



Universitas Psychologica

ISSN: 1657-9267

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

García Padilla, Dennys del Rocío; García Padilla, María del Pilar; Ballesteros de Valderrama, Blanca Patricia; Novoa Gómez, Mónica María

Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica

Universitas Psychologica, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2003, pp. 199-214

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64720209>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SEXUALIDAD Y COMUNICACIÓN DE PAREJA EN MUJERES CON CÁNCER DE CÉRVIX: UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

DENNYS DEL ROCÍO GARCÍA PADILLA, MARÍA DEL PILAR GARCÍA PADILLA,
BLANCA PATRICIA BALLESTEROS DE VALDERRAMA,* MÓNICA MARÍA NOVOA GÓMEZ**
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Recibido: junio 6 de 2003

Revisado: julio 8 de 2003

Aceptado: julio 22 de 2003

RESUMEN

El objetivo de esta investigación cuasiexperimental de caso único fue evaluar el efecto de una intervención psicológica con énfasis en sexualidad y comunicación en pareja, para mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix que estuvieran en tratamiento. Se trabajó con cuatro mujeres, pacientes del Centro Javeriano de Oncología, quienes participaron voluntariamente. Como instrumento se utilizó una entrevista semiestructurada, validada por juicio de expertos, cuyo objetivo fue recolectar la información relevante y pertinente para la investigación. Con base en la información de la entrevista se detectaron las necesidades de las pacientes y se seleccionaron los temas para incluir en el programa de intervención. Este programa fue aplicado y evaluado en diferentes momentos, como se requiere para disminuir las amenazas a la validez interna. El programa consistió en un ciclo de talleres psicoeducativos de tres sesiones, en cada una de las cuales se hizo un pretest y un postest con instrumentos diseñados específicamente para cada momento. Se realizaron evaluaciones pretaller y postaller inmediatas, un seguimiento a los 15 días y otro a los 30 días de haber terminado el ciclo. Los resultados se presentaron en tablas y figuras, con un análisis descriptivo no estadístico a través de la categorización de preguntas. La efectividad del taller se demostró con cambios positivos en cada una de las participantes, especialmente en el aspecto de creencias e información general; respecto a la sexualidad también hubo cambios favorecedores de la relación de pareja; sin embargo, persistieron algunos déficit en la comunicación y en la relación sexual. Finalmente, se analizaron las implicaciones prácticas y teóricas de la investigación en sus diferentes momentos.

Palabras clave: cáncer, comunicación, psicología de la salud, sexualidad.

* Correo electrónico: blanca.ballesteros@javeriana.edu.co

** Correo electrónico: mmnova@javeriana.edu.co

ABSTRACT

The aim of this quasiexperimental research of single case with n replications was to evaluate a psychological intervention with emphasis on sexuality and marital communication for women diagnosed with cervical cancer under treatment. Four women patients of the Javeriano Oncology Centre participated voluntarily. The instrument was a semi-structured interview validate by experts judgement and was applied individually in order to collect relevant and pertinent data according to the objectives. Based on the information from the interview special patient's needs were detected which guided the selection of the intervention program contents. Intervention was applied and evaluated in different moments, as is required to decrease threatens to internal validity (Kazdin 2001). The intervention program consisted of three-session psycho-educational workshop with pre-post-test measures specially designed for each occasion. Evaluations were applied immediately after each session, 15 days after, 30 days after the last session. Results were presented graphically and in tables and were analysed descriptively without statistics through categories derived from the answers. The intervention effectivity was demonstrated in positive changes in each participant, especially in general information and beliefs; there were changes respect to sexuality favourable to couple relation, however some deficits in communication and sexual relation persisted. Practical and theoretical implications were analysed in different moments during the research.

Key words: cancer, communication, health psychology, sexuality.

El objetivo de esta investigación cuasiexperimental de caso único con N sujetos fue evaluar el efecto de una intervención psicológica con énfasis en sexualidad y comunicación en pareja para mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix que estuvieran en tratamiento. Para tal efecto se trabajó con una muestra de 4 sujetos, seleccionada en forma intencional, las pacientes pertenecían al Centro Javeriano de Oncología y participaron voluntariamente. El instrumento, validado por juicio de expertos, consistió en una entrevista semiestructurada que se realizó a cada paciente para recolectar la información relevante y pertinente para los objetivos de la investigación. Con base en la información de la entrevista se detectaron las necesidades de las pacientes y se seleccionaron los temas a incluir en el programa de intervención que fue aplicado y evaluado en diferentes momentos, como se requiere para disminuir las amenazas a la validez interna (Kazdin, 2001). El programa consistió en un ciclo de talleres psicoeducativos de tres sesiones, en cada sesión se hizo un pretest y un posttest con instrumentos diseñados específicamente para cada momento. Se realizaron evaluaciones pretaller y postaller inmediatas, un seguimiento a los 15 días y otro a los 30 días de haber terminado el ciclo. Los resultados se presentaron en tablas y gráficas, además fueron analizados de manera descriptiva no estadística a través de la categorización de preguntas. La efectividad del taller se demostró con cambios positivos en cada una de las participantes, especialmente en el aspecto de creencias e información general; respecto a sexualidad también hubo cambios favorecedores de la relación de pareja; sin embargo, persistieron algunos déficits a nivel de comunicación y relación sexual. Finalmente, se analizaron las implicaciones prácticas y teóricas de la investigación en sus diferentes momentos.

El cáncer es una enfermedad que afecta a un número importante de personas, su incidencia y prevalencia se han incrementado poco a poco; según Guevara (2001), en Colombia esta patología ocupa el tercer lugar dentro de las causas de muerte; de hecho, para 1998 se estimó una incidencia total de 42.000 casos con 25.000 muertes. El cáncer de cérvix constituye la patología neoplásica más frecuentemente observada en el país (González, 1999).

Es importante enfatizar que, más allá de las dificultades que vive el paciente con cáncer, las mujeres con cáncer de cérvix enfrentan aspectos particulares que alteran su calidad de vida y la de su pareja. Por ejemplo, la connotación cultural del rol de mujer y compañera, así como la connotación cultural dada a la mujer que tiene esta enfermedad: disminuida, menos mujer, menos femenina (Seifert, 2000a; Paavonen, 1999; Ibáñez y Romero, 1996). Frente a esta perspectiva resulta pertinente una propuesta de intervención psicológica que, como la desarrollada en este trabajo, incida favorablemente sobre la calidad de vida de las pacientes.

En la presente investigación se buscó identificar las características de sexualidad y comunicación en pareja de un grupo de mujeres con cáncer de cérvix y que en el momento en que se contactaron estaban en tratamiento, ésto con el objetivo de diseñar una intervención psicológica sobre tales aspectos, para posteriormente evaluar el efecto de la misma. Así, se quiso determinar si el programa que se elaboró lograba producir un cambio frente a cómo estas mujeres percibían y vivían la sexualidad y la comunicación con su pareja después de haber recibido el diagnóstico de cáncer de cérvix.

Finalmente, se buscó que los resultados de la investigación evidenciaran la posibilidad de ayudar desde

la psicología a estas pacientes que al recibir su diagnóstico de cáncer cervical no sólo empiezan a enfrentar los síntomas de la enfermedad y los efectos físicos secundarios al tratamiento, sino que también se ven afectadas en aspectos de su relación de pareja, situación que puede convertirse en un factor adverso para la recuperación de estas mujeres. En otras palabras, encontrar que el efecto de la intervención diseñada es un cambio en el manejo de la sexualidad y la comunicación en pareja de las participantes abrió la posibilidad para que el programa de intervención se constituya en una herramienta importante que puede implementarse como parte de programas integrales de atención a pacientes con cáncer de cérvix.

Definición del problema

Según el Instituto Nacional de Cancerología (2001), “el cáncer de cuello uterino es el segundo tumor más frecuente en mujeres en el mundo, después del cáncer de seno. Aproximadamente 450.000 casos nuevos se detectan cada año y cerca de 200.000 muertes son atribuidas a esta enfermedad. Más de las dos terceras partes de diagnósticos realizados se hacen en estados avanzados” (p. 413).

Según el mismo reporte, las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cervical (de cuello uterino, o de cérvix) muestran una amplia variación geográfica, siendo más altas en los países en desarrollo, particularmente en Latinoamérica y el Caribe. En Colombia, es el cáncer más frecuente en la mujer. En el Instituto Nacional de Cancerología, en 1998, ocupó el primer lugar entre todos los carcinomas, representando el 26.8% de los cánceres en la población femenina.

Las anteriores estadísticas dan cuenta de una situación frente a la que se encuentra un gran número de colombianas; sin embargo, más allá de la incidencia y prevalencia están las implicaciones particulares de la enfermedad, y el costo que a diferentes niveles representa el cáncer para cada una de ellas (individual, pareja, familia, sociedad).

Además de las problemáticas a las que se expone el paciente con cualquier tipo de cáncer, la población con cáncer de cérvix enfrenta factores particulares que afectan su calidad de vida; algunos de éstos tienen que ver con la relación de pareja (comunicación, relaciones sexuales, expresión de sentimientos, solución de problemas), aspectos que se ven alterados a raíz del cáncer, su diagnóstico, la evolución del mismo y su tratamiento (Seifert, 2000a; Paavonen, 1999; Andersen, 1995).

Según Seifert (2000a); y Seibel, Freeman y Graves (1980), los problemas relacionados con la sexualidad de la mujer y su vínculo de pareja pueden tener dos focos principales; el primero se relaciona con las consecuencias fisiológicas en el aparato genital femenino a raíz de la

enfermedad y los tratamientos como cirugía y radioterapia (teniendo en cuenta lo intrusivos que pueden llegar a ser para la paciente y las molestias físicas que pueden causarle); el segundo se relaciona con los mitos y las creencias que se han originado acerca de la actividad sexual y el rol de la mujer diagnosticada con cáncer de cérvix; estas creencias, en su mayoría provenientes de la cultura en la que está inmersa la paciente, se convierten en un factor que comienza a alterar su vida sexual y la de su compañero.

Ante esta perspectiva, resultó coherente desarrollar un trabajo enfocado a generar cambios conducentes a mejorar en algunos aspectos la calidad de vida de esta población. En otras palabras, se consolidó la necesidad de una intervención grupal a nivel de información sobre la enfermedad, los tratamientos y las consecuencias físicas y psicológicas de los mismos; a la vez era necesario que la intervención permitiera brindar estrategias que posibilitaran un manejo adecuado de estas consecuencias. Es evidente la necesidad de estas pacientes respecto a una consejería o apoyo psicológico sobre el efecto de la enfermedad y el tratamiento en la relación con su pareja (Greimel, y Freidl, 2000; Krumm y Lamberti, 1993).

La presente investigación también buscó contribuir en el desarrollo de la psicología como disciplina, en la medida en que pretendió enriquecer el campo de la psicooncología con una aproximación conceptual y empírica a la problemática generada en algunos aspectos de la relación de pareja, consecuente a la aparición del cáncer de cérvix. Así, el trabajo que se realizó suministró un soporte empírico para la temática de relación de pareja en pacientes con cáncer. Por otra parte, esta investigación se constituye pertinente en el ámbito social en la medida en que accede a la constitución del ser humano pretendiendo manipular variables psicológicas de forma tal que se genere un cambio conducente a incrementar el bienestar de las pacientes hacia quienes se dirige la intervención. (Pontificia Universidad Javeriana, 1992).

Luego de exponer una justificación fundamentada de la temática del presente trabajo, la intención del estudio puede resumirse en una pretensión por determinar si ante la intervención propuesta se obtienen cambios en la conducta de las mujeres y si tales cambios permiten un mejoramiento de los aspectos psicológicos que se ven afectados a raíz del cáncer y su tratamiento. De esta forma, se plantearon dos preguntas: ¿cuáles son las características de la paciente diagnosticada con cáncer de cérvix en relación con la sexualidad y comunicación de pareja? ¿Cuál es el efecto de una intervención psicológica en sexualidad y comunicación de pareja, que responda a las necesidades de un grupo de mujeres en tratamiento para cáncer de cérvix?

Fundamentación bibliográfica

En la siguiente revisión se abordan una serie de temas relacionados con la pregunta investigativa, incluyendo aquellos aspectos que se hacen relevantes y aportan conceptualmente a la investigación propuesta. Se inicia con una breve referencia al cáncer en general para luego enfatizar en el cáncer de cérvix, su etiología, el diagnóstico, los tratamientos más utilizados y los efectos de cada uno de ellos. Se resalta la forma en que elementos de la relación de pareja como sexualidad y comunicación, pueden verse afectados a raíz de la enfermedad y del tratamiento. La fundamentación del trabajo se hace desde la psicología de la salud, especialmente desde la psicooncología, con una revisión de las problemáticas que se generan en pacientes con este tipo de cáncer.

Consistente con lo anterior, se parte de la definición del cáncer como “una enfermedad donde la proliferación y diferenciación celular están alteradas; en general, las células tumorales se multiplican más rápido que el tejido normal sin cumplir correctamente un programa normal de diferenciación” (Guevara, 2001: 15).

El cáncer de cérvix es la segunda enfermedad neoplásica más frecuente en mujeres en el mundo, casi el 80% de los casos se detecta en los países en desarrollo; en los últimos 40 años las tasas de incidencia y mortalidad han disminuido en casi todos los países desarrollados, fenómeno que se atribuye a la introducción de nuevas pruebas de detección por citología; como se mencionó en la presentación del problema, en Colombia es el cáncer más frecuente en la mujer (Instituto Nacional de Cancerología, 2001; González, 1999).

En cuanto a la etiología del cáncer de cérvix, la mayoría está relacionada con infección por virus del papiloma humano (VPH), y aunque no es el único sí es el factor de riesgo asociado más importante; otros factores de riesgo identificados son promiscuidad, tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual, multiparidad, nivel socioeconómico bajo, inmunodeficiencia, otras neoplasias del tracto genital inferior, y factores masculinos como promiscuidad, antecedentes de carcinoma de pene, antecedentes de compañera con cáncer de cuello uterino (Instituto Nacional de Cancerología, 2001; Brisson, Morin y Fortier, 1994; Schiffman, Bauer y Hoover, 1993).

El síntoma más frecuente de presentación es el sangrado vaginal anormal; en ocasiones la paciente puede presentar flujo vaginal claro, sanguinolento, persistente y de olor desagradable (Piver, 2000). Respecto al diagnóstico, el mismo autor dice que aunque la citología puede indicar la existencia de una anomalía cervical, debe realizarse una biopsia de cualquier lesión sospechosa independiente del diagnóstico citológico.

Las directrices para la estadificación del cáncer de cérvix están establecidas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), o por la clasificación TNM del Comité Americano Conjunto Sobre el Cáncer (AJCC) (Piver, 2000; González, 1999). Teniendo en cuenta la clasificación que se maneja en las instituciones médicas de Bogotá, se hace referencia a la clasificación FIGO (estadios del I al IV con clasificación a o b).

El pronóstico de esta enfermedad depende de diferentes factores, entre los principales están: la etapa, el volumen y el grado del tumor, el tipo de tejido celular y la invasión vascular.

Una vez revisada esta parte resulta conveniente hacer una aproximación al tratamiento; sin embargo, sólo se expondrán los parámetros más importantes para esta investigación. Así, el tratamiento de una lesión del cérvix depende de varios factores: el diagnóstico, estadio, la biología e historia del tumor, las opciones de tratamiento disponibles y su idoneidad para la situación clínica de la paciente, así como los deseos de la misma paciente respecto a su disponibilidad y aceptación frente a uno u otro tratamiento. El médico establece los fines de cada plan de tratamiento, éstos pueden ser: la intención curativa, aumentar la longevidad sin una supervivencia a largo plazo libre de enfermedad y el tratamiento paliativo, cuyo objetivo es el alivio de los síntomas, prevenir las complicaciones y aumentar la calidad de vida (Harrison, 1994).

Los tratamientos más utilizados para el manejo del cáncer de cérvix son: la histerectomía, la quimioterapia y la radioterapia (Piver, 2000).

Según Harrison (1994), la radioterapia, al igual que la cirugía, es una modalidad local utilizada en el tratamiento del cáncer. Existen dos tipos de radioterapia, la teleterapia o radioterapia externa, se refiere a la radiación proporcionada por una fuente externa al organismo; en segundo lugar está la braquiterapia, referida a la radiación proporcionada por la inserción de material radiactivo en el cuerpo, en el punto del tumor o cerca de él. La braquiterapia puede consistir en inserciones intracavitarias utilizadas en el tratamiento de neoplasias como los carcinomas cervicales.

La radioterapia es un tratamiento efectivo en los estadios I a IV del cáncer de cérvix; un tratamiento óptimo con radioterapia requiere el uso de teleterapia y/o de braquiterapia; la proporción de dosis liberada por cada uno de los métodos depende del estadio de la enfermedad y del criterio médico (Piver, 2000).

A continuación se presentarán algunos de los efectos producidos por los diferentes tipos de tratamiento para contrarrestar el cáncer de cérvix. En primer lugar, la histerectomía, según el National Cancer Institute (2000), puede causar dolor, sangrado o una secreción acuosa por algunos días después de la operación. El periodo

posoperatorio requiere limitar las actividades cotidianas, incluyendo las relaciones sexuales, durante 4 a 8 semanas. Generalmente el deseo sexual y la capacidad para tener relaciones sexuales no se afectan por la histerectomía, aunque en ocasiones muchas mujeres pasan por un tiempo difícil emocionalmente después de esta cirugía; sin embargo, es importante resaltar los hallazgos de estudios como el de Grumman, Robertson, Hacker y Sommer (2001), donde se investigó sobre el funcionamiento sexual de pacientes a las que se les había practicado una histerectomía radical 6 u 8 meses atrás, ellos encontraron que para estadio IB de cáncer cervical este tipo de cirugía no implica mayores secuelas en su sexualidad. Sin embargo, la visión de la mujer sobre su propia sexualidad puede cambiar llegando a sentir una pérdida emocional debido a que ya no puede tener hijos; en este momento es importante el apoyo que le brinde a la paciente su compañero.

Respecto a la radioterapia, es posible que las pacientes se sientan muy cansadas, especialmente durante las últimas semanas del tratamiento. Un efecto de la radiación externa es el enrojecimiento, resecamiento, mayor sensibilidad y prurito de la piel. Generalmente se recomienda a las mujeres que no tengan relaciones sexuales durante el tiempo del tratamiento; sin embargo, la mayoría de ellas puede continuar con sus relaciones sexuales unas semanas después de terminado el mismo. Después del tratamiento, la vagina puede hacerse más estrecha y menos flexible, y las relaciones sexuales pueden ser dolorosas. Las pacientes que reciben radioterapia externa o interna también pueden tener diarrea y micción frecuente e incómoda (National Cancer Institute, 2000; Lamb, 1996).

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen principalmente de los fármacos y de las dosis utilizadas, así como de las características individuales de cada paciente. Los efectos secundarios desaparecen gradualmente durante los periodos de recuperación entre los tratamientos o después de haberlos, terminado (National Cancer Institute, 2000).

Es necesario reconocer que el cáncer de cérvix, así como sus tratamientos, tienen consecuencias que aunque en un principio se refieren como síntomas o efectos físicos, repercuten en el orden de lo psicológico. Por esto vale la pena hacer un recuento de dichas consecuencias, incluyendo la forma como la psicología ha contribuido a solucionar la problemática.

Dentro de las alteraciones psicológicas que más comúnmente sufren los pacientes con cáncer se encuentran la depresión, los trastornos de ansiedad y las disfunciones sexuales. La frecuencia de estas psicopatologías se ha relacionado con la localización del tumor, así, en los casos de cáncer de mama y de útero es más frecuente la aparición de disfunciones sexuales. En general, el cáncer en órganos

sexuales tiene una carga psicológica negativa más fuerte que cuando aparece en otros órganos, lo cual se confirma por el hecho de que el área sexual es la más afectada en las pacientes con cáncer ginecológico. Además, la disfunción sexual y la infelicidad conyugal están frecuentemente asociadas. No obstante, es importante tener en cuenta que cuando las parejas están sólidamente relacionadas, el diagnóstico de cáncer no las afecta ni las erosiona de la misma forma, como cuando existen conflictos previos, los cuales aumentan la vulnerabilidad y favorecen el desajuste marital (Vidal, 2000; Buela-Casal y Moreno, 1999; Paavonen, 1999; Colmenarejo, Cebreiros y Pérez, 1996; Fly y Matthews, 1995; Auchincloss, 1990).

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

La dispareunia (dolor durante el coito) es otro de los problemas sexuales comunes en las mujeres con este tipo de cáncer, y es importante definir tanto sus componentes fisiológicos como los psicológicos (Paavonen, 1999; Schover, Montague y Lakin, 1997).

Por su parte, Vidal (2000); Paavonen (1999) y Colmenarejo et al., (1996), se refieren a los efectos en las distintas etapas de la respuesta sexual en la paciente con cáncer ginecológico, debidos a la interacción entre los factores psicológicos disparados por el diagnóstico, las alteraciones de la enfermedad y sus tratamientos. Los efectos llegan a producir cambios en la estructura hormonal, vascular y neurológica, constituyentes del sustrato biológico de la respuesta sexual. Estos autores afirman que la capacidad de seducción del paciente con cáncer se ve seriamente disminuida, debido a los cambios que produce la enfermedad en alguna de sus etapas, o a las diversas terapéuticas utilizadas. Las lesiones de la piel, las variaciones en el peso, etc., no sólo afectan la imagen corporal, sino que además fomentan la inseguridad y deterioran la autoestima, generando importantes inhibiciones en la conducta sexual.

Existen algunas características específicas tanto de la enfermedad como de los tratamientos que hacen que el psicólogo realice un acercamiento diferente con el paciente con cáncer. Siendo ésta una enfermedad crónica, se encuentra que los pacientes deben cambiar su estilo de vida y de afrontamiento, percibiendo una constante disminución en su capacidad de control a causa de la etiología desconocida, la falta de certeza sobre su cura y sobre lo que puede esperar dentro de la evolución de la

enfermedad. Se ha demostrado que la información que recibe el paciente acerca de la enfermedad tiene efectos terapéuticos positivos ya que se produce una mejor adaptación a largo plazo. Por otra parte, el significado que la paciente y su familia dan a la enfermedad, además de depender de la información médica que reciben, se ve influenciado directamente por las connotaciones sociales que se tienen ya que se relaciona con muerte, desfiguración y dolor (Cruzado y Labrador, 2000; Buela-Casal y Moreno, 1999).

La investigación desarrollada por Andersen (1995) indica que alrededor del 50% de las mujeres que han tenido cáncer de mama sufre de disfunciones sexuales prolongadas, al igual que una proporción similar de mujeres que han tenido cáncer ginecológico. En el caso concreto de esta investigación, en general, hay consistencia en la relación entre muchas clases de cáncer y terapias oncológicas con una disfunción sexual (Bergmark, Avall-Lundqvist, Dickman, Henningsohn y Steineck, G., 1999; Paavonen, 1999; Robinson, Faris y Scotts, 1999; Derogatis y Kourles, 1981). Se debe tener en cuenta que no es posible comprender la conducta sexual de un paciente, sin conocer y evaluar su historia personal y su sexualidad previa al diagnóstico de la enfermedad, como también su relación de pareja y las características particulares de la misma. Tal como ocurre en la mayoría de los enfermos crónicos graves, el deseo sexual tiende a decrecer en todos aquellos pacientes con cáncer de larga evolución. Esta pérdida de interés suele estar directamente relacionada con el agobio que produce la prolongada afectación de la autonomía y de la libertad de acción, como una lógica consecuencia del simple hecho de estar enfermo durante mucho tiempo (Vidal, 2000; Samelson y Hannon, 1999).

En los cánceres ginecológicos es frecuente que muchas personas crean que la actividad sexual puede llegar a producir daño al paciente, contagiar a la pareja, e incluso interferir con el tratamiento. Los pacientes no relatan con facilidad las dificultades que pueden llegar a presentárseles en esta área, y muchas veces los médicos rehuyen este tema. Según Seifert (2000b), la creencia negativa sobre el cáncer y/o el tratamiento de radiación parecieran ser el mayor obstáculo para el mantenimiento de relaciones sexuales en la paciente; se ha descartado la mutilación quirúrgica como obstaculizador, pues luego de la cirugía las pacientes han manifestado continuar su vida sexual normal. De tal forma, interfieren más la radioterapia, el diagnóstico y las creencias culturales como obstaculizadoras de las relaciones sexuales (Bergmark et al., 1999; Seibelet al., 1980).

En la intervención psicológica de estos pacientes se debe buscar la desmitificación del cáncer, pues usualmente los pacientes tienen una idea equivocada y exagerada sobre la enfermedad, equiparándola en ocasiones

a sufrimiento y muerte rápida. Se requiere proporcionar una información estructurada de las características de la enfermedad, así como de los diferentes tipos de intervención y de las posibles consecuencias tanto físicas como psicológicas que pueden llegar a experimentar (Buela-Casal y Moreno, 1999; Stead, Fallowfield y Brown, 2001).

La comunicación es el segundo aspecto sobre el cual se pretende hacer una revisión en relación con su papel en la dinámica de pareja de la paciente con cáncer de cérvix; cabe aclarar que es muy poca la literatura disponible al respecto, sin embargo esto otorga valor a la investigación que se pretende desarrollar.

Se habla de comunicación como un proceso de intercambio de información cuyo fin es que el propósito del hablante tenga impacto en el escucha y que éste retroalimente al hablante. Sin duda, la comunicación es una herramienta básica del hombre para relacionarse e intercambiar experiencias, creencias y sentimientos; en la relación de pareja la comunicación es una de las áreas que más atención exige por su implicación sobre las demás áreas de la relación (Martínez y Ballesteros, 1998). Cuando la pareja no se comunica, su relación se hace vulnerable ante eventos que en condiciones óptimas de comunicación podrían ser enfrentados con mayor solidez.

La literatura muestra que se han identificado algunos de los factores más relevantes que intervienen en el problema del malestar conyugal, entre estos se destacan los problemas de comunicación, la percepción de equidad y su relación con la capacidad de los miembros de la pareja para conseguir y mantener acuerdos, y la incapacidad para resolver conflictos (Capafóns y Sosa, 1998; Martínez, 1995; Arias y House, 1998; Martínez y Ballesteros, 1998). Desde este punto de vista, es relevante centrarnos en la comunicación como área básica del funcionamiento marital.

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

Desde esta perspectiva, resulta oportuno hacer referencia al papel de la comunicación en parejas donde uno de los miembros tiene cáncer; cabe anotar que en la medida en que se hace referencia a comunicación afectiva, se implican elementos de intimidad que la pareja genera precisamente a través de la comunicación; el ataque de una enfermedad sería en uno de los miembros de la pareja no sólo afecta la vida de esta persona; también

puede tener consecuencias para el compañero saludable y para la relación íntima entre el paciente y su compañero. Es aquí donde entra a jugar un papel importante la comunicación, convirtiéndose en facilitadora u obstaculizadora de la dinámica de pareja en circunstancias especiales como las que afronta el paciente con cáncer (Kuijer, Buunk y Ybema, 2001).

Otro estudio relacionado con la comunicación en pareja (Stead, Fallowfield y Brown, 2001) se refiere a un grupo de mujeres con cáncer de ovario, y se hace la salvedad sobre la generalización a otros cánceres ginecológicos. Los autores indican que en estudios acerca de algunos tipos de cánceres ginecológicos se ha reportado que la actividad sexual y la comunicación sobre este tema son pobres.

Este tipo de estudios evidencia la importancia de implementar una intervención psicológica basada en dos temas como son la sexualidad y la comunicación en pacientes con cáncer de cérvix, pues es notoria la relación bidireccional entre estos dos aspectos, así como su injerencia sobre la calidad de la relación de pareja y, en términos generales, sobre el bienestar y la calidad de vida de estas pacientes.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar y evaluar una intervención psicológica sobre sexualidad y comunicación en pareja con base en las necesidades de un grupo de mujeres con cáncer de cérvix que se encuentra en tratamiento.

Objetivos específicos

- Evaluar la sexualidad y la comunicación en pareja en mujeres con cáncer de cérvix que están en tratamiento.
- Identificar las características y problemáticas presentes en la sexualidad y la comunicación en pareja de las pacientes con cáncer de cérvix en tratamiento.
- Diseñar una intervención psicológica con énfasis en sexualidad y comunicación que se ajuste a las necesidades detectadas en el grupo a través de la evaluación inicial.
- Implementar y evaluar de manera continua el programa de intervención psicológica.
- Realizar seguimiento de la intervención a los quince y cuarenta y cinco días posteriores a la finalización de la aplicación.
- Contribuir desde la psicología en la búsqueda de nuevas alternativas para mejorar la calidad de vida de la paciente con cáncer de cérvix.

Variables

Variable independiente

La intervención psicológica con énfasis en sexualidad y comunicación diseñada de acuerdo con las necesidades de un grupo de mujeres con cáncer de cérvix que se encuentran en tratamiento; la intervención fue diseñada y desarrollada con base en las características, fortalezas y debilidades encontradas en la evaluación inicial con las pacientes, a través del formato de entrevista. Cabe anotar que la intervención estuvo dirigida exclusivamente a las pacientes, aún cuando se pretende generar condiciones de calidad de vida en el área de funcionamiento de pareja. Aunque lo óptimo sería trabajar con los dos miembros de la pareja, esta investigación pretendió identificar el cambio que en la pareja se puede generar a través de la intervención a uno sólo de sus miembros, en este caso quien estaba viviendo una situación extraña que probablemente ha interferido en su relación de pareja.

Variables dependientes

Sexualidad: en términos generales se puede entender como “el conjunto de características biológicas, de comportamiento, de creencias y de valores que nos identifican como hombres o como mujeres dentro de nuestro grupo social” (Martínez y Ballesteros, 1998, p. 169). Este conjunto incluye características individuales y de interacción entre las mujeres con cáncer de cérvix y su respectiva pareja. Para el efecto de la investigación se asumió esta definición con énfasis en la relación sexual, el rol como mujer y como esposa, y las creencias e informaciones que posee cada participante acerca del tema.

Comunicación: entendida como un proceso de intercambio de información cuyo fin es que el propósito del hablante tenga efecto o impacto sobre el escucha y que este a su vez retroalimente al hablante. En esta variable se tuvieron en cuenta dos tipos de comunicación, la afectiva, que hace referencia a la capacidad para manifestar sentimientos, y la comunicación para la solución de problemas referida a la capacidad para generar soluciones efectivas y equitativas frente a situaciones cotidianas (Martínez y Ballesteros, 1998).

Método

Diseño

Se realizó una investigación cuasi experimental de caso único con N sujetos, con un diseño pre-pos que permitió estudiar los efectos de una intervención observando la influencia de ésta en el comportamiento de la misma persona y/o personas (Kazdin, 2001). El diseño cuasi-experimental se esfuerza por incorporar características propias de los diseños experimentales, con esto combate la amenaza a la validez (Kazdin, 2001; Hernández,

Fernández y Baptista, 1998). Las evaluaciones continuas permitieron examinar el patrón de los datos y si éste fue alterado por la intervención, lo que fortaleció las conclusiones acerca del tratamiento.

Participantes

Aunque se planeaba llevar a cabo la investigación con un número mínimo de cinco participantes, y se hizo la convocatoria para diez personas, el estudio se inició con 7 sujetos a quienes se les realizó la primera evaluación; sin embargo, hubo deserción de 3 participantes. De esta forma, fueron 4 las pacientes que asistieron al taller y a quienes se les realizaron las evaluaciones pretaller, postaller y de seguimiento.

Las características de las participantes que se seleccionaron fueron: 1) mujeres con cáncer de cérvix diagnosticado durante el último año 2) con edades entre los 30 y 50 años; 3) el estadio del cáncer de las participantes fue de I, II y III; 4) que tuvieran una relación de pareja con convivencia durante por lo menos dos años antes del diagnóstico del cáncer, y que se mantuviera para el momento del contacto; 5) que estuvieran recibiendo tratamiento de radioterapia en algún centro o institución hospitalaria que preste el servicio de oncología en la ciudad de Bogotá (todas las participantes estaban siendo atendidas en el Centro Javeriano de Oncología). Como se indicó en la fundamentación bibliográfica, la radioterapia es un tratamiento utilizado en la mayoría de los estadios del cáncer de cérvix, y se considera que en éste tipo de pacientes tiene como efectos secundarios problemáticas relacionadas con trastornos de tipo sexual; 6) que previa información de la investigación y los objetivos de la misma, aceptaran voluntariamente participar en la misma.

Instrumento

En esta investigación se utilizaron cuatro tipos de instrumentos, dos entrevistas semiestructuradas, una para la evaluación inicial y otra para las evaluaciones pretaller, postaller y seguimientos; las evaluaciones prepos sesión y, por último, los autorregistros planeados para cada sesión. En la primera fase de la investigación se evaluó a las pacientes, para identificar las necesidades del grupo respecto a la comunicación y sexualidad, se utilizó una entrevista semiestructurada cuyo eje estuvo dado por las categorías de creencias e información general, comunicación (subcategorías: comunicación afectiva y para la solución de problemas) y sexualidad (subcategorías: creencias e información, rol de la paciente como mujer y esposa y relación sexual). La entrevista comprendió un formato con preguntas a manera de cuestionario, que se elaboró con base en la literatura sobre el tema.

El instrumento fue validado por cinco jueces expertos; debido al número de jueces, el criterio para aceptar o descartar un ítem fue que en la pertinencia o en la relevancia, tres de los cinco jueces lo evaluaran como inadecuado. En cuanto a la redacción, se determinó que se realizarían las correcciones que los jueces consideraran necesarias pero que no se eliminaría el ítem por este concepto. Con base en las correcciones de los jueces se obtuvo el instrumento con el que se realizó la evaluación inicial a las pacientes.

Realizada la primera evaluación, se identificaron las necesidades de las pacientes al analizar los resultados arrojados; luego se diseñó la intervención. Dentro de ésta se utilizaron autorregistros ajustados a las habilidades entrenadas en cada sesión. Se realizó una evaluación continua y rigurosa, por lo que se utilizaron mediciones pretest y posttest para la intervención y mediciones pre y pos en cada sesión.

Buscando evaluar el efecto de la intervención realizada mediante la aplicación de éste instrumento, fue muy útil dar una puntuación a las posibles respuestas para así calificar cada evaluación y hacer más clara la presencia de cambios en cada sujeto, en los distintos momentos en los que se realizaron las evaluaciones. Se escogieron 27 de las 42 preguntas de esta evaluación (las que se consideraron más relevantes) y, de un rango de valor establecido, se asignó la puntuación a cada opción de respuesta, teniendo en cuenta que el número menor correspondió a las respuestas que no se esperaban y el número mayor a la respuesta o respuestas más adecuadas según las temáticas expuestas en el taller. Según la puntuación asignada, de 0 a 30 se calificó como nivel bajo, de 31 a 60 nivel medio, y de 61 a 89 nivel alto.

Procedimiento

En primera instancia se solicitó una cita con el director del Centro Javeriano de Oncología, pidiendo su autorización para desarrollar el trabajo con pacientes que asistían a dicha institución. Posteriormente se hizo un acercamiento con el personal médico que tiene más contacto con las pacientes, exponiéndoles el objetivo de la investigación y las características que se requería que tuvieran las participantes; así, se indagó con ellos acerca de cuáles de sus pacientes actuales cumplirían con las características de diagnóstico; luego, con la autorización médica se revisaron las historias clínicas para observar otros de los criterios como edad, tiempo de diagnóstico y estadio de la enfermedad. Se tomó el número de teléfono para contactarlas y se les invitó a participar en el estudio. Luego fue necesario esperar la respuesta de la paciente sobre su decisión de participar o no. Una vez seleccionada la muestra se acordó con cada una de las pacientes la

fecha, hora y lugar en donde se desarrollaría la entrevista inicial (todas se realizaron en un consultorio de la institución). El tiempo aproximado de cada entrevista fue de 45 minutos a 1 hora.

Luego de recolectada la información se realizó un análisis de la problemática de las pacientes para que ésta fuera la base de la planeación y elaboración de la intervención. La intervención se realizó utilizando la metodología de talleres psicoeducativos grupales. Se desarrollaron 3 sesiones durante 1 semana (cada tercer día), el tiempo se manejó así por requerimiento de las pacientes pues algunas de ellas tenían limitaciones al respecto. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos. Se realizaron las evaluaciones previstas; se entregaron autorregistros en cada sesión pero las pacientes no fueron colaboradoras al respecto; aunque decían entender el ejercicio, y haber realizado parte de él, en ninguna oportunidad lo entregaron diligenciado.

Finalizada la intervención y evaluación se realizó la calificación de las evaluaciones, el análisis de los resultados, su discusión, las conclusiones y recomendaciones.

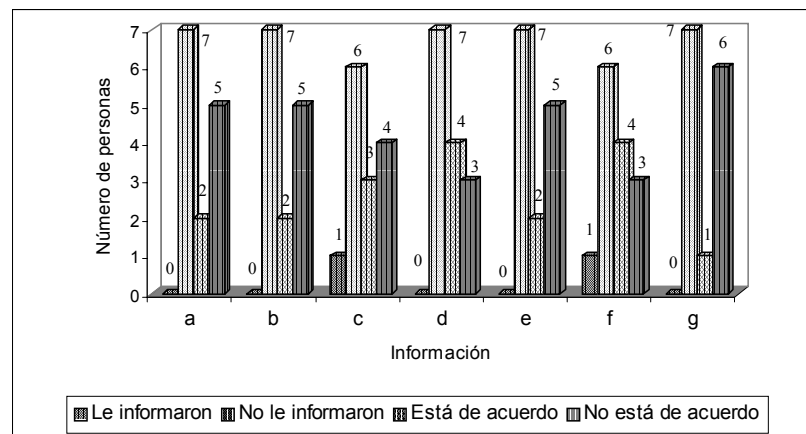
Resultados

La investigación tuvo diferentes momentos de recolección de información dada la naturaleza de evalua-

ción continua que se desarrolló. El análisis se hizo de manera descriptiva, no estadística. En la Evaluación Inicial se evidenciaron diferencias intersujeto respecto a las categorías establecidas teniendo en cuenta las respuestas de cada ítem; los datos más representativos fueron presentados de forma gráfica. Con el objetivo de evaluar la intervención realizada, se presentaron los datos de cada sujeto respecto a su desempeño en las evaluaciones prepos realizadas para cada sesión; así, se establecieron cambios intrasujeto en cuanto a sus respuestas antes y después de la sesión. Así mismo, estas respuestas permitieron identificar la claridad y especificidad del contenido en cada sesión.

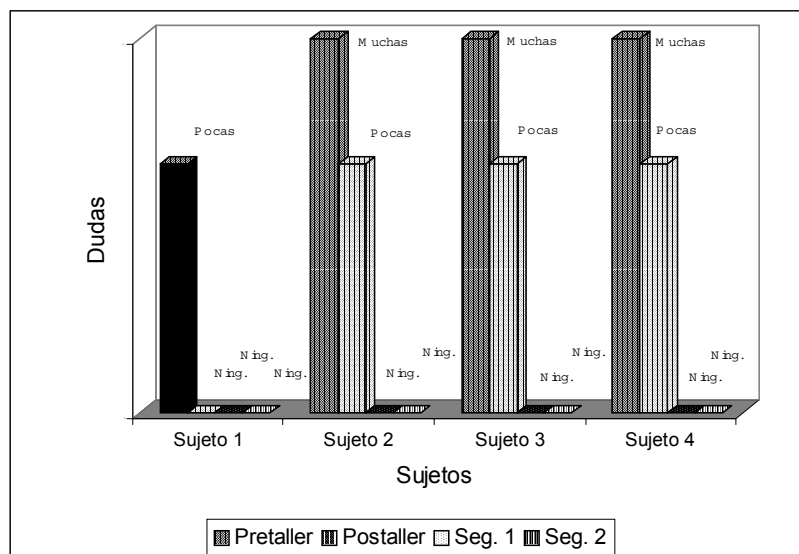
Los resultados arrojados muestran cambios intrasujeto que se presentaron y se mantuvieron en el tiempo. El área de mayor impacto fue creencias e información general, igualmente hubo modificaciones positivas respecto a sexualidad; sin embargo persistieron algunos déficits en relación sexual y comunicación (ver figuras 1 y 2). Cabe anotar que a nivel intrasujeto todas las participantes reportaron mejoría, aunque fueron evidentes las diferencias intersujeto, referidas a la influencia de características personales, de la pareja y de la relación misma; tales aspectos intervinieron favoreciendo o no el adecuado desarrollo de las actividades, la comprensión de las mismas y los ejercicios asignados.

FIGURA 1. RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN Y ACUERDO CON ELLA RESPECTO A TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE EL TRATAMIENTO (EVALUACIÓN INICIAL)



- a) Puede tener relaciones sin que esto tenga ninguna consecuencia negativa para su salud.
- b) No puede tener relaciones, le causaría problemas de salud.
- c) Es recomendable que reanude sus relaciones.
- d) No es recomendable que reanude sus relaciones.
- e) Puede tener relaciones pero serán dolorosas.
- f) Puede tener relaciones pero pueden llegar a ser dolorosas.
- g) Al tener relaciones usted sentirá lo mismo que antes de tener la enfermedad.

FIGURA 2. RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN Y ACUERDO CON ELLA RESPECTO A TENER RELACIONES SEXUALES DURANTE EL TRATAMIENTO (EVALUACIÓN INICIAL)



Teniendo en cuenta la puntuación propuesta para cada opción de respuesta del instrumento utilizado en las evaluaciones pretaller, postaller, seguimiento 1 y seguimiento 2, se presenta la calificación total que obtuvieron las participantes en cada momento de evaluación.

Además, se anotó el nivel al que corresponde la puntuación obtenida, que hace referencia a la adecuación de las respuestas dadas en cuanto a información general, sexualidad y comunicación en pareja.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

	Puntuación / Nivel de adecuación de las respuestas			
	Pretaller	Postaller	Seguimiento 1	Seguimiento 2
Sujeto1	68 - Alto	79 - Alto	84 - Alto	84 - Alto
Sujeto 2	31 - Medio	57 - Medio	75 - Alto	88 - Alto
Sujeto 3	22 - Bajo	56 - Medio	62 - Alto	62 - Alto
Sujeto 4	33 - Medio	47 - Medio	61 - Alto	61 - Alto

Discusión

Esta investigación se fundamentó en el interés por identificar el efecto de una intervención psicológica diseñada con base en las necesidades detectadas en mujeres que presentan cáncer de cérvix y acuden a tratamiento en el Centro Javeriano de Oncología.

Así, la organización y contrastación de los resultados con los objetivos del trabajo y con la información recopilada en la fundamentación bibliográfica respecto a conceptos, contextualización del problema e investigaciones recientes, aporta un diálogo enriquecedor al llegar a conclusiones que corroboran lo que se conoce a través de la literatura y/o que aportan nuevos conocimientos frente a la problemática en el contexto colombiano.

En la medida en que los objetivos de la investigación eran evaluar e identificar las características y proble-

máticas presentes en la sexualidad y comunicación en pareja de pacientes con cáncer de cérvix, así como el diseño, la implementación y evaluación de una intervención psicológica que se ajustara a las necesidades detectadas en este grupo, la discusión pretende, en primer lugar, contrastar los hallazgos de la investigación y los referentes teóricos que sirvieron como punto de partida de la misma; en segundo lugar se analizan las fortalezas y limitaciones del trabajo realizado; finalmente, se plantean conclusiones y sugerencias pertinentes para posteriores trabajos con el mismo tipo de población.

A continuación se realiza un análisis de los resultados obtenidos en la primera fase de la investigación, esto es, la aplicación de la entrevista inicial con las pacientes; posteriormente se hace referencia a los resultados de

la intervención en cada uno de los sujetos participantes, para así evaluar su efectividad.

Respecto a la información que las pacientes tienen sobre su enfermedad y tratamiento se encontró que, como lo indican Buéla-Casal y Moreno (1999), es necesario proporcionar a cada paciente una información estructurada de las características de la patología, así como de los diferentes tipos de intervención y de las posibles consecuencias tanto físicas como psicológicas que ellas pueden llegar a experimentar; tal información tiene efectos terapéuticos positivos ya que se produce una mejor adaptación a largo plazo. Es importante mencionar que aunque algunas pacientes reportan conocimiento científico, existen grandes vacíos que sumados con sus creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, constituyen factores que interfieren en su afrontamiento y adaptación a la enfermedad.

En relación con la información, el punto de interés es el uso que los sujetos hacen de ella y el ajuste que logran según las características individuales, de tal forma, si la información genera creencias que no se ajustan al individuo y sus necesidades, se convierte en obstaculizadora de su adaptación a la enfermedad.

Sobre el tratamiento de radioterapia las pacientes tienen conceptos adecuados pero a la vez poseen alguna creencia acerca de sus efectos inmediatos o a largo plazo, por ejemplo que durante y después de él su vida sexual se restringirá, que se convierten en agentes transmisores de radiación a personas como su pareja si llegan a tener relaciones sexuales, o a quienes estén cerca de ellas, esto corrobora lo expuesto por Buéla-Casal y Moreno (1999) sobre la necesidad de información del paciente ver figuras 3 y 4).

FIGURA 3. GRADO DE SATISFACCIÓN SEXUAL (DE 1 A 4) EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

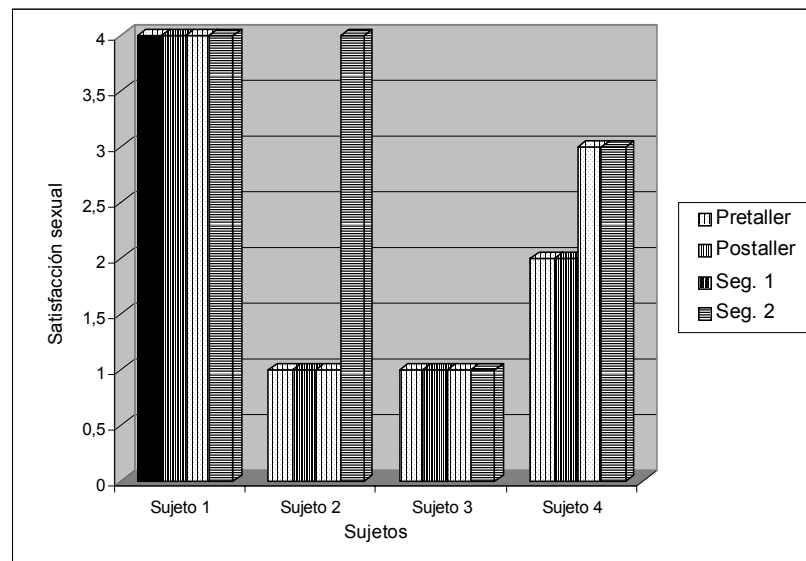
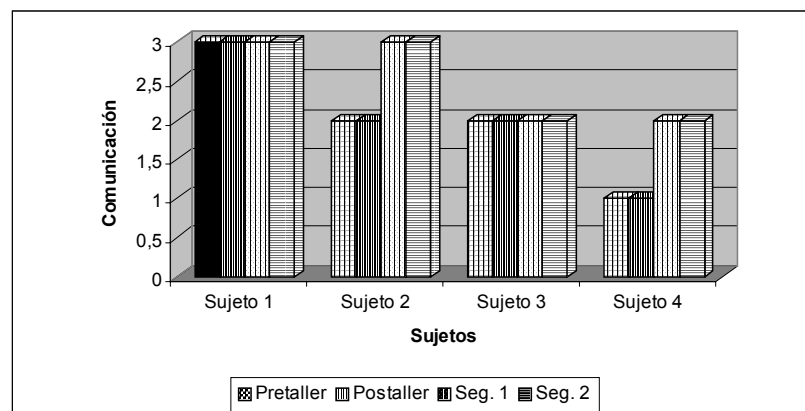


FIGURA 4. NIVEL DE COMUNICACIÓN PARA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN



Según Seifert (2000b), la creencia negativa sobre el cáncer y/o el tratamiento de radiación pareciera ser el mayor obstáculo para el mantenimiento de relaciones sexuales en la paciente. En este sentido, la presente investigación muestra que aunque los efectos del tratamiento de radioterapia que presentan las pacientes llegan a afectar las relaciones sexuales, quienes reportan mantenerlas durante el tratamiento refieren que tales efectos pueden ser manejados de forma que no interfieran en su actividad sexual. Esto, sumado a lo que dicen las demás pacientes sobre el temor que sienten a que por tener relaciones sexuales se hagan daño, lastimen a su pareja, o interrumpan el curso del tratamiento, permite sugerir que más allá de los efectos físicos del tratamiento, el desconocimiento y los temores que éste genera son razones más fuertes para que ellas junto con su pareja decidan posponer las relaciones sexuales para cuando estén totalmente recuperadas. La teoría reitera que las pacientes manifiestan mucho miedo a que la práctica de actividades sexuales cause una recaída, incluso hay temor porque la enfermedad pueda ser transmitida al compañero sexual (Paavonen, 1999; Steginga y Dunn, 1997; Flay y Mathews, 1995).

Se confirma lo referenciado por Seifert (2000a) respecto a que la falta de información suele evidenciarse no sólo en las pacientes sino en sus parejas, quienes consideran necesario que se eviten los encuentros sexuales pues existe la duda de si serán contagiados por sus compañeras o si durante la relación ellos podrían lastimarlas. Así, los hallazgos muestran que la vida sexual de estas pacientes y de su pareja se ve alterada por creencias en su mayoría provenientes de la cultura en la que están inmersas.

En sus respuestas, las pacientes muestran la creencia de que el cáncer y el tratamiento han incidido en su aspecto físico, lo que ha provocado un cambio en su autovaloración y en el concepto que manejaban acerca del rol de la mujer dentro de diversos ámbitos. Esto no incide sólo en la forma en que se perciben sino en sus interacciones con los otros, especialmente con su compañero ya que al sentir su atractivo físico disminuido se empiezan a manejar diferentes tipos de interacciones dentro de la relación de pareja.

Lo anterior, sumado a otros aspectos como los cambios en la vida sexual, fortalecen dinámicas disfuncionales de pareja en las que la mujer siente que no está colmando las expectativas de su compañero, se generan pensamientos de culpa y minusvalía, por lo que asume una actitud en la que excusa los defectos o errores de su compañero y engrandece cualidades o comportamientos que en otro momento de la relación consideraba como normales.

El desconocimiento de su sexualidad y la de su pareja es un elemento presente en las participantes en la investigación, lo que se constituye en un factor que impide

de el desarrollo de otras actividades sexuales, la conducta sexual se limita a la penetración vaginal o relación coital; sin embargo, la presencia de molestias físicas conduce a la cesación de cualquier conducta sexual, privándose a sí misma y a su compañero de actividades o prácticas que probablemente les permitirían explorar un poco y ganar camino respecto a la recuperación de su sexualidad. En esta situación también influye el temor al rechazo, el temor a no poder sentir como antes o a no poder satisfacer a su pareja; sin embargo, la intervención desarrollada corroboró lo que mencionan Colmenarejo, Cebreiros y Pérez (1995) sobre la importancia de la educación cuando existen alteraciones en el área sexual de la pareja.

La investigación aborda el tema de la comunicación para solución de conflictos. Al respecto, después de ser diagnosticadas con el cáncer, se presentó una tendencia hacia intentar mejorar la comunicación “siendo un poco más tolerante”, aunque se reportaron cambios en los compañeros, fue claro que quienes tenían mayores dificultades las mantuvieron. Lo que se presenta a nivel de comunicación reproduce de manera molecular lo que se presenta de forma más molar, pues los resultados fueron evidentes al mostrar que parejas con mayor estabilidad, con buena comunicación, fueron más fuertes y lograron afrontar el proceso de una mejor manera; sin embargo, parejas con dificultades previas al diagnóstico, perpetuaban su diferencia a pesar de la situación, haciendo más conflictiva la vida en pareja de la paciente cuando se suman nuevos problemas como los que son representados a nivel sexual. Así, se confirma lo que mencionan autores como Vidal (2000) y Buela-Casal y Moreno (1999) respecto de la relación entre la solidez del vínculo y el efecto que produce en la pareja la presencia del cáncer en uno de sus miembros.

Los resultados en cuanto a comunicación afectiva mostraron diferencias intersujeto, además, se confirma lo que dice la literatura respecto a los patrones de comunicación en pareja, pues aun cuando la enfermedad influye en los procesos de comunicación, también es importante reconocer que estos patrones adecuados o inadecuados se establecen temprano en el proceso de desarrollo de la relación y son sólidos, así que sus cambios sólo obedecerán a situaciones críticas o a un entrenamiento adecuado (Martínez, 1995).

En términos generales las respuestas en la categoría de comunicación develan la importancia de la misma para efectos de la problemática que se pretende analizar, pues un evento de crisis —como atravesar por una enfermedad grave— implica diversos aspectos que impactan la comunicación, así mismo, las características de comunicación presentes en la pareja influyen en la forma de asumir y afrontar dicha situación de crisis. Esto coincide con lo afirmado por Martínez y Ballesteros (1998) sobre la impor-

tancia de la comunicación en la pareja, pues ésta constituye una de las áreas que más atención exige por su implicación sobre las demás áreas de la relación.

Una vez revisada la información proporcionada por la evaluación inicial, resulta claro que la comunicación y la sexualidad son dos aspectos fundamentales en el ajuste de la pareja, y que en pacientes con cáncer de cérvix representan dos áreas que requieren intervención psicológica tendiente a fortalecer las habilidades y el conocimiento de las pacientes con el fin de que puedan afrontar mejor su proceso de enfermedad y tratamiento procurando minimizar los factores que afectan su relación de pareja y permitiendo la estabilización de dicha relación en la medida de lo posible. En cuanto a los resultados de la intervención, que permitieron identificar el valor o efectividad del trabajo realizado con las pacientes, para empezar es necesario indicar que tras la evaluación inicial se detectaron áreas específicas en las que estas pacientes presentaban dificultades que de una u otra forma incidían negativamente en su relación de pareja. En primer lugar la falta de información sobre el cáncer y sus tratamientos, lo que estaba asociado con la presencia de creencias que afectaban las diferentes áreas de funcionamiento de las pacientes. En segunda instancia, se reportaron déficits en comunicación de pareja; además, respecto a la sexualidad se encontró desconocimiento del propio cuerpo y del funcionamiento sexual como tal, así como creencias fundadas en estos vacíos de información.

Al contrastar los déficits detectados en la población y las temáticas abordadas con la intervención puede decirse que ésta se ajustó a las necesidades de las pacientes, dando respuesta a uno de los objetivos de esta investigación.

En cuanto a la claridad y especificidad con la que se requería realizar cada sesión para lograr los objetivos propuestos, se midieron con la aplicación de la evaluación antes y después de las sesiones; se realizó un análisis intrasujeto con el fin de identificar los cambios individuales respecto al conocimiento anterior y posterior a cada sesión; así, se encontró que las sujetos 1, 2 y 3, en todas las evaluaciones pos-sesión aumentaron sus respuestas correctas respecto a la evaluación pre-sesión. Por su parte, la sujeto 4, en 2 de las sesiones aumentó las respuestas correctas en la evaluación pos, pero en la sesión restante no varió el número de respuestas incorrectas respecto a la evaluación pre-sesión. Esto refleja que la claridad en la realización de cada sesión del taller fue adecuada; lo ocurrido con la sujeto 4 tiene relación con que en el grupo se encontraron participantes con diferente nivel de escolaridad, lo que justifica la mayor o menor dificultad de comprensión de la temática desarrollada.

Por último, otra estrategia que permitió evaluar la intervención realizada fue la comparación de los resultados obtenidos por cada sujeto en las evaluaciones

pretaller, postaller y las realizadas en el seguimiento 1 y en el seguimiento 2. Así, se encontró que los mayores cambios se dieron respecto a las creencias e información general, y creencias e información sobre sexualidad, pero persistieron algunos déficits en comunicación y relación sexual; es probable que la inclusión de la pareja en este tipo de intervenciones permita mayores logros.

Aunque las cuatro participantes evidenciaron cambios positivos en las diferentes áreas trabajadas, dos de ellas tuvieron un cambio mayor, esto se relacionó con sus características particulares (como nivel sociocultural y educativo), las que definitivamente fueron variables que intervinieron en el proceso que se desarrolló con la población. De esta manera, no puede decirse enfáticamente que la intervención fue totalmente efectiva, ya que aspectos personales, de la pareja y de la relación misma, mediaron los cambios obtenidos. Esta situación permite sugerir el control de tales variables en investigaciones futuras.

Coherente con lo antes enunciado, resulta importante decir que al hacer un estudio de caso se rescata el modelo idiográfico de investigación el cual, para esta situación de trabajo, reportó grandes ventajas en la medida que permitió evaluar objetivamente la intervención, valorando toda la información obtenida en la interacción con cada una de las pacientes, más allá de la aplicación de los instrumentos de evaluación. Lo que resulta consistente con el manejo de los resultados obtenidos, ya que con esta información no se pretende realizar generalizaciones sino presentar una descripción de la problemática y del impacto de la intervención en las pacientes que hicieron parte de la investigación.

Teniendo en cuenta que no ha sido mencionado en la literatura revisada presentamos, a manera de hallazgo, un posible efecto psicológico en las pacientes con cáncer de cérvix, esto es, que estas personas tienden a magnificar elementos positivos de su pareja, minimizando los negativos, actitud que refleja gratitud e incluso compensación al compañero por tener que afrontar su enfermedad y todas las limitaciones y/o dificultades que implica en la relación de pareja; tal hallazgo se evidenció por incongruencias en los reportes obtenidos en las diferentes entrevistas y durante los talleres.

La contradicción en lo indicado por las pacientes sugiere la necesidad de tener en cuenta la constante contrastación de la información. Así mismo, el hallazgo referido y en general los resultados obtenidos constituyen un llamado para que en el contexto colombiano, la investigación en este campo de la psicología adquiera más fuerza; resultaría enriquecedor que futuras investigaciones retomen y profundicen en las implicaciones teóricas y prácticas del presente trabajo.

Es importante la implementación de folletos y ayudas audiovisuales que muestren a las pacientes informa-

ción básica sobre la enfermedad y el tratamiento que van a iniciar, pues los resultados indicaron que los vacíos de información son un factor determinante en el proceso de recuperación y adaptación de las pacientes. Además, estos folletos dirigidos a pacientes con patologías y tratamientos específicos, colaborarían con el servicio ágil que promueve el Sistema Nacional de Salud mejorando la calidad del tiempo y la dedicación que el profesional de la salud debe mostrar con cada paciente.

Como recomendación final se considera importante promover el diseño y ejecución de programas psicológicos que involucren a la pareja en la evaluación e intervención, esto daría mayor fiabilidad a la información y podría generar cambios más contundentes.

Referencias

- Aguilera, P. (1997). *Cáncer: diagnóstico y tratamiento*. Santiago de Chile, Mediterráneo Ltda.
- Arias, I. & House, A. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas de pareja. En V. Caballo (comp.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A. (pp. 553-600).
- Andersen, B. (1995). Quality of life for women with gynaecologic cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 7 (1): 69-76.
- Auchincloss, S. (1990). Sexual Dysfunction in cancer patients issues in evaluation and treatment. En J. Holland & J. Rowland (eds). *Handbook of Psycho-Oncology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). En M. Barón, A. Ordóñez, A. Feliú, J. Zamora & P. Espinosa. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bergmark, K., Avall-Lundqvist, E., Dickman, P., Henningsohn, L. & Steineck, G. (1999). Vaginal Changes and Sexuality in Women with a History of Cervical Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 340 (18), 1383-1389.
- Buela-Casal, G. & Carrobbles J. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal & V. Caballo. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI Editores. (3-11).
- Buela-Casal, G. & Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. En M. Simón. *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Brisson J; Morin C. & Fortier M. (1994). Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia: differences between low and high grade lesions. *American Journal of Epidemiology* 140 (8), 700-710.
- Burghardt, E., Baltzer J. & Tulusán, A. (1992). Results of surgical treatment of 1028 cervical cancers studied with volumetry. *Cancer*, 70 (3), 648-655.
- Capafóns, I. & Sosa, C. (1998). Un programa estructurado para el tratamiento de los problemas de pareja. En V. Caballo (comp.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Coleman, Harper & Gallagher (1986). A phase II study of ifofamide in advanced carcinoma of the cervix. *Cancer Chemotherapy and pharmacology*, 18 (3), 280-283
- Colmenarejo, A., Cebreiros, I. & Pérez, P. (1996). Problemas sexuales en el paciente con cáncer. En *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Cruzado, J. & Labrador, F. (2000). Intervención psicológica en pacientes de Cáncer. *Revisiones en cáncer*, 14 (2), 63-82.
- Derogatis, L. & Kourlesis, S. (1981). An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. *A Cancer Journal for Clinicians*, 31 (1), 46-50.
- Fly, L. & Matthews, J. (1995). The effects of radiotherapy and surgery on the sexual function of women treated for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 44 (3), 497-506.
- Ganz, P., Rowland, J. & Desmond, K. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16 (2), 501-514.
- González, M. (1999). *Cáncer ginecológico*. Bogotá: González Editorial.
- Greimel, E. & Freidl, W. (2000). Functioning in daily living and psychological well-being of female cancer patients. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21 (1), 25-30.
- Grumann, M., Robertson, R., Hacker N. & Sommer, G. (2001). Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix. *International Journal of Gynecological Cancer*, 11 (5), 372-80.
- Guevara, G. (2001). Cáncer y evolución. *Revista Colombiana de Cancerología*, 5 (2), 14-21.
- Harrison, T. (1994). *Principios de medicina interna*. Vol. 2. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

- Helgason, A., Dickman, P., Adolfsson, J. & Steineck, G. (2001). Emotional isolation: prevalence and the effect on well-being among 50-80 year old prostate cancer patients. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 35 (2), 97-101.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holland, J. (1990). Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: Human studies. En J. Holland & J. Rowland (eds.), *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Ibáñez, E. & Romero R. (1996) Cambio de la imagen corporal en el paciente neoplásico. En *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Jones, W., Mercer, G. & Lewis, J. (1993). Early Invasive Carcinoma of the Cervix. *Gynecologic oncology*, 51 (1), 26-32.
- Instituto Nacional de Cancerología (2001). *Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Krumm, S. & Lamberti, J. (1993). Changes in sexual behavior following radiation therapy for cervical cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14 (1), 51-63.
- Kuijer, G., Buunk P. & Ybema, J. (2001). Are equity concerns important in the intimate relationship when one partner of a couple has cancer? *Social Psychology Quarterly*, 64 (3), 267-282
- Lamb, M. (1996). Sexuality and sexual functioning. En McCorkle R., Grant M. & Frank-Stromborg, M. *Cancer nursing: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Saunders Co.
- Landoni, F., Maneo, A. & Colombo, A. (1997). Randomised Study of Radical Surgery versus Radiotherapy for Stage Ib-IIa Cervical Cancer. *Lancet*, 350 (9077), 535-540.
- Marsiglia, H. (2002). Nuevos abordajes del cáncer de cérvix localmente avanzado. *Revista Colombiana de Cancerología*, 6 (1), 20-22.
- Martínez, P. (1995). Factores de riesgo del conflicto marital. *Suma Psicológica*, 2 (1), 69-101.
- Martínez, P. & Ballesteros, P. (1998). *Dos en uno: cómo lograr armonía en nuestra relación de pareja*. Bogotá: Editorial Grijalbo S.A.
- Nair, M. (2000). Quality of life in cancer of the cervix patients. *International Clinical Psychopharmacology*, 15 (3), 47-9.
- National Cancer Institute. (2000. Noviembre 17). El Cáncer del Cuello del Utero. (En línea). Cáncer.gov.http://cis.nci.nih.gov/fact/6_35s.htm [2002, Mayo15].
- Paavonen, J. (1999). Sexual dysfunction associated with treatment of cervical cancer. *Sexually Transmitted Infections* 75 (6), 375-6.
- Piver, S. (2000). *Oncología ginecológica*. Madrid: Marbán Libros.
- Pontificia Universidad Javeriana (1992). *Misión Proyecto Educativo*. Bogotá: PUJ.
- Rey, M. (2000). La importancia de las expectativas en el proceso de cáncer. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 0 (1), 2-3.
- Robinson, J., Faris, P. & Scotts, C. (1999). Psychoeducational Group Increases Vaginal Dilation for Younger Women and Reduces Sexual Fears for Women of all Ages with Gynecological Carcinoma treated with Radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 44 (3), 497-506.
- Samelson, D. & Hannon, R. (1999). Sexual desire in couples living with chronic medical conditions. *Family Journal*, 7 (1), 29-38.
- Schiffman, M., Bauer, H. & Hoover, R. (1993) Epidemiologic Evidence Showing that Human Papillomavirus Infection Causes Most Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute* 85 (12), 958-964.
- Schover L., Montague D. & Lakin, M. (1997). Sexual problems. En DeVita V., Hellman S. & Rosenberg S. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Seibel M., Freeman M. & Graves W. (1980). Carcinoma of the Cervix and Sexual Function. *Obstetrics and Gynecology*, 55 (49), 484-487.
- Seifert, C. (2000a). Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico. (En línea). Psicooncología. org.http://www.psicooncología. org/articulos_detalle. cfm?Art_ID=30
- Seifert, C. (2000b). Creencias, vínculo de pareja y sexualidad en la paciente ginecológica. (En línea) Psicooncología.org.http://www.psicooncología. org/articulos_detalle. cfm?Art_ID=23
- Simón, M. (1999). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Simón, M. (1996). Diseños de investigación en psicología clínica y de la salud. En Buela-Casal, G. & Caballo, E. *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Sociedad Colombiana de Psicología (2001). *Código ético del psicólogo*. Bogotá: ABC Editorial.
- Stead, L., Fallowfield, L. & Brown, M. (2001). Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: Qualitative study. *British Medical Journal*, 323 (7317), 836-37.
- Steninga, S. & Dunn, J. (1997). Women's experiences following treatment for gynaecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 1403-1408.
- Thomas, G. (1999). Improved Treatment for Cervical Cancer Concurrent Chemotherapy and Radiotherapy. *New England Journal of Medicine*, 340 (15), 1198-1299
- Vidal, M. (2000). La conducta sexual del paciente oncológico: ¿un tema inadecuado? *La Prensa Médica Argentina*, 86 (7), 623-632.