presentan un diagnóstico de cáncer cérvico uterino, cáncer de ovario y cáncer cuerpo de útero (endometrio) ya sean mujeres con parejas constituidas o que no convivan bajo un mismo techo, pero

que tengan vida sexual activa, en el cual también se abordaran las parejas de dicha población sujeto de estudio.

Se realizará a través de una entrevista estructurada, para nuestro estudio tomaremos una muestra de 81 pacientes en un rango de edad de 20-80 años, queremos resaltar que se ha incluido mujeres de 80 años porque en esta edad hay pacientes que se encuentran activas sexualmente, consideramos importante no discriminar ni excluirlas, de manera que también puedan manifestar sus sentimientos respecto a su sexualidad; sabemos que el proceso natural del envejecimiento ocasiona lógicamente cambios en la vida sexual de las mujeres sin embargo, esto no impide la actividad sexual, debemos resaltar que si el estado de salud lo permite no debemos censurar al adulto mayor del disfrute sexual, ya que ellas también cuentan y son muy importantes.

Por otro lado este valor muestral, se tomó en base a un universo de 598 mujeres registradas en el año 2010, con diagnósticos de cáncer cérvico uterino, cáncer de endometrio y cáncer de ovario. Este valor muestral representa el 34% de los casos registrados con estos diagnósticos (205 en total), del cual se calculó el 10% de esta muestra, debido a que poblacionalmente son estos los diagnósticos

donde se registra mayor densidad de pacientes o mujeres y de acuerdo a los parámetros de una distribución normal. Además como criterio de inclusión, haber sido tratadas con algunos de los tratamientos como, cirugía, radioterapia, quimioterapia, cesium o combinados en el año 2010 en adelante en el Instituto Oncológico Nacional (ION) en el Servicio de Ginecología, y que lleguen o sean referidas al Servicio de Trabajo Social. La información recopilada la presentamos en cuadros estadísticos basados en el análisis de la estadística descriptiva que realizamos.

1.10. Tabla de Cobertura

En este cuadro de la tabla de cobertura, presentamos las áreas de análisis, variables e indicadores en el cual se basó la investigación.

Área de Análisis	Variables	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Perfil de la población objeto de estudio. a. De las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Escolaridad • Ocupación • Salario actual • Cantidad de hijos • Etapa del ciclo vital familiar • Origen • Procedencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años cumplidos • Condición marital legal • Último año estudiado • Trabajo que realiza • Ingreso familiar • Número de hijos • Según clasificación • Lugar de nacimiento • Lugar en donde reside

Área de Análisis	Variables	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • De las parejas 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Escolaridad • Ocupación • Salario actual 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años cumplidos • Último año estudiado • Trabajo que realiza • Ingreso que genera
<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos relacionados con el tratamiento oncológico recibido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia • Quimioterapia • Cirugía • Cesium • Tiempo de haber recibido el diagnóstico • Nivel de comprensión de la información recibida • Suficiencia de la información recibida • Persona con quien comparte información relacionada al diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Según respuesta del sujeto
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud asumida por las mujeres ante la información médica relacionada al diagnóstico y ante la enfermedad ginecológica presentada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de afrontamiento de la enfermedad ginecológica • Relación de su comportamiento sexual con el diagnóstico • Cambios habidos en su vida diaria a partir del diagnóstico • Nivel de satisfacción ante los cambios • Nivel de insatisfacción ante los cambios 	<ul style="list-style-type: none"> • Según respuesta del sujeto
<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de una vida sexual activa • Nivel de satisfacción con su vida sexual previo al diagnóstico • Nivel de satisfacción con su vida sexual posterior al diagnóstico • Problemas en la vida sexual existentes previas al diagnóstico • Problemas en la vida sexual presentados posterior al diagnóstico • Cambios habidos en la vida sexual posterior al diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Según respuesta del sujeto

Área de Análisis	Variables	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Impacto del cáncer ginecológico en la dinámica de pareja de las mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de unión conyugal • Tiempo dedicado a la convivencia de pareja • Actividades que realizan en pareja • Tiempo dedicado a la convivencia sexual • Nivel de satisfacción con la dinámica pareja • Problemas de comunicación en la pareja previos al diagnóstico • Problemas de comunicación en la pareja posterior al diagnóstico. • Problema emocional relacionados con la pareja • Importancia del apoyo de la pareja al conocer éste diagnóstico • Nivel de apoyo recibido de la pareja • Nivel de suficiencia del apoyo recibido de su pareja • Impacto de la enfermedad en su vida como mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Según respuesta del sujeto
<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas a futuro de la población en torno a la relación de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Significancia de la pareja en la vida de la mujer para enfrentar el diagnóstico. • Percepciones futuras de la relación de pareja • Expectativas futuras de la población como pacientes • Metas prioritarias para cumplir a futuro • Recomendaciones al equipo de atención médica en materia de educación y prevención • Recomendaciones a la población femenina oncológica • Recomendación a la población femenina en general en relación a las enfermedades ginecológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Según respuesta del sujeto

1.11. Proceso de la Recolección de Datos.

Cada área de análisis fue transformada en preguntas de estudio y planteada en el instrumento de recolección de datos que se aplicó a la muestra seleccionada, cuyos resultados son presentados y analizados en próximos capítulos.

El proceso de la recolección de datos se llevo a cabo a través de un cuestionario semiestructurado, el cual contenía 52 preguntas que guardaban total relación con la tabla de cobertura de la investigación (ver anexo #).

Éste fue aplicado por la autora mediante la técnica de la entrevista en la instalación del Servicio de Trabajo Social del Instituto Oncológico Nacional, además fue necesario de la contratación de una persona de apoyo, para poder aplicar el instrumento de recolección de datos, para tales efectos requerimos del permiso previo por parte del Director General, y también del Jefe de Docencia médica.

Fue necesario apoyarnos de material bibliográfico, lecturas de folletos, revistas científicas, de vital importancia para el desarrollo de esta investigación.

Los datos fueron procesados electrónicamente, mediante cuadros, estadísticas que reflejaban con certeza la información recogida; además es requisito del diseño Exploratorio –Descriptivo.

1.12. Posibles beneficiarios de los resultados del Proyecto.

Las mujeres pacientes del Instituto Oncológico Nacional, personal de salud de la institución y otros beneficiarios que consulten la biblioteca.

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y DE REFERENCIA SOBRE EL TEMA

2.1. Historia del cáncer

El cáncer ha acompañado siempre al hombre, por lo menos, parece tan antiguo como éste, se han encontrado lesiones tumorales en huesos de los dinosaurios y mucho antes de la aparición del homínido, y fue comprobada la existencia de estas lesiones en los huesos de los dinosaurios. En Egipto, se hallaron tumores malignos en momias que datan del año 3400 a.C., calificados como osteosarcomas (Antillon, Juan (1991)). La palabra cáncer, se remonta a la antigua Grecia, se da la paternidad de este término a Hipócrates (460 a.C.), quien bautizó esta enfermedad como cáncer en alusión al aspecto como se propagaba, semejando las patas del cangrejo. **“El término viene del griego Karkino que significa cáncer, y luego le añadieron el sufijo oma, que significa tumor y se creó la palabra carcinoma, (karkinoma).** (Antillon op.Cit (1991)).

Aurelio Cornelio Celso, en sus ocho libros de la medicina, escrito en los años 40 a.C., habla de un tumor carnoso en los genitales de una mujer noble, que no se le trató, por ser mujer importante y el peligro de la responsabilidad del médico que lo quitara sin éxito, de manera que se le dejó avanzar hasta que la mujer falleció (Antillon, op.Cit (1991))

En todo caso, se le atribuye además a Hipócrates, haber dado origen a una teoría humoral del cáncer. Esta señalaba que, cuando existía en la sangre un humor, podía aparecer un tumor benigno o maligno, dependiendo de la cantidad existente de ese humor determinado. En los escritos hipocráticos, ya se conocía el cáncer del pecho, del útero, del estómago y de la piel” (Antillon, op. Cit (1991)).

2.2. Definición de conceptos relacionados al tema:

2.2.1. Cáncer y sus sinónimos

El cáncer sigue siendo aún hoy una enfermedad con significados culturales terroríficos, sinónimo no solamente de una muerte segura sino, de deterioro físico, que puede ser sumamente variable, dependiendo del tipo de cáncer, su localización y estadio de la enfermedad.

El cáncer es la denominación de los tumores malignos. Es el crecimiento descontrolado de células anormales que han mutado de tejidos normales. Existen al menos 200 tipos distintos de cánceres, los cuales se pueden desarrollar en prácticamente cualquier órgano. Característicamente, él crecimiento de las

células está controlado de una manera estricta (se desarrollan nuevas células en la medida de lo necesario para reemplazar las más viejas o para desarrollar funciones necesarias). De ésta manera si el equilibrio de crecimiento y muerte de células se trastorna, se puede desarrollar un cáncer (Ruiz L. Rafael (2005)).

El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual produce mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división normales de las células. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita. Las células que sobran forman una masa de tejido, que es lo que se llama tumor.¹

Los actuales sistemas de los tumores comprenden una gran cantidad de términos que se basan en la conducta biológica, la función celular, la histología, el origen embrionario y la localización anatómica (Murphy & Walter (1996)).

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias. Las principales de éstos son:

¹ <http://.www.cancer.gov/español/cancer>.

Carcinoma: cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos. Hay varios subtipos de carcinoma, entre ellos, el adenocarcinoma, el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células de transición.

Sarcoma: cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.²

2.2.2. El cáncer ginecológico

El cáncer ginecológico es un término general utilizado para describir una variedad de tumores que se originan en el aparato reproductor femenino, incluyendo los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el cuello del útero, la vagina y la vulva. Los tumores más comunes entre estos son el cáncer de útero (endometrio), de ovarios y cervical. El cáncer de útero se origina en los músculos o en los tejidos de sostén del útero o matriz.

El cáncer uterino incluye el cáncer cervical en la parte inferior del útero (el cuello), así como los tipos de cáncer endometrio más

² Ibidem

habituales, que se desarrollan a partir de las células que recubren la parte superior del útero. (Foro ADMIN, endometriosis: 25 de enero 2009, España).

Cada tipo de cáncer ginecológico es diferente, presenta signos y síntomas específicos, así como factores de riesgo (todo aquello que puede aumentar la probabilidad de contraer la enfermedad) distintos y requieren de estrategias de prevención diferentes.

Todas las mujeres tienen riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer ginecológico y éste riesgo aumenta con la edad. Si estos tipos de cáncer se diagnostican en una etapa temprana, el tratamiento es más eficaz.

No hay forma de saber con seguridad si una mujer desarrollará un cáncer ginecológico. Por eso es importante que las mujeres conozcan su cuerpo y puedan identificar los signos y síntomas de advertencia de los tipos de cáncer ginecológicos. Los síntomas de estos tipos de cáncer podrían confundirse con otras afecciones ginecológicas, pero la única forma de saberlo es consultando a un médico. [http://www. Salud.gov.pr/Cáncer Ginecológico/Boletines](http://www.Salud.gov.pr/CáncerGinecológico/Boletines).

2.2.3. **Sexo y Sexualidad**

Sexo se concibe como el conjunto de características biológicas que diferencian al macho de la hembra, y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción. Estas características biológicas no se refieren sólo a los órganos sexuales, sino también a diferencias en el funcionamiento de nuestros cuerpos.³

Según la OMS la sexualidad es definida como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o expresan siempre.

La sexualidad tiene un sentido diferente, toca lo íntimo de cada uno y cada quien tiene diferentes imaginarios, imágenes y

³ <http://www.conevyt.org.mx/cursos>.

fantasías acerca de qué es. De ella no se habla lícitamente, se vive, se escucha, y se sabe que está en la vida de cada individuo, está estrechamente asociada con la realización personal, el estilo de interrelaciones con nuestros semejantes, el proceso de formación de pareja y de familia, así como con los afectos. La afectividad, la identidad y la personalidad van de la mano junto con el desarrollo de la sexualidad.⁴

La sexualidad se va modificando en cada etapa de la vida del individuo, y está básicamente determinada por el aprendizaje adquirido en el medio que le rodea. Es por eso que de una edad a otra los intereses sexuales van cambiando, coincidiendo generalmente con los cambios corporales y al irse construyendo ofrece la posibilidad de modificarse para permitir un mejor desarrollo del ser humano.⁵

2.2.4. **La Pareja**

“Hablamos de la pareja como un sistema basado en el amor, que involucra a dos seres- hombre y mujer- que forman una unidad armónica para crecer juntos, supone un mutuo sentido de

⁴ <http://webcache.googleusercontent.com/search>

⁵ <http://www.conevyt.org/cursos/revistas>.

complementariedad, de ayuda mutua, apoyo mutuo y solidaridad, atención a las expectativas mutuas, adecuada comunicación, búsqueda, encuentro y satisfacción de las necesidades mutuas sin perder su individualidad, su autonomía” (Ballesteros, Bernard (2003)).

En este sentido, la pareja puede o debe ser un apoyo fundamental para la paciente que presenta la enfermedad, pero también puede que sea una fuente de estrés, si no responde como la paciente esperaba, dado que ellos mismos necesitan apoyo y ayuda para aprender a como dar ese apoyo, incluso permanecer juntos es todo un reto. Pero es importante darse cuenta que muchas veces en la pareja, la relación sexual ya estaba deteriorada y empieza a fallar en el momento que surgen los problemas de la enfermedad ginecológica, lo cual podríamos decir que es como el detonante de lo que ya se veía venir.

Entonces importante es; “el componente de la vinculación afectiva, que es parte crucial de una sexualidad sana, no cabe duda que un sólido lazo afectivo (ternura, comunicación,

intereses comunes, proyectos de vida etc.) facilitan la superación de las dificultades sexuales que puedan haber”.⁶

2.2.5. **Cáncer Ginecológico. Tipología según tema de abordaje.**

La palabra ginecología etimológicamente se deriva del griego **gine** que significa mujer y **logo** que es lenguaje o ciencia; por tanto, significa literalmente ciencia de la mujer y abarca el estudio de la fisiología y patología femenina en todos sus aspectos más generales y particulares. (Revista .Medicina General Integral. Cuba 2002).

Según el Nuevo Diccionario Médico (1984), se denomina ginecológica la enfermedad que es exclusiva de la mujer, por estar ligada a su sexo, manifestándose en los órganos que solo ella posee (ovarios, trompas, útero, vagina, vulva etc.), o que sólo ella tiene bien desarrollados (mamas). Por eso cualquier afección de estos órganos de la esfera genital femenina se denomina ginecológica. Ginecología es la rama de la Medicina que estudia las enfermedades.

⁶ [www.scielo.org.ve/revista venezolana de oncología.](http://www.scielo.org.ve/revista_venezolana_de_oncologia)

Podemos mencionar cada una de estas enfermedades tienen un sistema de clasificación, para definir la gravedad del cáncer, tamaño, extensión a otros órganos, la cual usan como criterio de extensión los de FIGO (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras) en los cuales es necesario realizar un examen físico, exploraciones radiológicas y estudios de biopsia.⁷

Por lo extenso y complejo de esta clasificación solo haremos mención de una manera general.

2.2.6. **Cáncer Cérvico Uterino (o cuerpo de útero)**

El cáncer de cérvix continua siendo un problema de salud pública en todo el mundo, representa el 9% de las neoplasias malignas en mujeres a nivel mundial (529,800 casos) y 8% (275, 100) de las muertes por cáncer en mujeres.

La infección del cuello uterino por el virus del papiloma humano (VPH) es la causa más común del cáncer de cuello uterino. No obstante, no todas las mujeres con infección por el

⁷ <http://www.el mundo.es/el mundosalud/cáncer ginecologico.html>.

VPH padecerán de cáncer de cuello uterino. Las mujeres que generalmente no se someten a una prueba de Papanicolaou para detectar el VPH o células anormales en el cuello uterino tienen mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino.⁸

Antes de que el cáncer aparezca en el cuello uterino, las células del cuello uterino atraviesan cambios llamados displasias por los que empiezan a aparecer en el tejido del cuello del útero células que no son normales. Luego, las células cancerosas comienzan a crecer y diseminarse más profundamente en el cuello uterino y las áreas cercanas.

El cáncer cérvico uterino es una de las neoplasias malignas más comunes en la mujer. En la mayoría de los casos, el carcinoma de cérvix uterino, tiene su origen en la unión columnar del canal endocervix y el exocervix. (Endocervix canal que une el orificio cervical externo con la cavidad uterina, exocervix, es la parte del cuello uterino visible durante el examen con el espéculo). La lesión se asocia frecuentemente a una larga historia de cervicitis crónica (inflamación del extremo del útero), displasia (masa atípica) grave y carcinoma insitu, la progresión puede tardar de

⁸ <http://webcache.googleusercontent.com/tratamiento/cuellouterino/>.

10 a 20 años. El cáncer de cuello uterino por lo general evoluciona lentamente con el paso del tiempo (De vita, Vincent T. (1988)).

Este es el principal diagnóstico registrado en el Instituto Oncológico Nacional con **289** casos anual, en un rango de edad entre los 20-80 años y más, pero la edad de mayor frecuencia de la enfermedad fue de **40-49** años, registrándose un total de **71** pacientes.(Registros médicos y estadísticas de Salud (ION - 2010).

Según el Diccionario de oncología médica (2005), es más frecuente en mujeres de 50-55 años de edad, aunque puede aparecer a cualquier edad. Por otro lado para el correcto manejo terapéutico inicial de las pacientes, es imprescindible realizar la estadificación de las diferentes enfermedades.

La clasificación por etapas o estadificación es el proceso para determinar qué tanto se ha propagado el cáncer. La clasificación del cáncer por etapas es un paso clave para determinar sus opciones de tratamiento. También proporcionará a su equipo de atención médica una mejor idea sobre la perspectiva de su

recuperación. Pero la clasificación por etapas puede tomar tiempo (González, M. (2007)).

A continuación se señalan las diferentes clasificaciones o estadios según diagnósticos mencionados de estudio.

- Estadio I A: tumor microscópico limitado al útero.
- Estadio I B: El tumor se puede ver a simple vista y se limita al útero.
- Estadio II: El cáncer 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: Aquí 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 A: El cáncer llega a la vejiga o el recto o se extiende más allá de la pelvis.
- Estadio IV B: Metástasis a distancia, en otros lugares del cuerpo. *Ibidem*.

2.2.7. **Cáncer de Endometrio**

Tumor cancerígeno del endometrio (revestimiento del útero) es el cáncer genital femenino más frecuente; ocupa el cuarto lugar en incidencia, detrás de los cánceres de mama, pulmón y colorrectal. Aunque se desconoce la causa exacta del carcinoma endometrial, los estrógenos parecen desempeñar un papel crítico.

El cáncer de endometrio es la malignidad ginecológica más común y representa el 6 % de todos los cánceres que se presentan en la mujer en países industrializados (Lenhard(1988)).

En el ION, se registraron 83 casos, presentándose en un rango de edad de 30-80 años y más, la edad de mayor frecuencia fue 60-69 años, registrándose un total de 24 casos diagnosticadas (Registros médicos y estadísticas de Salud (ion-2010)).

La edad media de presentación está entre los 60-70 años, aunque cualquier mujer puede padecerlo. Aproximadamente un 5% de mujeres tendrán un adenocarcinoma antes de los 40 años y un 20-25% de los casos se diagnosticarán antes de la

menopausia (Disaia, C. Philipe (1994)). Cuya estadificación es la siguiente:

ESTADÍO I. Tumor confinado al cuerpo uterino

IA. No o menor que la mitad del miometrio invadido

IB. Invasión igual a o mayor que la mitad del miometrio

ESTADÍO II. Tumor invade estroma cervical, pero no se extiende más allá del útero.

ESTADIO III. Diseminación local y/o regional del tumor

IIIA. Tumor invade la serosa del cuerpo uterino y/o anexos

IIIB. Involucración vaginal y/o parametrial.

IIIC. Metástasis a ganglios linfáticos pélvicos y/o para-aórticos.

IIIC1. Ganglios pélvicos positivos

IIIC2 Ganglios positivos para-aórticos con o sin ganglios linfáticos pélvicos positivos

ESTADÍO IV. Tumor invade vejiga y/o mucosa intestinal, y/o metástasis distantes

IVA. Tumor invade vejiga y/o mucosa intestinal

IVB. Metástasis a distancia, incluyendo metástasis intra-abdominales y/o ganglios linfáticos inguinales (Lenhard, op.Cit(1988)).

Se ha calculado que el riesgo de padecer un carcinoma de endometrio en las mujeres estériles es dos veces superior al de las mujeres que han tenido un hijo y tres veces mayor al de las que han tenido 5 hijos. Ciclos anovulatorios y trastornos menstruales; hay mayor incidencia de cáncer de endometrio en mujeres que presentaron ciclos anovulatorios prolongados, con ovarios poliquísticos y con reglas escasas, algomenorreas o amenorreas (González, Merlo (1996)).

La prevención del cáncer de endometrio puede ser posible en parte modificando algunos aspectos de la vida diaria, manteniendo un peso ideal, y utilizando adecuadamente los tratamientos hormonales requeridos para el control contraceptivo y sindromico de la menopausia (Cabrero, (2005)).

2.2.8. Cáncer de Ovario

Los ovarios son dos y están en la pelvis, uno a cada lado del útero. Tienen la forma y tamaño de una almendra, y producen tanto óvulos como hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) que se encargan de dar forma y rasgos femeninos al cuerpo y de regular la menstruación y el embarazo entre otras cosas.

El cáncer de ovario representa el 4% de los tumores que afectan a la mujer.⁹

Y se estadifican en:

- **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 linfáticos.

⁹ [http://www.institutomarques.com/cáncer de ovario.html](http://www.institutomarques.com/cáncer-de-ovario.html).

- **Estadio IV:** metástasis a distancia, es decir, en otros órganos (González, op.Cit (1996)).

Los tumores de ovario plantean problemas de difícil solución. El cáncer de ovario representa la causa más frecuente entre los tumores malignos del tracto genital y constituye la tercera causa en orden de frecuencia de todos los tumores malignos de la mujer, después del cáncer de mama que es la primera y el cáncer de colon que es la segunda. Los tumores del ovario pueden aparecer a cualquier edad y ocupa el tercer lugar entre los cánceres del tracto genital, después del cáncer de cuello y de endometrio.

Epidemiología. No conoce la existencia de lesiones premalignas en el ovario por ello resulta imposible realizar, en la actualidad la prevención del cáncer de ovario sin embargo; estudios epidemiológicos han demostrado que algunas situaciones elevan y otras disminuyen el riesgo de padecer cáncer de ovario.

Entre la primera figura la esterilidad, que incrementa el riesgo de padecer cáncer de ovario, hasta 6 veces en mujeres con vida sexual activa y que no usaron anticonceptivos hormonales frente a mujeres fértiles. La dieta rica en grasa incrementa el riesgo de

padecer cáncer de ovario, la multiparidad descende el riesgo de padecer cáncer de ovario frente a nulíparas (González, op.Cit (1996)).

Sin embargo, y según la literatura estudios demuestran que los siguientes factores pueden aumentar la probabilidad de desarrollar la enfermedad.

1. **Historia familiar.** Parientes de primer grado (madres, hija, hermana) de una mujer que ha tenido cáncer de ovario, tienen mayor riesgo de desarrollar este tipo de cáncer.
2. **Edad.** La probabilidad de desarrollar cáncer ovárico a medida que la mujer envejece. La mayoría de los cánceres ocurren mujeres mayores de 50 años y con mayor riesgo mujeres mayores de 60 años de edad.
3. **Maternidad.** las mujeres que nunca han tenido hijos tienen más probabilidad de desarrollar un cáncer ovárico que las mujeres que los han tenido. De hecho cuando más hijos se ha tenido menor es la probabilidad de desarrollar un cáncer de ovario.
4. **Historia personal.** Las mujeres que han tenido cáncer de seno o del colon tienen mayor probabilidad de desarrollar

cáncer ovárico que las que no han tenido estas enfermedades.

5. **Medicamentos de fertilidad.** El tratamiento de fertilidad con ciertos medicamentos que activan la ovulación está asociado a desarrollar cáncer de ovario.
6. **Talco.** algunos estudios sugieren que las mujeres que han usado talco en el área genital muchos años pueden tener mayor riesgo de desarrollar cáncer de ovárico. Pero se está investigando para comprender este posible factor. (Cabrero op.Cit (2005)).

Por otro lado también hay señales y síntomas del cáncer de ovario que pueden incluir:¹⁰

- Incomodidad abdominal general o dolor (gases, indigestión, presión, hinchazón, inflamación, calambres).
- Náuseas, diarrea, estreñimiento, o el orinar frecuente.
- Pérdida de apetito.
- Sensación de llenura aun después de una comida ligera.

¹⁰ http://www.cancer.gov/hojas_informativas/tipos/ováricos-respuestas.

- Ganancia o pérdida de peso sin justa causa.
- Sangrando anormal de la vagina.

Es muy importante que si hay presencia de estos síntomas no lo dejemos pasar por alto, ya que ésta puede ser la alarma que le brinde su cuerpo, para que acuda al médico, lo cual puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

2.2.9. **Modalidades terapéuticas de las enfermedades gineco-oncológicas.**

Las medidas terapéuticas concretas suelen verse limitadas por la edad y el estado de salud general de la paciente, la extensión del cáncer y el tipo de complicaciones, por ello resulta esencial llevar a cabo una exploración completa y cuidadosa de la paciente (Disaia, Philipe (1994)).

Por otro lado el médico que dirige el tratamiento del paciente con cáncer, debe pensar en la forma de evaluar cada paso del plan terapéutico y el modo de realizar los distintos procedimientos a fin de facilitar los tratamientos posteriores Sin embargo, la decisión definitiva sobre las opciones terapéuticas las tomará el o la

paciente. El médico debe estar preparado para que esa decisión sea distinta a la propuesta (Murphy, Gerald P. (1996)).

Las mujeres con cáncer ginecológico reciben múltiples modalidades de tratamiento, que van experimentando como efecto acumulativo. Tanto el cáncer como los efectos a los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como, alteraciones psicológicas y sociales.

La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia constituyen hasta hoy los tres puntales básicos en el tratamiento del cáncer ginecológico. Solos o combinados, estos tres métodos de tratamiento es la base de la curación de los cánceres ginecológicos.¹¹

2.2.10. **Cirugía**

La cirugía sola, se recomienda para pacientes con escaso riesgos de recidiva o recaída. Es el tratamiento más común, permite eliminar las células cancerosas y, en caso de ser

¹¹ <http://webcache.googleusercontent.com/search>

necesario, retirar los ovarios, trompas de falopio u otros órganos que se hayan visto afectados por el cáncer o una metástasis. En caso de que lo extraído sea el útero la técnica se denomina histerectomía.¹²

Muchos órganos diferentes pueden estar involucrados en una cirugía pélvica contra el cáncer. Los genitales y órganos reproductivos femeninos incluyen el útero (matriz), cuello uterino (la entrada al útero en la parte superior de la vagina), las trompas de Falopio, los ovarios (órganos que producen óvulos y hormonas), la vagina, la vulva y el área del clítoris. La vejiga (órgano que almacena la orina) y el recto (parte final de los intestinos) también se encuentran en el área pélvica.¹³

2.2.11. Radioterapia

La radioterapia suele complementar a la cirugía; esta técnica emplea radiaciones de alta energía para matar a las células cancerígenas. Para el tratamiento con radioterapia externa la paciente ha de acudir durante un periodo de 4 a 6 semanas, dependiendo del tipo de tumor y de la existencia de otros

¹² [http://www.elmundosaludespecial/cáncer ginecológico](http://www.elmundosaludespecial/cáncer_ginecológico).

¹³ [http://www.cancer.org/espanol/servicios y tratamientos](http://www.cancer.org/espanol/servicios_y_tratamientos).

tratamientos previos (cirugía, quimioterapia). Otro posible modo de aplicar la radioterapia es la implantación de una cápsula con sustancias radioactivas en la zona del tumor.

La radioterapia se conoce, además, como terapia de radiación, terapia de rayos X, terapia de cobalto e irradiación. Es uno de los tratamientos más comunes contra el cáncer y se usa en más de la mitad de los casos de cáncer. La radiación es el tratamiento primario contra algunos tipos de cáncer y entre estos se encuentra el cáncer de cuello uterino (Diccionario de Oncología. (2005:57)).

La radioterapia desempeña una función de primera importancia en el tratamiento de las lesiones malignas ginecológicas. Se ha establecido su función curativa para el carcinoma cérvico uterino; cuando no es posible operar, la radioterapia también puede ser curativa en el caso del cáncer endometrial localizado. En pacientes seleccionadas con cáncer ovárico puede ser curativa la radioterapia coadyuvante posoperatoria (es decir después de una cirugía) BEREK, J. S. MD. (1997).

2.2.12. Quimioterapia

La quimioterapia incluye el uso de medicamentos para detener o retrasar el crecimiento de las células cancerosas. Puede causar efectos secundarios, pero generalmente éstos mejoran o desaparecen cuando termina el tratamiento. Los medicamentos de la quimioterapia pueden administrarse de diferentes maneras, por ejemplo, con pastillas o a través de inyecciones intravenosas, además puede afectar los niveles de deseo, así como el bienestar general del cuerpo con sus efectos secundarios como (nauseas, vómitos, cansancio).¹⁴

La decisión de emplear quimioterapia depende también de los conocimientos sobre la extensión de la enfermedad y la progresión de dicha enfermedad, constituye una parte importante en la decisión del médico la extensión del tratamiento, la edad, el estado de salud y la presencia de otras enfermedades complicantes en la paciente y puedan afectar en grado importante a la tolerancia (aguante) que tenga ésta al tratamiento, también deben respetarse los estados emocional,

¹⁴ <http://www.cdc.gov/cancer/gynecologic>.

social, económico de la paciente y valorarse antes de tomar una decisión final (Berek, Jonathan(1997)).

Cabe señalar que con el tratamiento de la quimioterapia lo que más causa angustia y preocupación en la paciente al ser sometida a recibir este tipo de tratamiento es la probabilidad de la pérdida del cabello, las pacientes de manera anticipada recurren a cortarse el cabello dejándolo lo más corto posible como una manera de prepararse emocional y psicológicamente para la caída del cabello, ya que el impacto emocional al peinarse o lavarse el cabello y ver como pierden su más preciado don “ su cabello” no es tan fácil de asimilar y otras recurren al uso de pañoletas para sacarle partido a su belleza física, lo cual a mi parecer emocionalmente es muy positivo.

2.2.13. **Cesium o Braquiterapia.**

Funciona dirigiéndose con precisión al tumor canceroso desde el interior del cuerpo. La fuente de radiación se coloca directamente dentro o cerca del tumor. Se usa principalmente en tumores ginecológicos, para lo cual la paciente debe ser hospitalizada, para instalar los dispositivos radioactivos en el interior de su

cuerpo. Este enfoque a medida reduce el riesgo de daños innecesarios a órganos y tejidos sanos que estén cerca del tumor, limitando la posibilidad de efectos secundarios. Se utiliza habitualmente para tratar de forma eficaz el cáncer de cuello de útero.¹⁵

2.3. Panorama de los Diagnósticos Gineco-oncológicas en Panamá y algunos Países de Latinoamérica.

En la actualidad el cáncer ginecológico supone globalmente el 15% de todos los tumores. Los más frecuentes en el primer mundo son el cáncer de endometrio y el cáncer de ovario. El cáncer de endometrio, a pesar de ser el más frecuente es el que más se cura. El cáncer de ovario ha sido hasta ahora el que peor pronóstico ha tenido por la falta de programas de diagnóstico precoz eficaces y por la falta de manejo en unidades especializadas. Los estudiosos en esta materia estiman que una de cada 55 mujeres desarrollará cáncer de ovario a lo largo de su vida.

En el 2002, se diagnosticaron 942, 000 casos nuevos de todas las neoplasias o canceres ginecológicas; es decir, el 18.6% de todos los casos de cánceres incidentales en mujeres. Esta cifra representa el

¹⁵ [http://www.aboutbrachytherapy.com/ que- es- la braquiterapia.aspx](http://www.aboutbrachytherapy.com/que-es-la-braquiterapia.aspx).

22.1% de todos los cánceres nuevos entre las mujeres de los países en vías de desarrollo en comparación con el 14.5% de los países desarrollados.¹⁶

El Cáncer de Endometrio (CE) es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial, siendo más común en la peri menopausia. La incidencia del cáncer de endometrio es seis veces mayor en países desarrollados que en los menos desarrollados.

En los EEUU, el 10,5% corresponden a neoplasias ginecológicas, estimándose en 79.480 los nuevos casos. El cáncer cérvico uterino es la tercera causa más frecuente de muerte por cáncer ginecológico con una estimación para el año 2005 de 10.370 nuevos casos y más de 3.500 muerte. El cáncer de endometrio es el más frecuente de los cánceres uterinos y de los cánceres ginecológicos, estimándose 40.880 nuevos casos y 7.310 muertes para el 2005 y el cáncer ovárico es la sexta causa más común de neoplasia en 80%, hay más de 20 mil nuevos casos de cáncer de ovario por año, la edad más frecuente en que se presenta este tipo de tumores es entre 40 y 60 años (Yazigi, R. Arastoa (1998)).

¹⁶ [http://www.levante-emv.com/actualidad-cáncer ginecológico en el mundo.](http://www.levante-emv.com/actualidad-cáncer-ginecológico-en-el-mundo)

Según la OMS los factores infecciosos están presentes en el 18% de los cánceres a nivel mundial. En los países industrializados representa el 11%, mientras que en los países en vías de desarrollo el 24% siendo el Virus del Papiloma Humano el más vinculado al cáncer cérvico uterino en casi 100% de las veces.¹⁷

En los países como **España** los tumores genitales representan el 16% de los cánceres de la mujer. El orden de frecuencia coloca en primer lugar al cáncer de endometrio 6.7% de los tumores genitales, seguido el cáncer de ovario 4.7% y el cáncer de cervix 4.5%, y entre 1988-1992 hubo una incidencia de 423 casos nuevos por año, y una mortalidad de 90 casos por año (Revista médica de ginecología oncológica (Roura, (1998))).

En **Puerto Rico** cada año se diagnostican aproximadamente 316 mujeres con cáncer del útero, 196 con cáncer de cuello uterino y 138 con cáncer de ovario.

La mediana de edad al momento del diagnóstico de cáncer del cuerpo del útero fue de 61 años durante el periodo de 1999 al 2003, mientras

¹⁷ <http://webcache.googleusercontent.com/minsa.gob.pe/local/MINSA>.

que para el cáncer de cuello uterino fue 49 años y para el de ovario fue de 59 para este mismo periodo.

Durante los años del 1999 al 2003, en promedio, se diagnosticaron 15 casos de cáncer del cuerpo del útero por cada 100,000 mujeres por año, 7 casos de cáncer de ovario por cada 100,000 mujeres y 10 casos de cáncer del cuello uterino por cada 100,000 mujeres.¹⁸

En **Colombia**, el cáncer de Endometrio es la segunda causa de cáncer ginecológico y de acuerdo al anuario estadístico del Instituto Nacional de Cancerología del 2007, se presentaron un total de 87 casos para ese año (2,8%) y de esos el 62.1% siendo el grupo de mujeres mayores de 50 años las más afectadas. Después del carcinoma de cuello uterino y el cáncer de ovario.

Según datos de Globocan 2002, la tasa de incidencia en Colombia es de 6,6 X 100.000 mujeres con una mortalidad de 4,1 X 100.000 mujeres; presentándose 1.114 casos nuevos al año. Es uno de los cánceres ginecológicos más frecuentes en el mundo occidental y su tendencia al incremento de la incidencia está asociada de manera estrecha a la

¹⁸ [http://www.Salud.gov.pr/Cáncer Ginecológico/registro del cáncer/pr](http://www.Salud.gov.pr/Cáncer_Ginecológico/registro_del_cáncer/pr).

epidemia de obesidad que se presenta a nivel mundial.
<http://webcache.googleusercontent.com>.

En **Cuba** el Cáncer de Cérvix Uterino ocupa la tercera causa de incidencia en el sexo femenino. Este tipo de cáncer alcanza su mayor pico de incidencia a partir de cuarta década de la vida, de ahí que las edades concebidas como de mayor riesgo de enfermar sea entre los 35-49 años de edad incrementándose el riesgo si se asocian infecciones y en especial la producida por HPV. La historia natural de este tipo de cáncer condiciona la posibilidad de su prevención, por obedecer en su mayor medida al comportamiento humano.

El Cáncer de Ovario se presenta en cualquier edad pero resulta más frecuente a partir de los 40 años. Ocupa el 8no lugar entre las primeras localizaciones más incidentes en Cuba, en el sexo femenino, con un total de casos nuevos 2001 de 322 casos para una tasa cruda de 5.74 y una tasa ajustada de 4.67 x 100 000 mujeres. La enfermedad se diagnostica en estadios avanzados en 60% de los casos.

Cáncer del Cuerpo Uterino (endometrio), ocupa el sexto lugar entre las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer cubana, y representa, aproximadamente, el 90% de todas las que asientan en el útero. Ocurre

con mayor frecuencia en la postmenopausia, y se consideran factores de riesgo la obesidad, la Diabetes Mellitus, la nuliparidad, la Hipertensión Arterial. En el año 2001 hubo 455 casos nuevos, para una tasa cruda de 7.93 x 100 000 mujeres. <http://webcache.googleusercontent.com/Cancer-Ginecologico-Aspectos-importantes>.

En cuanto a la situación del cáncer ginecológico en Panamá, el Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer del MINSA, registra que para el año 2008 hubo una variación significativa en el descenso del Cáncer Cérvico Uterino (CaCu), se diagnosticaron 5001 casos nuevos, con una tasa de de incidencia de 147.3/100.000 habitantes.

También sigue señalando el registro que a medida que aumenta la edad, aumenta el grado de afectación de la población, el grupo más afectado es el de mayor de 70 años, sin embargo el 58.3% de los casos de cáncer cérvico-uterino se registran en mujeres menores de 50 años y que en menores de 40 años se diagnosticaron el 36% de los canceres de cuello de útero.

En el Instituto Oncológico Nacional (ION), para el año 2010 se registró una estadística anual de 598 casos de canceres ginecológicos, de cáncer cérvico uterino 289 casos, representando un (48.3%), seguido de 83

nuevos casos de cáncer de endometrio, significando un (13%), cáncer de ovario 51 casos con un (8.5%). (Boletín de registros médicos y estadísticas de Salud del ION (2010).

Si hacemos una comparación aproximada con los países arriba mencionados, vemos que los cánceres ginecológicos mencionados como: cáncer cérvico uterino, cáncer de ovario y el cáncer de endometrio, no hay mucha diferencias con la realidad de esta enfermedad en Panamá, según lo que se registra en el Instituto Oncológico Nacional anualmente, es notable que es una enfermedad de salud pública y que a nivel mundial es de mucha preocupación, en la cual se deben tomar las medidas preventivas, educativas y terapéuticas necesarias.

Cabe resaltar que esta referencia del cáncer gineco-oncologico puede ser más elevada, puesto que no conocemos las cifras de atención que se atienden en centros hospitalarios a nivel privado.

2.4. MARCO LEGAL.

Según El Código de la Familia y del Menor en su Capítulo II de los Aspectos de la Salud, Sesión 1, De las salud Integral, en su Artículo 695 señala lo siguiente. Las instituciones de salud deben poner en práctica los

programas de la medicina moderna y conjugar los aspectos preventivos y de rehabilitación hacia un **enfoque integral** del hombre y su salud. (2010:123).

2.5. **Derechos Sexuales y Reproductivos.**

Las mujeres tienen derecho al amor, la sensualidad y el erotismo.¹⁹

Estos derechos se apoyan básicamente en:

Dentro de estos derechos rescatamos algunos que nos parecen importantes mencionar y están relacionados con el tema de investigación.

El acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad, incluidas las de transmisión sexual.

¹⁹ <http://pp.www.emujeres.gob.Mujeres/derechos>.

Lo que Implican

- ✓ El derecho a reconocerse como seres sexuados.
- ✓ El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
- ✓ El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
- ✓ El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
- ✓ El derecho a tener información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones y enfermedades que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.²⁰

2.6. La Conferencia del Cairo 1994

La conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, convocada por el sistema de las Naciones Unidas, se celebró en el Cairo (Egipto) del 5 al 13 de septiembre de 1994. Ha significado un importante paso al plantear

²⁰ www.profamilia.org.co/avise/derechos/2.php

que la salud sexual contribuye, al mejoramiento de la vida y las relaciones personales y no solo atención y cuidados referidos a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual. (Cairo +15: 2009).

Estableció mejoramiento de la vida y los desafíos importantes sobre los Derechos Humanos de las Mujeres, fue determinante sobre la salud reproductiva, reconociendo entre otros importantes derechos; el derecho a tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. (Revista. Perfil Género y Salud, MINSA (2010:24).

A nuestra manera de entender consideramos que el proveedor de servicios de salud, no solo debe preocuparse por brindar atención física a las pacientes, sino que se debe considerar incluir en la atención los aspectos sexuales, que también forma parte del cuerpo de la enferma, como una forma de brindar una atención total. Ya que son derechos universales y que se deben respetar, para el beneficio total de la usuaria como un ser bipsicosocial y beneficiaria de los servicios de salud.

2.7. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO Y LOCALIZACION GEOGRÁFICA.

2.7.1. Instituto Oncológico Nacional. (Breve reseña histórica)

El origen del Instituto Oncológico Nacional (ION) nace en el año 1936, durante la administración del doctor Juan Demóstenes Arosemena, fue inaugurado el 18 de septiembre del año 1940.

Se hizo entrega del edificio y maquinaria, como de los accesorios con que está equipado el Instituto Oncológico Nacional, fue inaugurado como entidad dependiente del Hospital Santo Tomás, denominado radiológico o centro cancerológico. De esta forma se dio inicio al tratamiento y control del cáncer en forma organizada en Panamá.

Para la década del 70 se creó el ambiente y los pilares para la creación del Instituto Oncológico Nacional, y con él se incorpora un equipo médico con formación académica especializada, surgió la necesidad también de preparar personal adecuado especialistas en diversas ramas para tratar el cáncer.

El 5 de diciembre de 1982 se efectúa la inauguración oficial del ION, bajo la dirección de la Dra. Rosa María Crespo de Britton, jefe del centro cancerológico y primera directora del Instituto.

La ley 11 del 4 de julio formaliza la creación del Instituto Oncológico Nacional (ION) Juan Demóstenes Arosemena regido por un patronato.

2.7.2. **Objetivos de la Institución.**

El objetivo principal de esta institución²¹ es la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, así como la investigación, educación especializada y su divulgación.

- Realizar la prevención del diagnóstico tratamiento y control del cáncer y enfermedades afines en todo el territorio nacional.
- Fomentar y realizar investigaciones en el país relacionados con el cáncer y publicar los resultados en revistas científicas nacionales o extranjeras.
- Formar especialistas en cáncer, dar cursos charlas y seminarios de la especialidad a los profesionales del país.
- Colaborar con las agencias del sector salud, en los programas relacionados con el cáncer y asesorarlos cuando así lo soliciten.
- Contribuir con todos los hospitales del país en el tratamiento del cáncer y asesorarlos cuando así lo soliciten.

²¹ Tesis, Sistema de contabilidad del ION. García Elida, Torres N. Lidia (1992: 2,3, 5 y6)

- Realizar cualquier otra actividad que guarde relación con las funciones o propósitos de la institución.

El Instituto Oncológico Nacional (I.O.N.) es un centro hospitalario de tercer nivel en nuestro país, convirtiéndose en un centro especializado y de referencia en la atención del cáncer en Panamá. El Instituto Oncológico Nacional se encuentra ubicado en la avenida Ancón, Corregimiento de Ancón, Distrito de Panamá, Provincia de Panamá.

2.7.3. **Visión y Misión de la institución.**

Visión

Ser líderes en la atención, investigación y prevención del cáncer en Panamá.

Misión

Ser una institución especializada en la rama de la oncología, cuyo propósito fundamental es brindar una excelente atención médica, social y familiar a toda la población panameña, con el apoyo de la comunidad; y en la que interviene un equipo humano altamente

calificado y de gran sensibilidad humana. (Memoria anual 2000-2002:14).

El Instituto Oncológico Nacional (I.O.N.) tiene una gran misión desde que surgió, y es brindarle atención oncológica especializada a toda aquella población que padezca de algún tipo de cáncer, procedente de cualquier área de la República de Panamá, independientemente de su status económico, político, social o creencia religiosa.

Este proyecto se llevara a cabo en el Instituto Oncológico Nacional, éste es un hospital de tercer nivel, que tiene como fin proveer al enfermo de cáncer de todos los beneficios terapéuticos, psicoafectivos y socio económicos necesarios, para el mejor manejo y control de la enfermedad.

Pero la atención médica nunca será completa si se pasa por alto o no se aborda el tema de la sexualidad del enfermo/a.

Con este proyecto se busca brindar una atención médica integral que permita optimizar su estado de salud total, para mejorar su autoestima sexual, la confianza en sí mismo y sobre todo el disfrute

de una relación sexual de pareja sana, saludable y una mejor calidad de vida.

CAPITULO III

ENFERMEDADES GINECO-ONCOLOGICAS, VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES E IMPACTO EN LA DINÁMICA DE PAREJA.

3.1 **Enfermedades gineco-oncológicas y vida sexual.**

Las enfermedades gineco-oncológicas, como ya se mencionó anteriormente son aquellas que afectan específicamente los órganos reproductores femeninos, como son en este caso: el cáncer cérvico uterino, el cáncer de ovario y el cáncer de endometrio.

En la opinión de Gonzales, M. Baron (2007) son tumores que afectan la percepción que la mujer tiene de su rol en la familia, sociedad, y en algunas en su vida sexual. Un factor importante es la importancia simbólica del útero, frecuentemente concebido como la representación de la femineidad y la maternidad.

Considerando la naturaleza tan valorada de los genitales femeninos, es de entender que la enfermedad o los tratamientos a los que son sometidas las mujeres, constituyen un asalto grave a la identidad sexual de la paciente como también a la vida de la pareja.

El momento de la detección de la enfermedad ésta amedrantando el equilibrio físico y psicológico de la paciente y, por supuesto, su vida sexual. Desde

luego, lo que suceda con la vida íntima del paciente dependerá del pronóstico de la enfermedad y la forma en que se modifique su autoimagen.²²

La enfermedad ginecología afecta aspectos íntimos de la femineidad, sexualidad, maternidad, la identidad femenina en niveles muy profundos. Para ellas la afectación del disfrute sexual, bien sea transitorio o permanente producido por la enfermedad, tiene un impacto significativo en su vida como mujer. En función de la edad de la mujer afectada, un cáncer ginecológico puede interrumpir proyectos de vida personales y de la pareja (González (2007))

El cáncer ginecológico provoca una situación muy especial, y es que el órgano afectado está lleno de simbolismos, sexual y erotismo y hace a la identidad corporal, a la identidad femenina, toda una carga simbólica muy importante sobre el órgano afectado (González op. Cit. (2007)).

Por otro lado sigue diciendo éste mismo capítulo, que muchos de los problemas sexuales que surgen, permanecen sin diagnosticar debido a

²² <http://webcache.googleusercontent.com/cancer-cervicouterino/articulos>.

que las enfermas se inhiben de tratar estos temas con sus médicos oncólogos.

El cáncer ginecológico, impacta de manera desigual en cada persona, es muy diferente en una adulta mayor, que a esta edad por lo general, se han realizado metas, como el ser madre por ejemplo; que en una adulta joven, digamos que entre 20 y 30 años, ya que puede ser sumamente difícil, si aún no es madre, si no tiene una pareja estable, elegirla, formar una familia suelen ser deseos importantes en esta etapa de su vida, pero más aún si atraviesa por esta enfermedad.

Entonces la aparición de la enfermedad en una parte, donde se ve amenazada la capacidad reproductora, puede suceder que la mujer tienda a aislarse, evite o se sienta evitada en sus relaciones íntimas y sus propios sentimientos sexuales, y aquellos de sí misma y de su cuerpo no le permitan sentirse completa.

La relación que establece cada mujer con su cuerpo, es significativo para su propia imagen, estimado y valorado, para ganar la aceptación y el amor del otro (pareja). Los cambios físicos que producen las cirugías o los tratamientos pueden producir que algunas mujeres no se sientan a gusto consigo mismas.

Las personas están acostumbradas a compartir los momentos saludables, pero al enfermar la compañera se perderá la capacidad de disfrutar de muchas de las rutinas habituales que acostumbraban. Puede haber momentos en que la pareja pierda ese vínculo y se distancien o se muestren indiferentes el uno al otro, posiblemente lleguen a un punto donde el agotamiento físico sea notable. Es en este proceso de la enfermedad donde la capacidad de adaptación de la pareja se pondrá a prueba.

Si la vida sexual y de pareja ya está algo quebrantada, la enfermedad viene a ser un factor precipitante de rompimiento, si la pareja no puede adaptarse a los cambios, ya que la enfermedad de por sí genera cambios y puede ser algo que sobrepase las fuerzas de la pareja y la relación tiende o puede romperse.

En fin la sexualidad es definida por cada persona y su pareja de acuerdo con su edad, sexo, actitudes personales y valores religiosos y culturales. Lo cual a la vez va acompañado de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben y entorpezcan las relaciones sexuales.

3.2 Implicaciones en la vida sexual de las mujeres.

La sexualidad se proyecta más allá de la dimensión de la salud, si bien la definición de salud sexual que resulta de la Conferencia de El Cairo en 1994, al plantear que la salud sexual contribuye al mejoramiento de la vida y las relaciones personales y no solo atención y cuidado referidos a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual; abarca las prácticas sexuales y la comunicación que están por fuera de las políticas sanitarias, pero que ejercen una fuerte influencia. (OPS/MINSA. Perfil género y salud de la República de Panamá. 2010:24,25)

La sexualidad de las pacientes con cáncer es un aspecto importante en su calidad de vida, al pasar por un cáncer puede crear importantes dificultades en la vida sexual de estas mujeres y sus parejas.²³

Por otro lado no solo la enfermedad del cáncer puede influir en la sexualidad y vida de pareja de la paciente; por eso se dice que son múltiples los factores que inciden “la ignorancia, la falta de información sobre el cuerpo y el desconocimiento de las cosas que a la pareja le puede excitar, el cansancio, el estrés del trabajo, las preocupaciones, ya que las mujeres son las últimas en acostarse, porque han tenido que

²³ . [http://www. Salud.gov.pr/Cáncer Ginecológico/registro del cáncer/pr](http://www.Salud.gov.pr/Cáncer_Ginecológico/registro_del_cáncer/pr).

preparar hasta el último detalle de la ropa, o la vida del resto de la familia, por lo cual no es fácil meterse en la cama, desconectar la mente para relajarse, concentrarse, sentirse amorosas, seductoras; son cosas que hacen que no reaccionen sexualmente.”(Lozada,(1982)).

Por otro lado le añadimos los tratamientos utilizados de radioterapia, quimioterapia, las intervenciones quirúrgicas, incluso algunos medicamentos, pueden limitar considerablemente las relaciones sexuales. La terapéutica oncológica puede ser un interruptor de la actividad sexual por las secuelas que estos acarrear a los órganos genitales femeninos.

Cualquiera que sea las circunstancias, las actitudes sexuales varían de paciente a paciente, puede ser que algunas pacientes tengan poco o ningún cambio en lo que respecta a la vida sexual y de pareja.

Una paciente comentaba, cuando se le preguntó cómo estaba manejando su sexualidad ahora en estos momentos de su enfermedad y dice “que para ella la enfermedad era como una clase de pared que se levantaba entre dos personas”. Es importante hacerle saber que ella sigue siendo la misma persona en medio de todo lo que la enfermedad involucra.

Sin embargo, como mencionamos anteriormente los tratamientos a los que se haya sido sometida la paciente, puede tener algunas implicaciones

sobre su vida sexual y de pareja, como consecuencia de los mismos. Por ejemplo.

3.3 La cirugía

Una histerectomía no cambia la capacidad en una mujer de sentir placer sexual. Pero puede ser que algunas mujeres se sientan menos femeninas, se vean vacías o disminuida de su femineidad, por ende una baja en la autoestima, tales pensamientos negativos pueden impedir que la mujer considere la actividad sexual como algo que aún puede tener y disfrutar.²⁴

3.4 Radioterapia y Quimioterapia

La radioterapia y la quimioterapia son tratamientos que producen algunos efectos secundarios sobre su vida sexual, en las pacientes que han recibido esta modalidad terapéutica. “La radiación pélvica produce cambios en la vagina, estenosis vaginal (estrechamiento) exámenes vaginales dolorosos, dispareunia (relaciones sexuales dolorosas), infertilidad, privación de estrógenos, posibles síntomas menopáusicos, infecciones urinarias frecuentes, a nivel emocional, labilidad afectiva,

²⁴ . www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sexuality

cansancio e irritabilidad, estas son secuelas propias de estos tratamientos”. (González, op Cit. (2007)).

No solo los tratamientos producen estos efectos sobre la sexualidad de las mujeres, también la enfermedad genera sentimientos intensos, depresión, angustia, tristeza, y ansiedad que se unen a los temores y preocupaciones propias de una enfermedad que amenaza su vida”. (González, su.cit).

Otras perturbaciones relacionadas con la radioterapia y la quimioterapia son las sensaciones de severa fatiga, agotamiento físico, las náuseas, los vómitos, la diarrea, donde también se evidencia la pérdida de peso, síntomas que añaden un componente más que puede afectar la relación sexual de la paciente y su pareja.

El dolor es el problema más común entre las mujeres. A menudo se relaciona a cambios en los tejidos vaginales, o al tamaño de la vagina y la sequedad en ésta. Estos cambios pueden ocurrir tras la cirugía pélvica, la radioterapia, la menopausia o el tratamiento que ha afectado las hormonas femeninas. (González, su.cit).

Los profesionales sanitarios debieran advertir o hablar de las preocupaciones sexuales con la paciente y su pareja antes de una intervención terapéutica, intentar disipar los conceptos negativos que puedan tener y seguir ofreciendo consejos después de estos (Berek, (1997)).

Recordar que el diagnóstico de una enfermedad oncológica no representa el final de la sexualidad (Die Trill, (2000)).

Lo importante es que las pacientes a igual que la pareja, puedan recibir una atención oportuna, preventiva, educativa y terapéutica desde el momento que sean diagnosticadas y de ésta manera reducir las dificultades que se pudiesen presentar en torno a este tema de la sexualidad.

3.5 Impacto en la dinámica de pareja.

Cuando se habla de pareja se está hablando de” Un sistema basado en el amor, que involucra a dos seres hombre-mujer- que forman una unidad armónica para crecer juntos” (Aguilera, (2003)).

Ante el diagnóstico de cáncer, para la mujer, la pareja debe ser pilar fundamental, ésta responde a una de las necesidades primordiales de la vida; una relación de amor, de comprensión, de intimidad, de fidelidad, de placer y de libertad sexual, el vínculo afectivo que se establece entre ambos, la capacidad de la mujer y su pareja de poder expresar sus sentimientos y emociones de una manera espontánea, puede ser sumamente importante.

A través de los siglos, la existencia de una persona especial, con quien relacionarnos también de manera especial, ha sido la inspiración de la mayoría de la gente. Por medio del vínculo de la pareja, cada miembro de éste busca, aparentemente el mismo sueño:

- Romper la amenaza de vivir en soledad o en vacío
- Lograr la comprensión de la otra persona
- Comunicarse de manera íntima
- Alcanzar una aceptación de la otra persona en su totalidad, incluidos el cuerpo y la sexualidad.” (Lozano (1982)).

El hablar de “sexo” con la pareja es una de las cuestiones más difíciles que enfrenta la gente y en este caso las pacientes o las mujeres, y trae como consecuencia el no saber cómo está la salud del otro, hay parejas

que refieren nunca haber hablado de sexo, de cómo llevan las relaciones sexuales, de que quieren etc. (Lozano, (su. cit. 1982).

Las relaciones de pareja, matrimoniales u amorosas son difíciles de establecer y mantener y se vuelven más difíciles cuando se enfrentan a una enfermedad como esta.

De aquí entonces la importancia de saber que en cualquier momento o etapa de la enfermedad de la mujer, el apoyo de la pareja es fundamental para su rehabilitación total e integral. Algunas mujeres posiblemente tengan esa comprensión de su pareja, adaptándose a largas etapas de abstinencia sexual, y exista poca presión por parte de ellos en este sentido.

La forma en la que una pareja vive su relación viene determinada tanto por las características particulares de sus miembros estilo afectivo, historia de aprendizaje, experiencias en relaciones románticas previas, etc., Como por el contexto cultural y social en el que se inicia y se desarrolla (factores culturales, roles de género, etc.).

Todos estos aspectos van a ser determinantes en las dinámicas de interacción que se generen en la pareja y por lo tanto, en el ajuste y la calidad de la misma. ²⁵

Sin embargo, la pareja pasa por una situación crítica; por un lado la persona enferma puede experimentar sentimientos contradictorios, como culpa, vergüenza o agresividad, incluso aislarse al momento que más apoyo necesita y por otro lado la pareja puede experimentar sentimientos negativos intensos, como miedo al contagio, a las nuevas responsabilidades, a sufrir una posible pérdida, que puede llevarlo a la huida y por ende al abandono de la persona enferma lo que produce en la mujer sentimientos de desvalorización de su propia imagen proyectada al otro. (Die Trill, op Cit.(2000)).

“La pareja que vive con una enfermedad de cáncer tiene la oportunidad de re-pensar que es lo importante y que es lo trivial (reorganización de prioridades) en la vida como pareja y dentro de la unidad familiar”. (Bloom, J.R. & Bayden L. C. (2000)).

Con todo lo antes señalado, hemos percibido que la sexualidad en las mujeres con cáncer ginecológico puede convertirse en una dificultad

²⁵ <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/>.

cuando la paciente no está en condición física de sostenerlas, y este se convierte o puede convertirse en un punto vulnerable, y tanto ella como la pareja pueden optar por obviarlas de sus vidas en esos momentos, además de que por recato o cuestiones de crianza sentir pena hablar del tema y por lo tanto no lo abordan.

Además debemos tener presente que la paciente por sí misma no va a informar al médico u personal de salud que sufre o presenta un problema sexual con su pareja y debe ser para nosotros indispensable preguntar acerca de la sexualidad como parte de la atención oncológica de la mujer. Para cada mujer la experiencia de un cáncer ginecológico es única e individual.

En toda dinámica de pareja existen una serie de áreas que podrían verse afectadas y que pueden condicionar la dinámica y la calidad de la relación de los miembros. Entre estas podemos mencionar algunas.

3.6 La comunicación:

Su importancia reside en el hecho de que es el mecanismo principal a través del cual la pareja expresa sus sentimientos y se transmite información relevante al otro siendo además el vehículo principal utilizado

en la resolución de problemas, aspectos esenciales para la calidad de la relación. (Agudelo, (2005)).

En la familia es necesario que la comunicación esté atravesada por la claridad en lo relacionado con los límites, las jerarquías, los roles y los espacios que se habitan, porque si esto es confuso el vínculo comunicativo y la interacción familiar se pueden ver afectadas por los malos entendidos entre los miembros del grupo, lo que genera ruptura del vínculo afectivo-comunicativo y poca cohesión familiar. (Agudelo, su cit. 2005:3)).

La comunicación entre la pareja y el resto de la familia es una herramienta esencial, si una familia no puede compartir información, sentimientos, es posible que no pueda hacer frente a las dificultades que surjan de la enfermedad.

Una comunicación adecuada es la clave para adaptarse a su rutina sexual cuando se experimenten cambios en su cuerpo debido a la enfermedad, de otro modo la pareja podría temer que el sexo pudiera lastimarle y una comunicación de doble vía podría lograr resultados muchos más positivos.

3.7 **El afecto.**

El afecto es un aspecto central en las relaciones de familia. El intercambio afectivo, es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano, debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; así mismo, el afecto es clave para comprender la dinámica familiar. (Torres, Velásquez. (2008)).

El contenido principal del afecto es la emoción, y los sentimientos. El afecto puede ser positivo, que es un sentimiento transitorio o estado emocional de placer activo o negativo que también es transitorio, incluye ansiedad, depresión, pena, pesimismo y otros síntomas de perturbación psicológica (Rice, F. Philip. (1997)).

Relacionado esto, a la afectación emocional y física que causa la enfermedad en las mujeres se hace importante el apoyo, los vínculos con la familia, esposo hijos son esenciales, para el bienestar de todos los miembros, puede ser que a mayor soporte emocional y afectivo por parte de la familia, menor deterioro físico y emocional de la paciente.

3.8 **Los roles:**

Un rol es un papel o una función que desempeña alguien en una situación, ya sea por un momento o por tiempo limitado. (Lozada, op Cit. 1982)).

Para la mujer, es importante sentir que su pareja contribuye en las tareas, primero por la sensación de equidad que genera y segundo, por la repercusión positiva que tiene el percibir que la pareja es sensible y capaz de ponerse al lado de sus necesidades y deseos.(Lozada, su. cit)).

Es necesario reorganizar el funcionamiento familiar, que ayude con las tareas que antes la mujer realizaba sin la ayuda de nadie. En este aspecto es importante que la pareja pueda hablar sobre qué cambios requerirán hacerse en las rutinas familiares. De ésta forma, puedan tomar decisiones como un equipo y colaborar para facilitar la situación en lo posible con los cambios que ahora serán parte de la vida como familia.

Puede que sea difícil para la paciente el no poder hacer todo lo que solía hacer antes y la inversión de roles le haga sentirse que es una carga y tener que ser dependiente de su familia. Pero en definitiva la enfermedad

de cáncer es un problema que toda la familia debiera asumir la responsabilidad de enfrentarla juntos.

3.9 **Situación socioeconómica.**

Las exigencias económicas, para enfrentar la enfermedad, es un aspecto importante que se ve afectado o golpeado dentro de la dinámica de familia, para enfrentar los tratamientos, los exámenes que deben realizarse, los gastos de pasaje, compra de medicamentos, una mejor alimentación, incrementa aun más los gastos dentro del hogar y la familia debe hacer una redistribución de los recursos económicos, para hacer frente a los nuevos gastos, todo esto puede ser una situación que en ocasiones sea motivos de conflictos entre los miembros de la familia dado que solo un miembro es el que trabaja, además el ausentarse repetidamente de su puesto de trabajo debido a las necesidades de acompañamiento que genera la enferma, incluso también pueden ser motivos de interrupciones familiares.

3.10 Los valores familiares

Son aquellas ideas innegables que constituyen la base por lo que la persona actuará automáticamente ante cualquier situación. Así se forman los lazos de amistad, relaciones de pareja, o grupos sociales. En cualquier caso es importante que haya respeto a los de cada persona, aunque no se comparta (Campos, Flores Nivia. (2011)).

Es el caso de los valores religiosos y espirituales, pacientes de cáncer dependen o se apoyan de las creencias y prácticas religiosas o espirituales, que les ayuda a hacer frente a su enfermedad.

Los términos espiritualidad y religión a menudo se usan sin distinción, pero para muchas personas tienen diferentes significados. La religión se puede definir como un conjunto específico de creencias y prácticas compartidas, habitualmente dentro de un grupo organizado. La espiritualidad se puede definir como el sentido que le da un individuo a la paz interior, propósito en la vida y la relación con los demás, y las creencias acerca del significado de la vida. ²⁶

²⁶ <http://webcache.googleusercontent.com/>.

Cabe señalar que posiblemente a lo interno del grupo familiar algunos miembros tengan otras inclinaciones religiosas, diferente a las de la paciente y puede ser que induzcan a la enferma u otros miembros de la familia a cambiar sus creencias. Lo cual también trae conflictos religiosos en el grupo familiar. Por eso es muy importante que independientemente de cuál sea las creencias, valores de la familia o la paciente debemos ser respetuosos y no juzgar, porque es la forma en la que ellas (paciente) se apoyan para seguir adelante.

Por otro lado las diferentes lecturas leídas relacionadas al cáncer hablan de que el cáncer es conocido como una enfermedad familiar porque el diagnóstico afecta a todos los que rodean al paciente: la pareja, los hijos, los padres, los amigos.

Se define a la familia como una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad (Velasco L. María. (2001)).

En otra definición la familia es “un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción” (Torres, op. Cit. (2008)).

Conocer la dinámica familiar es importante para entender cómo funciona cada familia y así poder planificar mejor su atención integral.

La dinámica familiar es el tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia, padre, madre e hijos al interior de ésta, de acuerdo a la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y la toma de decisiones. (Velásquez, op.Cit. (2008)).

Por esto puede resultar complicado explicar la manera en que un padecimiento como el cáncer afecta la dinámica de una familia. Esto debido tanto a las diversas manifestaciones y grados de invalidez que la enfermedad puede suponer, sin olvidar, por supuesto que existe un sinnúmero diverso de organizaciones de familia (Velásquez, su. cit).

Si se desea que la familia llegue a aceptar la enfermedad, deberá conocerla de manera que le sea posible emprender acciones para manejarla y no permitir que esta sea la que los maneje a ellos (Velasquez, su. cit.)

El que la familia comparta los sentimientos durante la enfermedad, será una de las metas al tener que reconocer el miedo, la tristeza, compartir la desesperanza y así poderse fortalecer mutuamente.

Puede ser que algunas veces sentirán que la vida familiar no está en armonía, esta es una situación donde cada miembro tiene diferentes maneras de reaccionar ante las situaciones difíciles como es esta enfermedad. Algunos miembros de la familia optan por:

- Involucrarse más de la cuenta en sus tratamientos o en la vida de la paciente.
- Sobreproteger en extremo a la enferma
- Dejarse absorber más por el trabajo
- Alejándose de la situación
- Involucrándose en actividades externas fuera de casa
- Participar lo menos posible en el proceso de la enfermedad

Aunque todo esto puede ser difícil, el hablar sobre los diferentes estilos para enfrentar la situación les ayudará a respetarse, a entenderse unos a otros y al final de cuentas, a trabajar juntos y fortalecerse como unidad. También la presencia de la enfermedad puede ser un potencial de peligro para la disrupción familiar o como una oportunidad de unión, de fortalecimiento, recuperación, adaptación, comprensión y satisfacción de las necesidades y demandas de cada miembro de la familia.

Con todo lo anterior expuesto, y a sabiendas de las posibles dificultades a las que se podría enfrentar la paciente y que repercute también en la relación de pareja, existen algunas recomendaciones. Por lo que según ésta autora (Die Trill, (2000)). Es recomendable no dejar de preguntar por los siguientes puntos:

- No dejar de preguntar sobre la sexualidad en el contexto general de la evaluación diagnóstica. El paciente habitualmente no toma la iniciativa porque ignora sus problemas, los niega o simplemente, porque le avergüenza.
- Evaluar antes, durante y después de los tratamientos la enfermedad.
- Explorar hábitos, conductas, sentimientos y actitudes hacia la sexualidad y en relación con la enfermedad.
- Evaluar en relación con la pareja, considerando también sus criterios.
- Ser respetuoso y delicado en el interrogatorio, considerando las ideas morales, la educación y la ética del enfermo. Avanzar en la medida que el paciente va dando señales de interés por el tema o manifiesta intenciones de seguir abordándolo. Profundizar en la evaluación siempre desde sus necesidades y su pareja, que sean reportadas ante la demanda de ayuda.
- Considerar, al evaluar posibilidades de tratamiento, que a pesar de que, en general, la disfunción sexual es tratable, no siempre se

conseguirá solución fácil y rehabilitación definitiva, y hay que enfocar esto con el enfermo de forma constructiva.

- Explorar mecanismos del paciente para canalizar su sexualidad afectada o infructuosamente tratada.
- Investigar sobre efectos secundarios de medicamentos, frecuentemente obviados ante la valoración de la influencia de tratamientos como la cirugía y la radioterapia.

Es necesario discutir sobre sexualidad con nuestros pacientes. Ellos tienen derecho a saber que trastornos sexuales van a tener luego o durante el tratamiento. En definitiva, la enfermedad del cáncer y sus tratamientos producen secuelas físicas y psicológicas, y por ende la aparición de dificultades sexuales.

3.11 Aspectos socioculturales relacionados con el tema.

Actitud social y creencias culturales hacia el cáncer, estas van a afectar, por un lado como se perciba y se trate a la persona que padece cáncer desde el ámbito social y por otro lado, como se perciba la propia persona y como perciba la enfermedad y su futuro (Die Trill. op cit.).

Dada la compleja estructura social de los países, donde en una región o provincia se pueden encontrar grupos de poblaciones con marcadas diferencias en el nivel socio-económico, así como la desigual distribución de los recursos de salud pública que condiciona diferencias en la detección oportuna de las enfermedades oncológicas.

El nivel socio económico es un factor estrechamente relacionado con el estado de salud. Se ha descrito en diversos estudios internacionales, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, que diferentes indicadores de pobreza están asociados a peores estados de salud y dificultades en el acceso a servicios de salud. En este sentido, la literatura ha demostrado que con una mayor cobertura y mejora en la capacidad diagnóstica y del personal de servicios de detección temprana de neoplasias en poblaciones de bajos recursos es posible lograr una mayor eficacia en el manejo de los pacientes con cáncer.²⁷

Por otro lado están las creencias, las diferentes cultura abrigan una serie de creencias respecto a esta enfermedad, las diferentes culturas tiene su propio imaginario social y la gente la vivencia de acuerdo al tipo de crianza o ambiente familiar en el que crecieron o educación recibida, puede ser que algunas mujeres, por ejemplo de la cultura indígena

²⁷ <http://www.scielo.org.pe/scielo>.

piensen que su enfermedad es producto de brujería y que sus tratamientos no están en manos de la ciencia médica, sino de hierberos o brujos.

3.12 Intervención del Trabajador Social

Definición 1.

Se define Trabajo Social, como la disciplina que estudia las causas-efectos de los problemas sociales y que pretende lograr que los individuos adopten una actitud preventiva- transformadora que los supere. (González, op Cit. (2007)).

Definición 2.

También encontramos la definición de ANDER-EGG, Ezequiel (1986:459), lo define como aquel que lleva a cabo una actividad que se realiza actuando sobre algún aspecto de la realidad social en vista a mejorar y transformar las condiciones sociales del individuo, grupo o comunidad.

Día a día se diagnostica un gran número de casos de cáncer en el mundo y con las nuevas tecnologías, en el área de la salud y más

específicamente en el campo oncológico se enciende una luz de esperanza para los pacientes que padecen de esta enfermedad.

Como trabajador social nos enfrentamos a diferentes retos, y como profesionales debemos estar preparados a ofrecer una atención pertinente y apropiada con este tipo de temas. La pretensión de tener una percepción y vivencia de la propia pacientes constituye un recurso valioso a valorar desde nuestra profesión.

La intervención social está dirigida a minimizar el nivel de impacto de la enfermedad y que la misma perjudique lo menos posible la dinámica y la armonía familiar, intentando que la familia recupere sus capacidades para reorganizarse y mantengan sus relaciones internas lo más equilibradas posible.

El manejo integral del paciente oncológico, durante todas y cada una de las etapas de su enfermedad demanda por parte del Trabajador Social conocimientos científicos y específicos, además de ser necesario un entrenamiento especial para su desempeño en las áreas relacionadas con la atención de éste tipo de pacientes, y para esto debemos superar los estereotipos y propios prejuicios, de manera que nos permita intervenir

de forma apropiada en cada caso y en cuestión de sexualidad, ya que es un tema íntimo y de delicado manejo.

Para el Trabajador Social, la paciente no es solo un individuo con problemas, es una persona que está inmersa en un contexto social, que pertenece a una familia, y que tiene una variedad de recursos internos, que pueden ser dirigidos para seguir adelante con las consecuencias que puede producir la enfermedad.

El contacto directo con las pacientes y su pareja nos dan la oportunidad de conocer las preocupaciones y la importancia que tienen cada una de las necesidades de las mujeres con cáncer ginecológico y su sexualidad, dado que brindamos una atención directa y permanecemos mayor tiempo con las pacientes y esto representa un puente para que ellas tengan la confianza de exteriorizar sus preocupaciones sexuales y de pareja.

Debemos ser congruentes con los principios y valores que orientan nuestra profesión, como también los valores que orientan y guían a las pacientes y su familia.

Reconocemos que el conocimiento fundamentado para la intervención y cuidado de la paciente con cáncer ginecológico en lo que refiere a su sexualidad se hace importante. Propiciando la apertura del abordaje de la sexualidad y reconociendo su importancia y relevancia para el desarrollo de las mismas.

Respetar las ideas y deseos de las pacientes al igual que sus parejas, mostrando interés por conocer sus necesidades, inquietudes y expectativas. Conocer y respetar las características particulares de cada paciente. Escuchar y validar las opiniones, para conocer el significado que las pacientes y su pareja le asignan a sus experiencias. Mantener un diálogo abierto y sincero, de manera que se logre generar empatía y sensibilización ante lo que puedan estar pasando.

No pretendemos para nada, con nuestra intervención ser invasivos e irrumpir bruscamente en su intimidad, ni en su dinámica familiar, igualmente tampoco, en generar situaciones de mayor estrés familiar. Se busca desarrollar sus capacidades para enfrentarse a las situaciones problemas, y puedan adaptarse lo mejor posible a las experiencias negativas o desfavorables que estén viviendo.

Consideramos que la enfermedad y sus tratamientos producen suficientes motivos físicos, incluso psicológicos, para que aparezcan problemas de índole sexual y es allí que nosotros como trabajadores sociales debemos estar preparados para intervenir o brindar tratamiento oportunamente a estas pacientes, ya sea por situaciones que se deriven de la enfermedad o relacionadas a la misma y teniendo siempre presente que el ser humano es un ser biopsicosocial, lo cual quiere decir que ningún profesional podrá enfrentarse en solitario a la realidad socio familiar de cada paciente. Teniendo en cuenta que todo problema es siempre complejo y se presenta como una cadena de causas- efectos que debemos desenmarañar para dar solución.

Somos personas que trabajamos con personas, necesitamos la capacidad de comprender, de mirar, escuchar a quienes recibimos. Se necesita la capacidad de crear las condiciones por las cuales somos vistos, y acuden a nosotros.

Para brindar una atención de calidad se requiere aplicar diferentes modelos de intervención en trabajo social, según sea el problema presentado por el paciente y su familia, intervención que debe ir estrechamente coordinada con las intervenciones terapéuticas de médicos, enfermeras y psicólogos.

3.13 Descripción general de los modelos de atención propuestos como marco teórico-metodológico, que nos ayudaran para sustentar más adelante la propuesta.

Los modelos propuestos:

- **Modelo biopsicosocial.**

Partimos de que el ser humano es un ser biopsicosocial, cualquier aproximación al mismo ha de hacerse a través de un enfoque interdisciplinar, significa que no podemos abordar la complejidad de los problemas ni resolverlos de forma aislada, ninguna profesión podrá por sí mismo enfrentarse por solitario a la realidad social del paciente y su familia.

La enfermedad fue considerada desde entonces un problema exclusivamente pato fisiológico y sólo a través de la biología los médicos encaraban su curación, pero, al parecer no era suficiente y quedaban un serie de desórdenes medicas sin explicación, pero estudiosos como Freud enfatizaron la importancia de dar una mirada sobre la interacción de los factores psicológicos, físicos y sociales en

las dolencias que permanecían sin explicación y tratamientos eficaces.
(lo bio).

Lo psicosocial; frente al paradigma tradicional, Engel en 1977 propone un modelo que se apoya en la concepción de que en todos los estadios del proceso salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales implicados, tanto en lo que respecta a un estadio de salud como en los diferentes niveles de enfermedad, hace preferencia, especialmente, al sistema psíquico el cual define como una organización dinámica de las funciones mentales que recibe estímulos tanto de fuerzas internas como externas (ambiente).

Este modelo ya no piensa a la persona dividida; sino que la comprende de un modo holístico como la integración de sistemas y subsistemas siempre interrelacionados en un proceso dinámico y transaccional, como determinantes biológicos de las enfermedades.

Para el modelo biopsicosocial ya no es el cuerpo el que enferma, es el ser humano en su totalidad. La incorporación de elementos psicológicos y sociales como factores de riesgo de diferentes enfermedades, se han considerados desde estos dos modelos de intervención.

Que exige un mayor intercambio interdisciplinario, nos permite una mayor comprensión de la patología que desemboca en un desarrollo más amplio en lo concerniente a la Prevención y la Rehabilitación integral de la persona apuntando a mejorar su calidad de vida.²⁸

Desde esta perspectiva el trabajador constituye a la persona y su ambiente en un campo de acción integral, qué factores tanto en el individuo como en el ambiente afecta al sistema psíquico y por lo tanto, su funcionamiento social.

La manera de intervenir el trabajador del social sería:

- Realizar un estudio de las necesidades.
- Identificar el problema.
- Encontrar la situación además del problema.
- Hacer un plan.
- Actuar.
- Ejecutar.

²⁸ www.psicologiadelasalud.-modelo-biopsicosocial.html.

La atención psicosocial al paciente y familia debe estar disponible a lo largo de todas las fases o estadios de la enfermedad oncológica.
Instituto Catalá de oncología (2003).

- **Modelo de intervención en crisis:**

Definido como una situación difícil pero temporaria, que coloca al sujeto o grupo en un estado de presión interna controlable, de severa ansiedad y/o depresión (Ruiz González, Magalis (1994)).

Este modelo considera la crisis como un desajuste, un acontecimiento con riesgo, que vive la persona, con sentimientos de amenaza y de pérdida traumática. Puede ser eficaz al momento que la crisis está latente, reconstruido el equilibrio, resulta difícil reconstruir determinadas actitudes o conductas inadecuadas que generan malestar y sufrimiento. Exige intervenciones de corto plazo y un trabajo intenso para superar lo más rápido posible la transición de la crisis aguda a una fase de mayor estabilización (De Tejada, Hildauro. (pag.74)

El objetivo de este modelo es; brindar un espacio de relajación de la experiencia represiva, de catarsis emocional, análisis de la historia vital del afectado en general, y la composición actual del grupo familiar, objetivación de la situación actual.

Este modelo es adecuado en la intervención social que realizamos, utilizado a diario considerando el escenario institucional en el que trabajamos, una persona que se le diagnostica cáncer entra en un estado de crisis, por su gran impacto emocional, ya que el cáncer tiene connotaciones altamente negativas y se relaciona con la muerte.

- **Modelo de Enfoque Sistémico;**

Este modelo no nos transforma en terapeutas, sino que desde una línea de pensamientos operamos técnica y científicamente sobre la realidad, a fin de producir el cambio deseado, cambio que debe ser percibido como necesario por el sujeto o familia que convoca nuestra intervención. Y en el caso de nuestra profesión esta actividad podría denominarse **Socio-terapéutica**. (De tejada, su.cit (pag.74)).

Este también es un modelo muy adecuado, ya que la familia es y funciona como un sistema y al verse afectado uno de sus miembros, es decir al presentarse la enfermedad del cáncer en uno de sus integrantes se va a ver afectado el funcionamiento de la dinámica de los integrantes de acuerdo al rol que ocupa cada uno dentro del sistema, y nuestra intervención va dirigida a modificar lo que se interpone en el funcionamiento.

- **Modelo Labor de Consejo (counseling).**

Apunta a lograr una comprensión mutua de las necesidades de los sujetos, se centra en ayudar al sujeto a que logre explorar su propia personalidad, comprenderse a sí mismo, y a tomar decisiones seguidas de la acción correspondiente.

El objetivo de este modelo es ayudar al sujeto a que vea que tiene el control sobre su propia vida y en la toma de decisiones, a que se sientan con la libertad necesaria para poder expresar sin inhibiciones, a comprender que los sentimientos son involuntarios, no pudiendo una persona elegir como se siente por consecuente no ser responsable por eso. (De Tejada, su. cit (pag.74)

Definitivamente éste modelo nos permite una interacción directa con el paciente y la familia, facilitando la escucha, la expresión de sentimientos, prestar atención al lenguaje corporal, permitiéndonos brindar una atención con respeto al sujeto, la familia y la confidencialidad del problema presentado.

- **Modelo de solución de problemas:**

La autora González Ruiz, Magalis (1994:279) expone que éste modelo tiene el propósito de remover bloqueos, que entorpecen un funcionamiento social adecuado y que los clientes no pueden remover utilizando sus propios recursos.

La intervención del profesional de ayuda consiste en involucrar a los clientes enseñándoles a buscar una forma racional de solucionar el problema o necesidad.

Este modelo tiene siete etapas.

- Definición preliminar del problema o necesidad, la cual debe ser lo suficientemente precisa o individualizada de manera que

permita ver la claridad de la acción de los pasos próximos a seguir.

- Desarrollo presunciones preliminares relacionadas con la naturaleza del problema.
- Selección y recopilación de información relacionada tratando de llegar a todas las fuentes que puedan proveer este tipo de información, tales como históricas, socio-psicológicas, biológicas, económicas políticas, religiosas y éticas.
- Análisis de información disponible, que se refiere a la consideración de todos aquellos datos que inciden en la situación.
- Desarrollo de un plan que va dirigido a remover los obstáculos, ya señalados desde el principio.
- Implementación del plan, es decir desarrollar el plan formulado, llevar a cabo las acciones ya definidas dirigidas a remover el bloqueo.
- Evaluación del plan, que concentra los efectos de la implementación del plan en la situación o problema.

Este modelo también es muy útil y adecuado en nuestro escenario de intervención, ya que el paciente con cáncer y su familia llegan a un punto de crisis que desajusta a la funcionabilidad familiar previamente dominada por el grupo, por tanto la enfermedad genera una multiplicidad de problemas sociales, desorganiza a la familia, desde quien lo cuida, hasta quien lo lleva a sus citas médicas, desestabiliza el equilibrio, por tanto el trabajador social debe tener el conocimiento técnico y la habilidad de reorganizar al sistema que se deteriora.

- **Modelo de autoayuda:**

Se define como la capacidad de superar una crisis o situación problemática, a partir de movilizar los recursos propios de un sujeto.

Aunque no es tan simple que todas las personas puedan descubrir sus propios recursos internos, su propia fuerza vital, para encarar la solución de problemas. (Gonzalez, op Cit.1994))

Estrategias sugeridas son:

- Ayudar al sujeto a obtener un conocimiento preciso y efectivo de la situación.
- Ayudarlo a enfrentarse con los sentimientos negativos de ansiedad, culpa y depresión.
- ayudarlo a percibir y usar la red de recursos y de relaciones de roles apropiados a la situación. También para afirmar al sujeto, hacia su funcionamiento autónomo.

Este modelo es útil en nuestro escenario de trabajo, ya que nos permite la integralidad de personas con diferentes diagnósticos pero con una enfermedad llamada cáncer, compartir experiencias vividas les transmite fortalezas a otros para enfrentarla y poder continuar.

- **Modelo de fortalecimiento de la identidad femenina:**

Éste modelo surge como respuesta a la desvalorización y maltrato que padece la mujer por el hombre, situación que se da tanto en el medio familiar como el social (González, (1994)).

El sexo femenino estuvo asociado a la procreación, al cuidado de los hijos, al trabajo doméstico para el mantenimiento cotidiano de la propia familia. Para el imaginario social, la familia es el lugar por excelencia de mujer, al ser el lugar de la intimidad, de los afectos y el mundo privado, dejando a la mujer poco margen para encontrarse consigo misma.

A nuestro juicio, éste modelo encaja muy bien en el escenario donde se centra nuestra intervención, que es el área de ginecología, las mujeres que se les diagnóstica un cáncer en los órganos reproductores, en algunos casos son abandonadas por su pareja o esposos, para ellos (hombres) la mujer es objeto sexual, de procreación, da satisfacción, no miran más allá de una mujer como tal, y el camino más fácil es el abandono.

Es en este sentido es donde apuntamos a fortalecer la confianza en sí mismas, la autoestima, la autonomía, a ser protagonistas de su propia historia, orientándolas a emprender acciones para mejorar su situación, que pueden seguir sin esa persona que fue capaz de abandonarlas en los momentos más difíciles y cuando mayor apoyo requerían.

En conclusión el contexto actual exige que el Trabajador Social, en su práctica profesional cuente con orientaciones metodológicas y operacionales especiales, acorde a la realidad de las familias en un mundo cambiante y de acuerdo a la institución donde se desarrolle.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En el presente capítulo, presentamos el análisis y hallazgos, producto de la investigación de campo, el cual es de relevancia para poder presentar una propuesta dirigida a un modelo de atención integral, con miras a fortalecer las estrategias de intervención del profesional de trabajo social con pacientes diagnosticadas con cáncer ginecológico y a su pareja.

La presentación de los hallazgos se organizó en seis (6) áreas de análisis desarrolladas en la cobertura, los cuales hacen referencia a: perfil de la población estudiada y de las parejas, aspectos relacionados con el tratamiento de oncológico recibido, actitud asumida por las mujeres ante la información médica relacionada al diagnóstico y la enfermedad ginecológica presentada, modificaciones en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico, impacto del cáncer ginecológico en la dinámica de parejas de las mujeres, expectativas a futuro de la población en torno a la relación de pareja.

Tal como lo especificamos en el capítulo I. de éste informe, el escenario de investigación, lo constituyó el Instituto Oncológico Nacional (ION), cuya población sujeto de estudio estuvo formada por las pacientes con diagnósticos de cáncer cérvico uterino, cáncer de ovario y cáncer de endometrio, por ser éstos los diagnósticos de mayor incidencia en el ION, y que hubiesen recibido alguna modalidad de tratamiento como radioterapia, quimioterapia, individuales o combinadas, cirugía, cesium, y fueran mujeres con actividad sexual casadas o

no. Nuestro interés es conocer si la enfermedad presentada repercute en la vida sexual de las mujeres y su pareja.

Además se estableció como criterio las pacientes atendidas del 2010 hacia adelante, las cuales ya habían recibido algunos de los tratamientos mencionados, de manera que estos elementos nos permitieron aplicar el instrumento de recolección de datos, a nuestro juicio en este periodo de tiempo, podríamos identificar los posibles cambios presentados en la vida sexual de las mujeres y sus parejas, a raíz de la presencia del diagnóstico gineco-oncologico y los tratamientos a los que fue sometida.

En este mismo sentido, el instrumento se aplicó a una población de 81 mujeres, en edades entre 18-80 años respectivamente. La muestra seleccionada fue por conveniencia, se fundamenta en que dependíamos de la presencia de las mujeres en consulta médica de seguimiento del Servicio de Ginecología y por ende las que eran referidas al Servicio de Trabajo Social.

4.1. PERFIL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Para efectos de nuestro estudio fue necesario conocer las características socio familiares tanto de la paciente como de su pareja, por tal razón se tomó en consideración las variables de edad, sexo, estado civil,

escolaridad, datos relacionados a la pareja y el grupo familiar. En los casos que se creyó pertinente establecimos relaciones entre variables.

4.1.1. De las mujeres.

Estudiar esta área de análisis nos ayudó a tener un acercamiento a las características y perfil socio demográfico de las mujeres sujetas de estudio.

CUADRO 1. Edad y Estado Civil de las Mujeres

Para el año 2007, la esperanza de vida en Panamá alcanzó los 76 años según la Organización Mundial de la Salud. De igual manera se indica que las panameñas tienen una esperanza de vida de 78 años, que representa la tercera mejor en América Latina.

Según este mismo estudio, se espera que durante el siglo XXI la población panameña sufra un proceso de envejecimiento, con el aumento de la población de la tercera edad. Lo antes expuesto debe ser indicador para potenciar el tema de Políticas Públicas dirigidas a este sector de la población, que no solo tendrán

necesidades de mayor atención y cuidados, sino también de apoyo por las consecuentes enfermedades, propias del envejecimiento; como es el caso del cáncer.

Edad es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, variable que nos revela el potencial de crecimiento y productividad de la población estudiada, la cual tiene mayor relevancia tomando en cuenta la aparición de un diagnóstico como el cáncer ginecológico que puede interferir en el nivel de vida que se espera en determinadas edades de la población.

Estado civil, se entiende como la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles adquiridas. Esta variable es importante por cuanto puede incidir en la vida social y económica de la persona, ya que transforma sus necesidades y responsabilidades básicas de individuales a colectivas.

En el Cuadro N° 1 Agrupando los rangos de edades estudiados, que en los rangos de edades de 18 a 32 años tenemos 16.0 % de las pacientes, de 33 a 47 años se encontraban el 39.0 %, de 48 a 62 años el 38.0 % y mayores de 63 años un 7.0 %.

Estos datos despiden los siguientes indicativos:

- La característica de la edad como factor de riesgo para padecer cáncer ginecológico. Es una enfermedad que se presenta en mujeres en una edad altamente productiva y reproductiva.
- Es reducido el número de pacientes menores de 32 años con estos diagnóstico (16.0 %).
- Es considerable el porcentaje (39.0 %) de pacientes en el rango de edades altamente productivas 33 a 47 años. Factor que puede relacionarse con los efectos que puede tener la enfermedad y sus tratamientos en la vida reproductiva y productiva de la mujer. Además de la vida sexual y de pareja.
- Relevante igual el porcentaje (38.0 %) de mujeres entre los 48 y 62 años de edad, edades en donde está descrito en la literatura consultada, que existe prevalencia de riesgo de la enfermedad, en estos caso confirmada.
- No menos significativo es el 7.0 % de adultas mayores con la enfermedad.

El estado civil, está directamente relacionado con lo que se establece en el Artículo N° 26 del Código de la Familia y el Menor (2010: 29): “El matrimonio es la unión voluntariamente concertada entre un hombre y una mujer, con capacidad legal, que se unen

para hacer y compartir una vida en común”. Esta unión, conlleva efectos jurídicos relativos a los derechos y deberes de los cónyuges, al régimen económico matrimonial y a las relaciones paternas filiales.

En cuanto a la inclusión de esta variable en nuestra investigación, el estado civil es clasificado en las siguientes categorías expuestas según mayor porcentaje de incidencia:

- Unidas: 49.3 %
- Casadas: 34.6 %
- Solteras: 9.7 %
- En menor proporciones separadas (6.2%), viudas (1.2 %) y en el grupo estudiado no habían mujeres divorciadas.

Estos datos nos indican que el 83.9 % de la población estudiada tenía una relación de pareja con los consecuentes conocimientos de los derechos y obligaciones que la convivencia en pareja trae consigo. Además, de la tendencia de la población a convivir en uniones consensuadas (49.0 %). Importante diferencia se encuentra la declaración del status de solteras (9.7%) el cual no

es indicativo de ausencia de vida sexual activa, aunque no medie una relación formal de pareja.

La escolaridad de la población estudiada, nos indica el nivel educativo que la misma a alcanzado y la ocupación el oficio o actividad laboral remunerativa que realizan, la cual está directamente vinculada a la educación. Ambas variables en teoría pueden contribuir de una u otra manera al aumento de ingresos a nivel individual o social que permitan una mejor calidad de vida.

Cuadro No. 1
Edad y estado civil de las mujeres estudiadas con diagnóstico de cáncer
Noviembre 2012

Edad	Total		Estado Civil					
			Casada	Divorciada	Separada	Soltera	Viuda	Unida
	No.	%						
Total	81	100	28	0	5	7	1	40
18 a 22	0	0	0	0	0	0	0	0
23 a 27	3	4.0	0	0	0	2	0	1
28 a 32	10	12.0	0	0	1	2	0	7
33 a 37	5	7.0	1	0	0	0	0	4
38 a 42	15	18.0	6	0	1	2	0	6
43 a 47	12	14.0	4	0	2	0	1	5
48 a 52	10	12.0	4	0	0	0	0	6
53 a 57	12	14.0	4	0	0	1	0	7
58 a 62	9	12.0	6	0	0	0	0	3
63 y más	5	7.0	3	0	1	0	0	1

Fuente: Entrevista realizada por la autora

En el Cuadro N° 2, se analizan ambas variables que arrojan las siguientes características relevantes.

- El 58.0 % de la población estudiada destacaron ser amas de casa, de las cuales en su mayoría tenían bajos niveles de escolaridad; de esas únicamente 4.9 % tenía un nivel de universidad completa.
- Un 6.0 % indicó ser jubilada.
- Solo un 7.5 % de la población realizaba ocupaciones como profesionales, científicos, intelectuales o técnicos y profesionales de nivel medio. Los cuales tenían un mayor nivel académico.
- El 59.0 % de la población estudiada no superaba la secundaria completa, lo que es claro indicativo de un bajo nivel de escolaridad el cual incidió directamente en el tipo de ocupación que desempeñaban.
- A nuestro juicio consideramos que a mayor grado de instrucción académica mayor grado de comprensión de la información médica relacionada a su diagnóstico.
- En cuanto a la variable ocupación el 58.0% de las mujeres están encargadas de las tareas del hogar.

- Un 18.6% se dedica al trabajo de los servicios como; vendedores de comercios y mercados, y otro 6.0% son mujeres que están jubiladas.
- Según este cuadro, vemos a una población femenina que se ve afectada de manera directa por el desempleo, el empleo informal, que además le sumamos la casi nula valoración del trabajo en el hogar.

Cuadro No. 2
Escolaridad y ocupación de las mujeres con diagnóstico de cáncer estudiadas
Noviembre 2012

Ocupación	Total		Escolaridad						
			Ningún Grado	Primaria Completa	Primaria Incompleta	Secundaria Incompleta	Secundaria Incompleta	Universidad completa	Universidad incompleta
	Número	%	Número	Número	Número	Número	Número	Número	Número
Total	81	100	3	17	5	18	23	11	4
Profesionales, científicos e intelectuales	6	7.5	0	0	0	1	0	2	3
Técnicos y profesionales del nivel medio.	3	3.7	0	0	0	0	0	3	0
Empleadas de oficina	2	2.5	0	0	0	0	1	1	0
Trabajadoras de los servicios y vendedoras de comercios y mercados.	15	18.6	0	1	1	4	6	2	1
Artesanas t trabajadoras de la minería, la construcción la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines.	2	2.5	0	0	0	0	2	0	0
Trabajadoras no calificadas de los servicios, la minería, la construcción, la industria manufacturera, transporte y otras ocupaciones elementales.	1	1.2	0	0	0	0	1	0	0
Trabajadoras de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificables o no declaradas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pensionadas por invalidez	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jubiladas	5	6.0	0	0	0	2	2	1	0
Amas de casa	47	58.0	3	16	4	11	11	2	0

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.1.2. Status Laboral y tipo de Empresas

En cuanto a otros aspectos relevantes de la ocupación de las pacientes tenemos en el Cuadro No. 3, el comportamiento de las variables de status laboral y tipo de empresa en que se desempeñaban las mujeres.

- El cuadro nos muestra que el 65.5%, de las mujeres no trabajaban
- El 13.5% trabaja en empresa privada, otro 11.2 % trabaja de manera informal o independiente, y un 9.5% trabaja en el gobierno, el resto, es decir un 3.0% trabaja de forma eventual.
- Es decir que esta población en su total 52 mujeres no trabajan, 17 dicen tener un trabajo de forma permanente, 9 de forma independiente y una menor cantidad 3 mujeres dijo trabajar eventualmente.
- Lo antes descrito evidencia la dificultad de las mujeres que no trabajan, para hacer frente económicamente a una enfermedad tan demandante como el cáncer y los tratamientos, y las que trabajan no tienen un ingreso remunerado.

Cuadro No. 3

**Status laboral y tipo de empresa donde laboran las pacientes activas
laboralmente, diagnosticadas con Cáncer.
Noviembre 2012**

Tipo de Empresa	Total		Status Laboral			
			Permanente	Eventual	No Trabaja	Trabaja independiente
	Número	Porcentaje	Número	Número	Número	Número
Total	<u>81</u>	<u>100</u>	<u>17</u>	<u>3</u>	<u>52</u>	<u>9</u>
Empresa Privada	12	13.5	10	2	0	0
Gobierno	8	9.5	7	1	0	0
Independiente	9	11.2	0	0	0	9
No aplica	52	65.5	0	0	52	0

Fuente: Encuesta realizada por la autora

El siguiente cuadro refleja las respuestas, del ingreso mensual y la fuente de ingresos de las mujeres que no laboran, las cuales consignamos como respuestas múltiples, hallazgos relevantes:

- Un 6.0% declaró percibir ingresos producto de jubilación. Considerable mencionar que el monto de las mismas en la actualidad no permiten tener un acceso holgado a los costos del nivel de vida. Un 3.0 % recibía apoyo económico mediante pensión alimenticia.

- Un porcentaje de 66.0% de las mujeres con diagnóstico de cáncer ginecológico, depende del apoyo de familiares del hogar de convivencia y por lo general el ingreso es generado por la pareja de la mujer, siendo éste el proveedor de la casa, como también aporte económico de otros miembros de la familia que compone el hogar.
- Otro 24.0% recibe de otras fuentes de ingresos, que según indican, las encuestadas producto de; venta de comida, de dueros, chances clandestinos etc. Reflejo directo de las características de las variables antes mencionadas.

Independientemente de la fuente de ingreso se refleja un bajo nivel socio económico de las pacientes evaluadas, solo un 11.0% contaba con ingresos mensuales superiores a los B/. 701.00 balboas. Los cuales ante el elevado costo del nivel de vida, los bajos ingresos impiden tener acceso a una adecuada satisfacción de las necesidades básicas de un individuo.

Lo que se refleja en este cuadro es la brecha existente entre la pobreza y la mala distribución de la riqueza, en la cual la mujer es la mayormente afectada y la limitación del poco acceso a un mercado

laboral, y continúan representadas, como lo hemos venido mencionando en ocupaciones o trabajo considerados como tradicionales y ligados de forma histórica a las tareas del hogar, sin remuneración y por supuesto a la dependencia del hombre, que es la figura proveedora según lo arrojado en este trabajo de investigación.

Cuadro No. 4
Ingreso mensual y fuentes de ingreso de las pacientes que no laboran
 Noviembre 2012

Ingreso Mensual (B/.)	FUENTES DE INGRESOS															
	Pensión de Invalidez		Jubilada		Pensión Viudez		Pensión Alimenticia		Pensión Sobreviviente		Apoyo de familiares con quienes convive		Apoyo de familiares fuera de Grupo		Otras fuentes	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Total	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>6.0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>3</u>	<u>3.0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>54</u>	<u>66.0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>18</u>	<u>24.0</u>
Menos de 100	0	0	0	0	0	0	1	1.0	0	0	10	12.0	0	0	0	0
101 a 300	0	0	4	5.0	0	0	2	2.0	0	0	19	23.0	0	0	6	8.0
301 a 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	18.0	0	0	7	9.0
501 a 700	0	0	1	1.0	0	0	0	0	0	0	4	5.0	0	0	3	4.0
701 a 900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5.0	0	0	2	3.0
Más de 901	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

4.1.3. Ingreso mensual familiar

El autor López Aguilar, Jesús (2010), cita en su obra a la Alianza del movimiento de Mujeres. Plan de Incidencia Económica. AGEM. Género y Economía. 2009., señalando: “El crecimiento económico de Panamá ha sido uno de los más altos en los últimos 5 años (2004-2008), con tasas promedio, de acuerdo al Ministerio de Economía y Finanzas y otras fuentes privadas de entre un 8% a un 11% en el año 2008. A pesar de esta bonanza, las insatisfacciones de la población por el aumento de la canasta básica, que no es proporcional a los aumentos salariales, se mantienen; la pobreza persiste en un 37.2% de la población total, siendo de 98.5% en áreas indígenas y de 54.2% en el área rural.

En el Cuadro No. 5, describimos los resultados obtenidos en cuanto a los rangos ingresos generados por los miembros del grupo familiar de las pacientes. Estos son:

- El 28.0% de los hogares contaban con un ingreso entre 101 a 300 balboas.
- Un 26.0% generaba un ingreso de 301 a 500 balboas
- Un 20.0% de los hogares reflejaron ingresos entre 501 a 700 balboas.

- El 14.0% de los hogares reflejaron contar con un ingreso mensual de 701 a 900 balboas.
- Un 8.0% de hogares señaló que su grupo familiar contaba con ingresos menores a 100 balboas, cifra que hoy en día sabemos las repercusiones que traen, de casi falta de acceso a condiciones adecuadas de vida.
- Solamente un reducido 4.0% dijo tener un ingreso superior a los 900.00 balboas mensuales.

Estas cifras nos indican, que nos encontramos ante grupos familiares con problemas relacionados a la falta de recursos económicos insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas, limitando el alcance pleno de su desarrollo como individuo y la de sus miembros.

Es conocido que uno de los principales problemas que enfrentan las familias vulnerables es la alta probabilidad de reproducción de la pobreza. Hecho que puede verse agravado en nuestras familias de estudio debido a que tienen un miembro con una enfermedad que implica un egreso más dentro de la economía familiar.

Cuadro No. 5
**Ingreso mensual del grupo familiar de
 las mujeres diagnosticadas con cáncer**
 Noviembre 2012

Ingreso (B/.)	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Menos de 100	7	8.0
101 a 300	23	28.0
301 a 500	21	26.0
501 a 700	16	20.0
701 a 900	11	14.0
Más de 900	3	4.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

El Cuadro No. 6 refleja el número de hijos por paciente sujetas de estudio:

- Un 70.0% de las pacientes estudiadas tenían 3 o más hijos o hijas.
- El 27.0% de ellas tenía entre 1 ò dos hijos o hijas.
- Un 3.0% tenían un solo hijo o hija.
- Y solamente un 1.0% declaró no tener hijos o hijas.

En 97.0 % de la población estudiada tenía hijos o hijas que viven en el grupo familiar. Tomando en cuenta las variables estudiadas anteriormente hablamos de grupos familiares numerosos, de bajos recursos económicos y niveles bajos de escolaridad. Sumando el

hecho de tener un miembro con un diagnóstico de cáncer, que aumenta los egresos en el hogar.

Hay una correlación importante entre ingresos del hogar y estructura familiar, a mayor número de hijos/as empobrece un hogar o a la mayor pobreza incide en un mayor número de hijos/as.

Es posible pensar que las mujeres con mayor cantidad de hijos, tienen menos recursos para cubrir gastos médicos y por ende esta condición conlleva a descuidar de su salud, y esto a la vez repercute en la aparición de enfermedades como el cáncer ginecológico, y a que la mujer llegue en un estado ya avanzado de la enfermedad, cuando al fin decide buscar la atención médica.

Cuadro No. 6
**Cantidad de hijos/as de las mujeres
con diagnóstico de cáncer**
Noviembre 2012

Cantidad de hijos/as	Número	Porcentaje
Total	81	100
Ninguno/a	2	3.0
Un hijo (a)	7	9.0
Dos hijos (as)	14	18.0
Tres hijos (as)	25	30.0
Cuatro ó más hijos (as)	33	40.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

4.1.4. **Ciclo vital de la familia.**

Entonces la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia como un todo, es un factor muy importante a considerar cuando se habla de enfermedad. Nos habla de la estructura de la familia, su composición y hasta relación.

Las características relacionadas al ciclo vital de las mujeres estudiadas son:

- El 55.0% de las familias se encontraban en la etapa del ciclo vital con hijos o hijas pequeños o adolescentes.
- Seguido de un 22.0% de familias con hijos/as en proceso de desprendimiento.
- Un 12.0 % de las familias se encontraban en etapa de re-encuentro de la pareja.
- El 9.0 % de familia se encontraba en la etapa de progenitores en la vejez y un 2.0 % de las familias estaban recién casada o unidas.

Podemos identificar que hablamos de mujeres jóvenes, en etapas del ciclo vital importantes como lo son la crianza de los hijos y que se ven impactadas por la presencia de una enfermedad amenazante y que demanda un cambio de prioridades poniéndose ella y su salud en primera instancia.

Cuadro No. 7
**Etapa del ciclo vital del grupo familiar
 de las mujeres diagnosticadas con cáncer**
 Noviembre 2012

Etapa del ciclo vital	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100</u>
Pareja recién casada o unida	1	2
Familia con hijos/as pequeños/as	18	22
Familia con hijos/as adolescentes	27	33
Familia con hijos/as en proceso de desprendimiento	18	22
Reencuentro de la pareja	10	12
Progenitores de la familia en la vejez	7	9

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.1.5. Provincia de nacimiento de la población estudiada.

Según cifras del Registro Nacional del Cáncer de la República de Panamá, Año 2007, las principales provincias de procedencia de la población de paciente con cáncer, eran en el siguiente orden: Panamá, Chiriquí, Coclé, Veraguas, Herrera, Colón y Los Santos. A esto, pueden estar relacionados múltiples factores como lo son:

número de habitantes, acceso a los servicios de salud para la detección temprana, nivel de ingresos, entre otros.

En el Cuadro No. 8, presentamos los lugares de procedencia del grupo de pacientes estudiadas:

- El 43.0 % de las pacientes son procedentes de la provincia de Panamá (34.0%) y Colón (9.0%).
- De Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas son procedentes 28.0 % de las pacientes.
- El 17.0 % procedían de la Península de Azuero y 11.0% de la Provincia de Coclé.
- De la Comarca de San Blas un 1.0%.

Estas cifras nos revelan que el 45.0 % de las mujeres nacieron en áreas del interior del país lo cual incrementa los factores adversos ante la presencia de una enfermedad que requiere acceso cercano a la entidad hospitalaria, continuo control y seguimiento médico y recursos económicos para solventar los gastos relacionados con la movilización de las mismas.

Por otro lado, cabe resaltar que por expresiones de las propias mujeres, un aspecto a tomar en cuenta es que no se hacen pruebas ginecológicas de rutina porque no se sentían ningún malestar, y no lo veían como una necesidad.

Cuadro No. 8
**Provincia de nacimiento de las
 mujeres diagnosticadas con cáncer**
 Noviembre 2012

Provincia	Número	Porcentaje
Total	81	100
Bocas del Toro	4	5.0
Coclé	9	11.0
Colón	7	9.0
Chiriquí	15	18.0
Darién	0	0.0
Herrera	7	9.0
Los Santos	6	8.0
Panamá	28	34.0
Veraguas	4	5.0
San Blas	1	1.0

Fuente: encuesta realizada por la autora

4.1.6. Lugar de procedencia de las mujeres.

Este cuadro nos muestra el lugar de procedencia de las mujeres sujetas de este estudio:

- Serían 55.5% las mujeres procedentes de Panamá y Colón.

- Del interior del país Chiriquí, Veraguas y Bocas del Toro procedían 28.0% de las mujeres.
- De la Península de Azuero procedían 14.9% de ellas.
- De la Provincia de Coclé procedían 7.4% de las mujeres.

Aquí vemos que la población procede de diferentes Provincia del País, pero se concentra mayormente en la provincia de Panamá y el interior del país, posiblemente los procesos migratorios tienen mucho que ver, ya que las mujeres y sus familias tuvieron que migrar del interior hacia la capital en busca de mejorar su calidad de vida, pero también en busca de atención médica y alternativas de tratamiento a su enfermedad, este proceso migratorio implica que las familias se desplazan por dificultades económicas, mejor atención a su salud, dejando en sus lugares de origen familias, conllevando la presencia de la enfermedad a una reorganización del sistema familiar y a enfrentarse a nuevos cambios.

Cuadro No. 9
**Lugar de procedencia de las
mujeres diagnosticadas con cáncer**
Noviembre 2012

Lugar de procedencia	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100</u>
Bocas del Toro	3	3.7
Coclé	6	7.4
Colón	6	7.4
Chiriquí	10	12.3
Darién	1	1.2
Herrera	8	9.9
Los Santos	4	5.0
Panamá	39	48.1
Veraguas	4	5.0

Fuente: encuesta realizada por la autora

4.2. **PERFIL DE LAS PAREJAS.**

Uno de los objetivos principales de esta investigación está en conocer el impacto de la enfermedad en la dinámica de pareja. Para cumplirlo se requiere conocer las características de dichas parejas de manera que nos permita inferir una propuesta acorde a las necesidades de la paciente.

El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos, incluso en el dominio de la dinámica de pareja, para las pacientes el apoyo de la pareja representa un pilar fundamental, un factor regulador para disminuir la situación de tensión provocada por la enfermedad, pero también fue motivo de mayor unión y fortalecimiento de la relación sin

embargo, lo cierto es que ellos mismos necesitaban apoyo, debido a que la pareja sana presentaba mayor ansiedad que la paciente y necesitaban ayuda para aprender cómo ayudar.

Para las parejas resultó difícil ajustarse a la condición de enfermedad que presentaba la paciente, no sabían cómo afrontar la situación ni mucho menos como manejarla. El diagnóstico y los tratamientos produjo cambios, en la relación de pareja, asumiendo posturas de distanciamiento, rechazo a la pareja, deterioro de la comunicación, en las muestras de afecto, desintereses comunes, proyectos de vida, rupturas, incremento de los gastos económicos, lo cual repercutió en mayores niveles de stress para la paciente.

Debemos mencionar que en la dinámica de pareja, en algunas relaciones de la vida de pareja, ya estaba previamente deteriorada, al presentarse el cáncer en la paciente, y éste sólo fue el detonante de un problema ya existente, lo cual quiere decir que el cáncer ginecológico por mismo, no fue un generador de problemas en la dinámica de pareja.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos mediante la investigación de las características generales de la pareja miembros del grupo familiar de nuestras pacientes estudiadas.

4.2.1. Edad de las parejas

En el cuadro N° 10 se presentan las edades de cada una de las parejas de las Agrupando los rangos de edades estudiados tenemos que;

- En los rangos de edades de 18 a 32 años tenemos 15.9 % de las parejas.
- De 33 a 47 años se encontraban 38.3 % d estos.
- Y de 48 a 62 años un 44.8 % y mayores de 63 años un 11.0 %.

Tomando en cuenta la edad de las pacientes y sus parejas, podemos inferir que se trata de hombres adultos y adultos mayores en relaciones de parejas con mujeres más jóvenes. Un 83.1 % de las parejas reflejan lo antes expuesto y el 11.0% de los adultos mayores. Importante esta variable al momento de analizar lo relacionado con la dinámica sexual y de convivencia de la pareja.

Cuadro No. 10
Edad de las parejas de las pacientes entrevistadas
 Noviembre 2012

Edad	Número	Porcentajes
Total	81	100.0
18 a 22	1	1.2
23 a 27	5	6.1
28 a 32	7	8.6
33 a 37	8	9.9
38 a 42	6	7.4
43 a 47	9	11.0
48 a 52	12	14.9
53 a 57	11	13.5
58 a 62	13	16.4
63 y más	9	11.0

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.2.4. **Ocupación y escolaridad de las parejas.**

En las características de las pacientes pudimos observar un gran número de amas de casa, pertenecen a la economía informal y con bajos niveles de escolaridad en general. Veamos las mismas variables en las parejas de las pacientes:

- EL 88.0% de las parejas de las mujeres tenían una escolaridad no mayor al sexto año de secundaria.
- Un 8.0 % tenía un grado universitario y un 4.0 % no tenía instrucción académica.

Hacemos referencia a las mujeres y sus parejas, caracterizados por bajos niveles de instrucción educativa que repercute en la

oportunidad de acceso a mejores empleos y salarios. Las ocupaciones encontradas son:

- Un 80.3 % de las parejas se dedicaban a trabajo de diferentes servicios, vendedores, artesanos, trabajadores no calificados, construcción, transportes, etc,
- Profesionales, científicos e intelectuales. Técnicos y profesionales de nivel medio. Empleados de oficina eran 8.6 % de las parejas.
- Un 11.1 % eran parejas jubilados.

Características arriba descritas aluden a las pacientes como sus parejas altamente similares, bajos niveles de escolaridad que tienen relación directa con las ocupaciones que describen. Esto estaría también relacionado con el acceso oportuno a los servicios de salud para la mujer, hablando de grupo familiares limitados en recursos económicos.

Cuadro No. 11
Ocupación y escolaridad de las parejas activos laboralmente
 Noviembre 2012

Ocupación	Escolaridad															
	Ningún Grado		Primaria Completa		Primaria Incompleta		Secundaria Completa		Secundaria Incompleta		Universidad Completa		Universidad incompleta		Otros	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Total	3	4.0	19	23.0	9	12.0	20	25	23	28	5	6.0	2	2.0	0	0
Profesionales, científicos e intelectuales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Técnicos y profesionales de nivel medio	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Empleado de oficina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	1	0	6	0	3	0	5	0	12	0	0	0	0	0	0	0
Artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines	1	0	6	0	3	0	3	0	8	0	0	0	0	0	0	0
Trabajadores no calificados de los servicios, la minería, la industria manufacturera, transporte y otras	1	0	2	0	3	0	9	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Trabajadores de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificables o no declaradas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pensionadas por invalidez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jubilados	0	0	3	0	0	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	0

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.2.5. **Ocupación e ingresos de las parejas.**

Las siguientes variables nos arrojan información relacionadas a ocupación e ingresos de las parejas, este es un reflejo de la pobreza de las familias lo que podría vivir el restante de las familias fuera de este estudio.

La desocupación, el subempleo, los bajos ingresos o salarios son un factor influyente en la situación de pobreza de la población, aunque al momento de este estudio las parejas dijeron estar ocupadas en alguna actividad laboral, el ingreso era inferior a los B/.600.00 mensuales, éste es considerado insuficiente para sufragar los gastos vitales mínimos de un grupo familiar, ingresos que podríamos definir como precarios, si esto le sumamos los que se registran como sin fuentes de ingresos, o fuentes de ingresos propias.

Es apreciable el deterioro social de la población, el nivel de pobreza se incrementa con el pasar del tiempo, lo cual deteriora la calidad de vida de las familias y mucho menos podrán hacer frente a una enfermedad de cáncer altamente demandante, cuando uno de sus miembros enferma de esta o de alguna otra enfermedad.

El cuadro N° 12 nos proyecta lo siguiente:

- El 32.0% de las parejas se encontraba en actividades de los servicios, vendedores de comercios y mercados.
- Otro 25.9% estaban en actividades de artesanos, trabajos de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines.
- Seguido un 20.9% en trabajos no calificados de los servicios, la minería, industria manufacturera, transporte y otras ocupaciones elementales.
- El 11.2% de las pareja eran jubilados.
- un 7.4% eran técnicos y profesionales del nivel medio.
- El 2.6% (agrupando porcentajes) eran profesionales científicos, intelectuales, y trabajadores de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificadas o no declaradas.

En cuanto a los ingresos se refleja lo siguiente.

- El 37.0% obtenía ingresos mensuales entre los B/. 301.00 a 500.00, seguido un 34.0% tenía un ingreso entre los B/. 101.00 a 300.00 mensuales, el 9.0% tenía un ingreso menor a los B/. 100.00 mensuales, otro 9.0% percibía un ingreso entre los B/. 501.00 a 700 .00 mensuales y un 7.0% reflejaba un ingreso entre los B/. 900.00 y más.

Podemos decir que en su mayoría las parejas percibían un ingreso precario, que difícilmente pueden dar cobertura a la canasta básica y satisfacer las necesidades básicas de primera necesidad de una familia.

Cuadro No. 12
Ingreso mensual y ocupación de las parejas de las mujeres
 Noviembre 2012

Ocupación	Ingreso (B/.)											
	Menos de 100		101 a 300		301 a 500		501 a 700		701 a 900		Más de 900	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Total	8	9.0	27	34.0	30	37.0	8	9.0	3	4.0	5	7.0
Profesionales, científicos e intelectuales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Técnicos y profesionales de nivel medio	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0
Empleado de oficina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	1	0	11	0	12	0	2	0	0	0	1	0
Artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines	2	0	11	0	6	0	0	0	2	0	0	0
Trabajadores no calificados de los servicios, la minería, la industria manufacturera, transporte y otras	5	0	2	0	7	0	1	0	0	0	2	0
Trabajadores de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificables o no declaradas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pensionadas por invalidez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jubilados	0	0	2	0	4	0	3	0	1	0	0	0

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.2.4. **Status y lugar de trabajo de los activos laboralmente.**

El cuadro 13 guarda relación con las variables vistas anteriormente en donde se describen las actividades económicas realizadas por las parejas de las pacientes:

- En este cuadro se reflejan un 39.0 % de la población que no aplica debido a que realizaba labores independientes y 11.11 % jubilados.
- De igual manera, se reflejan 2.5 % de la población que se declaró desempleado.
- Por ende un 38.2 % de la población estudiada se encontraba activa laboralmente, dentro de una empresa privada o entidad gubernamental permanente o eventual.

Vemos entonces a una población trabajadora concentrada en el trabajo informal, vulnerable en cuanto a lo que representa para las familias una situación de inestabilidad económica, social, para la salud de estos grupos.

Cuadro No. 13
**Status laboral y lugar de trabajo de las
 parejas activos laboralmente**
 Noviembre 2012

Tipo de Empresa	Status Laboral							
	Permanente		Eventual		No aplica, No trabaja		No aplica, Trabaja Independiente	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Total	<u>21</u>	<u>26.0</u>	<u>10</u>	<u>12.0</u>	<u>11</u>	<u>14.0</u>	<u>39</u>	<u>48.0</u>
Empresa Privada	14	0	5	0	0	0	0	0
Gobierno	7	0	2	0	0	0	0	0
Independiente	0	0	0	0	0	0	39	0
No aplica	0	0	3	0	11	0	0	0

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.2.5. Ingreso mensual y fuente de ingresos de las parejas que no laboran.

Aquí es importante resaltar que el 61.6% de la población manifestó no realizar un trabajo remunerado. Al analizar las fuentes de ingresos de las parejas a las cuales pertenece la paciente, podemos observar que en el cuadro N°.14 las familias se organizan y movilizan diversos tipos de recursos económicos para apoyarse, el que no trabajen no es indicativo de no contar con recursos económicos. Cabe señalar que este grupo que no trabaja está compuesto por personas jubiladas, los ingresos son apoyo de los

familiares con quienes convive la paciente u otras fuentes de apoyo como por ejemplo; aportes de la iglesia a la cual se congregaban, la comunidad se organizaba a través de actividades para ayudar a la familia que atravesaba por la situación de tener un miembro enfermo.

Este cuadro nos arroja los siguientes resultados en cuanto a fuente de ingresos.

- Que el 37.0% de las parejas que no labora manifestaron recibir apoyo de las familias con las que convive.
- El 13.5% de las parejas refirió tener apoyo de otras fuentes
- Y un 11.1% de las parejas refirió que el ingreso percibido era producto de la jubilación, el cual nos da un porcentaje total de 61.0%, como lo mencionamos arriba.

Por otro lado, el 51.8% percibía ingresos de otras fuentes, de estos un; 14.8% percibía un ingreso entre los B/. 301.00 – 500.00 mensuales, el 12.4%, percibía ingresos entre los B/.100.00 -300.00, el 8.6% percibía ingresos menos de los100.00 mensuales y

englobando el 16.0% restante dijo generar ingresos entre los 500-900 mensuales:

- El 37.0 percibía ingresos de apoyo de familiares con quienes convive, resultando el 28.3% obtener ingresos entre 101-300 mensuales, y el 8.7% generaba ingresos entre los 301-900 mensuales.
- El 11.2% de las parejas eran jubilados, y el resultado es de 7.4% dijo obtener ingresos entre los 301-700 mensuales, y 2.4% generaba un ingreso menos de 100.00 y un 1.3% dijo percibir un ingreso entre 701-900 mensuales.

Es importante resaltar como la familia se apoya mutuamente, para hacer frente a una enfermedad de cáncer, ya que la situación de enfermedad a la que se debe enfrentar la paciente y su familia, implica viajes constantes al hospital, gastos de pasaje, comprar medicamento, alimentación entre otras necesidades.

Cuadro No. 14
Ingreso mensual y fuentes de ingreso de las parejas que no laboran
 Noviembre 2012

Ingreso Mensual (B/.)	FUENTES DE INGRESOS															
	Pensión de Invalidez		Jubilados		Pensión Viudez		Pensión Alimenticia		Pensión Sobreviviente		Apoyo de familiares con quienes convive		Apoyo de familiares fuera del Grupo Primario		Otras fuentes	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Total	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>9</u>	<u>11.2</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>30</u>	<u>37.0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>42</u>	<u>51.8</u>
Menos de 100	0	0	2	2.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	8.6
101 a 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	28.3	0	0	10	12.4
301 a 500	0	0	3	3.7	0	0	0	0	0	0	4	5.0	0	0	12	14.8
501 a 700	0	0	3	3.7	0	0	0	0	0	0	2	2.4	0	0	5	6.2
701 a 900	0	0	1	1.3	0	0	0	0	0	0	1	1.3	0	0	6	7.4
Más de 901	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.4

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

4.2.6. Aspectos relacionados con el tratamiento oncológico

Como se señaló en el marco teórico, los tratamientos para la atención del cáncer ginecológico son la cirugía, quimioterapia (cualquiera de sus variantes), cesium y radioterapia; los mismos pueden ser aplicados de manera simultánea o separada según el tipo de cáncer ginecológico identificado por patología:

- El 53.0% de las mujeres recibió tratamiento de quimioterapia y radioterapia combinados.
- El 19.8.0 % de ellas se les practico algún tipo de cirugía.
- Un 19.8% fue sometida a quimioterapia, radioterapia y cirugía respectivamente.
- Tanto quimioterapia como radioterapia como tratamiento único recibieron 7.4% respectivamente las pacientes.

Conocer qué tipo de tratamiento recibió la paciente y el tiempo transcurrido a partir del diagnóstico toma relevancia por varios aspectos entre los que podemos mencionar: los posibles efectos secundarios a los mismos, los cuales demandan mayor cantidad de cuidados y apoyo, la posible incapacidad de la paciente para hacer

ciertas funciones que demande esfuerzo físico considerable o le generen altos niveles de estrés prolongado, así como nuestro tema de interés, repercusiones en la vida sexual y de pareja . Todo lo anterior, requerirá efectivamente un mayor papel por parte de la red de apoyo con la que cuenta la pacientes y la intervención social debe ir dirigida al fortalecimiento de la misma.

Cuadro No. 15
Tratamiento oncológico recibido por la paciente
 Noviembre 2012

Tratamiento oncológico recibido	Total	
	Número	Porcentaje
Total	81	100
Cirugía	16	19.8
Quimioterapia	3	3.7
Radioterapia	3	3.7
Cesium	0	0
Qt + Rt combinadas	43	53.0
Qt + Rt + Cirugía	16	19.8

Fuente: encuesta realizada por la autora. Cuadro de respuestas múltiples

4.2.7. Tiempo de haber recibido el diagnóstico oncológico.

Como delimitación de la muestra se planteó que las pacientes seleccionadas debían tener un tiempo prudencial de haber sido diagnosticadas (Año 2010 en adelante), en que en el Instituto Oncológico Nacional se le ha determinado un plan médico a cada

una y era posible para esta valorar su experiencia como paciente y ver los cambios producidos en el transcurrir del tiempo:

- Un 49.0% tenía de 3 a 4 años de haber recibido el diagnóstico ginecológico.
- El 42.0% tenía de 1 a 2 años de haberlo recibido.
- Y un 9.0 % tenía 5 años o más de haber recibido la información de su diagnóstico.

Esto nos indica que en efecto este grupo de pacientes reunía las características determinadas para la selección de la muestra y había recibido algún tipo de tratamiento oncológico, este tiempo también nos permitía conocer que cambios se produjeron a nivel de relación de pareja que pudieran haberse dado.

Cuadro No. 16
**Tiempo de haber recibido el diagnóstico oncológico las pacientes
 estudiadas**
 Noviembre 2012

Tiempo del diagnóstico de la paciente	Total	
	Número	Porcentaje
Total	81	100.0
Menos de un año	0	0.0
1 a 2 años	34	42.0
3 a 4 años	40	49.3
5 años o más	7	8.7

Fuente: encuesta realizada por la autora

4.2.8. **Comprensión de la información médica recibida por la paciente**

El manejo de la información clínica por parte de la paciente además de un derecho, le permite ser un agente participativo en el proceso de tratamiento de su enfermedad los cuales son propuestos por el especialista pero es ella la que toma decisiones en cuanto a la aplicabilidad del mismo, la manera para hacerlo de manera adecuada es tener el conocimiento claro sobre el tema.

Se encuestó a las pacientes en cuanto a comprensión de la información médica recibida. Sus respuestas fueron:

- El 84.0 % de las pacientes manifestó que si había comprendido la información recibida sobre su diagnóstico y plan médico porque:

su médico fue claro, fue directo y/o le informo el tipo de enfermedad que tenía y los procedimientos que procedían.

- Un 16.0% manifestó que no había comprendido la información porque su médico fue muy técnico en las palabras utilizadas, fue brusco en lo informado o ella se encontraba en estado de shock, de manera que emocionalmente su mente estaba bloqueada y le impedía entender la información, y había acudido sola sin un familiar a la primera cita.

Lo cual nos indica que una paciente debe acudir a su cita médica acompañada de un familiar, ya que por lo general éste se encuentra más sereno emocionalmente y puede retener o comprender mejor lo explicado por el médico gineco-oncólogo.

Cuadro No. 17
**Comprensión de la información médica
 recibida por la paciente**
 Noviembre 2012.

Comprensión de la información	Total	
	Numero	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
<u>Razones:</u> Médico fue claro, directo, les informo el tipo de enfermedad que padecía.	68	84.0
<u>Razones:</u> Médico fue muy técnico en sus palabras, brusco en lo que informaba, su estado era de shock.	13	16.0

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

4.2.9. **Suficiencia de la información médica recibida por las pacientes.**

Cuadro directamente relacionado con el anterior, donde se busca conocer la opinión de la paciente sobre el entendimiento de la información recibido y la satisfacción en cuanto a la suficiencia de la misma. Las respuestas de las pacientes son:

- El 63.0 % de las pacientes respondieron que consideraban suficiente la información médica recibida.
- Y el 37.0% de las mujeres consideró que no había sido suficiente, entre las principales razones fueron: deseaba saber

más información, ante la no suficiencia de las mismas buscó por internet, continuo pensando que su vida estaba en peligro.

Tomando en cuenta que un porcentaje más alto se mostró en un momento dado satisfechas con la información médica recibida, resulta relevante señalar que cuando se habla de suficiencia de la información se reduce este porcentaje. Esto puede estar relacionado a los temores e incertidumbres ocultos no manifiestos por la paciente ante el equipo de médicos gineco oncológicos, en su mayoría del sexo masculino quienes también en recurrentes oportunidades se encuentran en compañía de estudiantes o médicos en formación al momento de la atención de la mujer.

Cuadro No.18
**Suficiencia de la información médica
 recibida por la paciente**
 Noviembre 2012

Suficiencia de la información.	Numero	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
<u>Razones:</u> Fue suficiente la información médica.	51	63.0
<u>Razones:</u> Deseaba saber más, busco por internet, pensó que su vida estaba en peligro.	30	37.0

Fuente: Encuesta realizada por la autora.

4.2.10. Personas con quien la paciente comparte información acerca de su diagnóstico médico.

En este acápite de la investigación es necesario indicar que al momento de formular la pregunta se le indicó a la paciente responder sobre la relación con la persona con quien mayormente compartía información de su diagnóstico. Las respuestas obtenidas son concentradas en el Cuadro No. 19:

- De estas un considerable 47.0% lo compartía la información con su pareja, por lo general es la persona que acompaña o la más cercana en el momento.

- El 43.0% de las pacientes indicaron que compartieron principalmente con miembros de su grupo familiar la información médica
- el 7.0% dijo comprar la información con los hijos o hijas
- Un 3.0% refirió que la información médica la comparten con personas ajenas a su grupo familiar, como los son amistades, miembros de su grupo religioso.

El apoyo y soporte del grupo familiar a la paciente es fundamental, tanto para compartir la información médica recibida la cual es cambiante conforme pasa el período de los tratamientos oncológicos. Además, la información por derecho es de la paciente y es ella quien decide con quién compartirla o si desea que sean sus familiares quienes la reciban y tomen decisiones.

Algo que debemos resaltar es que la familia tiende a la conspiración del silencio, quiere decir que le piden al médico no decirle nada a la paciente sobre su enfermedad, por temor a que se presente una decaída más aun, esto puede suceder generalmente cuando se trata de pacientes adultas mayores.

Cuadro No. 19
**Personas con quien la paciente comparte
información acerca de su diagnóstico médico**
Noviembre 2012

Personas con quien comparte información	Total	
	Número	Porcentaje
Total	81	100
Pareja	38	47.0
Familiares	35	43.0
Hijos/as	5	7.0
Amistades	1	1.0
Compañeros / as	1	1.0
Grupos de oración	1	1.0
Otros	0	0

Fuente: encuesta realizada por la autora. Cuadro de respuesta múltiple

4.2.11. Actitud asumida por las mujeres ante la información médica relacionada al diagnóstico y la enfermedad gineco-oncológica presentada.

Opinión de las Mujeres sobre forma de afrontamiento ante la enfermedad Gineco-Oncológica.

Las respuestas de las pacientes sobre la forma de afrontamiento ante la enfermedad fueron manifestadas en el cuadro 20:

- Un 69.0 % indicó que se apoyó en la fe en Dios y leer la biblia.

- Un 17.0 % se apoyó en sus hijos, no deseaban morir.
- Para un 14.0% inicialmente fue difícil, pero luego tomo una actitud positiva de afrontamiento.

En cuanto a las respuestas obtenidas, se evidencia la prevalencia del pensamiento mágico religioso para el afrontamiento del diagnóstico, la fe en Dios, y leer la biblia fue el factor principal de fortaleza. Importante señalar que ninguna manifestó encontrar en su pareja elementos de soporte o apoyo para sobrellevar el proceso de la enfermedad.

Actitud asumida por las mujeres ante la información médica relacionada al diagnóstico y la enfermedad gineco-oncológica presentada

Cuadro No. 20
**Opinión de las mujeres sobre la forma de
afrontamiento ante la enfermedad**
Noviembre 2012

Opiniones	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100</u>
Inicialmente fue difícil, pero luego tomó una actitud de positivismo	11	14.0
Se apoyo en la Fe en Dios, leer la biblia	56	69.0
Se apoyo en sus hijos, no quería morir	14	17.0

Fuente: encuesta realizada por la autora

4.2.12. **Opinión de las Mujeres Sobre la Relación entre su Comportamiento Sexual y el Diagnostico.**

Al hablar de cáncer ginecológico está directamente relacionado con el aparato sexual femenino, el cual tiene funciones propias e inherentes a la feminidad.

Las mujeres manejan cierto conocimiento de que el comportamiento sexual, si está relacionado con el cáncer, sobre todo del cáncer cérvico uterino, pero reconocen que no solo es su comportamiento sexual sino, la de su compañero sexual también.

En el cuadro 21, representa las respuestas a las preguntas realizadas a la paciente y su opinión sobre la relación de su diagnóstico con su vida sexual.

Las pacientes en referencia a su comportamiento sexual y diagnóstico manifestaron que:

- **Que si había una relación:** un 28.5% debido al virus de papiloma humano (VPH), por culpa de su pareja sexual, por tener varias parejas sexuales, por descuido de su sexualidad, a raíz del último parte o por estar relacionado con los anticonceptivos que utilizaba.
- **Que no había relación:** el 60.3% consideran que estaba relacionado a descuido que no tenía que ver con su sexualidad, siempre estuvieron pendientes de su salud sexual, creían que no, no estaban segura.
- **Que no sabe:** un 11.2% refiere que no sabía si su diagnóstico guardaba relación con su comportamiento sexual.

Podemos inferir que la población femenina en general si maneja información acerca del comportamiento sexual, lo que guarda algún tipo de relación con los diagnósticos de cáncer ginecológico

y los controles de salud son altamente necesarios para la detección y atención de los mismos de ser confirmados.

Cuadro N°.21
Opinión de las mujeres sobre la relación entre su comportamiento sexual y el diagnóstico Gineco-Oncológico.
 Noviembre 2012

Opinión Sobre la relación Entre su Comportamiento Sexual y el Diagnóstico.	Total	
	Numero	Porcentaje
Total	81	100.0
<u>Si había relación:</u>	<u>23</u>	<u>28.5</u>
Por el virus del Papiloma Humano	10	12.4
Culpa a su pareja sexual	6	7.5
Tuvo varias parejas sexuales	3	3.7
Por descuido de su sexualidad	2	2.5
A raíz del último parto	1	1.2
Por los anticonceptivos	1	1.2
<u>No había relación:</u>	<u>58</u>	<u>60.3</u>
Por descuido no relacionado a la enfermedad	26	32.0
Siempre estuvo pendiente de su salud sexual	12	14.8
Cree que no, no está segura	11	13.5
No sabe si su diagnóstico guardaba relación.	9	11.2

Fuente: entrevista realizada por la autora

4.2.13. **Opinión de las mujeres sobre los cambios habidos en la vida diaria a partir del diagnóstico Gineco-Oncológico.**

Como hemos visto en la literatura revisada, los roles que desempeñan hombres y mujeres en la sociedad y en el núcleo familiar se encuentran enmarcadas por creencias y patrones androcéntricos construidos y reafirmados a lo largo de la historia en donde existen actividades y funciones distintas para los hombres y para las mujeres.

En el Cuadro No. 22, vemos los cambios que pudieron darse en la vida diaria de las mujeres a partir de que la paciente recibió el diagnóstico de cáncer ginecológico:

- **Si hubo cambios.** El 68.0% de las pacientes refirió que si hubieron cambios en su vida diaria: en la rutina del hogar, disminución de su funcionalidad, cese laboral, además de mucho estrés físico y emocional.
- **No hubo cambios.** Un 32.0% de las paciente indicó que no hubieron cambios en su rutina habitual.

Es decir que en este grupo de pacientes la enfermedad, no fue un factor modificante de la vida diaria de las mujeres, no sintieron cambios significativos, para llevar a cabo sus tareas habituales dentro del hogar, se mantuvieron según su expresión normal para ellas.

Para la gran mayoría de las mujeres, el cáncer fue un factor determinante en el quehacer diario de las mujeres, se vieron afectadas para cumplir con los roles y llevar a cabo su rutina del hogar, la pérdida de la independencia, producido por los malestares físicos, manifestaron también dificultad para relacionarse socialmente, al igual significó decaimiento, y baja del estado de ánimo, para continuar.

Cuadro No. 22
**Opinión de las mujeres sobre los cambios habidos en
la vida diaria a partir del diagnóstico Gineco-Oncológico.**
Noviembre 2012

Opinión Sobre los Cambios Habidos.	Total	
	Número	Porcentaje
Total	81	100.0
<u>Si hubo cambios:</u>	<u>55</u>	<u>68.0</u>
Para realizar la rutina del hogar	30	37.0
Mucho estrés físico y emocional	9	11.1
Disminución de su funcionabilidad física	8	10.0
Incapacidad para trabajar	5	6.2
Aislamiento social	3	3.7
<u>No hubo cambios:</u>	<u>26</u>	<u>32.0</u>
Siguió su rutina habitual	26	32.0

Fuente: entrevista realizada por la autora

4.2.14. **Opinión de las mujeres sobre la satisfacción o insatisfacción con los cambios habidos en la vida diaria a partir del diagnóstico Gineco-Oncológico.**

La existencia o ausencia de cambios en la vida diaria de las mujeres, creo niveles de insatisfacción ante los mismos. El sentirse limitadas en su capacidad de funcionar totalmente, para

realizar las labores acostumbradas del hogar de alguna manera no fue de satisfacción para las mujeres, la transición de estar bien y de un momento a otro depender de otros no fue fácil de aceptar. En el cuadro 23, se concentran las respuestas de sus opiniones:

- **Insatisfechas:** el 63.0% de las pacientes señalaron que se sentían insatisfechas con los cambios habidos en su rutina habitual diaria, porque: se sentían intranquilas, presentaban labilidad emocional y sentimientos negativos, les costaba tener que depender de otras personas, se vio afectada sus situación económica debido a no poder continuar laborando.
- **Satisfechas:** el 37.0% de las mujeres, dijo haberse sentido satisfecha porque los cambios resultaron representar un aprendizaje, se encontraban más tranquilas a pesar del diagnóstico, en otras significaron cambios positivos en la dinámica familiar de pareja.

Se evidencia el nivel de descontento de las pacientes con los cambios que la enfermedad de cáncer produjo en la vida cotidiana de las mujeres, la incapacidad de ser funcionales físicamente fue un factor de insatisfacción.

Cuadro No. 23
Opinión de las mujeres sobre la satisfacción o insatisfacción con los cambios habidos en la vida diaria a partir del diagnóstico Gineco-Oncológico.
 Noviembre 2102

Opinión Sobre la Satisfacción con los Cambios Habidos.	Total	
	Numero	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
<u>Satisfechas:</u>	<u>30</u>	<u>37.0</u>
Significo cambios positivos en la dinámica de familia y de pareja	20	24.6
Esta más tranquila a pesar del diagnóstico	8	9.9
Represento un aprendizaje	2	2.5
<u>Insatisfechas:</u>	<u>51</u>	<u>63.0</u>
Le costó depender de otras personas.	26	32.0
Se vio afectada su situación económica al no poder trabajar.	10	12.4
Significo intranquilidad, sentimientos negativos y labilidad emocional.	15	18.6

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

4.2.15. **Modificaciones en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer gineco-oncológico.**

La población de estudio, como ya hemos señalado padece un cáncer ginecológico, que indiscutiblemente trae consigo cambios en la dinámica sexual de pareja debido a los síntomas, los

tratamientos y/o efectos secundarios propios de los mismos. En esta área de análisis planteamos desde su opinión cuáles son esas modificaciones habidas y la importancia para ellas sobre el tema.

La vida sexual en pareja y el significado que tenga para una mujer con cáncer ginecológico, puede representar para ella una fuente de estrés, debido a que socialmente la sexualidad reafirma la relación conyugal o de pareja. Ser pareja sin contacto sexual o hasta penetración no es concebido e incluso la ausencia de la misma puede representar la ruptura o abandono de la pareja, tanto por parte de la mujer como del hombre.

En el Cuadro No. 24, vemos la opinión de las mujeres sobre la importancia para ellas de mantener una vida sexual activa ya con el diagnóstico de cáncer ginecológico.

- **Si es importante la vida sexual activa:** el 60.0% de las pacientes señalaron que era para ellas importante mantener una vida sexual activa porque, para eso se vive en pareja, una a las parejas, les ayuda a despejarse, relajarse y para otras es una necesidad fisiológica.

- **No es importante la vida sexual activa:** el 40.0% de las mujeres, dijo que la vida sexual activa no era importante porque, a raíz del diagnóstico y/o tratamientos perdieron el deseo de tener actividad sexual, a unas el médico no se lo había recomendado, otras presentaron sentimientos de ambivalencia a retomar la vida sexual y algunas consideraban que no necesariamente se debe tener sexo, la salud debe ser primero.

Vemos que para la mayoría de las mujeres la vida en pareja está directamente relacionada con la sexualidad activa y hasta incluso el sexo es la razón de ser de una pareja, hecho que puede causar en ellas y sus parejas alteraciones debido a lo largo de los tratamientos, los síntomas físicos que pueda presentar y las indicaciones médicas, que muchas veces en mantener la abstinencia debido a la enfermedad.

Cuadro No. 24
**Opinión de las mujeres sobre la
 importancia de la vida sexual activa**
 Noviembre 2102

Opinión de las mujeres sobre la importancia de la vida sexual activa	Total	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
<u>Si es importante</u>	<u>49</u>	<u>60.0</u>
Para eso se vive en pareja	20	24.5
Une a la pareja	12	14.5
Es una necesidad fisiológica	10	12.4
Ayuda a despejarse y relajarse	7	8.6
<u>No es importante</u>	<u>32</u>	<u>40.0</u>
Perdió el deseo de tener actividad sexual	15	18.7
No necesariamente, primero es la salud	10	12.5
Médico no se lo ha recomendado	5	6.3
Hay sentimientos de ambivalencia a retomar la actividad sexual	2	2.5

Fuente: Encuesta aplicada por la autora

4.2.16. Opinión de las mujeres sobre la satisfacción con la vida sexual previa al diagnóstico Gineco-Oncológico.

Las pacientes expresaron su opinión sobre la satisfacción sexual de pareja previa al diagnóstico, en el Cuadro No. 25 se expresa la opinión:

- **Satisfechas con la vida sexual de pareja previa al diagnóstico:** el 90.2% de las mujeres, señaló haberse sentido satisfecha con su vida sexual porque se complacían mutuamente dentro de la pareja, se sentía bien con su vida sexual, podía vivirla plenamente y podía ser creativa en la actividad de la misma.
- **Insatisfechas con la vida sexual de pareja previa al diagnóstico:** el 9.8% de las pacientes señalaron insatisfacción con su vida sexual debido a que previo al diagnóstico ya que existían dificultades en este aspecto.

Podemos considerar que la mayoría de las mujeres estudiadas, tenían previo a la enfermedad una actividad sexual de pareja satisfactoria, referían sentirse bien con su sexualidad, en donde existía la complacencia mutua, con su compañero sexual. Posteriormente veremos para comparar la satisfacción posterior al diagnóstico.

Cuadro No. 25
**Opinión de las Mujeres Sobre la Satisfacción con
su vida Sexual Previa al Diagnóstico Gineco-Oncológico**
Noviembre 2012.

Opiniones	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Satisfechas:	<u>73</u>	<u>90.2</u>
Porque se complacían mutuamente en pareja	30	37.0
La vida sexual previa la hacía sentir bien	25	30.9
Vivía plenamente su sexualidad	15	18.6
Podía ser creativa sexualmente	3	3.7
Insatisfechas:	<u>8</u>	<u>9.8</u>
Ya existía previo al diagnóstico dificultades en la vida sexual de pareja.	8	9.8

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.2.17. Opiniones emitidas por las mujeres sobre su satisfacción con su vida sexual posterior al diagnóstico.

Las mujeres encuestadas expresaron su opinión sobre la satisfacción con su vida sexual de pareja posterior al diagnóstico Gineco-Oncológico.

Previamente las mujeres sujetas del estudio expresaron que su vida sexual es satisfactoria antes de la enfermedad; podemos inferir entonces que el cáncer ginecológico es un factor

determinante en la insatisfacción sexual de las mujeres y su pareja después de la enfermedad. Pero el siguiente cuadro nos muestra la opinión de las pacientes al respecto.

- **Insatisfechas con la vida sexual de pareja posterior al diagnóstico:** el 76.0% de las mujeres, dijo haberse sentido insatisfechas con su vida sexual posterior al diagnóstico, porque presentaban resequedad vaginal, tenían miedo a sangrar, presentaban ardor y dolor, miedo a la penetración y otras refirieron haber decidido dejar de tener actividad sexual.
- **Satisfechas con la vida sexual de pareja posterior al diagnóstico:** el 24.0% de las pacientes señalaron estar satisfechas con su vida sexual posterior al diagnóstico, debido a que después de tener la enfermedad, aun podía complacer sexualmente a su pareja.

Luego de conocer las opiniones de las encuestadas en esta área, podemos considerar que la mayoría de las mujeres estudiadas, presentaban posterior a la enfermedad una vida sexual de pareja insatisfecha debido a la propia enfermedad, la ubicación del tumor y los tratamientos recibidos produjo secuelas inherentes, como resequedad vaginal, dolor, ardor, presencia de sangrados, miedos para llevar a cabo una vida sexual de pareja satisfactoria.

Cuadro No. 26
Opiniones emitidas por las mujeres sobre la satisfacción con su vida sexual posterior al diagnóstico Ginecológico.
 Noviembre 2012.

Opiniones	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
<u>Satisfechas:</u>	<u>19</u>	<u>24.0</u>
Porque aún puede complacer a su pareja	19	24.0
<u>Insatisfechas:</u>	<u>62</u>	<u>76.0</u>
Presencia de resequedad vaginal	30	37.0
Miedo a sangrar	15	18.0
Ardor y dolor	8	10.0
Miedo a la penetración	5	6.1
Ausencia de vida sexual	4	4.9

Fuente: encuesta realizada por la autora. Respuesta múltiple

4.2.18. **Opinión de las mujeres sobre problemas surgidos en la vida sexual posterior al diagnóstico gineco-oncológico.**

El diagnóstico de cáncer ginecológico puede ser muy angustiante, tanto para la paciente como para la pareja, surgen cambios físicos y emocionales y muchas veces resulta difícil el manejo de la comunicación entre ambos, apareciendo problemas en este aspecto. En el cuadro # 27, veremos los problemas surgidos en la vida sexual de las mujeres posteriores al diagnóstico:

- **Si surgieron problemas en la vida sexual posterior al diagnóstico.** El 60.0% de las mujeres manifestó que hubo distanciamiento de su pareja hacia ella, luego de presentar el diagnóstico, hubieron problemas de infidelidad, otras refirieron haber tenido amenazas de abandono por parte de la pareja, otras manifestaron frigidez y repugnancia hacia la pareja.
- **No surgieron problemas en la vida sexual posterior al diagnóstico.** el 40.0% de las mujeres encuestadas dijo que no surgieron problemas posterior a la presencia del diagnóstico gineco-oncológico.

Lo expresado anteriormente por las mujeres, destaca que la mayoría de las pacientes presentó algún tipo de problemas en su vida sexual y de pareja luego de presentar la enfermedad, el cual trascendió a problemas como; distanciamiento físico, consideramos que la enfermedad ginecológica si dificulta que las mujeres enfermas y su pareja puedan continuar con una vida sexual satisfactoria.

Cuadro No. 27
Opiniones emitidas por las mujeres sobre problemas surgidos en la vida sexual posterior al diagnóstico ginecológico.
 Noviembre 2012.

Opinión sobre los problemas surgidos en la vida sexual posterior.	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Si surgieron problemas:	<u>49</u>	<u>60.0</u>
De distanciamiento	20	24.5
De infidelidad	10	12.2
Amenazas de abandono	15	18.3
Repugnancia hacia la pareja	2	2.5
Frigidez	2	2.5
No surgieron problemas:	<u>32</u>	<u>40.0</u>

Fuente: entrevista realizada por la autora.

4.2.19. Opinión de las mujeres sobre cambios habidos en la vida sexual posterior al diagnóstico gineco-oncológico.

En el cuadro # 28, se observan las opiniones emitidas por las mujeres encuestadas sobre los cambios habidos en la vida sexual posterior al diagnóstico.

Inducimos que la vida sexual y de pareja de las mujeres se trastocó producto de la presencia de la enfermedad gineco-oncológica, por consecuente manifestada en la frecuencia de llevar a cabo el acto sexual, la perdida de energías físicas y en situaciones más difíciles la anulación de acto sexual.

- **Si hubo cambios en la vida sexual posterior al diagnóstico:**
el 85.0% de las pacientes señalaron que en su vida sexual hubo una disminución en la frecuencia del acto sexual, comparado con la vida sexual antes de presentar la enfermedad, la pérdida de energías físicas fue otro elemento importante presente al momento de llevar a cabo el acto sexual, otras dijeron no tener intimidad y otras expresaron tener miedo a la actividad sexual.
- **No hubo cambios en la vida sexual posterior al diagnóstico:**
el 15.0% de las mujeres encuestadas manifestó no haber presentado cambios en su vida sexual, aun con la enfermedad presente.

Cuadro No. 28
**Opiniones emitidas por las mujeres sobre cambios
habidos en la vida sexual posterior al diagnóstico ginecológico.**
Noviembre 2012.

Opinión sobre los cambios habidos en la vida sexual posterior al diagnóstico.	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	81	100.0
Si hubo cambios:	<u>69</u>	<u>85.0</u>
Disminución en la frecuencia del acto sexual	30	37.0
Perdidas de las energías físicas	15	18.5
Miedo al acto sexual	14	17.2
Ya no había intimidad	10	12.3
No hubo cambios:	<u>12</u>	<u>15.0</u>
No se presentó cambios	12	15.0

Fuente: Encuesta realizada por la autora.

4.2.20. Impacto del cáncer gineco-oncológico en la dinámica de pareja.

El impacto del cáncer ginecológico en la mujer, supone pues un reajuste de las relaciones en la dinámica de pareja. Para la paciente es importante saber, que en cualquier momento o etapa de su enfermedad, el apoyo de su pareja es pilar fundamental para su proceso de recuperación, el apoyo y comprensión en este sentido es sumamente importante, pero también es importante resaltar que ellos mismo (pareja) necesitan ayuda.

El impedimento físico de la mujer generado por los malestares, los traumas emocionales posteriores al padecer la enfermedad, el nivel de ansiedad que aquejan a las pacientes, limitándola a confrontar la actividad sexual, el miedo a fallar o ser rechazadas por la pareja, porque ha perdido peso o ya no le es atractiva, son problemas que se presentan y tiene un impacto destructivo en la dinámica de pareja y en las relaciones sexuales.

El Cuadro No. 29, nos muestra el tiempo de unión conyugal o de mantener una relación sexual de pareja y no necesariamente estar viviendo juntos:

- El 79.1% de las mujeres encuestadas refirió tener más de cinco (5) años de unión conyugal con su pareja, de similar porcentaje un grupo 8.6% dijo tener de tres (3) a cuatro (4) años de unión y otro grupo de mujeres expresó tener pareja sexual, pero no necesariamente había convivencia bajo un mismo techo y un 3.7% dijo tener de 1 a 2 años de unión conyugal.

Podemos considerar que independientemente del tiempo de unión conyugal de las mujeres, las dificultades en la relación de pareja que estuvieron presentes como; las infidelidades, las amenazas de abandono y el aislamiento de la pareja, fueron situaciones que se derivaron a partir de la presencia de la enfermedad ginecológica.

Cuadro No. 29
Tiempo de unión conyugal de la mujer con su pareja
 Noviembre 2012

Tiempo de Unión Conyugal de las parejas	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Menos de un año	0	0
1 a 2 años	3	3.7
3 a 4 años	7	8.6
5 o más años	64	79.1
No aplica/ tiene pareja pero no conviven	7	8.6

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.2.21. **Opinión de las mujeres sobre el Tiempo que Dedican a la Convivencia en Pareja.**

La convivencia de pareja es un vínculo que se basa en la comprensión y aceptación del otro, involucra también la necesidad de espacios personales de manera individual, para que cada uno pueda desarrollarse como persona y enriquecer la relación, la expresiones de afecto es un aspecto fundamental en la convivencia de pareja; ya que la pareja debe vivir múltiples cambios propios de las etapa de vida que deben pasar y además deben adaptarse a esos cambios y más aún si deben afrontar una enfermedad como el cáncer ginecológico que es un desafío para la relación.

En el cuadro siguiente las mujeres expresan el tiempo que dedican a la convivencia de pareja, como una manera de conocer la interacción entre si y si de alguna manera la enfermedad ha influido sobre este aspecto:

- Tiempo que dedican a la convivencia de pareja. El 63.0% de las mujeres manifestó que mantienen una convivencia de pareja a diario.
- El 27.1% manifestaron que la convivencia se expresaba de manera ocasional.
- Un 5.0% expreso que nunca se daba la convivencia.
- el 3.7% dijo haber sido abandonada por la pareja
- Un 1.2% de las mujeres dijeron estar separadas de sus pareja.

De las opiniones expresadas anteriormente, consideramos que la mayoría de las mujeres mantienen una convivencia de pareja a diario, lo cual a nuestro parecer es un elemento positivo dentro del sostenimiento de la relación de pareja.

Cuadro No. 30
**Opinión de las mujeres sobre el tiempo
que dedican a la convivencia en pareja**
 Noviembre 2012

Opinión de las mujeres sobre el tiempo que dedican a la convivencia en pareja	Total	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100</u>
No hay convivencia están separados	1	1.2
A diario	51	63.0
Es ocasional	22	27.1
Fue abandonada	3	3.7
Nunca	4	5.0

Fuente: encuesta realizada por la autora

4.2.22. Tipo de actividades que realizan en parejas

El siguiente cuadro nos muestra en la opinión de las mujeres, que tipo de actividades realizan en pareja. El mismo nos permite conocer la interacción entre la pareja:

- Tipo de actividades que realizan. El 39.5% de las mujeres encuestadas dijo que realizaban actividades en pareja como; ir a comer, al cine y pasear.
- El 30.9% de las mujeres dijo que visitar a sus familiares.

- El 29.6% de las mujeres dijo que no realizaban actividades alguna, otras dijeron hacer vida social, ir a fiestas, practicar algún deporte e ir a la iglesia.

Lo anteriormente expresado nos indica que la mayoría de las mujeres encuestadas, a pesar de enfrentarse a una enfermedad gineco-oncológica, que desalienta emocionalmente y físicamente, poseen fuerzas para realizar actividades en su vida de pareja.

Para ellas mantenerse de alguna manera ocupadas les permite mayor fortalezas para seguir adelante y luchar contra la enfermedad que padecen.

Cuadro No. 31
Tipo de actividades que realizan en pareja
 Noviembre 2012

Tipo de actividades que realizan en pareja	Total	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100</u>
Ninguna	12	14.8
Visitar a familiares	25	30.9
Comer, cine, paseos	32	39.5
Vida social, fiestas y deportes	6	7.4
Acudir a la iglesia	6	7.4

Fuente: encuesta realizada por la autora

4.2.23. **Opinión de las mujeres sobre la satisfacción con la dinámica de pareja**

El cáncer ginecológico impone estrictas e inmediatas demandas sobre el sistema de funcionar la vida cotidiana de la pareja, perciben la enfermedad con potencial peligro para una ruptura en la relación de pareja o bien tomarse como una oportunidad de fortalecimiento de la misma.

Para este estudio las mujeres expresaron sentirse bien, en cómo funciona su dinámica de pareja, manifestaron que realmente la enfermedad fue una oportunidad para fortalecer su relación, que la

pareja al ver que la vida de ella (mujer) estaba siendo amenazada con esta enfermedad había mayor grado de preocupación y expresión de afecto.

El Cuadro No. 32, nos muestra la opinión de las mujeres encuestas, sobre la satisfacción con la dinámica de pareja:

- **Satisfechas:** el 88.8% de las pacientes señalaron que se sentían satisfechas con la dinámica de pareja porque: se sentían bien y feliz, había expresiones de amor, la dinámica les hacía sentir importantes, otras consideraban que fortalecía la relación, la tomaban en cuenta para la toma de decisiones, había preocupación de uno por el otro.
- **Insatisfechas:** el 11.2% de las mujeres, dijo haberse sentido insatisfechas, ya que se sentían solas a pesar de tener la pareja consigo.

Cuadro No. 32
**Opiniones de las mujeres sobre la
satisfacción con la dinámica de pareja.**
Noviembre 2012.

Opinión sobre la Satisfacción con la dinámica de pareja.	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Satisfechas:	72	88.8
Se sentía bien, feliz	30	37.0
Hay expresiones de amor	15	18.5
Le hace sentir importante	10	17.2
Fortalece la relación	8	12.3
Tomaban en cuenta en la toma de decisiones	5	3.3
Se preocupaban uno por el otro	4	15.0
Insatisfechas:	9	11.2
Se sienten solas	9	11.2

Fuente: Entrevista realizada por la autora.

4.2.24. Problemas de comunicación en la pareja previos al diagnóstico Gineco-Oncológico.

La comunicación es un mecanismo a través del cual se expresan sentimientos, se transmite información relevante al otro. En la relación de pareja es clave para adaptarse a los cambios en el cuerpo que puedan aparecer con la aparición de la enfermedad ginecológica.

La persona se puede colocar más fácilmente en el lugar del otro y comprenderle; se siente escuchada, respetada, aceptada, comprendida y liberada. La calidad de comunicación en una familia está relacionada con la capacidad de transmitir lo que se desea, así como la habilidad de escuchar a los demás, permitiendo la libre expresión de pensamientos y sentimientos.²⁹

En este cuadro las mujeres encuestadas nos dan referencia de los problemas de comunicación habidos con la pareja previo al diagnóstico:

- **Que si hubo problemas:** un 30.8% de las mujeres dijo que previo a presentar el diagnóstico habían discusiones y desacuerdos constantes con su pareja, cuestiones de celos, había temor a decir lo que pensaba, descuido de la relación de pareja, culpas, maltrato verbal mutuo, y separación física.
- **Que no hubo problemas:** el 69.2% de las mujeres manifestó no haber tenido problemas de comunicación con su pareja previo al diagnóstico.

²⁹ Campos, Flores Nivia: 2011; 28,29.

Consideramos entonces que lo expresado por las mujeres encuestadas, la mayoría no tuvo problemas de comunicación previo a presentar la enfermedad gineco-oncológica, lo que nos indica que había una comunicación adecuada en la relación familiar y de pareja, podemos deducir que la misma se refleja en la satisfacción con la dinámica y convivencia de pareja previamente señalados.

Cuadro No. 33
**Problemas de comunicación en la pareja previos
al diagnóstico Ginecológico-Oncológico.**

Noviembre 2012.

Problemas de comunicación en la Pareja previos al Diagnóstico	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Si había problemas:	25	30.8
Discusiones constantes, desacuerdos	8	10.0
Descuidaba la relación	5	6.1
La culpa de tener el VPH	3	3.7
Maltrato de verbal mutuo	3	3.7
Separaciones físicas	3	3.7
Celos	2	2.4
Temor a decir lo que pensaba	1	1.2
No hubo problemas.	<u>56</u>	<u>69.2</u>
No presento problemas	56	69.2

Fuente: Entrevista realizada por la autora.

4.2.25. **Problemas de comunicación con la pareja posterior al diagnóstico Gineco-Oncológico.**

En Cuadro No. 34 veremos según referencia de las mujeres encuestadas, si hubo problemas de comunicación en la pareja posterior al diagnóstico:

- **Que si hubo problemas:** un 26.0% de las mujeres dijo que posterior a presentar el diagnóstico hubieron problemas como: palabras que la hacían sentir mal, distanciamiento de la pareja, irritabilidad constante y una manifestó que la echaron de la casa.
- **Que no hubo problemas:** el 74.0% de las mujeres manifestó no haber tenido problemas de comunicación con su pareja posterior al diagnóstico, que la presencia de la enfermedad fortaleció más la relación de pareja.

Según lo manifestado por las mujeres encuestadas, en su mayoría dijeron que al presentar la enfermedad, la relación de pareja se

fortaleció, por tanto no hubo problemas en temática de comunicación posterior al diagnóstico.

Aunque el cáncer puede ser un factor generador de problemas de comunicación en la pareja, no necesariamente podemos reafirmar que sea así, muchas veces puede ser que ya en ésta relación de pareja la comunicación se encontraba deteriorada y la presencia del cáncer simplemente detonó lo que existía, convirtiéndose así en un problema más grave.

Cuadro No. 34
**Problemas de comunicación en la pareja
posterior al Diagnostico Gineco-Oncológico.**
Noviembre 2012

Problemas de comunicación en la pareja posterior al diagnóstico	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Si hubo problemas:	21	26.0
Palabras que la hacían sentir mal	10	12.4
Distanciamiento	7	8.6
Por irritabilidad constante	3	3.7
Fue echada de su casa	1	1.3
No hubo problemas:	<u>60</u>	<u>74.0</u>
La relación se fortaleció	60	74.0

Fuente: Encuesta realizada por la autora.

4.2.26. Opinión de las mujeres sobre síntomas surgidos por los problemas en su relación de pareja.

Los problemas en la relación de pareja, pueden producir algún trastorno emocional. En el cuadro # 35 la opinión de las mujeres encuestadas conoceremos si presentaron algunos síntomas emocionales surgidos por los problemas en la relación de pareja:

- En este espacio de otros incluimos que el 63.0% de las mujeres encuestadas refirió que no había presentado ninguno de los

síntomas en mención, pues no presentó problemas en su relación de pareja y eso se plasmó en los cuadros anteriores.

- Pero si hubo un porcentaje menor que presento algún síntoma como, 23.4% dijo haber presentado síntoma de tristeza cuando tuvo alguna situación problema en la relación de pareja.
- Un 5.0% dijo haber tenido depresión al presentar algún problema con la pareja.
- Seguido englobando los síntoma de miedo y ansiedad un 7.4% refirió haber tenido estas reacciones emocionales.
- y un menor porcentaje de 1.2% sintió ira.

Como vemos los problemas en la relación de pareja generan algún tipo de reacción emocional en la paciente, el cual bloquea y dificulta que la misma pueda enfrentarse de manera positiva a su enfermedad, y para nada esto ayuda a la paciente a seguir hacia adelante en la recuperación.

Cuadro No. 35
**Opinión de las mujeres sobre los síntomas surgidos
 por problemas en la relación de pareja.**
 Noviembre 2012.

Síntomas surgidos por los problemas de la pareja	Totales	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Tristeza	19	23.4
Depresión	4	5.0
Miedo	3	3.7
Ansiedad	3	3.7
Ira	1	1.2
Otros	51	63.0

Fuente: Entrevista realizada por la autora.

4.2.27. Opinión de las mujeres sobre la importancia del apoyo de la pareja al momento de conocer el diagnóstico Gineco-Oncológico.

Podemos observar en el Cuadro No. 36, para la mayoría de las pacientes el apoyo de su pareja es un factor determinante durante el proceso de su enfermedad, atención y tratamientos de la misma, como expresaron las mujeres encuestadas, les transmite fortalezas para seguir, seguridad, protección y sobre todo motivación y ánimos para seguir:

- Para el 43.3% de las mujeres expresó que el apoyo que recibe de su pareja es muy importante, al momento de conocer el diagnóstico Gineco-Oncológico.
- Otro 32.1% describió que el apoyo de su pareja le transmitía seguridad y protección.
- Y un 24.6% narró que el apoyo de su pareja le inspiraba ánimo y motivación para continuar con su vida.

Podemos inferir que a nuestro juicio las mujeres con mayor apoyo de su pareja pueden enfrentarse mejor y de manera positiva a la enfermedad que aquellas que no lo tienen, consideramos que ese vínculo de afecto hacia la otra persona amada es de vital importancia en el aspecto emocional de la paciente.

Cuadro No. 36
Opinión de las mujeres sobre la importancia del apoyo de la pareja al momento de conocer el diagnóstico Gineco-Oncológico.
 Noviembre 2012.

Detalles	Total	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Si es importante	0	0
Transmite fortalezas	35	43.3
Seguridad y Protección	26	32.1
Animo y motivación	20	24.6

Fuente: Entrevista realizada por la autora.

4.2.28. **Opinión de las mujeres sobre el nivel de apoyo recibido de su pareja**

Para la paciente puede ser tranquilizante y reconfortante saber que no se enfrenta sola a la enfermedad, la reacción de la pareja es crucial, pues puede ser el principal apoyo, pero la pareja también se enfrenta tras el diagnóstico de la mujer a una situación nueva y dolorosa, caracterizada por una impotencia enorme que le obligará a pasar también por un proceso de readaptación a las nuevas circunstancias.

En este cuadro las mujeres encuestadas nos narraron su opinión en relación al nivel de apoyo recibido de su pareja:

- El 88.9% de las mujeres indicó que tenía buen apoyo de su pareja, que siempre está pendiente, ya que hay buena relación.
- El 7.4% opinó que el nivel de apoyo recibido fue regular, al manifestar que el apoyo recibido por la pareja había sido ocasional.
- El 3.7% de las mujeres encuestadas dijo que el nivel de apoyo recibido había sido malo, ya que la pareja había mostrado desinterés en lo sucedido.

Cuadro No. 37
**Opinión de las mujeres sobre el nivel
 de apoyo recibido de su pareja**
 Noviembre 2012.

Opinión de la mujer sobre el nivel de apoyo recibido de su pareja	Total	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Buena	72	88.9
Siempre está presente	50	61.7
Hay buena relación	22	27.2
Regular	6	7.4
El apoyo ha sido ocasional	6	7.4
Mala	3	3.7
Muestra poco interés	3	3.7

Fuente: Entrevista realizada por la autora.

En el Cuadro No. 38, se consultó a las mujeres cómo calificaban el apoyo recibido de la pareja, a manera de conocer el soporte brindado del mismo en el proceso de atención oncológica las respuestas obtenidas fueron:

- **Suficiente.** El 85..2% de las paciente encuestadas calificó el apoyo recibido de la pareja como suficiente, que habían dado el máximo, que había sido un bastón, un soporte emocional y sobre todo porque nunca la abandono.
- **Insuficiente.** Un 14.8% dijo que el apoyo había sido insuficiente, porque no la acompaña a sus citas médicas, no tiene paciencia de espera, o porque se volvió callado.
- Y en la opción de ninguna, pues hubo cero opiniones, es decir que en esta categoría, nadie se identificaba.

Las pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico requieren una red de apoyo durante su proceso de atención oncológica. La demanda de apoyo de las mismas va a depender de las propias necesidades sentidas y exteriorizadas por ellas o las recomendadas por el equipo de salud.

Cuadro No. 38
**Calificación del apoyo recibido de la pareja
de acuerdo a la población estudiada.**
Noviembre 2012

Calificación del apoyo recibido de la pareja	Total	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Suficiente	<u>69</u>	<u>85.2</u>
Considera que ha sido suficiente	30	37
Ha sido su bastón	15	18.5
Ha dado al máximo	10	12.3
Ha sido su soporte emocional	6	11.2
Porque no la ha abandonado	5	6.2
Insuficiente	<u>12</u>	<u>14.8</u>
Porque nunca la ha acompañado a las citas médicas	8	9.8
No tiene paciencia de esperar	3	3.8
Se volvió callado	1	1.2
Ninguna	<u>0</u>	<u>0</u>

Fuente: Entrevista realizada por la autora

4.2.29. Impacto de la enfermedad en su vida como mujer debido al diagnóstico.

Algunos tipos de tumores tienen un impacto directo y específico sobre la paciente, y en este caso cuando hablamos de cáncer en el aparato reproductor femenino, el cual puede repercutir en la percepción que la mujer tiene de su autoimagen, de su rol de familia, en la sociedad, en aspectos íntimos de la feminidad,

sexualidad, en su capacidad reproductora, y en su función maternal, imagen corporal que afecta la identidad femenina, generalmente a niveles profundos, puede interferir o bloquear la continuidad de las elaciones de pareja.

En este cuadro las mujeres encuestadas nos dan a conocer, que impacto tuvo la enfermedad en su vida como mujer debido al diagnóstico:

- En el 50.6% de las pacientes el impacto fue positivo, en el sentido de que las mujeres opinaron no haber tenido tiempo de pensar en eso, otras indicaron sentirse la misma, y otras respondieron que lo habían tomado con calma.
- Mientras que un 45.6% de las mujeres el impacto fue negativo y respondieron que se sintieron menos femenina, menos bonitas o atractivas, inseguras, otras señalaron sentirse más viejas, que afectó su capacidad reproductiva, perdida del útero, sentimientos de culpa, que no sirven y otras comentaron sentirse disminuidas en su condición de mujer.
- Solo un 3.8% respondió que consideró que no la impactó en lo absoluto, en su vida como mujer.

Los resultados antes señalados nos indican que las mujeres, en su mayoría asumieron la enfermedad gineco-oncológica de forma positiva, a nuestro juicio consideramos que influye de manera positiva el papel de la pareja como apoyo a la enferma, la relación de pareja se fortalece y enriquece si la pareja participa acompañando a la paciente, tal como se refleja en el cuadro anterior.

Cuadro No. 39
**Impacto de la enfermedad en su vida
 como mujer debido al diagnóstico**
 Noviembre 2012.

Impacto identificado en su vida como mujer	Total	
	Número	Porcentaje
Total	81	100.0
<u>Impacto Positivo:</u>	<u>41</u>	<u>50.6</u>
No tuvo tiempo de pensar en eso	20	24.6
Se siente la misma	15	18.5
Lo tomo con calma	6	7.5
<u>Impacto negativo:</u>	<u>37</u>	<u>45.6</u>
Se sintió menos femenina	15	18.5
Menos bonita o atractiva	8	9.8
Que no sirve	3	3.7
Disminuida como mujer	3	3.7
Insegura	2	2.4
Se siente más vieja	2	2.4
En su capacidad reproductiva	2	2.4
Perdida del útero	1	1.2
Sentimientos de culpa	1	1.2
<u>No hubo impacto:</u>	<u>3</u>	<u>3.8</u>
Considero que en lo absoluto no hubo impacto	3	3.8

Fuente: Encuesta realizada por la autora.

4.2.30. **Expectativas a futuro de la población en torno a la relación de pareja.**

En el siguiente Cuadro No. 40, conocemos la opinión de las mujeres, sobre el significado de la pareja, para ayudarles en el afrontamiento del diagnóstico:

- El 55.6% de las mujeres considera que su pareja es muy significativa para ayudarle a enfrentar el diagnóstico, le dan un significado positivo, porque pueden contar con él para que la escuchen, para ayudarle a seguir adelante, son su principal apoyo, lo consideran un pilar y le brinda comprensión.
- El 43.2% considera un consuelo, respaldo, protección, y se sienten completa.
- Y un 1.2% de las mujeres respondió que no era significativo, dijo no importarle, ya que igual tienen que seguir.

Como podemos observar según referencia de las pacientes encuestadas, la pareja es significativa para las pacientes, es de vital importancia contar con el apoyo de su pareja en el proceso de la enfermedad y los tratamientos.

Cuadro No. 40
**Opinión de las mujeres sobre el significado de la
pareja para enfrentar el diagnóstico Gineco-Oncológico.**
Noviembre 2012.

Opiniones sobre el Significado de la pareja para enfrentar el Diagnostico.	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Es importante, para que la escuchen, para seguir, es su principal apoyo, es su pilar, es comprensión.	45	55.6
Considera un consuelo, respaldo y protección, es sentirse completa.	35	43.2
No le importa, igual tiene que seguir.	1	1.2

Fuente: Entrevista realizada por la autora.

4.2.31. Opinión de las mujeres sobre el futuro de la relación, de pareja a pesar de su condición de salud.

Podemos considerar según la opinión de las pacientes encuestadas, que en su mayoría, a pesar de la condición de enfermedad, da un buen pronóstico del futuro de su relación de pareja, al manifestar que estarán juntos hasta que Dios los separe, aunque cabe señalar que cada pareja es diferente y tendrá una reacción distinta ante el problema, el cáncer es una experiencia que produce miedo y estrés importante y con cáncer o sin cáncer,

si la pareja no puede adaptarse a los cambios, ya que la enfermedad puede ser algo que sobrepase a sus fuerzas y en este proceso o la relación se reafirma o se destruye, sin querer ser fatalista y tiene que ver el antes y después de la relación, al momento de presentarse la enfermedad.

En este cuadro las pacientes opinaron sobre el futuro de la relación de pareja a pesar de su condición de salud:

- El 64.1% de las pacientes encuestadas considera que estará junto a su pareja hasta que la muerte los separe.
- El 11.2% de las mujeres desea casarse.
- Otro 8.6% de las mujeres dijo que no sabe
- Mientras que otro 8.6% deseaba que la relación fuera mejor.
- Y el 5.0% de las mujeres cree que estarán separados.
- el 2.5% indicó que la relación es inestable.

Para las mujeres sujetas de este estudio, consideran que la relación de pareja o de esposo, se torna vulnerable con la presencia de la enfermedad, ya que temen que por padecer la enfermedad en su parte sexual, esta pone en peligro la actividad sexual, y por tanto la relación de pareja se va a ver condicionada a

como se sientan físicamente, para mantenerse activas sexualmente, pero a pesar de la enfermedad guardan la expectativa y esperanza que la relación sobreviva a la enfermedad y se fortalezca aun mas.

Cuadro No. 41
Opinión de las mujeres sobre el futuro de la relación de pareja a pesar de su condición de salud
 Noviembre 2012

Opinión sobre el futuro de la relación de pareja	Total	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Cree que estarán separados	4	5
Juntos hasta que la muerte los separe	52	64.1
La relación es inestable	2	2.5
No sabe	7	8.6
Casarse	9	11.2
Relación de pareja sea mejor	7	8.6

Fuente: encuesta realizada por la autora

4.2.32. Opinión de las mujeres sobre su futuro como Pacientes

La mayoría de las mujeres que respondió a esta encuesta guarda la esperanza de que le den de alta y estar curada de la enfermedad, cabe resaltar que ésta es una pregunta que respondieron en función del futuro como pacientes.

El siguiente cuadro las mujeres sujetas de este estudio respondieron sobre su futuro como paciente:

- El 71.6% de las pacientes encuestadas respondió que espera que le den de alta y estar curada de la enfermedad.
- El 18.6% dijo salir vencedora de la enfermedad
- El 7.4% refiere estar brindando testimonios como sobreviviente de cáncer.
- Y el 2.4% respondió que no sabe

Es evidente que la mayoría de las pacientes desea que sus médicos les den la buena noticia que ya no tendrán que venir más al hospital, oír que están curadas de la enfermedad. Este es el imaginario de la paciente, pero la realidad es que para muchas de las pacientes esta noticia nunca llega, hay casos donde la enfermedad ha avanzado, y lógicamente es traumatizante y decepcionante para la paciente, quien en esa cita médica tan esperada no escucho lo que esperaba oír.

Cuadro No. 42
Opinión de las mujeres sobre su futuro como pacientes
 Noviembre 2012

Opinión sobre su futuro como pacientes	Total	
	Número	Porcentaje
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Esperen que le den de alta, curada	58	71.6
Vencedora de la enfermedad	15	18.6
Brindando testimonios como sobrevivientes de CA	6	7.4
No sabe	2	2.4

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.2.33. Opinión de las mujeres sobre sus metas futuras

Una persona se hace planes y metas a futuro que debe cumplir, pero cuando se les diagnóstica un cáncer esos planes y metas se ven truncados para cumplirlos, porque la enfermedad, los tratamientos, los malestares propios, impiden que la paciente se sienta con las energías físicas y emocionales para llevarlos a cabo sin embargo; a pesar de la dolencia que padecen no dejan de soñar y luchar para llevarlos a término.

En el siguiente cuadro la población sujeta de estudio, se les preguntó su opinión sobre sus metas futuras, y éste fue el resultado.

- El 30.8% de las pacientes respondió que su meta a futuro es ayudar a los hijos a ser profesionales.
- El 19.7% de las mujeres dijo que deseaba ver crecer a sus hijos y nietos.
- El 9.8% dijo que deseaba trabajar
- Otro 22.2% (agrupando los porcentajes) respondió que no sabía, otras deseaban tener una casa digna, y otras deseaban tener una vejez tranquila y saludable.
- un 15.0% manifestó (agrupando los porcentajes) poner un negocio, no apartarse de Dios y poder culminar la universidad.

Como podemos observar según respuestas de las encuestadas, en su mayoría, no tenía metas propias, consideraban que ahora debían preocuparse por su familia, se preocupaba por ayudar a cumplir las de ellas/os, sobre todo pacientes madres, cuya misión es de cuidar y ayudar a los hijos/as, a que sean profesionales, solo un porcentaje muy pequeño deseaba culminar la universidad. Es

una cuestión sociocultural, por el nivel de escolaridad en cuadros previos señalados, hay una correlación en este sentido.

Cuadro No. 43
Opinión de las mujeres sobre sus metas futuras
 Noviembre 2012

Opinión de las mujeres sobre sus metas futuras	Total	
	Número	Porcentaje
Total	81	100.0
Trabajar	8	9.8
No sabe	6	7.5
Ayudar a los hijos a ser profesionales	25	30.8
Ver crecer a los hijos y nietos	16	19.7
Montar un negocio	4	5.0
Tener una casa digna	6	7.4
No apartarse de Dios	4	5.0
Vejez tranquila y saludable	6	7.4
Ser dama voluntaria	2	2.4
Culminar la universidad	4	5.0

Fuente: Encuesta realizada por la autora

4.2.34. Recomendaciones de las mujeres al equipo de atención médica en materia de educación y prevención.

En éste cuadro las encuestadas hicieron recomendaciones al equipo de atención médica en materia de educación y prevención, en relación a las enfermedades gineco-oncológicas.

Consideramos entonces que las campañas alusivas a que la población femenina conozca sobre las enfermedades de transmisión sexual, son una manera de prevenirlas ya que estas

son una ventana para padecer cáncer ginecológico, sobre todo el cáncer cérvico uterino, consideran que si la población está informada, será mucho más efectivo que se reduzca la incidencia de enfermedades Gineco-Oncológicas en la población femenina.

El siguiente cuadro # 44 nos da como resultado lo siguiente:

- Englobando el 61.7% de las mujeres recomienda que se hagan campañas y se den orientaciones sobre las enfermedades de transmisión sexual.
- El 22.3% de las mujeres respondieron que se debe crear conciencia en las mujeres al respecto, y que en la medida que conozcan sobre el tema, mayor conciencia tomaran en este sentido.
- Solo un 16.0% de las encuestadas no sabe, por tanto no dio recomendaciones.

Entonces en nuestra opinión si es importante que se hagan campañas de concienciación a la población femenina, ya que a medida que se aumenta en edad y están presente los factores de riesgo, también el peligro de padecer algún grado de afectación por cáncer.

Cuadro No. 44
**Recomendaciones de las mujeres al equipo de atención
médica en materia de educación y prevención.**

Noviembre 2012.

Recomendaciones	Totales	
	Números	Porcentajes
Total	<u>81</u>	<u>100.0</u>
Charlas de orientación sobre las enfermedades	28	34.6
Campañas sobre las ETS	22	27.1
Crear conciencia en las mujeres sobre las enfermedades ginecológicas.	18	22.3
No sabe	13	16.0

Fuente: Encuesta realizada por la autora.

4.2.35. Recomendaciones de las mujeres a la población femenina oncológica en cuanto al manejo del diagnóstico.

En su mayoría las mujeres encuestadas, recomiendan a la población femenina oncológica para el manejo del diagnóstico, no dejarse caer, es decir que luchen y sigan adelante, ya que consideran que como pacientes, no deben permitir que la enfermedad las derrote, ellas consideran que si se dejan atrapar

por la melancolía, la tristeza y la depresión su organismo estará más indefenso para luchar contra enfermedad.

El siguiente cuadro las pacientes hacen recomendaciones a la población femenina oncológica en cuanto al manejo del diagnóstico:

- En este cuadro el 80.0% de las mujeres encuestadas recomienda a la población femenina que no se dejen caer, es decir que luchen, sigan adelante, y hagan frente al problema.
- Un 14.8% recomienda que mantengan la comunicación con su médico tratante. Y un 5.0% no sabe que recomendar.

Cuadro No. 45
**Recomendación de las mujeres a la población
 femenina oncológica en cuanto al manejo del diagnóstico**
 Noviembre 2012

Recomendación en cuanto al manejo del diagnóstico	Total	
	Número	Porcentaje
Total	81	100
No se dejen caer, sigan adelante, hacer frente al problema	65	80.2
Comunicación con su médico tratante	12	14.8

No sabe	4	5.0
---------	---	-----

Fuente: encuesta realizada por la autora

4.2.36. **Recomendación de las mujeres a la población femenina en general en relación a las enfermedades Gineco-Oncológicas.**

En este sentido podemos decir que el Ministerio de Salud (MINSA), considera que no solo se debe hacer énfasis en la prevención del embarazo o planificación del mismo, sino también en educar e informar sobre los servicios de calidad, sobre los riesgos que conlleva los embarazos a temprana edad, como una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de cuello de útero.

Por otro lado las mujeres encuestadas también recomiendan que se debe tener cuidado con la persona que se escoja como pareja, ya que creen que es la vía para el contagio del virus del papiloma humano (VPH).

En este cuadro las Mujeres encuestadas hacen sus recomendaciones a la población femenina en general, en relación a las enfermedades Gineco-Oncológicas:

- El 93.5% de las mujeres recomienda que no dejen de realizarse el PAPANICOLAU.
- El 4.1% de las pacientes considera que se debe tener precaución con la pareja que escojan.
- Y un 2.1% no sabe que recomendaciones dar.

Podemos inferir entonces que las mujeres sujetas de este estudio en su mayoría, considera que atenderse y realizarse el **Papanicolaou** es de vital relevancia, para determinar oportunamente un diagnóstico de cáncer, lo cual les puede cambiar el curso de la vida y de la afección.

Cuadro No. 46
**Recomendaciones de las mujeres la población femenina en general en
relación a las enfermedades Gineco-Oncológicas.**

Noviembre 2012.

Recomendaciones en relación a las enfermedades Gineco-Oncológicas	Total	
	Número	Porcentaje
Total	81	100.0
Que se hagan su PAP, no dejen de atenderse	75	93.5
Tener precaución con la pareja que escoja	4	4.1
No sabe	2	2.4

Fuente: encuesta realizada por la autora

CAPITULO V

**PROPUESTA DE MODELO DE ATENCION INTEGRAL, PARA PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GINECO-ONCOLÓGICAS.**

5.1. **Introducción.**

El diagnóstico de cáncer genera dificultades en las relaciones familiares y de pareja y más aún, si este afecta un órgano relacionado con la sexualidad. El cáncer es una enfermedad que produce miedo y niveles de estrés. Las mujeres vivencian la sexualidad de formas diferentes y en ésta experiencia aparecen problemas.

Partimos del supuesto que las pacientes tienen la capacidad y sus propios recursos emocionales internos para resolver sus problemas o las situaciones de crisis que se dan dentro de las relaciones de pareja y esto no quiere decir que carezcan de conocimientos, experiencia o estrategias de actuación, pero nosotras como profesionales debemos respetar la autonomía de las familias y vida de pareja.

Sin embargo, es importante acompañar a la paciente y su pareja en el reinicio de la vida sexual luego de haber padecido o padecer de un cáncer ginecológico, y de haber sido tratada con una serie de tratamientos, se les debe proporcionar la seguridad de la escucha, la confidencialidad y la comprensión sin enjuiciar. Se debe promover la aceptación y el positivismo. En la expresión de las mujeres las parejas reaccionan con sentimientos de enojo por no poder o querer mantener relaciones

sexuales con ellos, la falta de una orientación o la mala comunicación conlleva a una crisis en la vida de pareja.

Conocidas ya las necesidades familiares de las pacientes y su pareja consideramos prudente una atención con profesionales especializados en el abordaje de los problemas que se susciten en la vida sexual de pareja, con la confidencialidad y criterio que este complejo tema demanda.

En éste capítulo planteamos los lineamientos metodológicos, para presentar lo que será la propuesta de un modelo de atención integral, para pacientes con enfermedades gineco-oncológicas atendidas en el Instituto Oncológico Nacional, Servicio de Trabajo Social. Además se propondrá una escala de evaluación de identificación de problemas en la relación sexual y de pareja.

Dicho lo anterior a partir de este punto, haremos una revisión de las teorías, modalidades, enfoques y técnicas de intervención que consideramos afines para establecer un marco metodológico para una propuesta de atención acorde a la realidad de la población investigada y al objetivo de la misma.

En este trabajo de investigación el Capítulo V suplanta los segmentos conocidos como conclusiones y recomendaciones. Luego de analizar los resultados de la investigación nos damos cuenta que esta población femenina al igual que su pareja está ávida de información y recibir orientación relacionada al tema.

5.2. La actuación de trabajo social con familia.

Ante un mundo dinámico y cambiante, se hace necesario contar con profesionales actualizados, con nuevos paradigmas para el abordaje de la familia. Estos cambios requieren de estrategias y conocimientos metodológicos prácticos que son de por sí inherentes a la profesión, que incidan en una intervención profesional eficiente y eficaz sobre los dilemas que enfrenta la familia, dado su carácter dinámico y cambiante, se precisa de modelos que contribuyan a facilitar el cambio de las personas que atendemos. A través del estudio de los problemas es posible profundizar la comprensión de los fenómenos que facilitan la intervención con fines terapéuticos.

Recordemos que el que viene a nosotros tiene una urgente necesidad de hablar, de ser oído, de llorar, porque constata su incapacidad de resolver sus propios problemas.

El trabajo social con familia es una forma especializada de intervención, que atiende a la familia como unidad básica y sus relaciones y considera el contexto en cual está inserta. El proceso se inicia cuando la paciente y su familiar tiene un dilema y acude a Trabajo Social en busca de la atención, este es el primer contacto con el profesional, la intervención se da principalmente sobre las situaciones del medio social que dificultan o limitan a que la familia o la persona se desarrolle por sí mismo, estas situaciones problemas precisan del trabajador social para transformar, mejora y superar las dificultades potenciando las capacidades, para ayudarlos a satisfacer sus necesidades y así promover el cambio social.

5.3. Trabajo Social en la atención de pacientes con enfermedad ginecológicas y su familia.

Si bien es cierto en Panamá no existe una documentación que respalde el accionar de nuestra profesión que ayude a aclarar la intervención en el escenario de oncología, me guiaré de referencias que han publicado cientistas sociales en otras áreas.

La incorporación del trabajo social en el área de la medicina, permite aportar a otras especialidades conocimientos y elementos adecuados

para la mejora de la atención general. Esto facilitará tanto al profesional de salud como al propio trabajador social profundizar en cada situación de forma precisa, ajustándose a la realidad y teniendo en cuenta las características específicas que comportan las diferentes tipos de enfermedades.

Con el paso del tiempo el tratamiento del cáncer no se ha limitado solamente a tratar la enfermedad, sino que se ha visto la necesidad de intervenir en otros aspectos como psicológicos y sociales realizando un abordaje con visión integral.

Es por esto que la participación de un equipo multidisciplinar es de vital relevancia, donde la intervención del profesional de psicología es indispensable, ya que las preocupaciones psicológicas van a estar presentes a lo largo del padecimiento de la enfermedad. El cáncer ginecológico genera alto niveles de stress, de mucha angustia, ansiedad depresión, deterioro de la autoimagen, la femineidad, e infertilidad en las mujeres en edad reproductiva. La atención se centra en brindar información sobre la enfermedad, cambios en estructura y funcionamiento de los órganos genitales; se motivará a los pacientes a buscar nuevas alternativas de expresión sexual. La valoración psicológica es fundamental y se debe indagar sobre las expectativas de pareja las

creencias, lo que se busca es apoyar a la paciente y su pareja a recuperar el funcionamiento sexual de la pareja. Se trata de realizar una intervención efectiva para disminuir el impacto psicológico y facilitar el proceso de adaptación de la paciente, y la pareja a la enfermedad y a manejar el problema presentado de tal modo que puedan dar una nueva significación a su situación y a su vida con los problemas que la enfermedad arrastra.

Y por otro lado en nuestra intervención, debemos tener conocimientos de terminologías médicas, ya que el paciente y su familia reciben información del profesional médico que le atiende, en cuanto al diagnóstico y planificación del o los tratamientos, pero en consecuencia de la tensión que la propia situación produce, paciente y familia suelen sentirse bloqueados y olvidar lo informado o no saber que preguntar. Por ende es aquí donde el Trabajador Social cumple una misión específica de extender las explicaciones para mayor seguridad y tranquilidad de la familia y el propio paciente, en cuanto al manejo de la enfermedad.

Así el objetivo principal de la intervención del trabajo social con pacientes oncológicos, es atender los efectos que provoca la enfermedad tanto a nivel individual, familiar y social tomando en cuenta las diferencias socioculturales y dotar de los medios necesarios para mejorar.

El Instituto de Catalá en España, bajo la Dirección del Doctor Josep M^a Borrás, el año 2004, creó junto a un grupo de otras especialidades “El Modelo de Trabajo Social en Atención Oncológica” abordando aspectos como: las funciones, objetivos metodologías de la profesión en este escenario de la medicina. De este trabajo rescatamos algunas expresiones de la actuación de Trabajo Social.

La intervención social irá dirigida a evitar que el nivel de impacto perjudique la dinámica y armonía familiar. Por otro lado se intenta recuperar sus capacidades para reorganizarse y mantener un pensamiento óptimo y unas relaciones equilibradas.

Señala también las funciones de trabajo social en este ámbito de la oncológica como lo son:

- Ayudar a las personas a desarrollar sus capacidades de manera que les permita resolver sus problemas individuales y colectivos.
- Promover la facultad de libre elección, de adaptación y desarrollo de las personas.

- Abogar por la adopción de políticas sociales justas y por el establecimiento de servicios o alternativas a los recursos socioeconómicos existentes.

El desarrollo metodológico de trabajo social en la atención oncológica requiere, en primer lugar tener unos objetivos trazados como:

- Entender los efectos que provoca la enfermedad del cáncer a nivel personal, familiar y social.
- Debe tener en cuenta las diferentes influencias socioculturales
- Procurar los medios necesarios para resolverlos, a la vez que prevenirlos.
- Identificar las problemáticas socioculturales producidas o asociadas a la enfermedad de cáncer.
- Determinar su procedencia y las consecuencias que se derivan de ellas.
- Poner en marcha sistemas de ayuda que permitan a las personas afrontar la situación en la que se encuentran.

- Promover y evaluar con los responsables los recursos de forma actualizada, es decir adaptados a los posibles cambios sociales.
- Dotar a la comunidad de toda aquella información necesaria para la mejora de la salud y la calidad de vida de la población en general, ejerciendo una función de colaboración activa.

Obviamente que el Servicio de Trabajo Social del Instituto Oncológico Nacional (ION) brinda la orientación, consejería, educación y toda la atención necesaria a los problemas sociales derivados o surgidos de la enfermedad, a pacientes y sus familias, se carece de un enfoque documentado, estructurado de intervención familiar para el abordaje enmarcado en aquellas cuestiones íntimamente ligadas a la vida de pareja y su familia.

Es evidente que los tiempos actuales exigen y demandan cambios para enfrentar los problemas actuales de las parejas y las familias, ya que ambas por su dinámica, requieren de una revisión conceptual a través de pensamiento actualizado, con el uso de nuevas teorías, modelos, enfoques en la intervención profesional para lograr identificar los procesos de transformación que viven.

Por ende planteamos una propuesta de un modelo de atención social integral, con lineamientos metodológicos que nos permitan realizar nuestra intervención de manera efectiva en beneficio de las parejas de las pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico.

A partir de aquí entonces haremos el planteamiento de nuestra propuesta teniendo presente los modelos o enfoques, que nos ayudaran a sustentar la misma.

5.4. Esquema de la propuesta de intervención profesional.

Este esquema, será propuesto por fases y se inicia con el cumplimiento de la paciente a una primera cita médica previamente programada con el servicio de ginecología, quien además debe acudir en compañía de un familiar. La mujer acude al consultorio con un diagnóstico ginecológico presuntivo, donde el especialista del área evaluará, examinará físicamente a la paciente, indicará una serie de estudios de extensión que debe realizarse, para posteriormente determinar el diagnóstico del cáncer y a partir de allí planteará de acuerdo al tipo de cáncer ginecológico el plan de tratamiento requerido, informará a la paciente y a su familiar y/o pareja la situación de su enfermedad, y lo que implicará el proceso de

atención oncológica, con el fin de mejorar la calidad de vida de la paciente.

- **Primera fase. Atención Inicial**

En esta primera etapa el trabajador social obtendrá información relevante de la problemática presentada, la cual puede ser variada y compleja, identificará algún tipo de trastorno ya sea de relación o psicológico, recogerá datos generales directamente de la paciente o puede también obtenerlos con apoyo de otro profesional, como también de la propia historia clínica.

Este proceso puede darse a partir de que la paciente acuda al servicio de trabajo social, ya sea por demanda espontánea o por referencia de algún personal médico de cualquier servicio que detecte alguna problemática.

Este primer contacto nos permite tener una aproximación a la vida de la paciente y su familia, para conocer en primera instancia que está afectando a la paciente y su familia.

Fase-1. Contacto inicial con el Médico Especialista.

Fase-1 Atención Médica.	Objetivos a tratar,	Definir la conducta clínica.	Transmisión de información.	Control de citas.	Responsable.
Primera cita.	Elaboración de la historia clínica. Evaluación clínica por parte del especialista de la rama Establecer el diagnóstico clínico. Lograr el interés médico por las preocupaciones sexuales de las mujeres.	Qué tipo de tratamiento requiere la paciente.	Médico informara sobre el diagnóstico clínico. Orientará sobre el manejo terapéutico y los posibles síntomas según tratamiento. Recomendaciones médicas.	Se refiere al seguimiento médico a través de su tarjeta control.	Médicos especialistas del servicio de ginecología.

- **Segunda fase. Recepción y recogida de datos.**

Esta segunda fase se inicia con la recepción y recogida de datos por parte del Servicio de Trabajo Social, luego de haber sido atendida por el equipo médico del servicio correspondiente, la trabajadora social, en su primer contacto con la paciente inicia recabando los datos generales, elabora la historia familiar y la de pareja, con el objetivo de conocer como manejan los eventos estresores y más aún si se habla de cáncer, también realizar una aproximación a la información que manejan de la enfermedad, indagar si la enfermedad ha afectado la vida sexual, familiar y de pareja, antecedentes psicológicos previos, evaluar de forma

general la problemática del paciente, hacer un diagnóstico y proyectar el tratamiento tanto social como el psicológico, para que la paciente pueda manejar o tener control con la mayor claridad posible de la situación problema.

Además la exploración inicial nos da un marco de referencia general del problema del paciente, y de la pareja, que origina el problema, como afecta su funcionamiento.

En esta fase proponemos el enfoque psicológico, consideramos que es viable, ya que ayudara a la paciente y su pareja, a mantener un control emocional y de equilibrio, para hacer frente a la enfermedad, y al impacto que la misma pueda provocar en la dinámica de la vida de pareja.

Fase-2 Recepción y recogida de datos.

Fase-2 de la atención.	Objetivos a tratar.	Enfoque o modelos utilizados en la intervención	Instrumentos de apoyo/técnicas / estrategias.	Paciente y su pareja recibirán.	Valoración Interdisciplinar
Recepción y recogida de datos.	<p>Conocer los datos generales la paciente y su pareja.</p> <p>Indagar si la enfermedad ha repercutido en la vida sexual y la de su pareja.</p> <p>Conocer como manejan este aspecto.</p> <p>Generar empatía y establecer el vínculo con el profesional.</p> <p>Obtener información relevante de situaciones previas que facilite el manejo.</p> <p>Conocer información de las relaciones sociofamiliares.</p>	<p>Enfoque psicológico.</p> <p>Ayudar a la paciente a tener un sentido de control sobre su situación problema.</p> <p>Ayudar a adquirir conciencia del problema emocional presentado.</p>	<p>Entrevista individual y semiestructurada</p> <p>Escucha activa</p> <p>Observación</p> <p>Estudio,</p> <p>Diagnostico</p>	<p>Orientación relacionada a posibles cambios en la vida sexual.</p> <p>Aclarar dudas relacionadas a la situación de enfermedad.</p> <p>Orientación oportuna a las dificultades generadas por la enfermedad.</p> <p>Apoyo psicosocial</p> <p>Orientación relacionada a los recursos internos y externos para su adecuada atención.</p>	<p>Trabajador/a social</p> <p>Psicólogo/a</p>

- **Tercera fase;** trata de la sexualidad en proceso de tratamientos. En éste proceso la paciente experimenta una serie de síntomas o malestares físicos, que repercuten negativamente en la vida familiar, sexual y de pareja. Es importante la intervención de la/el trabajadora/or social, la cual debe indagar las repercusiones de los tratamientos, para continuar con su vida sexual, y como a la vez se ha visto afectada la dinámica de familia.

El rol de trabajo social es identificar puntualmente, a través de la expresión de los protagonistas el problema y brindar el manejo integral correspondiente y prevenir incluso la separación o abandono de la pareja.

Lo importante para la/el trabajador/ a social en este sentido, es comprender los efectos que provoca la enfermedad del cáncer y los tratamientos en la paciente, su pareja, su familia y a nivel social, puesto que el cáncer es altamente estresante y detonante de crisis familiares. En otro contexto como profesionales de trabajo social, debemos tomar en cuenta las diferencias socioculturales, es imperante trabajar en los aspectos que pueden entorpecer la adecuada adherencia (con esto queremos detectar conductas de riesgo de desertivas de citas médicas, de abandono a los tratamientos) al proceso de atención oncológica, ya

que las dificultades a los interno de la familia pueden influir en desánimo de la paciente para cumplir con la atención médica oncológica.

Por eso el enfoque sistémico a nuestro juicio es adecuado, en vista que la familia es un sistema y funciona como tal. Lo cual quiere decir que lo que le pase a uno de sus miembros va a afectar directamente la dinámica de funcionamiento. Esto tiene mucho que ver también de quien es la persona enferma y el papel dentro del grupo familiar, por supuesto nuestra intervención va encaminada entonces a modificar lo que se interpone en el funcionamiento.

Fase 3. La sexualidad en el proceso de tratamientos.

Fase-3 de la atención	Objetivos a tratar.	Enfoque o modelos utilizados en la intervención	Instrumentos de apoyo/técnicas /estrategias.	Paciente y su pareja recibirán.	Valoración Interdisciplinar
La sexualidad en el proceso de tratamientos.	Conocer cómo afecta los tratamientos la vida sexual de pareja. Identificación de los malestares producidos por los tratamientos sobre la vida sexual de la	Enfoque sistémico, nos permite ver al paciente, no como individuo, sino en su contexto socio familiar. Ya que se tiene que considerar todos los sistemas que	Escucha activa Orientación Consejería Derivación de ser necesario Confrontación Ventilación de sentimientos	Espacio para expresar que problemas están presentando. Orientación y preparación para los cambios en su sexualidad y vida sexual durante o posterior a los	Trabajador/a Social Psicólogo/a

	<p>pareja.</p> <p>Afectación de la dinámica de pareja, como de la familia</p> <p>Identificar la crisis en la relación de pareja y prevenir el abandono.</p>	<p>se encuentran relacionados con la familia que se atiende.</p>		<p>tratamientos.</p> <p>Orientación sobre el rol participativo en la solución de su propio problema.</p> <p>Reorganización de la familia.</p>	
--	---	--	--	---	--

- **La cuarta fase; sexualidad en fase paliativa.**

En esta cuarta fase de la propuesta, se trata de la sexualidad de las pacientes, pero ya en una fase paliativa o enfermedad terminal, en el imaginario social las personas tienden a pensar que los pacientes en esta etapa han abandonado su sexualidad en este estado de su enfermedad, pero al contrario, en la experiencia de nuestro quehacer hemos aprendido, que quienes han compartido varios años con un compañero no desean abandonar esta intimidad.

Es importante tener presente que en este aspecto de la vida sexual de una paciente y su pareja va a ser algo diferente. La sexualidad se expresa más por contacto físico, caricias, besos, miradas, expresiones de cordialidad, autoimagen, atención en la limpieza, arreglo físico, la apariencia general y en instancia última la copulación genital, este último

aspecto es muy importante, pues representa afirmación de vida y pérdida ante la muerte.

Para las pacientes lo que es la imagen corporal, es decir como luce su cuerpo, su forma, ya que se pierde mucho peso, representan un problema de mucha tensión emocional, no solo en la paciente sino en su pareja, es importante identificar las alteraciones para integrarlas en las metas de cuidado y rehabilitación, la intervención del profesional debe ir encaminada en crear o aumentar el acercamiento físico, los sentimientos amorosos y afectuosos entre ambos, en algunos casos la actividad sexual termina, mientras que otros permanecerán activos hasta el final de la muerte.

Es por eso que en esta fase nos parece viable la utilización del enfoque psicológico, cuya finalidad es ayudar a la paciente a tener un sentido de control sobre su situación problema, como también ayudar a adquirir conciencia del problema emocional presentado. La construcción que tiene el cliente de su propio problema es más relevante, que la que pueda tener el profesional, ya que el que vive el problema es quien mayormente sabe cuál es su realidad.

Fase-4. La sexualidad en la fase Paliativa.

Fase-4 de la atención	Objetivos a tratar	Enfoque o modelos utilizados en la intervención	Instrumentos de apoyo/técnicas / estrategias	Paciente y familia recibirán.	Valoración Interdisciplinar
La sexualidad en la fase paliativa.	<p>Identificar en conjunto con la paciente los problemas en el aspecto sexual.</p> <p>Identificar las reacciones psicosexuales de la paciente</p> <p>Trabajar el fortalecimiento o del vínculo afectivo entre la pareja.</p> <p>Fortalecer la comunicación efectiva</p> <p>Mejorar la calidad de vida.</p>	<p>Enfoque psicológico.</p> <p>Ayudar a la paciente a tener un sentido de control sobre su situación problema.</p> <p>Ayudar a adquirir conciencia del problema emocional presentado.</p>	<p>Orientar</p> <p>Informar</p> <p>Clarificación</p> <p>Discusión lógica</p> <p>Ventilación de sentimientos</p> <p>Reflexión</p>	<p>Espacio para expresar sus temores, y dificultades.</p> <p>Consejería en la expresión de su afecto.</p> <p>Clarificación del problema o necesidades sentidas.</p>	<p>Trabajador/a social</p> <p>Psicólogo/a</p>

Para dar un tratamiento adecuado a la problemática, que venimos tratando en esta propuesta, consideramos necesario un equipo interdisciplinar, de manera que el abordaje a las pacientes que son atendidas en el servicio de ginecología reciban una atención **bio-psicosocial**, cuyo fin sea una atención total.

Es relevante la participación del profesional de psicología, el cual tiene la función de realizar la evaluación del contexto psicológico, diagnosticar, explicar, modificar y prevenir anomalías y prevenir trastornos emocionales o de cualquier otro comportamiento relevante en el proceso de la salud y enfermedad, ya que las preocupaciones van a estar presentes, ofrecerá información relacionada a la enfermedad, de los cambios en estructura y funcionamiento de los órganos genitales, motivar a las paciente y su pareja a buscar nuevas alternativas de expresión sexual, donde el profesional y la pareja establecen la prioridad de la sexualidad, dentro de la dinámica de la relación, de manera que la pareja recupere poco a poco la actividad sexual trastocada.

Es una propuesta que responde al concepto de integralidad y busca mejorar la calidad de la atención de forma que supla las necesidades y expectativas de la población, con miras a comprender las múltiples dimensiones de un problema de salud como es el cáncer, y la incidencia de éste sobre la sexualidad, para así planificar el cuidado, concentrando la intervención hacia todas las extensiones de los problemas detectados, además consideramos que una atención multidisciplinar e integral tiene sus beneficios como:

- Fortalecer la atención que se le brinda a la población usuaria del servicio de ginecología oncológica.
- Permite crear espacios propicios para educar a las pacientes y su pareja en el ejercicio y disfrute de su sexualidad, ante la presencia de la enfermedad.
- Permite utilizar la orientación técnica útil, para mejorar la adherencia de las mujeres a los tratamientos que recibe y los controles médicos
- Disminuir las barreras de la comunicación médico- paciente
- Establecer relaciones de confianza y de ayuda
- Brindarles cuidado a las mujeres y su pareja en el proceso de salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación del problema presentado.
- Ayudar a las parejas a reconocerse como un todo y con sus propias capacidades de recuperación y mejoras de su problema.

Por supuesto que la propuesta, para ser llevada a cabo requerirá de discusión técnica y aprobación del diseño, además de establecer el número de pacientes que se le aplicara y especificar el tipo de diagnóstico ginecológico. Las evaluaciones deben ser sensibles a las formas sutiles en que la función sexual afecta la autoimagen y la identidad femenina.

Para tales fines proponemos un formato de entrevista para la evaluación e identificación de problemas sexuales de pareja, para el mismo nos hemos guiado de algunos conceptos del Modelo Kaplan, ya que en si no hay una guía específica para abordar éste tema. La misma la presentamos en la página siguiente.

5.5. Entrevista de evaluación e identificación de problemas sexuales de las pacientes del servicio de ginecología y su pareja.

Nombre:

Cedula:

Unidad:

Nº de Historia clínica:

Dirección residencial:

Familiar cercano para consulta en caso de urgencia:

Teléfonos:

1. Estado sexual actual.

- Tipo y naturaleza del problema presentado por la pareja.
- Existencia o no de patologías o causas orgánicas.
- Posible existencia de patologías psicológicas relacionadas con el problema sexual
- Posibles problemas maritales o de relación interpersonal
- Energías para la actividad sexual.

2. Funcionamiento sexual pre mórbido (anterior a la enfermedad).

- Funcionamiento sexual antes del diagnóstico y el tratamiento
- Importancia de la expresión sexual

- Grado de satisfacción con la relación
- Calidad y estabilidad de la relación

3. Aspectos psicosociales de la sexualidad.

- Con pareja o no al momento del diagnóstico
- Respuesta de la pareja a la situación de enfermedad
- Preocupaciones del paciente en cuanto a las consecuencias del tratamiento en la pareja.

4. Estado Psicológico.

- Antecedentes de depresión u otro trastorno psiquiátrico.
- Tratamiento con fármacos psicotrópicos
- Psicoterapia previa
- Estado mental actual.
- Requerimiento de hospitalizaciones

Valoración final por: _____

Trabajador social: _____

Psicólogo/a: _____

Códigos y firmas responsables: _____

Fecha: _____

5.6. Conclusiones de los resultados.

- Consideramos que la investigación cumplió con los objetivos, en los aspectos centrales en la cual se basó el trabajo, que fue conocer como las enfermedades gineco-oncologicas inciden en la vida sexual de las pacientes, y como ésta impacta en la dinámica de pareja.
- Un aspecto importante fue conocer en la opinión de las mujeres, la satisfacción de su vida sexual posterior al diagnóstico gineco-oncologico. considerando que mayoría son mujeres relativamente jóvenes y que mantiene una vida sexual activa, impresiona saber que la enfermedad si incidió en la vida sexual, por estar ubicada en la parte genital femenina y la presencia de malestares físicos, guarda mucha relación, para que la mujer se viera afectada para continuar con la actividad sexual.
- Siguiendo esta misma línea de la pregunta, las mujeres en su mayoría refirió tener una vida sexual con la cual se sentían bien antes de enfermarse, pero la enfermedad si repercutió con la vida sexual de las pacientes posteriorente.
- También fue interesante saber sobre los cambios habidos en la vida diaria a partir del diagnóstico. No fue grato emocionalmente ni físicamente, para

las mujeres enfermas, la pérdida de su independencia, el enfermar disminuyó la capacidad física parcialmente, para hacer sus actividades cotidianas y eso implicó pedir ayuda a los familiares para realizarlas, lo cual para las mujeres no fue fácil encontrarse limitadas.

- Otro aspecto puntual que fue importante conocer fue, la opinión de las mujeres sobre la relación entre el comportamiento sexual y el diagnóstico. Nos impresiona saber que para las mujeres encuestadas, parecían tener algún grado de conocimiento de que el virus del papiloma humano (VPH), tiene relación con la aparición del cáncer cérvico uterino y por otro lado también el sentimiento de culpabilidad hacia la pareja sexual, la cual tiene mucho que ver con el contagio de la infección.
- La realización de este trabajo nos permitió saber que para las pacientes es importante que se les pregunte sobre este tema, infieren que un pequeño consejo por parte del médico, el psicólogo o la del trabajador/ra social relacionado a cómo manejarse con su pareja frente al problema, les ayudara a afrontar mejor la situación de la enfermedad y por ende el abandono de la pareja.

- Constatamos que en la aplicación del instrumento pudimos obtener una visión variada, de cómo la enfermedad gineco- oncológica trasciende en la vida sexual de la mujer y la pareja.

➤ **Recomendaciones.**

- Se corroboró que el cáncer Gineco-Oncológico incide en la vida sexual de las mujeres; es preciso el abordaje de la sexualidad de la paciente, de manera integral, para un mayor bienestar sexual y de pareja.
- El instrumento fue una herramienta útil, al ser aplicado en un escenario clínico, consideramos que su utilización en un futuro se hace necesario, para lograr discriminar entre pareja satisfechas y no satisfechas, con su vida sexual, cuando se enfrentan a una enfermedad como el cáncer.
- Sin embargo, se deja la posibilidad de reestructurar el instrumento, para poder integrar en otras investigaciones las relaciones de pareja homosexual, puesto que hemos venido tratando con pacientes con orientación sexual contrario a su sexo, para poder tener mayor amplitud de la investigación en un futuro.

Apreciación sobre el tema investigado.

Como es un tema delicado y complejo, realmente me sentí bastante bien, llevando a cabo una investigación tan privada, fue impresionante saber todo lo que viven las pacientes en sus hogares y a lo interno de la dinámica de la pareja, que de no ser a través de éste trabajo nunca hubiéramos imaginado por lo que atraviesan las pacientes. Pero también hubieron inconvenientes debido a que algunas de las pacientes no respondía si su pareja no estaba presente, por cuestiones culturales. Ésta respuesta se dio en mujeres indígenas. (Debía pedir permiso a su marido).

Por otro lado con la rica información brindada por las pacientes que son las que viven la enfermedad y las dificultades, espero que éste trabajo nos sirva como un comienzo, para el abordaje de la sexualidad, y que se incluya como una atención paralela con la atención de la enfermedad física, con el objetivo de que se les brinde una atención integral a las pacientes que sean atendidas en el servicio de ginecología. Y porque no, que sirva de referencia para centros afuera, con pacientes con otros tipos de enfermedades, ya que no sólo el cáncer produce este tipo de problemas el aspecto sexual.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS.

- Alonso/Lazcano/ Hernández; Editorial Médica Panamericana. 1ª Edición. 2000:122 y 128.
- AGUILERA Ballesteros, Bernardo. Vivir en Pareja, al Encuentro del Rol de Pareja. 1ª Edición, Alfadil Ediciones. 2003: 51,77.
- BARÓN, M. Gonzales, Ordoñez A, J, Felliú P. Zamorano. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte del Paciente con Cáncer. 2da Edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Madrid: 2007:163,596, 951
- BEREK, Jonathan S. y Sánchez, José Manuel MD. Ginecología de Novak, 12ª Edición. McGraw-Hill. Interamericana Editores S.A. Barcelona España. 1997: 279, 1018.
- BLOOM, J.R, Bayden L. Cooper, A. C.C., Kaplan De- Nour. El Papel del Apoyo Familiar en el Control del Cáncer. 2da Edición, Nueva York. 2000: 53
- CAMPOS, Flores Nivia. La familia Base de la Convivencia Humana. Estudio Analítico y Actual de la Situación Familiar en Panamá. Editorial Portobelo Biblioteca de Autores Panameños 152. Primera Edición.2011:11, 21,23

- DE QUADROS, Ciro. Prevención de Enfermedades, Protección de la Salud. 2004: 153.
- DISAIA, Philip. J. Oncología Ginecológica Clínica. 4^{ta} Edición. Mosby/Doyma Libros S.A. Madrid, España. 1994:156.
- DIE TRILL, María. López, Imedio Eulalia. Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. ADES. Aula de Estudios Sanitarios S.L.C/Virgen del Espino 3, 4^ºB, Madrid. 2000:213, 214,222.
- FLORES CAMPOS, Nivia. La familia, base de la convivencia humana
- GOLCHER, Ileana. Escriba y sustente su tesis: metodología para la investigación social. 6^{ta} Edición. Panamá Editorial Letras Panameñas. Panamá. 2003: 175, 176, 181.
- GONZALEZ, J. Merlo. Ginecología 7^{ma} edición. Ronda General Mitre. Musson S.A. 149 Barcelona España. 1996: 3434 y 435.
- HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto y Otros. Metodología de la Investigación, 5^{ta} Edición. MCGRAW –HILL/ EDITORES S.A. 2010: 9,10.
- JARAMILLO Antillón, Juan. RL. Cáncer, Fundamentos de Oncología. TOMO I. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.1999: 17,27.

- LENHARD, Raymond E. Jr., Osteen Robert T y Gansler Ted. Oncología Clínica de la Sociedad Americana del Cáncer. Ediciones Mayo S.A. Barcelona, España. 1988: 448.
- LOZANO, Itziar. Sobre el Cuerpo y Nuestra Identidad: Sexualidad, Maternidad Voluntaria y Violencia. Editado por: Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A.C. 1982: 125, 169.
- MILLER, Ramirez, Gladys. Género Política Social y Trabajo Social; Primera Edición. Editorial Portobelo. 2010:114
- MURPHY Gerald P. MD, Walter Laurence, Jr. MD, Raymond E. Lenhard, Jr. MD. Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society, 2ª Edición. Washington, D.C. OPS. Publicación Científica; 1996: 59, 75, 76, 87, 623, 628,795.
- PINEDA, Beatriz Elia. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud. 2da Edición. Organización Panamericana de la Salud. 1994:153.
- QUINTANA, Carlos. Elementos de Influencias Estadística. Editorial De La Universidad de Costa Rica. Primera Edición; 1989: pag. 33

- RICE, F. Philip. Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. 2ª. Edición. Prentice- Hall Hispanoamericana, S.A. México Editorial. México. 1997: 513.
- VELASCOS, María Luisa y Colaboradores. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historia y creencias). Editorial el Manual Moderno. México. 2001:1, 49.
- VINCENT, T. de Vita Jr. y Colaboradores. Cáncer. Principios y Prácticas de Oncología: TOMO I, 2ª Edición, Salvat Editores S.A. Barcelona, España. 1988: 944.
- VINCENT, T. de Vita Jr. Y Colaboradores. Cáncer. Principios y Prácticas de Oncología: TOMO II, Salvat Editores S.A. Barcelona, España. 2000:1008
- YAZIGI R. Arraztoa J. Cáncer de Endometrio. En: Diagnóstico y Tratamiento. Genitourinario - Genital femenino. 1ª Edición, Santiago: Editorial Mediterráneo, 1998:117.

BOLETINES

- Registros Hospitalarios del Cáncer. Instituto Oncológico Nacional. Panamá 2010.
- Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Instituto Oncológico Nacional. Boletín 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer: 2010-2015. República de Panamá. Ministerio de Salud (MINSA). Agosto 2011: 13,14.

DICIONARIOS

- Diccionario de cáncer-Nacional Cáncer. Consulta: 29 de marzo 2012.
- Diccionario de Oncología Clínica: Autor. Álvaro, Redondo B. Editores Médicos, Barcelona España. 2005: 14, 48, 49, 50, 56, 57,160
- Nuevo Diccionario Médico; Rafael Ruíz Lara y colaboradores: editorial Teid S.A. Barcelona España. 1984: 29

REVISTAS MÉDICAS / CIENTÍFICAS/ TESIS

- Revista. Perfil de Género y Salud de la República de Panamá: Ministerio de Salud (MINSa) Junio 2010:24, 25.
- Normas de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Pre invasoras del Cuello Uterino. MINSa, Departamento de Salud y Atención Integral A La Población Panamá, Octubre 2003: 9, 101.
- Normas de Atención Ginecológica. Departamento de Salud y Atención Integral A La Población Ministerio de Salud (MINSa) Panamá: 1999: 88, 96 y 101.
- Ginecología Oncológica, XII Curso Intensivo de Formación Continuada. Pof. LI. Cabrero Roura, X. Iglesias Guiu, LI. Balagueró Lladó, J. Xercavis Montosa. Ergón S.A. Laboratorios Menarini. 2005:4, 5, 7.
- Ginecología Oncológica, VI Curso Intensivo de Formación Continuada. Dr. X. Iglesias Guiu, LI. Balagueró Lladó, J. Xercavis Montosa. Ergón S.A. Laboratorios Menarini. 2005: 52
- Conciencia Latinoamericana. Volumen. XVIII N°17, 2009:3. CAIRO + 15 años. CIPD: Vinculación de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos con temas críticos.
- Memoria Anual. Instituto Oncológico Nacional. 2000-2002: 14

TESIS

- GARCIA, F. Elida, Lidia E. Torres. Sistema de Contabilidad del Instituto Oncológico Nacional. Panamá Universidad de Panamá. Facultad de Administración de Empresas y Contabilidad. Escuela de Contabilidad.1992. (Tesis de Licenciatura)

MANUALES

- Dra. De Tejada Hildauro: Manual instructivo, guía de estudio y aprendizaje. Intervención Profesional y Familia.

CONSULTA DE INTERNET

- Revista Cubana Medicina General Integral v.18 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2002). [Consulta: 22/4/12].
- Avances Clínicos Cáncer 2010: Informe anual de la ASCO sobre el progreso contra el cáncer. Sociedad Panamericana de Oncología. (Michael Link MD). www.cancer.net. Consulta: 8 de junio de 2012

- Pacientes con cáncer no hablan de sexo, pero usan medicinas alternativas: Dr. Erasmo A. Iñiguez V. Artículo Publicado Noviembre 10, 2005. Consulta: 8 de junio de 2012.
- Alertasalimentarias.blogspot.com/.../pacientes-con-cncer-no-hablan-d... Consulta: 10 de junio de 2012.
- Un estudio presentado en el decimotercero Congreso Europeo de Oncología, Publicado por Dr. Erasmo A. Iñiguez V. 10/11/2005. Consulta: 15 de junio de 2012.
- El cáncer en la historia de la medicina. Hipócrates (460 – 370 ac) describió por primera vez esta enfermedad. 14 Junio 2010. Consulta: 28 de junio 2012.
- www.cdc.gov/spanish/cancer/gynecologic/ consulta: 29 de marzo 2012
- Tipos principales de cánceres ginecológicos Junio 2011.www.amazon.com/The-Secret-History-War-Cancer/dp/0465015662. Consulta: Julio 2012.
- [www. Minsa.gob.pa/documents/](http://www.Minsa.gob.pa/documents/). Estadísticas de Cancer en Panama. Consulta: Junio, 2012.
- www.censos2010.gob.pa/acercad.htm Consulta: Junio, 2012.
- [ttp://www.cancer.org/Cancer/CancerBasics/TheHistoryofCancer](http://www.cancer.org/Cancer/CancerBasics/TheHistoryofCancer). Consulta: Junio, 2012.
- www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm Consulta: Junio, 2012.

- [//www.urologiaysexologia.cl/16/4/12http](http://www.urologiaysexologia.cl/16/4/12http). Consulta: Junio, 2012.
- Orientacionfamiliar.tripod.com/dinamica.htm Consulta: Agosto 2012.
- Stop-endometriosis.foroactivo.com/t48-informacion-y-definiciones. Consulta: Agosto, 2012.
- **Cáncer ginecológico: definiciones. Consulta: Octubre 2012.**
- [www.scielo.org.ve/revista venezolana de oncología torre del Colegio](http://www.scielo.org.ve/revista_venezolana_de_oncologia_torre_del_Colegio), v.22 n4. Caracas dic.2010, piso 2, OF. C-2, av. José María Vargas, Santa Fe Norte, Caracas, Venezuela. Consulta: 24 de Abril 2013.
- [http://.www.cancer.gov/español/cancer](http://www.cancer.gov/español/cancer). Instituto Nacional del Cáncer. **Actualización:** 8 de febrero de 2013. Consulta: 2 de Abril 2013.
- <http://www.conevyt.org.mx/cursos/revistas>. Sexualidad, información básica para adolescentes, Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). México, 1990, 4ª edición. Consulta: 30 de abril 2013.
- <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/gynecologic>. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 1600 Clifton Rd. Atlanta, GA30333, USA. Consulta: 6/5/13
- <http://www.aboutbrachytherapy.com/ES-ES/PACIENTES/BRAQUITERAPIA/Pages/que-es-la-braquiterapia.aspx>. Página actualizada por última vez el: 24 noviembre 2011. Consulta: 6 de mayo 2013.

- <http://webcache.googleusercontent.com/search/> artículos sobre sexo y sexualidad humana. Editorial Ciencias Médicas. 2013. Consulta: 12 de Mayo 2013.
- [http://www.Salud.gov.pr/Cáncer Ginecológico/](http://www.Salud.gov.pr/Cáncer_Ginecológico/). Boletín del Registro del Cáncer Puerto Rico. Volumen 2, Número 1, Enero- Marzo 2009. Consulta: 14 de Mayo 2013.
- [http://webcache.googleusercontent.com/search/actualidad-cancer-ginecologico en el mundo](http://webcache.googleusercontent.com/search/actualidad-cancer-ginecologico-en-el-mundo). Vilana 12, 08022 Barcelona, Clínica. Centro Médico Tecknon. 2012. Consulta: 14 de Mayo 2013.
- <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecund>. Consulta: 14 de Mayo 2013
- [http://webcache.googleusercontent.com/.cuidados médicos/ apoyo espiritual](http://webcache.googleusercontent.com/.cuidados_médicos/apoyo_espiritual) en pacientes. Consulta: 6 de Junio 2013
- <http://webcache.googleusercontent.com/cancer-cervicouterino/articulos>. Última actualización: 05-2013. Consulta: 8 de junio de 2013.
- [www.profamilia.org.co/avise/derechos/ 2.php](http://www.profamilia.org.co/avise/derechos/2.php). Consulta: 3 de Julio 2013.
- Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Instituto Catalá D' Oncología. 2004:5, 7.
- Coordinadores: Francisco Gil, Ana Novellas

- Colaboradores: Elisabeth Barbero, Maria Francisca Hollenstein, Jorge Maté
- INSTITUT CATALA D'ONCOLOGIA. Documento de Consenso. Octubre 2003

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIAS EN POLITICA, PROMOCION E INTERVENCION
FAMILIAR

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Incidencia de las enfermedades ginecológicas en la vida sexual de las mujeres diagnosticadas con cáncer e impacto en la dinámica de pareja: propuesta de modelo de atención integral.

I. PERFIL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

A. DE LAS MUJERES

1. Edad de las mujeres:

<input type="checkbox"/> menos de 18	<input type="checkbox"/> 18 a 22	<input type="checkbox"/> 23 a 27	<input type="checkbox"/> 28 a 32
<input type="checkbox"/> 33 a 37	<input type="checkbox"/> 38 a 42	<input type="checkbox"/> 43 a 47	<input type="checkbox"/> 48 a 52
<input type="checkbox"/> 53 a 57	<input type="checkbox"/> 57 a 62	<input type="checkbox"/> 62 o más	

2. Estado Civil:

Casada Unida Soltera Separada
 Viuda Divorciada

3. Escolaridad:

<input type="checkbox"/> Primaria completa	<input type="checkbox"/> Primaria Incompleta
<input type="checkbox"/> Secundaria completa	<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta
<input type="checkbox"/> Universidad completa	<input type="checkbox"/> Universidad incompleta
<input type="checkbox"/> Técnico completa	<input type="checkbox"/> Técnico incompleto
<input type="checkbox"/> Sin instrucción académica	

4. Ocupación _____

Profesionales, Científicos e intelectuales
 Técnicos y profesionales de nivel medio
 Empleados de oficina.
 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados
 Artesanos y trabajadores de la minería, la construcción, la industria manufacturera, la mecánica y ocupaciones afines.
 Trabajadores no calificados de los servicios, la minería, la construcción, la industria manufacturera, transporte y otras ocupaciones elementales.
 Trabajadores de las fuerzas armadas y ocupaciones no identificables o no declaradas

- Pensionada por Invalidez
- Jubiladas
- Amas de casa

5. Si no labora actualmente pase a la pregunta # 9 y # 10

6. Status Laboral

Permanente Eventual Independiente No trabaja

7. Indique el lugar de trabajo

Empresa Privada Gobierno Otro

8. Si trabaja cual es su salario mensual B/. _____

9. Si no labora señale su fuente de ingresos

pensión de invalidez pensión de vejez pensión de viudez
 pensión alimenticia ayuda de familiares otros

Especifique

10. Cuál es el ingreso familiar?

Menos de 100 Balboas 101 a 300 Balboas 301 a 500 Balboas
 501 a 700 Balboas 701 a 900 Balboas Más de 901 Balboas

11. Señale el número de hijos tenidos.

1 hijo/a 2 hijos/as 3 hijos/as 4 o más hijos/as

12. Etapa del ciclo vital:

En que Etapas del Ciclo Vital Familiar se encuentra usted:

Pareja recién casada o unida

- _____ Familia con hijos pequeños
- _____ Familia con hijos adolescentes
- _____ Familia con hijos en proceso de desprendimiento
- _____ Reencuentro de la pareja
- _____ Progenitores de la familia en la vejez

13. Lugar de origen(donde nació)

Especifique

14. Lugar de procedencia (donde reside)

Especifique

B. DE SUS PAREJAS

Características generales de las parejas

Edad	Ultimo nivel de Escolaridad alcanzado	Ocupación	B/. Ingresos

15. Naturaleza del empleo actual

Permanente _____ Eventual _____ Independiente _____

16. Si labora indique el lugar de trabajo

Empresa Privada _____ Gobierno _____ Otro _____

17. Indique su ingreso mensual? _____

18. Si no trabaja usted actualmente cual es su fuente de ingresos? Ingreso

Explique

II. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO ONCOLOGICO RECIBIDO.

19. Señale qué tipos de tratamientos oncológicos ha recibido?

_____ Radioterapia _____ Quimioterapia _____ Cirugía

_____ Cesium

_____ Quimioterapia y Radioterapia combinadas

_____ Quimioterapia + Radioterapia + Cirugía

20. Señale cuanto tiempo tiene de haber recibido el diagnóstico oncológico.

_____ 1 año _____ 2 años _____ 3 años o más

Especifique

21. Comprendió usted la información médica que recibió?

Si _____ No _____

Describe _____

22. Considera usted suficiente la información médica recibida?

Si _____ No _____

Describe _____

23. Personas con quien comparte usted la información relacionada al diagnóstico.

_____ Pareja _____ familiares _____ Hijos _____ Amistades

_____ compañeros _____ Grupos de oración _____ otros

Especifique

III. ACTITUD ASUMIDA POR LAS MUJERES ANTE LA INFORMACION MÉDICA RELACIONADA AL DIAGNÓSTICO Y LA ENFERMEDAD GINECOLOGICA PRESENTADA.

24. Describa como ha afrontado usted la enfermedad ginecológica.

Describa. _____

25. Considera usted que su comportamiento sexual está relacionado con el diagnóstico.

Si _____ No _____

Describa _____

26. Describa si hubo cambios en su vida diaria a partir de el diagnóstico?

Si _____ No _____

Cuáles? _____

27. Describa si le satisfacen los cambios presentados?

Si _____ Describa _____

No _____ Describa _____

IV. MODIFICACIONES EN LA VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER GINECOLOGICO.

28. Describa si es importante para usted tener una vida sexual activa.

Si _____ No _____

Describa _____

29. Se sentía usted satisfecha con su vida sexual previa al diagnóstico?

Si _____ No _____

Describa

30. Se siente usted satisfecha con su vida sexual posterior al diagnóstico?

Si _____ No _____

Describa _____

31. Identificó usted problemas en su vida sexual previos al diagnóstico?

Si _____ No _____

Cuáles? _____

32. Identificó problemas en su vida sexual posterior al diagnóstico?

Si _____ No _____

Cuáles? _____

33. Identificó cambios en su vida sexual posterior al diagnóstico?

Si _____ No _____

Cuales? _____

V. IMPACTO DEL CANCER GINECOLOGICO EN LA DINAMICA DE PAREJAS DE LAS MUJERES.

34. Señale que tiempo de unión conyugal tiene con su pareja

_____ menos de 1 año _____ 1 año a 2 _____ 3 años a 4 _____ 5 años y más

_____ No aplica tiene poco tiempo de convivir.

35. Cuanto tiempo se dedican a la convivencia en pareja

Explique _____

36. Describa qué tipo de actividades realizan en pareja?

Describa _____

37. Describa si se siente usted satisfecha con la dinámica de pareja?

Si _____ No _____

Describa _____

38. Identificó usted problemas de comunicación con su pareja previo al diagnóstico?

Si _____ No _____

Cuales? _____

39. Identificó problemas de comunicación con su pareja posterior al diagnóstico?

Si _____ No _____

Cuales? _____

40. Presentó usted algunos de estos síntomas, al identificar problemas con su pareja?

_____ Tristeza _____ Depresión _____ Miedo _____ Ansiedad _____ Ira _____ otros

Especifique

41. Considera importante el apoyo de su pareja al conocer éste su diagnóstico?

Si _____ No _____

¿En qué aspectos?:

42. Cuál es el nivel de apoyo recibido de su pareja?

____ Bueno Especifique: _____

____ Regular Especifique: _____

____ Malo Especifique: _____

43. Describa usted si ha sido suficiente el apoyo recibido de su pareja

Describa _____

44. Describa como ha impactado la enfermedad en su vida como mujer.

Describa _____

VI. EXPECTATIVAS A FUTURO DE LA POBLACION EN TORNO A LA RELACION DE PAREJA.

45. Describa lo que significa para usted la pareja en su vida, para ayudarle a enfrentar el diagnóstico?

Describa _____

46. Describa cuáles son sus percepciones futuras en cuanto a la relación con su pareja?

Describa _____

47. Describa como se percibe usted a futuro como paciente?

Describa _____

48. Que metas considera usted prioritarias llegar a cumplir a futuro.

Describe _____

49. Cuales recomendaciones haría al equipo de atención médica en materia de educación y prevención

50. Cuales recomendaciones haría a la población femenina oncológica en cuanto al manejo del diagnóstico.

51. Cuales recomendaciones haría a la población femenina en general en relación a las enfermedades gineco-oncológicas.

Firma del encuestador: _____

Fecha: _____