

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PRINCIPALES ASPECTOS PSICOLÓGICOS CONCOMITANTES EN  
MUJERES CON UN DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA  
GINECOLÓGICA**

**Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios  
de Posgrado de Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista  
en Psicología Clínica**

**AUXILIADORA GÓMEZ MURILLO**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica**

**2014**

## DEDICATORIA

A Maifis y Mamile, por su apoyo incondicional, su amor y su paciencia, sin ustedes no lo hubiera conseguido.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, que ha sido el sostén de mi vida, gracias a su bondad e infinito amor he llegado hasta aquí.

A mis padres, que me han dado el maravilloso regalo de la vida y con su ejemplo me enseñaron a trabajar y a luchar por lo que quiero sin temor a las dificultades ni a mis propias exigencias.

A mis hermanas, quienes me han brindado su apoyo y su amor incondicional. Gracias por su compañía y por creer en mí siempre.

A mis sobrinos que amo con todo mi corazón y me hacen tan feliz.

A Alfonso y Karen, que me guiaron en la realización de este proyecto.

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica”

---

Licenciada Karen Quesada Retana  
Coordinadora Nacional a.i.  
Posgrado en Psicología Clínica

---

Master Alfonso Villalobos Pérez  
Director de Tesis

---

Auxiliadora Gómez Murillo

## TABLA DE CONTENIDO

### CAPÍTULO I

.....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>TEMA</b> .....	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
Objetivo General:.....	3
Objetivos específicos: .....	3
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>5</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>5</b>
<b>¿QUE ES EL CÁNCER?</b> .....	<b>5</b>
¿Cómo ocurre el cáncer? .....	5
Proceso del cáncer: .....	6
Causas: .....	6
Factores de riesgo: .....	7
¿Cómo funcionan los medicamentos contra el cáncer? .....	8
<b>CANCER DE OVARIO</b> .....	<b>8</b>
Carcinoma peritoneal primario: .....	10
¿Que causa el cáncer de ovario? .....	11
Factores de riesgo: .....	11
Otros factores: .....	12
¿Cómo reducir el riesgo?:.....	12
Diagnóstico del cáncer de ovario .....	12
Exámenes de detección de cáncer de ovario:.....	13
Ultrasonido pélvico: .....	13
Exploración pélvica: .....	14
Prueba de ca 125 en sangre:.....	14
Ultrasonido: .....	14

Imagenología Doppler en Color: .....	14
Otras medidas serían: .....	15
Exámenes de detección combinados:.....	15
Pasos para el diagnóstico.....	15
Determinación de la etapa .....	16
Tratamiento .....	17
Recurrencia .....	19
<b>CÁNCER DE TROMPAS DE FALOPIO.....</b>	<b>20</b>
Determinación de la etapa .....	20
<b>CÁNCER ENDOMETRIAL .....</b>	<b>22</b>
Factores de riesgo .....	22
ÍNDICES DE SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS PARA EL CÁNCER ENDOMETRIAL .....	24
<b>CÁNCER CERVICAL .....</b>	<b>24</b>
Prueba de Papanicolau.....	25
¿Qué causa el cáncer cervical?.....	26
¿Quién adquiere el cáncer cervical?.....	26
Factores de riesgo: .....	27
Diagnóstico cervical y cambios precancerosos.....	28
Pruebas de detección: .....	28
Pruebas adicionales: .....	29
Enfermedades precancerosas y cáncer cervical no invasor.....	29
Opciones de tratamiento.....	29
Tratamiento del cáncer cervical .....	30
Etapas: .....	31
Recurrencia .....	32
<b>CÁNCER VAGINAL.....</b>	<b>32</b>
Tipos de cáncer vaginal.....	33
Factores de Riesgo:.....	33
Prevención:.....	33
Diagnóstico:.....	33

Pruebas diagnósticas: .....	34
Determinación de la etapa: .....	34
Tratamiento del cáncer vaginal: .....	35
<b>CÁNCER VULVAR .....</b>	<b>35</b>
Tipos de cáncer vulvar: .....	36
Causa: .....	36
Factores de riesgo: .....	36
Prevención: .....	37
Diagnóstico: .....	37
Determinación de la etapa .....	38
Tratamiento del cáncer de vulva .....	38
Tratamiento del cáncer recurrente .....	39
<b>COMORBILIDAD .....</b>	<b>39</b>
<b>PSICOONCOLOGÍA .....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>43</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>43</b>
Categorías: .....	43
Procedimientos .....	43
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>45</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>55</b>
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO VI .....</b>	<b>62</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>

## RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que cada vez toma más importancia a nivel mundial, debido a los índices de mortalidad que genera. Es conocido que el diagnóstico de un cáncer ginecológico puede librar muchos estresores asociados y desencadenar otras sintomatologías de tipo emocional y psicológico que no deben olvidarse. Lo anterior, debido a que contribuyen en el afrontamiento de la enfermedad y de los tratamientos posteriores, así como en la aparición de nuevas comorbilidades que podrían empeorar el cuadro clínico.

Por ello, la presente investigación se propuso como una revisión del estado de la cuestión a partir del análisis de las revisiones sistemáticas sobre el tema planteado. El interés fue obtener una descripción detallada de los principales aspectos psicológicos concomitantes que se reportan en las mujeres con diagnóstico de cáncer ginecológico.

Se recurrió a la revisión de material bibliográfico publicado en las bases de datos a consultar. Esta búsqueda se restringió a las bases de datos Cochrane, Pubmed, Scielo, PsycInfo, EBSCO y Redalyc. Una vez que se extrajeron los datos de todos los artículos, se realizó una descripción de la información, a fin de resumir e integrar los principales hallazgos reportados como comorbilidad en el cáncer ginecológico y se realizó una síntesis narrativa de los resultados.

Como resultado de esta búsqueda, se puede observar que el cáncer ginecológico, afecta tanto el aspecto físico, como emocional, psicológico, sexual y autoestima de la persona afectada, pero sus consecuencias van más allá de la paciente, sus raíces se extienden a todo el núcleo familiar, amigos y personas cercanas.

La ansiedad constituye un factor relevante, especialmente por las áreas afectadas por el cáncer ginecológico, relacionadas directamente con la feminidad y la maternidad, uniéndose el temor y el miedo que siente la paciente por el futuro de sus hijos, el sentimiento de culpabilidad por no visitar al médico antes y la depresión que surge a partir de la situación en general.

## LISTA DE CUADROS

### **TABLA N° 1**

ETAPAS SEGÚN EL FIGO .....16

### **TABLA N° 2**

ETAPAS DEL CÁNCER DE LAS TROMPAS DE FALOPIO Y LOS ÍNDICES DE SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS ..... 21

### **TABLA N° 3**

ÍNDICES DE SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS PARA EL CÁNCER ENDOMETRIAL ..... 24

### **TABLA N° 4**

ETAPAS DEL CÁNCER DE CÉRVIX ..... 31

### **TABLA N° 5**

ETAPAS DEL CÁNCER VAGINAL .....34

### **TABLA N° 6**

ETAPAS DEL CÁNCER VULVAR .....38

### **TABLA N° 7**

RESULTADOS .....45

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer es una enfermedad que cada vez toma más importancia a nivel mundial, esto debido a los índices de mortalidad que genera. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha manifestado que en el año 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas, y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se empieza a emplear nuevas medidas en el diagnóstico y tratamiento oportuno (OMS, 2010).

Es conocido que el cáncer es prevenible, y en caso de que se presente, puede ser diagnosticado en las primeras etapas de su desarrollo, lo cual aumenta la probabilidad de éxito en el tratamiento.

La situación epidemiológica del cáncer en nuestro país, es muy parecida a la de los países desarrollados, siendo la segunda causa de muerte. El Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer (2012), refiere que el cáncer de mama es la primera causa de muerte en las mujeres en Costa Rica, siendo Heredia la provincia con más pérdidas por esta enfermedad.

El impacto psicológico del cáncer ginecológico puede variar dependiendo de la etapa de desarrollo de la enfermedad, así como de las características individuales de la persona y el ambiente en el que se así, se ha comprobado que estas enfermedades generan una carga emocional que se adhiere a su sintomatología física.

El cáncer ginecológico se localiza en las mamas, endometrio, vulva y ovarios y algunos de ellos presentan sintomatología sólo en etapas avanzadas de la

enfermedad. El tratamiento va orientado desde la cirugía, hasta la aplicación de procedimientos farmacológicos muy invasivos que generan muchos efectos adversos en la mayoría de las mujeres. Algunos de estos efectos son la menopausia inducida, infertilidad, cambios hormonales y sexuales, así como sentimientos negativos hacia su aspecto corporal y pérdida del sentido de su feminidad. Otros cambios propios de la enfermedad son los que se producen en el entorno social, en donde muchas veces se reducen los ingresos económicos a nivel familiar, deben generarse nuevos roles y generalmente se produce mucho estrés y ansiedad tanto en la paciente como en sus familiares y amigos.

Es evidente entonces, que el diagnóstico de un cáncer ginecológico puede generar muchos estresores asociados y desencadenar otras sintomatologías de tipo emocional y psicológico que no deben olvidarse. Lo anterior, debido a que contribuyen en el afrontamiento de la enfermedad y de los tratamientos posteriores, así como en la aparición de nuevas comorbilidades que podrían empeorar el cuadro clínico.

Ante esto, es de vital importancia para la labor del psicólogo que acompaña a las usuarias en este proceso, reconocer y tener presente los aspectos psicológicos y emocionales concomitantes que se presentan con más frecuencia, a fin de prevenir posibles focos de ansiedad y estrés, así como disminuir el impacto psicológico del proceso, ya de por sí difícil, que atraviesan.

## **TEMA**

Principales aspectos psicológicos concomitantes en mujeres con un diagnóstico de patología oncológica ginecológica.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los principales aspectos psicológicos concomitantes que presentan las mujeres con un diagnóstico de patología oncológica ginecológica reportados en la literatura internacional y nacional?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Analizar los principales aspectos psicológicos concomitantes que presentan las mujeres con un diagnóstico de patología oncológica ginecológica reportados en la literatura internacional y nacional.

### **Objetivos específicos:**

1. Revisar los elementos teóricos generales sobre las principales patologías gineoncológica, así como los principales tratamientos y sus efectos secundarios.
2. Describir los principales aspectos psicológicos concomitantes reportados en la literatura, que presentan las mujeres con un diagnóstico de cáncer ginecológico.

3. Describir algunas alternativas de tratamiento psicológico en pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico.
4. Determinar el rol que debe desempeñar el psicólogo como parte del tratamiento integral de las pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico.

## CAPÍTULO II

### MARCO CONCEPTUAL

#### ¿QUE ES EL CÁNCER?

El cáncer se refiere a un grupo de enfermedades relacionadas que se inician en las células. Normalmente las células crecen y se dividen para producir más células, sólo cuando el cuerpo lo necesita, pero el cáncer es el resultado de la pérdida de control del sistema de crecimiento normal de la célula. Se caracteriza por la proliferación de células anormales y el desarrollo de estas células anormales son llamadas **carcinogénesis**. Con el tiempo, las células anormales se multiplican fuera de control y se acumulan dentro de una masa de tejido, llamada **neoplasia** o **tumor**, que puede invadir o destruir el tejido vecino normal (Clínica Mayo, 2005).

Las células cancerosas adquieren características específicas que les permite crecer sin el control biológico de las células normales. Estas células cancerosas proporcionan sus propias señales de crecimiento, dejan de responder a las señales anticrecimiento provenientes de las células vecinas, desarrollan su propio aporte sanguíneo y no se autodestruyen.

#### ¿Cómo ocurre el cáncer?

El cáncer ocurre cuando se dan alteraciones en genes importantes para el crecimiento celular. Algunos pueden ser cruciales en el desarrollo del cáncer:

- Genes supresores de tumores: restringir el proceso celular. Pueden retardar la división celular, aumentar la muerte celular y reparar el

ADN. Un defecto en este gen puede heredarse, o desarrollarse durante la vida de una persona.

- Oncogenes: Estimulan la división celular, regulada y adecuadamente. Si se altera el crecimiento celular es excesivo.

Genes reparadores del mal apareamiento: se pueden producir errores al duplicarse el ADN. Existe un sistema complejo que se encarga de corregir estos errores, la persona que hereda un defecto en estos genes tendrán mayor probabilidad de desarrollar cáncer de ovario, colon o uterino.

### **Proceso del cáncer:**

Tiene un inicio y puede progresar hasta ser letal. La iniciación comprende el daño del ADN y es la primera etapa. Después la célula puede reproducir versiones anormales de sí mismas. Conforme estas se reproducen se adaptan mejor y pueden competir con las células normales por los nutrientes lo que hace que crezcan y el tumor se agranda y es más destructivo. Estas propiedades les permitirá evadir el reconocimiento del sistema inmunológico, desarrollar su propio aporte sanguíneo y diseminarse a otras áreas del cuerpo. Cuando un tumor es grande como sentirse como un nódulo o verse en una imagenología, ya puede contener unos mil millones de células (Clínica Mayo, 2005).

### **Causas:**

La mayoría no tienen una sola causa, más bien son el resultado de un proceso complejo ya prolongado.

Las causas de la mayoría de los cánceres se pueden dividir en factores externos o internos.

Factores externos: estilo de vida o factores ambientales, por ejemplo: tabaquismo, alcoholismo, una dieta poco sana, estilo de vida sedentaria, radiación solar, exposición a químicos como benceno y asbesto. Algunos cánceres son causados por infecciones como el VPH que contribuye a la aparición de cáncer cervical, vaginal y vulvar.

Factores internos: niveles hormonales, mutaciones genéticas heredadas y condiciones inmunológicas.

Las investigaciones arrojan que el 50% a 75% de los casos de cáncer en E.E.U.A. son producto de tabaquismo, alcoholismo, vida sedentaria o conducta sexual que lleva a enfermedades de transmisión sexual (Clínica Mayo, 2005).

### **Factores de riesgo:**

Son los que aumentan la probabilidad de cáncer en una persona. Entre ellos están:

- Edad: como proceso de envejecimiento que lleva a cambios en las células del cuerpo. Además una teoría señala que la función inmune disminuye con la edad. Por otro lado la persona que vive más tiempo se expone más a sustancias causante de daño.
- Antecedentes familiares
- Otros: tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, exposición a radiación, alcoholismo, uso hormonas después menopausia, exposición a ciertos químicos, raza, estado socioeconómico, enfermedades y conductas reproductivas y sexuales.

En el caso de la radiación, se liga mucho más a la radiación ultravioleta, como en lámparas de bronceado o exposición al sol especialmente para piel clara. Además la exposición en grandes cantidades a los rayos X (mujeres con enfermedad de Hodgkin o tuberculosis y recibieron radiación en tórax tiene probabilidad de desarrollar cáncer de mama). Las exposiciones esporádicas por tratamientos dentales o diagnósticos no implican un riesgo significativo.

### **¿Cómo funcionan los medicamentos contra el cáncer?**

- Influyendo en la célula cancerosa para regularla y que asuma un estado más normal.
- Estimulando el sistema inmune para rechazar el cáncer.
- Activando las vías de destrucción para que la célula se suicide
- Previniendo que la célula se multiplique
- Interfiriendo en la capacidad de la célula de tomar tejido vecino y vasos sanguíneos para impedir su crecimiento.

Cabe destacar que en los estudios clínicos, la seguridad del paciente es la prioridad, por lo que estos tienen un proceso de revisión y vigilancia rigurosa. Se sigue un protocolo. Y los participantes son libres de abandonar el estudio en el momento que lo deseen.

## **CANCER DE OVARIO**

Es el resultado de la pérdida del control de crecimiento y regulación celular normal. Las células anormales se acumulan en el ovario formando una masa de tejido conocida como crecimiento o tumor. Este puede ser no canceroso (benigno) o canceroso (maligno). La diferencia entre ellos radica es que en un

tumor benigno las células que crecen en exceso no se diseminan (metastatizan) a otros tejidos corporales, lo que si sucede en el maligno (Clínica Mayo, 2005).

La mayoría de los tumores de ovarios ocurren en el tejido que cubre su superficie llamado epitelio, y se conocen como tumores epiteliales. Los otros tipos de cáncer de ovarios son los tumores de células germinales, es decir las células que producen los óvulos y los tumores del estroma (tejido conectivo o estroma).

Los tumores epiteliales no necesariamente son cancerosos, pueden ser cancerosos o limítrofes o indefinidos (tumores con bajo potencial maligno) algunos de estos tumores incluyen adenomas serosos, adenomas mucinosos y tumores de células de transición. Ellos no se diseminan y por lo general no llevan a una enfermedad grave. Pueden ser tratados mediante una cirugía para extirpar el ovario o parte de este.

El cáncer epitelial es el más común (entre 85 y 90% de los casos) de cáncer de ovario. Se divide en dos subtipos según como aparezcan las células en el microscopio y se incluyen los cánceres serosos mucinosos, endometrioides, de células claras y de células de transición.

Los tumores indefinidos por lo general no se convierten en cánceres pero pueden comportarse muy agresivos por lo que se requiere su vigilancia. El cáncer de ovario epitelial aparece cuando la superficie del ovario sufre un cambio malignizante y empiezan a crecer descontroladamente.

A este proceso particular se le llama siembra. Al crecer el tumor pueden desprenderse células que caen como semillas en la cavidad abdominal (peritoneo), diafragma, trompas de Falopio, útero, vejiga, bazo e hígado. Y estas células forman nuevos tumores (Clínica Mayo, 2005).

La diseminación más común es en el tejido graso que cubre el estómago e intestinos (epiplón), en la cavidad peritoneal.

Este cáncer se puede diseminar también en la corriente sanguínea o en el sistema linfático (dentro de la pelvis o vasos sanguíneos que llegan al corazón y a la aorta. Una vez en el sistema sanguíneo puede llegar al pulmón (cavidad pleural que lo rodea).

Conforme crece el cáncer causa la formación de líquido en la cavidad abdominal. Esta acumulación anormal se llama ascitis, en algunas mujeres puede ser de litros.

### **Carcinoma peritoneal primario:**

Se forma de células que constituyen el recubrimiento de la cavidad abdominal llamada peritoneo, y la pelvis. Se parece al cáncer de ovario epitelial bajo el microscopio. Las mujeres con extirpación de ovarios o trompas de Falopio tienen un pequeño riesgo en su desarrollo.

Es importante aclarar que los quistes (sacos llenos de líquido en el ovario o su superficie) pueden ser normales en mujeres con menstruación regular y que algunos cánceres ováricos tienen componentes semejantes a los quistes pero la mayoría de los últimos no son cancerosos y producen poco o ningún síntoma. Solos si el quiste se desarrolla después de la menopausia, existe mayor probabilidad de que este asociado a cáncer o cuando se trata de quistes mayores a 10 cm.

La mayoría de quistes desaparecen solos, se pueden someter a diferentes opciones de tratamiento o a una cirugía inclusive.

## ¿Que causa el cáncer de ovario?

Para algunos, sería que en el proceso de ovulación algunas células epiteliales quedan atrapadas bajo la superficie del ovario formando un quiste de inclusión, lo que los científicos consideran este último como el causante del desarrollo del cáncer. Otros investigadores por el contrario piensan que son los niveles elevados de hormonas antes y durante la ovulación en las mujeres donde los ciclos menstruales no son interrumpidos por embarazo u otros eventos. Según esta teoría ciertas hormonas reproductivas pueden estimular el crecimiento de células epiteliales anormales. Otra causa sería las mutaciones heredadas.

### **Factores de riesgo:**

Sobre todo del cáncer de ovario debido a que de los otros tipos de cáncer tenemos menos información

- ✓ Factores genéticos
- ✓ Cánceres hereditarios
- ✓ Cánceres no hereditarios
- ✓ Edad ya es más común en mujeres mayores.
- ✓ Factores hormonales y reproductivos
- ✓ Historial reproductivo
- ✓ Infertilidad
- ✓ Uso de medicamentos para la fertilidad
- ✓ Inicio temprano de menstruación y menopausia tardía
- ✓ Terapia estrogénica después de la menopausia
- ✓ Quistes de ovario desarrollado entre los 50 y 70 años
- ✓ Algunas enfermedades del aparato reproductivo como endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica o síndrome de ovarios poliquísticos.

**Otros factores:**

- ✓ Antecedentes personales de cáncer de mama o colon
- ✓ Uso de talco (antes contenían asbesto que produce cáncer)
- ✓ Obesidad y aumento de peso
- ✓ Tabaquismo

**¿Cómo reducir el riesgo?:**

- ✓ Pastillas anticonceptivas
- ✓ Embarazo y lactancia
- ✓ Ligadura de trompas o histerectomía
- ✓ Extirpación de ovarios

Los factores del desarrollo del cáncer son muchos y no uno solo. No hay que desgastarse emocionalmente pensando si hubiera hecho esto o no lo hubiera hecho (como tener o no tener hijos, si tomo medicamentos para la fertilidad o si se apoyó con estrógenos para la menopausia por ejemplo). La enfermedad no es culpa del paciente. Lo importante es ver hacia adelante y formar uno con el equipo médico (Clínica Mayo, 2005).

**Diagnóstico del cáncer de ovario**

Este cáncer se cataloga como asesino silencioso por no acompañar signos o síntomas reconocibles. Y a menudo los síntomas no son específicos del cáncer de ovario y pueden imitar trastornos gastrointestinales.

Entre los signos y síntomas están:

- ✓ Presión abdominal o pélvica, molestias o dolor
- ✓ Indigestión persistente, gas o náusea

- ✓ Sensación de plenitud aunque sea una comida ligera
- ✓ Cambios inexplicables en los hábitos intestinales incluyendo diarrea o estreñimiento
- ✓ Inflamación o meteorismo abdominal
- ✓ Cambios en hábitos vesiculares e incluyen necesidad frecuente y urgente de orinar
- ✓ Pérdida de apetito
- ✓ Baja o aumento de peso inexplicable, sobretodo del área abdominal
- ✓ Dolor durante una relación sexual
- ✓ Y en menos casos falta de energía crónica y dolor de la espalda baja.

#### **Exámenes de detección de cáncer de ovario:**

En general no se ha encontrado una herramienta sensible como para detectarlo como lo es por ejemplo la colonoscopia en el cáncer de colon o la mastografía para el de mamas o la citología que ha disminuido en forma considerable las muertes por cáncer cervical. Además la incidencia del cáncer de ovario es relativamente baja en comparación con otros tipos de cáncer (Clínica Mayo, 2005).

#### **Ultrasonido pélvico:**

Conocido como sonografía o ultrasonografía y que utiliza ondas de alta frecuencia para producir imágenes de la parte interna del cuerpo. Y aunque ayuda a detectar una masa ovárica, no determina si es benigna o maligna. Al ser los quistes ováricos comunes se limita la efectividad de esta prueba como herramienta de detección.

Dada la falta de herramientas para la detección de este cáncer, los expertos recomiendan a la mujer la exploración pélvica regular. Algunas veces se puede palpar una masa ovárica en la exploración, aunque en este caso el cáncer pueda

estar ya avanzado. Esta exploración es importante para descubrir en forma temprana no el cáncer de ovario pero si el cáncer de útero, cérvix o vagina. Las exploraciones pélvicas se recomiendan después de los 18 años.

La detección rutinaria del cáncer de ovario se hace solo a mujeres de alto riesgo.(incluyendo las portadoras del mutaciones del gen de cáncer de mama: BRCA) a las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de ovario o mama o con dos o más familiares con cáncer de ovario.

### **Exploración pélvica:**

El médico examina la vagina, útero, recto y pelvis e inclusive ovarios. Este examen pélvico lo realiza el ginecólogo o médico de atención.

### **Prueba de ca 125 en sangre:**

En una mujer de alto riesgo el médico realiza esta prueba en la sangre.

### **Ultrasonido:**

Puede detectar crecimientos ováricos, por ejemplo un tumor o un quiste. Para examinar los ovarios es mejor el ultrasonido transvaginal porque produce una imagen mejor. Permite evaluar en forma segura y no invasora el tamaño, forma y configuración de s ovarios pero no determina si el crecimiento es canceroso o no lo es.

### **Imagenología Doppler en Color:**

Los tumores malignos requieren vasos sanguíneos nuevos para su crecimiento. Estos vasos no son normales y se puede detectar por medio de esta prueba. Sin embargo es cara y no es precisa en un 100 %.

**Otras medidas serían:**

- ✓ Buscar consejo genético, revisar si existe la posibilidad de heredar la enfermedad y detectarse por
- ✓ medio de una prueba BRCA.
- ✓ Participar en estudios de investigación.
- ✓ Considerar la cirugía para extirpar los ovarios

**Exámenes de detección combinados:**

Se pueden mejorar los resultados con la combinación de dos abordajes de detección como el marcador de CA 125 en sangre y el ultrasonido en las mujeres con alto riesgo de cáncer de ovarios.

**Pasos para el diagnóstico**

La Clínica Mayo (2005) propone algunos pasos para el diagnóstico. Se detallan a continuación:

1. Historia clínica y exploración
2. Tomografía computarizada: informa sobre el tamaño, forma y posición de un tumor o nódulo linfático crecido, en el caso de que el cáncer se haya diseminado. Y puede reconocer la presencia de líquido en la cavidad abdominal (ascitis)
3. Resonancia magnética puede detectar un tumor potencialmente canceroso y su diseminación.
4. Rayos X refleja si el cáncer se ha diseminado a los pulmones o espacio pleural (que rodea los pulmones) donde se acumula líquido condición conocida como derrame pleural. Se puede extraer líquido mediante una aguja (torococentesis) y analizarse en un laboratorio en busca de células cancerosas.

5. Tomografía por emisión de positrones. Diferente a la TC o la RM. Las células cancerosas tienen más actividad metabólica que las células normales. Este examen permite ver la actividad metabólica de las células pero aun es experimental.
6. Cirugía después de la exploración, de revisar signos y síntomas y de las pruebas se puede realizar una cirugía para confirmar el diagnóstico y tratar el cáncer.
7. La cirugía servirá no solo para diagnosticar el cáncer sino también para medir su extensión o quitarlo. Este procedimiento quirúrgico se denomina laparotomía. Esta cirugía va de la pelvis al abdomen, se extrae líquido y se examina con un patólogo, lo mismo que se extirpa un ovario.

### Determinación de la etapa

El sistema más usado para determinar la etapa es el **FIGO** y viene de la **INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS**. En este sistema un número bajo indica una etapa temprana mientras que un número alto refleja una etapa más avanzada (Clínica Mayo, 2005).

**TABLA N° 1**  
**ETAPAS SEGÚN EL FIGO**

<b>ETAPA I</b>	<b>Cáncer se encuentra dentro del ovario u ovarios</b>
<b>Etapa I A:</b>	Está contenido en un ovario.
<b>Etapa I B:</b>	Confinado en los dos ovarios.
<b>Etapa I C:</b>	En uno o ambos ovarios con las siguientes condiciones: en la superficie de un ovario o se reventó un tumor lleno de líquido-quístico- o se encontraron células cancerosas en la cavidad abdominal.

<b>ETAPA II</b>	<b>Se ha diseminado a otro órgano de la pelvis: útero, trompas de Falopio, vejiga, recto</b>
-----------------	--

**Etapa II A:** Ha invadido útero o trompas de Falopio pero no hay células cancerosas en el líquido abdominal.

**Etapa II B:** Se ha diseminado a un órgano pélvico: vejiga o recto, pero no hay células cancerosas en el líquido abdominal.

**Etapa II C:** Se ha diseminado a un órgano pélvico y tiene una o más condiciones de la etapa I C.

<b>ETAPA III</b>	<b>Se ha diseminado más allá de la pelvis a la parte superior del abdomen o a nódulos linfáticos</b>
------------------	--

**Etapa III A:** Se encuentran depósitos microscópicos en el recubrimiento del abdomen superior (peritoneo). No se ha diseminado a los nódulos linfáticos.

**Etapa III B:** Se encuentran depósitos de cáncer fuera de la pelvis de menos 2 cm, sin diseminación a los nódulos linfáticos.

**Etapa III C:** Depósitos de cáncer en abdomen mayores a 2 cm o se ha diseminado a nódulos linfáticos. Un tumor puede estar en la superficie, no dentro del hígado o el bazo.

<b>ETAPA IV</b>	<b>Se encuentra en cavidad pélvica y abdominal, y área que rodea los pulmones (cavidad pleural)</b>
-----------------	---

*Fuente: Elaboración propia*

El informe de patología dará un detalle sobre las células cancerosas encontradas que ayudara a determinar el tratamiento y el pronóstico.

Para estimar la supervivencia se podrá hacer por el grado del tumor, la etapa, la edad y la extensión de la enfermedad residual (cuanto más elimine el cirujano de cáncer mayor probabilidad de supervivencia)

## **Tratamiento**

Si se trata de una cirugía lo más recomendable sería un ginecólogo oncólogo, ya que se especializa en atención y tratamiento de cáncer en el aparato reproductor femenino,

Al evaluar las opciones de tratamiento es importante considerar lo siguiente:

¿Cuál es el tratamiento estándar en mi condición? ¿Qué otras opciones existen? ¿Cuáles serían los efectos secundarios? ¿Hay otros tratamientos o estudios clínicos a considerar? ¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando? ¿Cuáles son las probabilidades de curación? ¿Cómo afecta mi vida diaria este tratamiento? ¿Cuáles son las probabilidades que el tumor regrese? (Clínica Mayo, 2005).

En la Etapa I se extirpan los ovarios, trompas de Falopio, útero, nódulos linfáticos par aórticos y la parte de grasa en la parte anterior al abdomen (epiplón). Además el cirujano realiza biopsias múltiples en la cavidad abdominal para revisar si existe diseminación. Si la mujer es joven y desea tener hijos se extirpa solo un ovario.

En la Etapa II se extirpan los ovarios, trompas de Falopio, útero, nódulos linfáticos para aórticos y la parte de grasa en la parte anterior al abdomen (epiplón). De observarse depósitos de cáncer el cirujano tratara quitar lo más que pueda de cáncer en un proceso largo llamado disminución del volumen o citorreducción.

En la Etapa III se extirpan los ovarios, trompas de Falopio, útero, nódulos linfáticos para aórticos y la parte de grasa en la parte anterior al abdomen (epiplón). También el cirujano trata de quitar la mayor cantidad de cáncer posible y se recomienda la quimioterapia después de la cirugía.

En la Etapa IV comprende una cirugía seguida de quimioterapia, de la cual existen diferentes tipos.

Entre los efectos secundarios de la quimioterapia están:

- ✓ Pérdida del cabello
- ✓ Náusea y vómito
- ✓ Baja en la cuenta de células sanguíneas: anemia, fatiga, por disminución glóbulos rojos, aumenta riesgo de infecciones por falta glóbulos blancos, atención a la fiebre mayor a 38 grados o escalofrío intenso. Menos común aumento de moretones o sangrado por falta de plaquetas.

### **Recurrencia**

En muchas mujeres lamentablemente es recurrente, sobre todo porque su detección es tardía y por ser tipo agresivo.

En este caso la calidad de vida de la paciente será primordial. Si el médico recomienda quimioterapia adicional es la paciente la que decide, lo mismo si aplica otros tratamientos y si está dispuesta o no a tolerar los efectos secundarios. Deberá revisar si otros tratamientos le sean tal vez más favorables. Si se intenta un tratamiento y no funciona, el médico puede sugerir otro tratamiento. *“Si la paciente expresa sus deseos al médico le permite desarrollar una estrategia de tratamiento que se acomode mejor a sus necesidades. Es su vida y son sus decisiones. Por eso es conveniente hablar todo ello con el médico y encontrar el equilibrio entre el tratamiento y una vida plena”* (Clínica Mayo, 2005).

## **CÁNCER DE TROMPAS DE FALOPIO**

El cáncer ubicado en este sitio, es el menos común de los cánceres ginecológicos, pero es un sitio común de diseminación del cáncer de ovario. Se observa igual que el cáncer de ovario bajo el microscopio, pero como es tan raro, se sabe poco sobre sus causas y factores de riesgo. Algunos investigadores han sugerido que algunos cánceres de ovario pueden originarse en las trompas de Falopio. De acuerdo a esta teoría, las células cancerosas surgen del revestimiento epitelial de una trompa de Falopio y luego se extiende desde la trompa para afectar la superficie del ovario (Clínica Mayo, 2005).

Es más común en mujeres entre 50 y 60 años. El signo más común es una secreción vaginal acuosa inexplicable, también se puede presentar dolor pélvico y sangrado vaginal anormal. Muchas mujeres con cáncer de las trompas de Falopio tienen una masa pélvica que puede sentirse durante la exploración pélvica. La cirugía usada para diagnosticar y tratar el cáncer de las trompas de Falopio es similar al que se utiliza para diagnosticar y tratar el cáncer de ovario. El procedimiento se llama laparatomía y algunas veces se realiza un procedimiento menos invasor llamado laparoscopia (Clínica Mayo, 2005).

La Clínica Mayo (2005), refiere que en el caso de las trompas de Falopio, el tumor principal debe estar dentro de la trompa. Los ovarios y el recubrimiento del útero (endometrio) están normales o contienen menos tumor que las trompas.

### **Determinación de la etapa**

Los hallazgos de la cirugía y el examen de las células cancerosas extraídas durante la cirugía se usan para determinar la etapa del cáncer de las trompas de Falopio. La determinación de la etapa se refiere al proceso para determinar si el

cáncer se ha diseminado o no, y si es así, qué tan lejos. La determinación de la etapa es clave para decidir el tratamiento y el probable resultado de este.

**TABLA N° 2**  
**ETAPAS DEL CÁNCER DE LAS TROMPAS DE FALOPPIO Y LOS ÍNDICES DE SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS**

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>	<b>Índice de Supervivencia a cinco años</b>
<b>Etapa I</b>	El cáncer está limitado a una o ambas trompas de Falopio	70 %
<b>Etapa II</b>	El cáncer afecta una o ambas trompas de Falopio y se ha diseminado al área de la pelvis	40-60%
<b>Etapa III</b>	El tumor afecta a una o ambas trompas de Falopio con diseminación a los nódulos linfáticos o fuera del área de la pelvis a otras partes de la cavidad abdominal. La parte superior del abdomen muestra depósitos microscópicos de cáncer.	20-30%
<b>Etapa IV</b>	El cáncer afecta una o ambas trompas de Falopio con diseminación a órganos distantes, como los pulmones o el hígado.	Menos del 15%

*Fuente: Clínica Mayo (2005)*

Algunos de los tratamientos del cáncer de trompas de Falopio son la cirugía, quimioterapia y radioterapia.

## CÁNCER ENDOMETRIAL

Es el cáncer ginecológico más común. Este se inicia ya sea en el cuerpo uterino (cáncer endometrial) o en el cérvix.

El término médico para el cáncer endometrial es *carcinoma endometrial* (Clínica Mayo, 2005). Existen varios tipos:

- ✓ Adenocarcinoma endometriode
- ✓ Carcinoma seroso papilar
- ✓ Carcinoma de células claras
- ✓ Células de tipo mixto
- ✓ Otros.

En el cáncer endometrial, las células cancerosas se desarrollan dentro del recubrimiento interno glandular del útero. La razón por la cual se desarrollan estas células cancerosas no se conoce completamente, pero se cree que un aumento en la exposición a la hormona femenina estrógeno juega un papel clave en el desarrollo de muchos cánceres endometriales. Esta teoría refiere que cuando las células del endometrio se exponen a los estrógenos sin equilibrarse con la hormona progesterona, estas células empiezan a dividirse y a acumularse más rápidamente, lo que da como resultado células malignas (Clínica Mayo, 2005).

### Factores de riesgo

Existen varios tipos de factores de riesgo:

#### Demográfico

- **Edad:** la edad promedio al diagnóstico es de 60 años.

- **Raza y grupo étnico:** las mujeres blancas tienen el doble de riesgo de cáncer endometrial, sin embargo, las mujeres negras tienen casi el doble de probabilidades de morir una vez diagnosticadas debido a un diagnóstico tardío.

### **Reproductivo**

- Inicio temprano de menstruación y menopausia tardía.
- Nunca haber estado embarazada.
- Infertilidad.
- Ovulación o menstruación irregular.
- Hiperplasia endometrial.
- Síndrome de ovarios poliquísticos.
- Tumores de ovarios productores de estrógenos.
- Terapia con estrógenos después de la menopausia.

### **Estilo de vida**

- Obesidad.
- Dieta de alto contenido en grasa.

Los signos y síntomas pueden incluir: sangrado vaginal después o durante la menopausia, sangrados menstruales abundantes o sangrado entre períodos, una secreción acuosa de color rosado o blanco proveniente de la vagina, dolor en la parte baja del abdomen o área pélvica, dolor durante las relaciones sexuales (Clínica Mayo, 2005).

**TABLA N°3**  
**ÍNDICES DE SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS PARA EL CÁNCER**  
**ENDOMETRIAL**

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>	<b>Índice de Supervivencia a cinco años</b>
<b>Etapa I</b>	El cáncer está confinado al cuerpo del útero.	90-95 %
<b>Etapa II</b>	El cáncer afecta tanto el cuerpo como el cérvix de útero.	75%
<b>Etapa III</b>	El cáncer se ha diseminado más allá del útero pero no ha salido del área de la pelvis.	60%
<b>Etapa IVA</b>	El cáncer se ha diseminado al recto, a la vejiga o afuera de la pelvis	Menos del 26%
<b>Etapa IV B</b>	El cáncer se ha diseminado a la parte superior del abdomen o a sitios más distantes.	Menos del 10%

*Fuente: Clínica Mayo (2005)*

Los tratamientos más recomendados para el cáncer endometrial son la cirugía, la quimioterapia, la terapia hormonal y la radioterapia.

### **CÁNCER CERVICAL**

Se presenta en jóvenes pero sobre todo en la edad madura. El principal síntoma es un sangrado vaginal anormal como después de una relación sexual o entre periodos menstruales.

La causa principal es el VPH y los factores de riesgo son inicio de relaciones sexuales demasiado pronto o múltiples parejas sexuales.

La herramienta más importante y exitosa es el Papanicolaou. Si se encuentra y se trata pronto podría decirse que es curable. Algunas veces aun cuando se encuentre en una etapa avanzada.

Actualmente se estudia la vacuna contra VPH como método de prevención del cáncer cervical.

### **Prueba de Papanicolau**

Su principal beneficio es poder detectar cambios en las células que preceden el cáncer cervical. Así funciona como una alerta para el médico y tratarse antes de que el cáncer se desarrolle. Por eso es tan importante que las mujeres se hagan el examen regularmente, ya que la mayoría de muertes en los últimos años se debe a que no se pudo detectar a tiempo. (En algunos casos la prueba no pudo detectar las células precancerosas, o pasar por alto el cáncer)

El cérvix es el cuello del útero y se proyecta hacia la parte superior de la vagina. Está compuesto principalmente de tejido conectivo cubierto de una membrana mucosa.

El cáncer cervical inicia con una displasia cervical o neoplasia intraepitelial cervical (NIC)

En la mayoría de los casos la displasia leve puede desaparecer sin tratamiento ya que el sistema inmunológico combate las células alteradas. En otros casos sigue su progreso a un carcinoma y por último se transforma en cáncer.

La mejor forma de prevenir el cáncer cervical es el cuidado en la vida sexual ya sea abstinencia o limitando el número de parejas, dado que ni las pastillas

anticonceptivas ni el condón pueden prevenir la no infección del VPH. (la vacuna contra este virus todavía es objeto de estudio)

Entre los tipos de cáncer cervical están los carcinomas escamosos y los adenocarcinomas. El primero se desarrolla en la parte inferior del cérvix mientras que el segundo en la parte superior.

Los carcinomas escamosos constituyen el 90% aproximadamente de los cánceres cervicales.

### **¿Qué causa el cáncer cervical?**

Los investigadores creen que es el VPH ya que en la mayoría de mujeres con cáncer cervical se ha encontrado la cepa de este virus. Este virus incluye más de 100 tipos de virus que causan verrugas pero son las cepas de alto riesgo las que producen cáncer. Este virus es bastante común pero afortunadamente el tener el virus no implica el desarrollar el cáncer ya que en la mayoría de los casos el sistema inmunológico combate la infección y no le permite persistir como para causar un problema mayor.

Es interesante recalcar que no todas las mujeres con cáncer cervical tienen el VPH. Los investigadores creen que también el herpes genital y la clamidia (ETS) pueden aumentar el riesgo de desarrollar el cáncer cervical.

### **¿Quién adquiere el cáncer cervical?**

Mujeres que por su cultura o escasez económica, vergüenza inclusive no se hacen el Papanicolaou representan solo en EEUA el 50% de los casos diagnosticados. Entre los países con mayor número de casos están: África, sudeste de Asia, América Central y América del sur. Además el grupo étnico de

minorías en este mismo país está entre las hispanas, nativas de Alaska, origen asiático, hawaianas, indias norteamericanas y negras.

**Factores de riesgo:**

- ✓ Historia sexual
- ✓ Actividad sexual temprana
- ✓ Muchas parejas sexuales (existe un ligero aumento si la pareja sexual no está circuncidada)
- ✓ Otras enfermedades de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, herpes genital y la exposición al VPH
- ✓ Sistema inmunológico debilitado
- ✓ Antecedentes familiares
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Medicamentos
- ✓ Exposición a DES (dietilestilbestrol)
- ✓ Uso de pastillas anticonceptivas

Para reducir el riesgo:

- ✓ Hacerse la prueba de Papanicolaou
- ✓ Modificar factores de riesgo como dejarse de fumar, limitar el número de parejas.
- ✓ El uso de condón puede proteger de ciertas enfermedades de transmisión sexual que podrían ayudar al desarrollo del cáncer
- ✓ Algunas personas creen que llevar una dieta saludable para prevenir el cáncer. Y las vitaminas A Y E, aunque todavía ello no esté comprobado.

## Diagnóstico cervical y cambios precancerosos

Es importantísimo practicarse la prueba de Papanicolaou para hacer una detección a tiempo.

Entre los signos y síntomas están:

- ✓ Manchado o sangrado vaginal abundante entre periodos menstruales.
- ✓ Sangrado menstrual más abundante y que tarda más de lo normal
- ✓ Sangrado vaginal después de tener relaciones sexuales, hacerse duchas vaginales o examen pélvico
- ✓ Dolor durante la relación sexual
- ✓ Flujo acuoso o sanguinolento abundante y a veces con mal olor.

### Pruebas de detección:

- ✓ Examen pélvico donde el médico examina el exterior de los genitales y con un espejo el cérvix.
- ✓ Papanicolaou tres años después de iniciar la actividad sexual excepto a los 21 años, menores de 30 años cada año o cada dos años, mayores de 30 años y con 3 pruebas normales seguidas cada dos años, las mujeres con histerectomía y extirpación de cérvix sin antecedentes de NIC pueden suspender la prueba. Si padece de VIH debe ser anual y todas las mujeres que se hayan expuesto al medicamento DES. Siempre siguiendo la recomendación que el médico indique **y recordar que el poco tiempo que se invierte en la prueba puede salvar la vida.**
- ✓ Exploración pélvica que incluye una exploración vaginal y rectovaginal
- ✓ La prueba de Papanicolaou puede ser efectiva de un 70 a un 80%.

- ✓ También está la prueba de detección del VPH que es similar al Papanicolaou. Actualmente se utiliza como secundaria a las pruebas de Papanicolaou.

#### **Pruebas adicionales:**

- ✓ Colposcopia: mediante un dispositivo llamado colposcopia para ver el cérvix
- ✓ Biopsia en cono
- ✓ Biopsia
- ✓ Legrado endocervical

Nuevamente se insiste que si el resultado de las pruebas es positivo y se diagnostica cáncer, lo mejor será que la paciente discuta con un ginecólogo oncólogo las opciones de tratamiento a seguir y cuál será la mejor en su caso.

#### **Enfermedades precancerosas y cáncer cervical no invasor**

Las enfermedades precancerosas y el cáncer cervical no invasor (se encuentra solo en los tejidos superficiales del órgano) pueden ser tratadas con diferentes tratamientos exitosos.

Cuando las células de la superficie del cérvix aparecen anormales en la citología, y aparecen cambios precancerosos, se pueden extirpar o destruir el tejido anormal como prevención al desarrollo del cáncer. Por lo general no se requerirá de una cirugía mayor.

#### **Opciones de tratamiento**

Observación expectante con pruebas repetidas de Papanicolaou o exámenes colposcópicos, en el caso de no ser un cáncer cervical de alto riesgo.

Procedimientos quirúrgicos menores:

- Procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa: es un asa de alambre con carga eléctrica y actúa como un bisturí caliente con el que el médico extirpa el tejido anormal en la superficie del cérvix. Se utiliza para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades precancerosas.
- Crioterapia: o criocirugía se refiere de a la destrucción de células anormales en la superficie del cérvix a través de su congelación.
- Cirugía láser con un haz de luz intensa se destruyen las células.
- Conización fría utiliza un bisturí para extirpar una cuña en de cono del tejido del cérvix.
- Histerectomía es la extirpación del útero junto con la cérvix.

Efectos secundarios: cólicos, líquido vaginal y poco sangrado durante los primeros días. Si después hubiera dolor inesperado, flujo vaginal o sangrado vaginal fuerte y fiebre debe ver al médico nuevamente, pues podría ser una infección o una complicación.

Otro efecto raro es formación de cicatriz y estrechamiento de cérvix que impide el embarazo. Si se planea un embarazo es recomendable informar al médico de tratamientos cervicales.

### **Tratamiento del cáncer cervical**

El cáncer cervical invasor se refiere a la diseminación de las células cancerosas a través del recubrimiento de la cérvix hacia los tejidos más profundos de la estructura (Clínica Mayo, 2005).

Existen tratamientos muy efectivos. Primero se determinara la extensión del cáncer con las siguientes pruebas (pueden haberse hecho antes del diagnóstico): Exploración física, Rayos X y otros estudios de imagenología como el TC, RM, etc., Cistoscopia, Proctosigmoidoscopia, Exploración quirúrgica. Después se define el tipo: carcinomas o adenocarcinoma, y el grado: el patólogo determina que tan anormales se ven las células (Clínica Mayo, 2005).

**Etapas:**

**TABLA N°4**  
**ETAPAS DEL CÁNCER DE CÉRVIX**

<b>ETAPA 0</b>	Solo se encuentra en la primera capa de células del recubrimiento del cérvix. Se llama también NIC 3, carcinoma in situ o cáncer no invasor.
<b>ETAPA I</b>	<b>Ha invadido tejido profundo pero solo en el cérvix.</b>
<b>Etapa I A:</b>	Han invadido profundamente de 3 a 5 mm y se han diseminado de 3 a 5 mm de ancho.
<b>Etapa I B:</b>	Cubre un área más grande y profunda que en la etapa anterior pero sólo está en el cérvix.
<b>ETAPA II</b>	<b>Se ha diseminado más allá del cérvix pero no de la vagina inferior ni pared de la pelvis.</b>
<b>Etapa II A:</b>	Se ha diseminado hacia la vagina superior pero no a los tejidos alrededor del cérvix ni de la vagina.
<b>Etapa II B:</b>	Se ha diseminado a otros lados a otros tejidos alrededor del cérvix.
<b>ETAPA III</b>	<b>Ha avanzado a la vagina inferior o pared pélvica o nódulos linfáticos cercanos a ambos.</b>
<b>Etapa III A:</b>	Ya ha invadido la vagina superior
<b>Etapa III B:</b>	Se ha diseminado a pared pélvica o nódulos linfáticos o ambos. Su crecimiento bloquea los tubos que conectan los riñones con la

---

	vejiga.
<b>ETAPA IV</b>	<b>Se ha diseminado a estructuras adyacentes o distantes del cuerpo.</b>
<b>ETAPA IV B</b>	Se ha diseminado más allá de los otros órganos como pulmones o el hueso.

---

*Fuente: Elaboración propia*

Las opciones de tratamiento varían de acuerdo a la etapa.

- ✓ Cirugía
- ✓ Procedimientos quirúrgicos menores
- ✓ Histerectomía total
- ✓ Histerectomía radical modificada o no
- ✓ Traquelectomía radical
- ✓ Se recomienda revisar el tratamiento con un oncólogo radiólogo.
- ✓ Radioterapia (interna o externa)
- ✓ Quimiorradiación
- ✓ Quimioterapia

### **Recurrencia**

En algunos casos el cáncer reincidente puede curarse. En esta etapa la paciente se puede enojar y preguntar porque le sucede a pesar del tratamiento. El tratamiento y diagnóstico sería los mismos que los anteriores solo que esta vez puede variarse el tratamiento. Además podría haber un tratamiento paliativo.

## **CÁNCER VAGINAL**

Es bastante raro y si se descubre temprano puede curarse.

## **Tipos de cáncer vaginal**

Carcinoma escamoso vaginal, adenocarcinoma vaginal, melanoma maligno, sarcoma vaginal.

Su causa es desconocida aunque se vincula con el VPH. Como es un cáncer raro la investigación que se ha hecho es poca (Clínica Mayo, 2005).

## **Factores de Riesgo:**

- ✓ Infección por VPH
- ✓ Edad
- ✓ Exposición al dietilestibestrol
- ✓ Raza (las mujeres negras tienen 3 veces más probabilidad comparado con las blancas)
- ✓ Adenosis vaginal se trata de una enfermedad y es uno de los riesgos del desarrollo de cáncer vaginal
- ✓ Irritación crónica de la vagina
- ✓ Tabaquismo

## **Prevención:**

- ✓ Inicio de la actividad sexual al ser ya mayor y no antes de los 18 años por el riesgo de contraer VPH
- ✓ Evitar tener muchas parejas sexuales
- ✓ Dejar de fumar
- ✓ Realizarse la citología y examen pélvico anualmente.

## **Diagnóstico:**

Algunos signos y síntomas son:

- ✓ Sangrado vaginal anormal, sobre todo después de una relación sexual
- ✓ Flujo vaginal anormal
- ✓ Masa en la vagina
- ✓ Dolor durante las relaciones sexuales
- ✓ Micción dolorosa o difícil
- ✓ Dolor pélvico o vaginal

#### **Pruebas diagnósticas:**

- ✓ Exploración pélvica y prueba de Papanicolaou
- ✓ Colposcopia y biopsia (el NIVA es una neoplasia intraepitelial vaginal y se detecta con la colposcopia)

Además hay otras pruebas adicionales, por ejemplo la urografía excretora intravenosa o la placa del tórax entre otras.

#### **Determinación de la etapa:**

**TABLA N° 5**  
**ETAPAS DEL CÁNCER VAGINAL**

<b>ETAPA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>ETAPA 0</b>	El cáncer se encuentra en el revestimiento epitelial de la vagina
<b>ETAPA I</b>	Está confinado en la vagina
<b>ETAPA II</b>	Ya ha crecido por la pared vaginal hacia el tejido conectivo justo fuera de la vagina pero sin diseminarse a las paredes laterales, la pelvis u otro órgano
<b>ETAPA III</b>	Se ha diseminado a la pared lateral de la pelvis, a un nódulo linfático en el lado del tumor o ambos
	Se ha diseminado a los órganos cercanos a la vagina, nódulos

<b>ETAPA IV A</b>	linfáticos en ambos lados de la pelvis o ambos
<b>ETAPA IV B</b>	Se ha diseminado a órganos distantes como los pulmones

*Fuente: Elaboración propia*

### **Tratamiento del cáncer vaginal:**

- Radioterapia: puede hacer una cicatriz interna que provoque dolor en relaciones sexuales. En este caso se puede usar un dilatador para la vagina que ayudara también con los exámenes pélvicos posteriores.
- Radiación de haz externo
- Radioterapia interna
- Cirugía
- Escisión local amplia
- Vaginectomia radical o parcial
- Cirugía combinada
- Extenteración pélvica
- Quimioterapia

Como es un cáncer tan raro, los mejores beneficios se han obtenido de los tratamientos de cáncer cervical.

## **CÁNCER VULVAR**

Inicia en una porción de los genitales externos de la mujer. Si se detecta tempranamente, puede tener una gran probabilidad de curarse (Clínica Mayo, 2005).

La vulva se compone de los labios, el clítoris, abertura vaginal y región perineal. Es más común que se desarrolle en el clítoris, las glándulas de Bartholin y la región perineal.

**Tipos de cáncer vulvar:**

- Carcinoma escamoso vulvar
- Adenocarcinoma de la vulva
- Melanoma maligno
- Sarcoma vulvar

**Causa:**

Desconocida aun, sin embargo los médicos y científicos consideran ciertos factores que favorecen su desarrollo como el VPH y una mutación en un gene llamado p53 puede aumentar su riesgo.

**Factores de riesgo:**

- ✓ Edad (mayor a 50 años o más joven con infección de VPH y que fume) raza y antecedentes familiares.
- ✓ Tabaquismo y prácticas sexuales
- ✓ NIV: Neoplasia intraepitelial vulvar , condición precancerosa de la vulva. Se diagnostica con el examen médico de rutina.
- ✓ Enfermedad Distrofia vulvar atrófica
- ✓ Otros canceres genitales
- ✓ Antecedentes de melanoma o lunares atípicos

**Prevención:**

- ✓ Retardar el inicio de la actividad sexual en los jóvenes
- ✓ Evitar tener sexo con muchas parejas
- ✓ Dejar de fumar
- ✓ Conocer el propio cuerpo, y con un espejo revisarse la vulva, si se tienen lunares, nódulos u otro consultar al medico
- ✓ Hacerse examen pélvico y prueba de Papanicolaou

**Diagnóstico:**

Signos y síntomas frecuentes:

- ✓ Comezón vulvar persistente con más de un mes
- ✓ Área más gruesa o de apariencia más clara en la vulva
- ✓ Áreas rojizas, color rosa o de apariencia oscura en la piel de la vulva
- ✓ Áreas de color blanco y rasposo en la piel de la vulva
- ✓ Sangrado o flujo anormal
- ✓ Área de color rojo escamoso en la piel de la vulva
- ✓ Nódulos rojo, rosa o blanco, como verrugas superficie ulcerada.
- ✓ Crecimientos semejantes a coliflor, como verrugas en la vulva
- ✓ Úlcera vulvar que cicatriza
- ✓ Dolor o ardor en la vulva
- ✓ Micción dolorosa
- ✓ Relaciones sexuales dolorosas
- ✓ Olor vaginal inusual
- ✓ Pruebas diagnósticas:
- ✓ Exploración física minuciosa y examen pélvico
- ✓ Colposcopia y biopsia

- ✓ Además podrían ser la proctoscopia, cistoscopia, TC, o placa de tórax

### Determinación de la etapa

**TABLA N° 6**  
**ETAPAS DEL CÁNCER VULVAR**

<b>ETAPA</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>ETAPA O</b>	Localizado en la superficie de la piel de la vulva.
<b>ETAPA I</b>	En la vulva o el perineo o ambos con 2 cm o menos de diámetro, sin diseminación a ningún nódulo linfático.
<b>ETAPA II</b>	Está en la vulva o perineo o ambos y es mayor a 2cm de diámetro, sin diseminación a ningún nódulo linfático.
<b>ETAPA III</b>	Se ha diseminado más allá de la vulva o perineo, a tejidos cercanos como uretra, vagina, ano o nódulos linfáticos en la ingle de un solo lado.
<b>ETAPA IV A</b>	Se ha diseminado a la uretra superior, vejiga, recto, hueso del pubis, nódulos linfáticos en ambas ingles.
<b>ETAPA IV B</b>	Diseminado a nódulos linfáticos pélvicos, a órganos distantes o ambos.

*Fuente: Elaboración propia*

### Tratamiento del cáncer de vulva

- ✓ Cirugía
- ✓ Escisión local amplia
- ✓ Vulvectomy parcial
- ✓ Vulvectomy radical
- ✓ Exenteración pélvica
- ✓ Radioterapia

- ✓ Quimioterapia

### **Tratamiento del cáncer recurrente**

Entre más tiempo haya pasado entre el tratamiento inicial y la recurrencia, mejor será el pronóstico.

Se utilizan diferentes tratamientos para retardar el ritmo o ayudar a aliviar el dolor como la cirugía, radioterapia o quimioterapia.

### **COMORBILIDAD**

En esta revisión, se entenderá el concepto de comorbilidad a partir de la propuesta que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) al respecto. La OMS menciona: “la comorbilidad significa la coexistencia en la misma persona de dos o más trastornos” (OMS, 2004, p 10).

Esta entidad refiere que las investigaciones han mostrado que un número de trastornos mentales ocurren en personas que sufren de enfermedades transmisibles y no transmisibles en una proporción mayor que lo indicado por el azar (p.10). Este hecho nos hace ver la necesidad de reconocer las comorbilidades psicológicas que pueden surgir una vez que la mujer ha sido diagnosticada con algún tipo de cáncer ginecológico.

La OMS (2004) afirma:

*“La comorbilidad resulta en un cumplimiento menor del tratamiento médico, un aumento en la discapacidad y mortalidad, y mayores erogaciones. No obstante tamaña gravedad, los trastornos comórbidos pasan desapercibidos y hasta pueden tratarse de manera no apropiada. Una mayor consciencia y*

*comprensión, así como el manejo integral del problema puede aliviar la carga causada por los trastornos comórbidos tanto en la persona, su familia, la sociedad toda y en los servicios de salud” (p.10).*

Más aún, en un documento sin publicar (OMS, 2003), hace mención de que la prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer es de hasta un 33%, lo cual evidencia la necesidad de abordar al paciente no sólo desde la parte física, sino también emocional y psicosocial.

## **PSICOONCOLOGÍA**

La presente revisión bibliográfica parte de la psicooncología, rama de la psicología que en los últimos años ha tenido mucho crecimiento en la investigación e intervención psicológica en los pacientes con cáncer. Debido a la relevancia de contar con la especialización de este campo, se presentará a continuación algunos elementos básicos de la psicooncología.

Gil (1999) en Borrás (2005) menciona que bajo la denominación de la psicooncología se incluyen todos los aspectos psicológicos, relacionales y psiquiátricos relacionados con la prevención, el tratamiento y la población de pacientes con cáncer.

Las autoras Ortiz y Vargas (2008), en *Psiquiatría Clínica* (708), refieren que la psicooncología permite el entendimiento global y el tratamiento del paciente con cáncer, y el núcleo de intervención es el sufrimiento emocional que se genera a partir de este diagnóstico. Este conocimiento global implica entonces la evaluación y comprensión de las dimensiones personal, social y médica, así como los

factores estresores y las respuestas subjetivas al enfrentarse a la enfermedad (p.708).

Estas mismas autoras hacen referencia a el surgimiento de la psicooncología en respuesta a los avances en la tecnología médica que han permitido que el cáncer pueda ser tratable y hayan sobrevivientes, así como el desarrollo de corrientes más humanistas que se enfocan el respeto por la autonomía, el alivio de los síntomas y la importancia de la calidad de vida.

Ortiz y Vargas (2008) afirman:

*“Con estos avances, se hace mucho más evidente el componente emocional asociado a la enfermedad médica, dando paso a la creación de servicios psicosociales en procura del bienestar de los pacientes con cáncer, e incluyendo el entendimiento de temas existenciales y espirituales alrededor de etapas terminales de la vida” (p.708).*

Ahora, bien, existen varios factores de riesgo que pueden contribuir a desarrollar una comorbilidad psiquiátrica, como son el encuentro directo con la muerte, discapacidad, dolor, alteración de las relaciones interpersonales, así como elementos sociales como el escaso apoyo familiar y social, los antecedentes personales o familiares psiquiátricos etc.

Los trastornos psiquiátricos que se han encontrado con mayor frecuencia en pacientes con cáncer son los trastornos de adaptación como reacción al estrés psicosocial, la depresión mayor con síntomas emocionales como la anhedonia, sentimientos de minusvalía, desesperanza, etc y los trastornos de ansiedad (Ortiz y Vargas, 2008).

Esto implica un tratamiento psicológico continuo, donde frecuentemente se abordan casos desde la intervención en crisis, psicoterapia de apoyo, intervención psicoeducativa e intervenciones familiares a fin de aumentar los recursos psicológicos familiares para enfrentar la enfermedad y favorecer la expresión emocional.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

La presente investigación se propuso como una revisión del estado de la cuestión a partir del análisis de las revisiones sistemáticas sobre el tema planteado. El interés fue obtener una descripción detallada de los principales aspectos psicológicos concomitantes que se reportan en las mujeres con diagnóstico de cáncer ginecológico.

#### **Categorías:**

Las categorías de revisión que se tomaron en cuenta fueron el diagnóstico de cáncer ginecológico y las principales comorbilidades psicológicas que sugiere la literatura. Se agruparon las siguientes categorías: duelo por pérdida de la salud, depresión, ansiedad, cambios en la imagen corporal, temor a la muerte, disfunción sexual.

#### **Procedimientos**

1. Se recurrió a la revisión de material bibliográfico publicado en las bases de datos a consultar. Esta búsqueda se restringió a las bases de datos Cochrane, Pubmed, Scielo, PsycInfo, EBSCO y Redalyc.
2. Las palabras clave que se utilizaron para la búsqueda fueron: Duelo, pérdida, duelo por cáncer ginecológico, comorbilidades psicológicas en cáncer.
3. La delimitación y selección final de la información corresponde a los artículos que respondieron al objetivo general y los objetivos específicos planteados en el estudio.

4. Se procuró delimitar el tiempo de antigüedad en la búsqueda a cinco años a fin de obtener los datos más actualizados, sin embargo, se analizó información más antigua dependiendo de la riqueza de los aportes publicados previamente en relación con el tema.
5. Se incluyó la información publicada tanto en el idioma inglés como español.
6. Una vez que se extrajeron los datos de todos los artículos, se realizó una descripción de la información, a fin de resumir e integrar los principales hallazgos reportados como comorbilidad en el cáncer ginecológico y se realizó una síntesis narrativa de los resultados.

A partir de estos resultados se puede evidenciar cuales son las principales comorbilidades psicológicas que se presentan en las mujeres con un diagnóstico de cáncer ginecológico y se describirán algunas alternativas de tratamiento para el manejo psicológico.

## CAPÍTULO IV

## RESULTADOS (TABLA N° 7)

Autores	Tema	Resultados	Metodología estudio
María Eugenia Olivares Crespo (2004)	<b>Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico</b>	Los principales tratamientos en el cáncer ginecológico provocan efectos antes, durante y después de los mismos. Los principales efectos son: alteraciones sexuales, cambios en la imagen corporal, infertilidad y menopausia inducida. La autora hace referencia a las técnicas más frecuentemente usadas para el tratamiento de dichas comorbilidades, donde el acompañamiento terapéutico tiene los siguientes objetivos: reducir síntomas de ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales negativas, proveer de ajuste mental al cáncer induciendo un espíritu de lucha positivo, facilitar sensación de control sobre sus vidas y participar activamente en el tratamiento de su enfermedad, desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para afrontar los problemas relacionados con el cáncer, facilitar la comunicación entre el paciente y su pareja y facilitar la expresión de sentimientos, en especial los negativos. Las técnicas que se utilizan frecuentemente son las conductuales, las cognitivas y las técnicas de inoculación del estrés.	Investigación bibliográfica (artículo)
Victoria Eugenia Díaz Facio Lince	<b>Sexualidad, cuerpo y duelo:</b>	Las partes del cuerpo atacadas por los tipos de cáncer en cuestión, senos, útero, ovarios,	Investigación bibliográfica

(2010)	<b>experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama.</b>	<p>vagina, entre otras, están cargadas de representaciones simbólicas que no necesariamente concuerdan con su funcionalidad en el organismo, generando fuertes reacciones emocionales, vinculadas con la vivencia de la maternidad, la feminidad, y la sexualidad. El cáncer y sus tratamientos producen múltiples pérdidas en el organismo, en la representación del cuerpo y en la relación con el otro. Estas pérdidas generan procesos afectivos de elaboración del duelo que conducen a la elaboración de una nueva imagen corporal y al reencuentro con el otro.</p> <p>Se ha visto que el diagnóstico de un cáncer ginecológico o de mama genera en la mujer la experiencia de pérdidas múltiples: se pierde una parte del cuerpo o la representación que de ella se tenía; se pierde el ideal de futura al sufrir una enfermedad que psíquicamente remite a la muerte; se pierde la lógica del vínculo con el otro por las transformaciones que la enfermedad y los tratamientos imponen a la relación. La pérdida de todo aquello que se ama, mueven al psiquismo a un trabajo de elaboración del duelo que conduce a la asunción de la vida sin lo perdido.</p>	a (artículo)
--------	--	---	--------------

Muckaden, Marathe, Tulshan, Carvalho, Pinto. Palliative and Home Care	<b>Problemas psicosociales que enfrentan las mujeres con cáncer</b>	Pacientes con cáncer de cérvix presentan problemas sociales específicos en torno a la sexualidad y el estigma. Ellas también comparten los problemas emocionales y sociales comunes a	Estudio de caso
---	---	---	-----------------

Services, Tata Memorial Hospital, Parel, Mumbai, India (2005).

**cervical  
incurable en  
la India**

todos los tipos de cáncer. Las emociones más comunes que hemos escuchado son: ansiedad y tristeza, en el 80% de los casos, con la ocasional expresión de ideación suicida, culpa y arrepentimiento por no ir al doctor más rápidamente, enojo dirigido a los médicos por mal manejo del tratamiento y miedo al futuro. También presentan pena e impotencia por no poder cumplir los roles familiares designados. La ansiedad sobre el futuro de sus hijos es también una de las preocupaciones más abrumadoras que experimentan.

Se evidencia que la vergüenza por la incontinencia urinaria o las descargas vaginales genera muchísimo estrés, algunas mujeres experimentan inutilidad y desamparo asociados con depresión e ideación suicida. Otras mujeres son más resilientes y aceptan esto como su “karma”. Se muestra temor ante las dificultades sexuales, pues alrededor del 85% de las mujeres no muestran ningún interés en mantener una vida sexual activa y muchas parejas sufren crisis maritales a raíz de esta situación.

Los profesionales deben trabajar con las familias a la mayor brevedad posible a fin de ganar la batalla que se enfrenta.

María Patricia Acinas, Milton Olallo Arango y Santiago Antón (2012).

**Intervención  
médico-  
psicológica  
con paciente  
y familiares**

Se evidencian los siguientes rasgos psicológicos en la paciente: distorsiones cognitivas, ansiedad, tristeza, pena, impotencia, miedo a la muerte.

Estudio de  
Caso

**en un caso de cáncer ginecológico en cuidados paliativos oncológicos.**

Se abordó con la paciente el pacto del silencio que imperaba a partir del miedo al diálogo, no saber qué decir o perder el control emocional. Se trabajó el miedo a la muerte, en relación a los temas preocupantes para la paciente sobre su proceso oncológico y situación de la familia superviviente. Se objetivó el uso del sentido del humor y se realizó intervención familiar en duelo. Al finalizar el programa se destaca la importancia de la atención psicológica desde el momento del ingreso, asociado a la posibilidad de acompañar a lo largo de todo el proceso.

<p>María del Pilar Meza Rodríguez (2007).</p>	<p><b>Guía Clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico</b></p>	<p>Las alteraciones emocionales que se observan con más frecuencia en las pacientes con cáncer ginecológico son miedo, ansiedad y enojo. Se menciona que los cambios psicológicos que aparecen desde el inicio de la enfermedad, son fuente de gran confusión en la paciente y consisten en la generación del miedo, ansiedad y enojo. Estos, a su vez involucran cambios en los patrones de vida como malestar físico, ruptura marital y disminución de la actividad sexual. Dentro de la respuesta emocional se presentan: Negación, choque emocional, asimilación, aceptación, confrontación inmediata, recuperación y sublimación. El autor Almanza, citado en este estudio, agrupa las respuestas emocionales que con mayor frecuencia se observan, enfatizando que no hay una manera única de afrontar el cáncer</p>	<p>Guía clínica</p>
---	--	--	---------------------

ni tampoco un orden de aparición de las respuestas, que el autor estructura en tres fases: la primera se caracteriza por la presencia de negación y resistencia a creer que la noticia es cierta, seguido de un período de confusión, agitación emocional y disforia. En la segunda fase, la realidad se reconoce lentamente e incluye síntomas como ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito. En la tercera fase, se presenta un proceso de adaptación a largo plazo, que incluye el retorno a la rutina y a la aparición de un estado de optimismo. La acción clínica debe ser integral, ya que la falta de especificidad en el diagnóstico impacta de forma importante la acción de intervención, pues las estrategias que se elijan son dependientes de esta especificidad y, a la vez, influirán tanto en el pronóstico como en el resultado de la atención.

Diane C. Bodurka. Charlotte C. Sun. (2006).

**Funcionamiento sexual después de un Cáncer ginecológico**

La radiación pélvica, remoción de los ovarios, la vulvectomía y los efectos secundarios de la quimioterapia, pueden interferir con el funcionamiento sexual en la mujer.

La Oforectomía está asociada con el declinación de los estrógenos y testosterona, lo que conlleva a una menopausia inducida en mujeres jóvenes, esto produce una disminución del deseo sexual, así como dolor y sequedad.

La depresión y ansiedad causada por el diagnóstico de cáncer así

Investigación bibliográfica (artículo)

como los temores o los cambios físicos provocados por el tratamiento del cáncer pueden contribuir en la aparición de la disfunción sexual. Para las personas que tienen un diagnóstico de cáncer, el tocamiento sexual es muchas veces una experiencia satisfactoria. El placer es posible, incluso si algunos aspectos de su sexualidad han cambiado, no importa el tipo de cáncer que se ha experimentado, normalmente la capacidad para volver a sentir placer se restaura.

<p>Pedro Nel Beitia Cardona. Juan Takeji Salazar Aparicio. Mercedes Benavides Portilla. Andrés Mauricio Tafurt Tabares. Universidad Santiago de Cali, Colombia</p>	<p><b>Consecuencias psicosociales en un grupo de pacientes mastectomizados de la ciudad de Palmira, Colombia</b></p>	<p>Las reacciones frente a la mastectomía sobrevienen con una respuesta emocional claramente descrita en donde se puede apreciar angustia e inestabilidad emocional, exteriorizadas por el miedo, el llanto y la impotencia. Se pueden agrupar en síntomas de depresión y ansiedad. Se observa también el temor a la muerte, distorsión de la imagen corporal (incluyendo pérdida de cabello, pestañas y cejas). Este estudio comprueba que el 50% de la población se siente moderadamente afectada por la mastectomía. Se observan síntomas más frecuentes como la ansiedad, depresión y el desinterés por la sexualidad. Si se tiene en cuenta que cualquier intervención quirúrgica favorece la aparición de un síndrome depresivo, resulta más que comprensible que tras la mastectomía muchas mujeres</p>	<p>Estudio descriptivo de tipo transversal .</p>
--	--	--	--

tengan depresión y en ocasiones depresión profunda.

Aunque se reconoce la carga psicológica que acarrea una mastectomía, se hace necesario que el personal de salud haga énfasis no sólo en el diagnóstico o procedimiento quirúrgico, sino en abordajes psicológicos, antes, durante, y después del procedimiento, que favorezcan un buen resultado en el procedimiento, la rehabilitación y el proceso del duelo.

<p>Kassondra S. Grzankowski. Michael Carney. Department of Obstetrics and Gynecology at the University of Hawaii (2011).</p>	<p><b>Calidad de vida</b> <b>Cáncer de Ovario</b></p>	<p><b>de</b> Problemas psicosociales como ansiedad, depresión, dificultades de pareja o parentales y problemas de comunicación interpersonal ocurren muy frecuentemente en pacientes con cáncer y estos síntomas pueden fluctuar con el curso clínico de la enfermedad. Una enfermedad crónica genera mayor impacto en la inhabilidad para continuar trabajando, lo cual acarrea problemas económicos importantes. El cáncer y su tratamiento pueden exacerbar antiguos problemas sexuales y generar algunos nuevos. La fatiga por la radiación y quimioterapia, la distorsión en la imagen corporal por la pérdida de peso, de cabello y las cicatrices físicas, pueden hacer sentir a la paciente menos atractiva. Aunado a ello, la menopausia prematura, deficiencias de estrógeno, sequedad vaginal y perdida del deseo sexual pueden contribuir en la aparición de la disfunción</p>	<p>Estudio de Caso</p>
--	---	--	------------------------

sexual. La prolongación de la vida, sin el respeto por la calidad de esta vida, no siempre es una meta universal. Cuando se consideran tratamientos muy agresivos y prolongados, es necesario considerar la evaluación personal de lo que para cada uno vale la pena vivir.

Sonia Fuentes. Tomás Blasco (2010).	<b>Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica</b>	Las pacientes de cáncer de mama recién diagnosticadas parecen concentrar sus preocupaciones en tres grandes núcleos: los relacionados con el tratamiento que se va a recibir, especialmente si es quimioterapia, los relacionados con el cuidado de los hijos o de terceras personas, y los relacionados con el pronóstico. Los datos también dejan claro que los hijos constituyen la preocupación que citan más pacientes, y que la intensidad de esta preocupación es mayor que la que provoca la quimioterapia y sus efectos secundarios. Parece adecuado, por lo tanto, que en una valoración psicooncológica se aborden estos aspectos con la paciente a fin de establecer la pauta de acción a aplicar, teniendo en cuenta que los dos primeros núcleos van a necesitar de un abordaje diferente al tercero, puesto que este último puede reflejar un procesamiento inadecuado de la información recibida. No nos parece desacertado que para conseguir una buena calidad asistencial en las pacientes este último aspecto se aborde a través de un cambio en el protocolo informativo.	Estudio de casos
---	--	--	------------------

		La valoración psicooncológica debería abordar estos aspectos a fin de establecer la pauta de acción a aplicar.	
Almudena Narváez, Carmen Rubiños, Fabiola Cortés-Funes, Raquel Gómez y Anjara García	<b>Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama.</b>	Son llamativos los efectos que provocan en la autoestima, sexualidad e imagen corporal, el diagnóstico y los tratamientos para el cáncer de mama. Estos efectos pueden mantenerse en el tiempo y no desaparecer tras el fin de los tratamientos. La imagen corporal se ve claramente afectada, tanto por la asimetría provocada por la cirugía, como por los efectos secundarios de los tratamientos adyuvantes, tales como alopecia, aumento/disminución del peso corporal o quemaduras en la zona irradiada. Los cambios en la apariencia física pueden deteriorar la relación de pareja y las relaciones sexuales, todo esto puede conducir a serias dificultades en la autoestima.	Grupo experimental
Gómez, González, Gudi, Jiménez (2010)	<b>Repercusión emocional en las mujeres que padecen cáncer de mama que acuden a la institución FUNDAMAM A</b>	Se estima que las mujeres que padecen cáncer de mama desarrollan un conglomerado de emociones negativas en un 72,7% como rabia, tristeza, miedo o temor, depresión y ansiedad, conllevando a un estado de estrés, debido a las manifestaciones, el dolor y el cambio en la imagen corporal. Las mujeres con cáncer de mama mantienen el control de la situación por el apoyo recibido por la familia, amigos, organizaciones y grupos espirituales que les ayuda a enfrentarlo,	Estudio descriptivo de casos.

permitiéndoles continuar con su estilo de vida.

*Fuente: Elaboración propia.*

En el cuadro anterior, se puede observar que el cáncer ginecológico, afecta tanto el aspecto físico, como emocional, psicológico, sexualidad y autoestima de la persona afectada, pero sus consecuencias van más allá de la paciente, sus raíces se extienden a todo el núcleo familiar, amigos y personas cercanas.

La ansiedad constituye un factor relevante, especialmente por las áreas afectadas por el cáncer, relacionadas directamente con la feminidad y la maternidad, a este último aspecto se le une el temor y el miedo que siente la paciente por el futuro de sus hijos, en manos de quién quedarán y sus cuidados en caso de que se llegue a perder la vida.

Otro punto relevante que se desprende de los resultados obtenidos, lo constituye el sentimiento de culpabilidad interiorizado por estas mujeres, por no visitar al médico antes, por no controlar su propio cuerpo, sino hasta que el cáncer se hace más que palpable.

Se reseña además que las depresiones se incrementan con el diagnóstico y se profundizan en muchas ocasiones, posterior a la cirugía, por cuanto la mujer se siente no solo enferma y con las molestias propias de los tratamientos, si no también mutilada, porque una parte importante de su cuerpo, de eso que la hace mujer ya no forma más parte de ella.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez finalizada la investigación y basándose en diferentes estudios se puede afirmar que el cáncer ginecológico conlleva una mayor carga simbólica, más que cualquier otro tipo de cáncer. Lo anterior se desprende del hecho de que esta enfermedad afecta partes del cuerpo que son muy representativas e importantes para la mujer. Aunado al hecho de que la persona se enfrenta a una enfermedad de dimensiones desconocidas y cuyo nombre ya es motivo de sobresalto, debe también, aceptar que su cuerpo sufrirá cambios importantes durante el tratamiento.

Algunas patologías presentan un diagnóstico más positivo que otras, en lo que se refiere al tratamiento y sus consecuencias a corto y largo plazo, tales como la duración, efectividad, consecuencias, seguimiento entre otros. Entre las principales patologías se pueden citar el cáncer de mama, ovarios, vagina, útero; estos órganos están relacionados directamente con la feminidad y la maternidad, por ende para la mujer tiene un significado diferente, no se trata sólo de su cuerpo físico, si no lo que emocionalmente la describe o la define como mujer.

Al respecto, Díaz (2009) menciona:

*“Concretamente, las partes del cuerpo atacadas por los tipos de cáncer en cuestión- senos, útero, ovarios, vagina, entre otras- están cargadas de representaciones simbólicas que no necesariamente concuerdan con su funcionalidad en el organismo. Se evidencia esto en la experiencia de mujeres que ya han finalizado su vida reproductiva o en la de aquellas que desean tener hijos, quienes viven la extracción de un órgano reproductor con fuertes reacciones*

*afectivas. En este sentido, las partes del cuerpo que han sido vinculadas –social o subjetivamente- con la feminidad, la maternidad y la sexualidad se inscriben psíquicamente como representante de ser madre, mujer, amada, deseada” (p158).*

En este sentido, debe tomarse en consideración el rol social que ha sido históricamente asignado a la mujer y que se encuentra profundamente arraigado, tanto a nivel consciente como inconsciente. El proceso de deterioro en su salud física y la afectación de su imagen conllevan a su vez una grave afectación en su psiquis.

Tómese en consideración que en nuestro medio la mujer es símbolo de femineidad, maternidad, y pilar fundamental de la familia. Estas características se traducen en comportamientos que se esperan de ella. Cuando hablamos de femineidad nos referimos a sus ademanes, su manera de hablar y caminar, así como a la coquetería y la vanidad que se espera exponga en todo momento. El cuidado de sí misma y de su cuerpo se visualiza como un símbolo de atracción sexual hacia el sexo opuesto, que da lugar a su vez a la posibilidad de procrear.

Desde el nacimiento e incluso antes, la niña es vestida, tratada y educada para ser bella, deseable y finalmente madre y como madre, su vida pasará a un segundo plano para entregarse de lleno a sus descendientes y a la manutención de su hogar. Ella debe ser sensible, cuidar a los hijos, la pareja, los padres y los hermanos. Estas ideas tradicionalmente aceptadas marcan el papel social que le compete condicionando su vida. Indistintamente de la edad en que se presente la situación, al darse la pérdida de su salud, especialmente en áreas asociadas al cuerpo femenino, se produce una afectación a nivel emocional, pues bien sea como niña, adolescente o adulta ella se siente cercenada e incapaz de cumplir su rol. En el caso de las mujeres que aún no han tenido hijos, esta situación conlleva el dolor por la posibilidad de no poder procrear aunque la enfermedad sea controlada. Por otra parte para aquellas que son madres, esposas e hijas, su

afectación se ve agravada por el temor de que a su ausencia, sus seres queridos queden desamparados. Todo lo anterior se suma a que en casos de mutilación ella se sienta “menos mujer”.

Por ello, se considera que el cáncer ginecológico es una enfermedad de tratamiento sensible, especialmente a nivel emocional. Cuando éste ataca es de esperarse entonces, que al darse la pérdida de la salud, disminuya la autoestima, y la actitud positiva de la mujer hacia la vida. Es invadida por temores, angustia, expectación y zozobra. El temor se encuentra latente en cada célula y en cada momento de su vida, además- y cómo sí lo anterior fuera poco-; la mujer suma duelos por las pérdida de su vida cotidiana, su familia, su círculo social, ya que se encontrará inmersa dentro de un mundo hospitalario, donde libra una batalla por su vida y todo lo demás pasa a un segundo término. Sobreviene entonces la depresión y la sintomatología ansiosa, que dificultan o alargan el proceso de recuperación.

Esta sintomatología anexa a la propia enfermedad como la ansiedad, tristeza, pena, desaliento, impotencia, y otros rasgos psicológicos, deben ser tratados paralelos a la propia enfermedad. Muchos de estos temores o rasgos, nacen también de la confusión y el impacto que ocasiona el diagnóstico.

Un factor relevante ante este diagnóstico, y aunado a los ya mencionados en párrafos anteriores, es que la mujer se siente disminuida en todo su entorno y no sólo en el área meramente físico, a nivel psicológico, se siente incapacitada para atender las necesidades maritales y esto desemboca en una mayor inestabilidad emocional, que debe ser atendida por el especialista, quién le proporcionará las armas para que supere sus dificultades conforme se vayan presentando.

Esto es imperativo, la paciente se encuentra en un limbo, donde sus emociones circulan en todas direcciones, sus hijos y su esposo constituyen la

segunda prioridad, después de la recuperación de su salud. En teoría su esposo o pareja debe ser la persona más cercana, quién le brinde el amor y el sustento emocional para no darse por vencida y salir adelante, para vencer la adversidad a la cual se enfrenta. Sin embargo el no poder cumplir con sus obligaciones maritales, disminuye su capacidad de recuperación, esto la pondrá en una situación especialmente sensible, ya que es común que la mujer se sienta mal por la enfermedad o por los efectos del tratamiento, y muchas veces aunque desee complacer a su pareja, no pueda hacerlo, ya sea por un problema físico o uno de los tantos emocionales que debe superar. La paciencia y la buena disposición de la pareja, son cruciales en este aspecto, aun cuando ella le manifieste de manera expresa que no desea o no quiere que él se encuentre cerca, él debe ser capaz de ver más allá y ser su sustento y su fortaleza, en todo el proceso.

Sin embargo, un factor importante es que en la actualidad, se cuenta con tratamientos innovadores, que permiten disminuir los efectos físicos de la enfermedad; y en buen porcentaje se alcanzan resultados muy positivos, incluso recuperaciones a un cien por ciento. Ello conlleva a un mejoramiento en el desarrollo social y familiar, inclusive a nivel de pareja su vida cotidiana se puede recuperar satisfactoriamente.

Partiendo de otro hecho, cada tipo de cáncer conlleva un tratamiento específico, aunque existen algunas generalidades, sin embargo es conocida la agresividad de algunas patologías y el buen prospecto de otras, el tratamiento entonces; dependerá de la ubicación, grado de avance, comorbilidades patológicas, etc. Ante esto las pacientes se encuentran con un abanico de posibilidades, que le llevaran a elegir junto con su médico el mejor tratamiento por seguir, el que facilite una pronta y firme recuperación.

Las reacciones serán diferentes acorde con el tratamiento sufrido; por ejemplo ante la mastectomía, un 50% de la población se siente afectada psicológicamente, se evidencia sintomatología depresiva, temor y desinterés por la sexualidad. En muchas ocasiones posterior a la cirugía se detecta depresión profunda en las pacientes.

Además sufren de problemas conyugales, parentales, desinterés, estrés, incapacidad para aceptarse a sí misma, y otros sentimientos derivados, del impacto del diagnóstico, el tratamiento, especialmente cuando este se prolonga, los efectos a nivel familiar, tanto en el aspecto emocional como económico. Este último punto es muy importante, debido a que las crisis económicas producto de las incapacidades o pérdida laboral, se suman a la cadena de angustia, sufrida por la paciente, no sólo se siente menos como persona, sino que deja de ser una fuente de ingreso para su familia, o su aporte es menor y esto la lleva a deprimirse aún más, ya que no se siente útil en ningún aspecto.

Uno de los cánceres más agresivos es el de mama, especialmente en diagnóstico tardío, las pacientes con esta patología se caracterizan por presentar sus preocupaciones que se enfocan más, hacia el tratamiento, cuidado de sus hijos y pronóstico final.

Sin embargo una de las grandes angustias de toda madre, estriba en el cuidado de sus hijos, quien se hará cargo de ellos, o quién los atenderá en caso de que ella fallezca o cuando sus fuerzas se vean disminuidas por el tratamiento o la enfermedad en sí misma.

Otro hecho importante es la actitud con la que las mujeres enfrentan el diagnóstico: algunas lo enfrentan con estoicismo y se preparan en todos los aspectos para lo que será su período de tratamientos y las posibles

consecuencias de esto, inclusive buscan alternativas para el cuidado de sus hijos, y realizan los ajustes para enfrentar todo el proceso. Sin embargo esto no evita que sienta los mismos temores, angustias, o depresiones que otras pacientes que se encuentran en los rangos más bajos de fortaleza para soportar lo que se avecina, probablemente por el resto de sus vidas. La diferencia la hace la fortaleza emocional y espiritual interiorizada en cada una.

Ahora bien, qué hacer ante esta situación, como abordar la patología desde la integralidad del ser humano?. Se ha reconocido claramente que la intervención debe darse de forma interdisciplinaria, sin embargo en esta revisión se tomará en cuenta la intervención psicológica a la que se compete.

Los autores Acinas, Olallo y Antón (2012), hacen referencia a los objetivos terapéuticos de la intervención psicológica en los diferentes momentos de la enfermedad. En un primer momento se abordan las necesidades de información, se detectan las dificultades en el afrontamiento, se permite el desahogo emocional, la contención, se normaliza y validan sentimientos, se estimulan las redes de apoyo familiar y social, se trabaja en el refuerzo de las actividades gratificantes y se educa en el manejo de las crisis de ansiedad y de culpa por la carga generada a la familia.

En este punto es necesario sensibilizar al personal de salud sobre la función del psicólogo dentro del programa de atención integral a la usuaria. “La figura del psicólogo es valorada dentro de la organización hospitalaria. Abogamos por la promoción de la figura del psicólogo dentro del ámbito de Psicología de la Salud y de la Psicooncología, de manera concreta en los cuidados paliativos por la importancia de su función” (Acinas, Olallo y Antón, 2012).

Finalmente, es importante reconocer que la mayoría de los estudios encontrados son de tipo descriptivo, o estudios de caso, lo que nos obliga a reconocer las dificultades que se han presentado para realizar estudios experimentales en poblaciones representativas estadísticamente que brinden resultados concluyentes sobre la comorbilidad psicológica en el cáncer ginecológico.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación ¿Cuáles son los principales aspectos psicológicos concomitantes que presentan las mujeres con un diagnóstico de patología oncológica ginecológica reportados en la literatura internacional y nacional? Se determina que:

Las pacientes a quienes se les brinda un diagnóstico de cáncer ginecológico presentan diferentes reacciones, en su mayoría dependen de su fortaleza espiritual, emocional y del mismo diagnóstico. Muchas veces su principal preocupación son los hijos, en manos de quiénes quedarán y bajo qué condiciones, sí ellas pierden la batalla. De hecho sus hijos se consideran a la vez su principal fortaleza, pueden estos constituyen su motivación para emprender en forma positiva el camino por recorrer en el tratamiento de la patología.

Otra de las principales preocupaciones lo constituye sin duda, el tratamiento en sí, y sus posibles consecuencias físicas y emocionales. Cuestionamientos tales como será efectivo, duración, aspecto físico, sentimiento de mutilación, imagen ante los demás, especialmente -su esposo, hijos-; trabajo. La paciente se siente atemorizada por lo que tendrá que enfrentar a partir de su diagnóstico, esto se exagera con el hecho de ser una enfermedad relacionada directamente con su condición de mujer, con las partes de su cuerpo que la hacen sentir que es hermosa, diferente o simplemente mujer.

Las mujeres con cáncer ginecológico enfrentan otras batallas, aparte de la que libran en contra de la enfermedad, como ya se mencionó antes, sus hijos y su condición de mujer son prioridad, pero también se puede afirmar que su “utilidad” a

la sociedad, constituye un escalón más a subir, en esta escalera ascendente. Ella como persona con una patología importante, se siente disminuida ante los demás si ya no tiene la fortaleza para seguir aportando a su familia y a la sociedad. Especialmente en mujeres o madres que trabajan desde muy jóvenes y se han habituado a ser pilar en el sustento familiar, y por ende aportando a su entorno, su autoestima baja considerablemente, al ver que no puede realizar actividades cotidianas, tales como ejecutar su trabajo, o atender las necesidades de su hogar, su familia y su labor habitual.

El perder partes de su cuerpo, especialmente cuando se trata de cáncer de mamá o de ovarios, constituye un motivo más para sentirse decaída y con problemas de autoestima. Las pacientes se sienten mutiladas en sus partes íntimas, en aquello que la hace sentirse hermosa u orgullosa, tal como los senos. No es lo mismo sentirse mutilado por la extirpación de un riñón, apéndice, vesícula, que de un seno, u ovario. Los órganos anteriores son importantes, pero no menoscaban la sexualidad de las mujeres, en caso de perderlos. La sensación de haber perdido su "feminidad" requiere atención de parte de los terapeutas, pues es uno de los motivos que más agobian a las pacientes. Constituye este aspecto uno de los hechos más sobresalientes, pues cuando se brinda un diagnóstico de cáncer ginecológico es una de las principales preocupaciones identificables.

Otra de las conclusiones importantes de resaltar, es que en algunos casos las mujeres pueden presentar ideación suicida, por ende el enfoque debe darse dentro de un entorno de esperanza sin darle falsas expectativas. Sí la mujer siente demasiada angustia por el desarrollo de la enfermedad, construirá en su mente un deseo de destruirse a sí misma, antes de que la enfermedad lo haga, por ello se documentan casos lamentables de mujeres que al recibir un diagnóstico como el de cáncer ginecológico, prefieren quitarse la vida poco tiempo después. Este temor nace del miedo al tratamiento por recibir, y a su alcance a largo plazo,

aunque en la mayoría de las ocasiones los médicos den las recomendaciones iniciales y el tratamiento a seguir, la paciente se ve superada por la situación y decide acabar ella misma con su vida. Casos realmente extremos, pues se conoce de multitud de casos que le han ganado la batalla a la terrible enfermedad.

Los medios de información masiva constituyen un recurso muy importante, ya que permiten llegar a una mayor cantidad de personas, con la información oportuna y real, informando sobre la importancia del diagnóstico temprano y su efectividad.

El cáncer en sí tiene una connotación negativa, dentro de cualquier sociedad en el mundo, su sola mención ocasiona temor, ansiedad, angustia y excitación, esto se multiplica para la paciente que recibe el diagnóstico, ella se llena de temores y preguntas sin respuesta. El especialista que da el diagnóstico, se convierte en el primer pilar en la recuperación de la paciente, ya que la forma como da la noticia puede inducir, a agravar la patología, con trastornos emocionales, o puede de alguna manera incidir en la positividad de la paciente y su actitud para enfrentar la enfermedad. Este especialista más que cualquier otro debe mostrar una actitud empática, para que se convierta en el primer eslabón en la cadena de apoyo, que necesitará la paciente para su proceso de recuperación.

Cómo se ha detallado en múltiples estudios la actitud positiva de la paciente es básica en su recuperación, la capacidad que ella tenga ante la adversidad, creará un círculo de fortaleza a su alrededor. Se conocen de casos de mujeres que enfrentan la enfermedad con una entereza que sorprende a las personas de su entorno. Muchas veces la paciente brinda ánimos y buenos pensamientos a los demás, especialmente cuando se trata de sus hijos, esposos o familiares más cercanos. Inclusive se documentan casos de recuperación absoluta para los cuales los médicos no tienen ninguna explicación, pero cuyas pacientes asumieron sólo como un reto a vencer el diagnóstico, y fueron capaces de superar

todo el proceso y salir victoriosas del mismo. Conocedores de los aspectos químicos presentes en el estado de ánimo de un ser humano, es válido señalar que a partir de la actitud, los resultados pueden tomar uno u otro camino, que desencadene en favor o en contra de la paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acinas, M., Olallo, M. y Antón, S. (2012). Intervención médico-psicológica con paciente y familiares en un caso de cáncer ginecológico en cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 9(1), 183-201.
- Beitia, P., Benavides M., Salazar, J., Tafurt A. (2013). Consecuencias psicosociales en un grupo de pacientes mastectomizadas en Palmira, Colombia. *Ciencia & Salud*, 1(3):27-37.
- Bodurka, D., Sun, C. (2006). Sexual Function after Gynecologic Cancer. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 33, 621–630.
- Borrás, J. (2005). La psicooncología en el marco de la planificación de la atención oncológica en Cataluña. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 33(3),139-141
- Clínica Mayo (2005). Guías del Cáncer en la Mujer, canceres ginecológicos. Intersistemas. México.
- Díaz, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 155-160.
- Fuentes, S. y Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*, 7(1), 51-60.
- Gil, F (1999). Manual de Psicooncología. Madrid: Nova Sidonia.

Gómez, Y., González, M., Gudi, S. y Jiménez, L. (2010). Repercusión emocional en las mujeres que padecen cáncer de mama que acuden a la institución FUNDAMAMA (Tesis de Licenciatura). Universidad Centroccidental Lizandro Alvarado. Barquisimeto.

Grzankowski, K. y Carney, M. (2011). Quality of Life in Ovarian Cancer. *Cancer Control* 18(1), 52-58.

Meza, M. (2007) Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico, *Perinatol Reprod Hum*, 21(2), 72-80.

Muckaden, M., Marathe, M., Tulshan, R., Carvalho, M., Pinto, M. (2005). Psychosocial issues faced by woman with incurable cervical cancer in India – How can we help?. *Indian J Palliative Care*, 11(2), 94-97.

Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 29-48.

Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en Salud Mental. Ginebra.

Ortiz, L., y Vargas, A. (2008). Psicooncología. En Gómez, Hernández, Bayona, Rojas, Santacruz, y Uribe (2008). *Psiquiatría Clínica* (p.708). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.

Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer, 2011-2017 (2012). 1ra ed. San José, Costa Rica: El Ministerio.