

Efecto del taller: La vida sexual después de la cirugía en una paciente mastectomizada

Avilés Gutiérrez, Karla

2016

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/1354>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



EFFECTO DEL TALLER: LA VIDA SEXUAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN UNA PACIENTE MASTECTOMIZADA

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. VICENTE CARRERA ÁLVAREZ

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

presenta
KARLA AVILÉS GUTIÉRREZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....pág. 4

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 7

1.1 Planteamiento del problema

1.2 Antecedentes

1.3 Objetivos de la investigación

1.4 Supuestos

II. MARCO TEÓRICO 11

2.1 Mastectomía

2.2 Vida familiar

2.3 Vida sexual

2.4 Taller

III.METODOLOGÍA 21

3.1 Metodología general

3.2 Sujetos de la investigación

3.3 Instrumentos

IV.RESULTADOS 23

4.1 Trabajo de campo

4.2 Diagnóstico

4.2.1. Análisis de datos del primer instrumento:

Índice de función sexual femenina

4.2.2 Análisis de datos del segundo instrumento:

Entrevista “Impacto de la mastectomía en la vida sexual de la paciente de la unidad de oncología de Puebla”.

4.2.3 Análisis de datos del tercer instrumento

Evaluación del taller sesión por sesión y global

CONCLUSIONES 30

SUGERENCIA 31

REFERENCIAS

32

ANEXOS

35

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una de las neoplasias más comunes a nivel mundial, a pesar de los esfuerzos de las campañas de detección oportuna. Representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se ha convertido en una de las cinco enfermedades que más víctimas cobra en el mundo. Según la página oficial de la OMS¹ cada año se detectan cerca 1.38 millones de casos nuevos y fallecen 458 mil por esta causa. En México, en el año 2014 se detectaron un total de 605,000 muertes, de las cuales 71,900 se encuentran asociadas al cáncer: 33,900 en hombres y 38,000 en mujeres. De esta última cifra, el 15.8 se relacionaron con tumores de mama.

Los tratamientos disponibles para el cáncer de mama tienen un alcance hospitalario y una cobertura nacional que no incluye equipos multidisciplinarios² para el abordaje de la patología, incluso en algunos servicios de salud pública no se cuenta con el servicio psicológico o trabajadores sociales capacitados para manejar el impacto psíquico que los pacientes con cualquier diagnóstico de enfermedad crónica degenerativa o terminal enfrentan. En el caso de la medicina privada, debemos tomar en cuenta el limitado porcentaje de la población mexicana con seguro de gastos médicos que recibe atención particular. Como podemos observar, el tratamiento de los pacientes en general, con cáncer, en particular, incluye únicamente y de modo parcial el aspecto orgánico, sistémico que va desde la radiación, la quimioterapia, los anticuerpos monoclonales también conocidos como “biológicos” (en el caso de que el hospital cuente con ellos), y la cirugía. Sin embargo, dentro del abordaje terapéutico no se contempla el aspecto psicológico que la enfermedad tendrá en la vida del paciente antes, durante y posterior al tratamiento.

En el caso de una mujer con cáncer de mama la conmoción se halla ante la disyuntiva de preservar la vida perdiendo el o los pechos. Bajo la mirada externa, cualquiera podría señalar que salvaguardar la vida es prioritario, pero cuando se da seguimiento a una paciente que ha tenido que pasar por la alopecia inducida por la

¹ http://www.who.int/cancer/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

² Los equipos multidisciplinarios, por ejemplo, para el abordaje del cáncer de mama, deberían incluir oncólogo médico, cirujano oncólogo, radioterapeuta, ginecólogo, radiólogo, cirujano estético, patólogo y psicólogo.

quimioterapia, la dermatitis inducida por la radioterapia y la pérdida del seno posterior a la mastectomía, se puede observar un impacto negativo en la calidad de vida, entonces, el aparato psíquico se convierte en el tema fundamental a reforzar, pues un sujeto fortalecido anímicamente, será una paciente que tenga un mejor pronóstico debido a que, por un lado, habrá mayor cumplimiento del tratamiento y por otro, su sistema inmunológico podrá defenderla mejor contra la recurrencia³.

La personalidad de la mujer que enfrenta una mastectomía condicionará el tiempo que dure el proceso de aceptación de la pérdida y la admisión de la nueva imagen, por tanto, la reintegración cognitiva adecuada para restablecer su auto imagen como una entidad femenina empero la falta de seno(s). Hasta ahora el foco de atención en dichas pacientes se centra en los trastornos más comunes que aquejan a la mujer diagnosticada con cáncer de mama; insomnio, estrés, y subvaloración personal, sin embargo, mientras algunas de las pacientes experimentan un estrés “normal” debido al tratamiento (quimioterapia⁴, radioterapia, hormonoterapia), las pacientes sometidas a una mastectomía parcial o radical, experimentan ansiedad, depresión⁵, es decir, síntomas significativos que impactan, entre otros ámbitos, en el sexual. No es de interés de este estudio dirigir la atención a describir la depresión sino cómo impacta en la auto imagen y ésta a su vez en la vida sexual de las pacientes. Observando algunos estudios que evalúan las tasas de depresión en estas pacientes un dato destacar es que al alrededor de 30% de las pacientes mastectomizadas

³ El incremento en los niveles de depresión y ansiedad respecto a la recurrencia del cáncer de mama destacan los efectos adversos de estos eventos en la salud mental de las mujeres con señales de incurabilidad y una posible carga física. Son menos conocidos los problemas psicológicos experimentados por mujeres con cáncer de mama avanzado. La mejora en la sobrevida de las mujeres con enfermedad avanzada con los nuevos tratamientos incrementa la necesidad de entender mejor estos aspectos. *Los servicios para los efectos psicológicos son necesarios para las mujeres con cáncer de mamá, especialmente en el año posterior al diagnóstico y cerca de la recurrencia.* (La traducción y las cursivas son nuestras) (BURGESS: 2015, 4).

⁴ La quimioterapia por sí sola impacta considerablemente en la fertilidad, sexualidad y menopausia

⁵ En mujeres con cáncer de mama temprano, la prevalencia de la depresión, ansiedad o ambas en el año posterior al diagnóstico es casi el doble que en la población femenina general, pero aquellas con enfermedad recurrente modelan un incremento en los niveles. El factor de riesgo de depresión y ansiedad está relacionado con la paciente más que con la enfermedad o el tratamiento. *La depresión está también integralmente relacionada a la disfunción sexual en las pacientes con cáncer de mamá. Probablemente ambas como consecuencia o como causa.* (La traducción y las cursivas con nuestras) (:2005, 4)

experimentarán un grado de depresión⁶ post-mastectomía. Nos preguntamos, entonces, cómo impactan la depresión y la mastectomía en la vida sexual de las pacientes. La respuesta es relativamente simple: impactan en la imagen corporal y en la calidad de vida. A continuación se desarrollarán estos puntos para poder dar paso a la pregunta general del artículo ¿Qué efecto tiene en la vida sexual el Taller “*LA VIDA SEXUAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA*” en pacientes mastectomizadas con nivel de vida económicamente bajo?

En el planteamiento del problema se encontrarán las preguntas particular y generales de esta investigación. El marco teórico nos llevará por un breve recorrido de los tópicos más importantes de la investigación para pasar a la metodología que se utilizó para el presente artículo. Luego de esto se hallan los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos con la paciente seleccionada, para concluir con los algunos puntos que responden a las preguntas de investigación. Dentro de las sugerencias se propone la aplicación de un taller adaptado a los estilos terapéuticos del que aplica, a los de los asistentes y al entorno cultural. Al final se podrán consultar los instrumentos que se aplicaron a la paciente elegida antes y después del taller.

⁶ Resultados de pacientes evaluadas a los 3 y 12 meses después de la mastectomía: 3 meses prospectivos: 9.7% depresión mayor, 17.7 depresión menor, 12 meses prospectivos: 4.5 % depresión mayor, 18.2 depresión menor. 16.9% sólo mastectomizadas vs 27.7% con mastectomía y quimioterapia (:2005,4).

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En este Primer Capítulo, se presenta el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y el supuesto general.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es, a nivel mundial y a pesar de los esfuerzos de las campañas de detección oportuna, la neoplasia más común. Representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se ha convertido en una de las cinco enfermedades que más cobra víctimas en el mundo. Afortunadamente, en pacientes que se detecta a tiempo, se puede realizar la mastectomía, una cirugía cuya intención es extirpar el tumor con la menor invasión posible, sin embargo, en los casos en que el tumor está localmente avanzado, que hay ganglios involucrados, se requiere una resección radical. De ser necesaria dicha cirugía se extirpa todo el tejido mamario y la paciente no sólo queda con un solo seno, o en el peor de los casos, sin ambas mamas, sino con una cicatriz visiblemente grande.

La inquietud de trabajar con una paciente que ha sido sometida a este tipo de intervención surge de la observación, durante 5 años, de que la mayoría de las mujeres que pasan por una cirugía de este tipo llegan a consulta solas, con un hijo(a), un conocido y rara vez en compañía de sus parejas. Son comunes los relatos de que han sido abandonadas porque no tienen un seno, algunas veces manifiestan que ellas mismas rechazan a la pareja porque no se sienten femeninas, incluso son ellas quienes piden la separación y exhortan a su pareja a que busquen a una mujer “completa” como si los senos representaran el ser mujer. Es de importancia estudiar la reacción psicológicas/emocionales enfocada a la vida sexual de una paciente mastectomizada bilateralmente en tratamiento sistémico adyuvante para poder desarrollar y aplicar un taller que permita reforzar el tratamiento y así ofrecer una atención integral mediante la optimización de la imagen corporal y la satisfacción sexual de la paciente. Cuando hablamos de imagen del cuerpo nos referimos a “la percepción, pensamientos, y sentimientos acerca de la imagen corporal; medida que puede ser usada para facilitar el cuidado psicosocial” (Cororve, 2013: 2), incluido el sexual, esto incluye “enfocarse en las experiencias ligadas al cuerpo y sus funciones” sexuales entre otras, para poder desarrollar un proceso de adaptación a los cambios del cuerpo e identificar

las necesidades específicas en el tratamiento psicoeducativo en el ámbito sexual de las pacientes mastectomizadas. Con lo anterior se reconoce la relación entre los aspectos mentales, emocionales y físicos que se deben considerar en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Los tópicos a tratar son la imagen corporal, los senos⁷ como un constructo simbólico y la calidad de vida que incluye el bienestar sexual. Integrar estos temas podrá impactar positivamente no sólo la vida sexual de las pacientes sino en otros aspectos⁸ que no se tocarán en el presente estudio.

Los criterios de inclusión de la participante son los siguientes:

- 1) Ser paciente de la Unidad de oncología de SSA en Puebla
- 2) Tener o haber tenido pareja e hijos

Existen investigaciones en torno al tema que se enfocan, sobre todo, a evaluar la reacción psicológica, la calidad de vida y la autoimagen corporal posterior a la mastectomía, antes, durante y después de Talleres psicoterapéuticos enfocados a mejorar la autoestima y satisfacción emocional y sexual de las pacientes.

Por ello, se formulan las siguientes preguntas:

Pregunta general:

Si aplicamos el Taller “*LA VIDA SEXUAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA*” en pacientes mastectomizadas ¿Qué efecto positivo tendrá en ellas?

Preguntas particulares:

- ❖ ¿Cómo afecta la mastectomía a la autoestima de la paciente?
- ❖ ¿Cómo asume la paciente la nueva imagen corporal?
- ❖ ¿Cómo vive el duelo por la pérdida del miembro la paciente mastectomizada?
- ❖ ¿Cómo impacta a la pareja la nueva situación?

⁷ “El término se utiliza tanto para referirse al órgano anatómico como a la idea y a la fantasía unidas a él. Freud considera el seno materno como el punto de partida de toda la vida sexual, el modelo jamás alcanzado de toda satisfacción posterior, al cual regresa con frecuencia la fantasía en periodos de privación...” (Galimberti, 2009: 990)

⁸ Aspecto social, físico, satisfacción con el tratamiento sistémico, con el cuidado de la paciente, etc.

- ❖ ¿Qué piensa de su pareja? ¿Ha disminuido su deseo sexual? ¿lo ejerce?¿es satisfactorio?
- ❖ Posterior a la cirugía, ¿cómo tomó su pareja la noticia de la cirugía? ¿Qué reacción tuvo al verla por primera vez después de la cirugía? ¿Hay indiferencia por parte de la pareja? ¿Hay maltrato físico o verbal? ¿Hubo divorcio? ¿Hay separación?
- ❖ ¿Quiénes son su red de apoyo? ¿Cómo la acompaña su pareja? ¿Qué opinan sus hijos de la cirugía? ¿Ha tenido problemas en la organización familiar?

1.2 ANTECEDENTES

Artículos publicados en revistas especializadas como *The Journal Oncology*, *Cancer treatment reviews*, *General hospital Psychiatry* y *La gaceta mexicana de oncología* hacen referentes al impacto de la mastectomía en la calidad de vida y autoimagen en pacientes con cáncer de mama, ya sea lateral o bilateral. Sin embargo, el análisis de casos va enfocado al impacto que tiene en las pacientes directamente: no existe un abordaje sistémico de la función que tiene la pérdida de un seno en el ámbito familiar. La aportación del presente artículo gira en torno a investigar y describir cómo ha afectado la mastectomía la vida sexual y familiar de las pacientes. Concuerta con las investigaciones anteriores en que se indagará acerca de la autoimagen de las pacientes. Se utilizarán instrumentos cualitativos como los test para medir nivel de satisfacción marital y calidad de vida. Sin embargo, la diferencia radica en que se aplicará un cuestionario de preguntas con enfoque sistémico para dilucidar cómo ha impactado la vida sexual y familiar nuclear.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- A) El objetivo principal es analizar el efecto en la vida sexual y autoestima del taller “*LA VIDA SEXUAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA*” en una paciente mastectomizada de bajos recursos.
- B) El objetivo secundario es analizar el proceso circunstancial de la vida sexual de una mujer mastectomizada, antes y después de esta cirugía.

- C) También mejorar la auto imagen de la pacientes antes, durante y después del taller “*LA VIDA SEXUAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA*”: satisfacción sexual, auto imagen y calidad de vida.
- D) Ofrecer a psicoterapeutas el diseño de un Taller que pueda ser utilizado con pacientes mastectomizadas en diversos escenarios, ya sea salas de quimio, en espacios acondicionados para terapia grupal, terapia individual, etc.

1.4 SUPUESTOS

Los efectos del taller aplicado a una paciente mastectomizada dependerá de las peculiares condiciones psicológicas de la paciente, de su asistencia a la totalidad del taller, de la realización de las tareas y de su disposición anímica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Este capítulo presenta el desarrollo teórico de las temáticas fundamentales de esta investigación:

2.1 MASTECTOMÍA

Técnica quirúrgica en la que se extirpa la mama. Los dos tipos más comunes de mastectomía usados hoy en día son: simple y radical modificada.

- **Mastectomía simple**

En la mastectomía simple, se extraen los tejidos de la mama (lóbulos, conductos, y tejido graso) y una capa de piel donde se encuentra el pezón. Este tipo de cirugía usualmente requiere que la paciente permanezca en el hospital. De acuerdo a los resultados de la cirugía y de los exámenes, podría requerir otros tratamientos.

- **Mastectomía radical modificada**

En este tipo de mastectomía se extirpa la mama en su totalidad. También se quitan algunos ganglios linfáticos axilares. Estos ganglios linfáticos son examinados para determinar si el cáncer se ha extendido. En algunas ocasiones, se coloca un drenaje quirúrgico para evitar la acumulación de líquidos. Este drenaje se extrae en 3-4 días después de la cirugía. En esta cirugía también es necesaria la permanencia de la paciente en el hospital. Al igual que la mastectomía simple, se evalúa el resultado, los exámenes posteriores y se determinan los tratamientos posteriores.

- **Afrontamiento de la mastectomía**

La carga afectiva que la mastectomía trae consigo tanto en la familia como en la paciente determinará en parte el efecto de la enfermedad. “El trauma de la mastectomía se refiere a un efecto multifactorial: físico, psico-social, existencial, entre otros. Estos factores inciden en todas las áreas de funcionamiento del paciente, provocando alteraciones en la imagen del cuerpo (incidencia en las relaciones sociales, maritales y sexuales)” (GONZÁLEZ, 1990: 2). Lo cual da pauta a presuponer que una mujer con un nivel alto de autoestima tendrá mayor propensión al bienestar psicológico.

Otro factor decisivo en la calidad de vida posterior a la intervención, depende del abordaje terapéutico previo que incluye la atención médica oportuna, la red de apoyo de la paciente, la información general de la enfermedad, los cuidados a considerar posteriores a la intervención, la viabilidad del acceso a los diferentes tipos de tratamiento, los eventos adversos, etc. Ambos, -calidad afectiva y de vida- son indispensables debido a que “Las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja y la laboral y social. Este daño en la vida sexual y las relaciones de pareja de la paciente, se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos” (GARCÍA, 2007:2).

La asociación Bienestar/Afrontamiento considera que, en aquellas pacientes que no cuentan con estrategias emocionales de afrontamiento,⁹ al menos no las acordes a la demanda del estresor (en este caso, el diagnóstico de cáncer) el bienestar puede verse comprometido. Para estas pacientes se ha elaborado un taller cuyo objetivo principal es desarrollar herramientas de afrontamiento que permitan mejorar la vida sexual en aquellas pacientes en la que se ha afectado notablemente. Lo anterior conlleva a la mejora de la autoimagen y por tanto, a la calidad de vida.

2.2 VIDA FAMILIAR

La familia es el grupo social primario que se caracteriza por tener parentesco o un nexo afectivo. En dicho núcleo cada sujeto asume un rol dependiendo de las condiciones sociales y de género. Tras un diagnóstico desfavorable, en este caso, tras una mastectomía, la

⁹ *Coping*, en inglés. Su objetivo es analizar cómo se enfrenta a la gente ante elementos estresantes determinados, enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo del puesto de trabajo o un diagnóstico de infertilidad. De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de “pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles. Consiste, por lo tanto, en un procesos de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. (VÁZQUEZ: 2) La escala de modos de afrontamiento es un instrumento que evalúa pensamientos y acciones para manejar situaciones estresante las estrategias de afrontamiento para resolver problemas emocionales indican que un paciente tendría que contar con o desarrollar factores de personalidad como el optimismo, la búsqueda de sensaciones, sensación de control y dureza, sin dichos recursos la adaptación al nuevo estado fisiológico y psíquico se verá mayormente afectado. En el caso de las pacientes con cáncer de mama que han pasado por la mastectomía, el abordaje terapéutico psíquico tendrá que tomar en cuenta la personalidad de la paciente, el nivel de *insight* y la capacidad para llevar a cabo las estrategias planteadas en la intervención que se realice.

familia puede verse afectada y llegan a surgir sentimientos de temor, ansiedad y depresión, ya sea en la mujer directamente afectada o en algún otro miembro del grupo, puede haber alteración en las relaciones de pareja, personales y familiares. Por ello es muy importante la comunicación sincera de los sentimientos y las preocupaciones. Hacer partícipe a la pareja de todo aquello que le preocupa, así le ayudará a entender y manejar mejor la nueva situación.

Las relaciones de pareja no tendrían por qué verse alteradas si se cuenta con una buena educación antes y después del proceso. Es importante que la vida social de las pacientes se retroalimente con la experiencia de otras mujeres que han pasado por la misma situación, ya sea a través de asociaciones y/o grupos de autoayuda. En una situación como esta, lo ideal es que la mujer sea honesta, clara y directa con su familia y allegados, que tenga la libertad de expresar tus sentimientos y necesidades sobre su enfermedad, así ellos tendrán una idea más clara de cómo pueden ayudar. En la vida familiar es importante no dar por hecho que los demás saben lo que se necesita, o lo que es más adecuado para la paciente.

Es importante, como comentamos líneas arriba, que la paciente cuente con una red de apoyo¹⁰. Si tiene hijos será útil comunicarles el tema de modo que no haya secretos y que se pueda hacer una conciencia del estado de salud de la madre. La información debe ser clara y adecuada para su edad. Hablar de la enfermedad sin dramatizar, de forma sencilla y positiva, facilitará al niño preguntar y expresar sus sentimientos. Con frecuencia la enfermedad se oculta con el fin de protegerles del dolor y del sufrimiento, se aísla y aparta del problema. No hablar abiertamente con el niño de la enfermedad, le creará miedos e incertidumbre, y probablemente, sentimiento de culpa.

2.3 VIDA SEXUAL

Probablemente después de recibir el diagnóstico, la mayoría de las pacientes no se sientan cómodas para aceptar y menos compartir, cómo se ha visto alterada su vida sexual durante y después del tratamiento. El tema es íntimo y constituye una preocupación real, totalmente natural a consecuencia de la propia enfermedad, de los tratamientos y del

¹⁰ The quality of social support predicts better health related quality of life generally in women who are in remission from breast cancer (Burgess, 20015: 3).

impacto emocional. Es importante que la paciente que reciben el diagnóstico y el tratamiento, sea de cirugía o terapia sistémica, comprenda que es probable que el interés por la actividad sexual¹¹ se vea disminuido debido a la preocupación¹² inmediata de la salud.

La mayoría de los tratamientos para el cáncer de mama afectan el ámbito sexual de la paciente, ya sea porque la quimioterapia es citotóxica que disminuye la libido o porque, en el caso de la mastectomía, afecta la autoimagen¹³ de la paciente. Debido a lo anterior no sólo la vida familiar puede verse perturbada sino la de pareja y/o la vida sexual. El resultado es impredecible, depende esencialmente de varios factores, entre ellos: aspectos psicológicos, relacionales, sociales y clínicos. Entre los aspectos psicológicos, se pueden incluir la autovaloración y la autopercepción (incluyendo el esquema corporal antes del diagnóstico), así como el nivel de autoestima, la capacidad de afrontamiento y la tolerancia a la frustración; todos estos elementos determinan la manera en que la paciente enfrenta su nueva condición de vida.

En cuanto a lo social, las redes de apoyo serán de suma importancia, especialmente las familiares. Sin embargo, a nivel relacional, debe tenerse especialmente en cuenta el tipo y la calidad de la relación que tenía la pareja antes del diagnóstico, ya que estos elementos determinarán el afrontamiento que se hará ante el resultado de la cirugía. También la calidad de la comunicación jugará un rol determinante en el impacto del cáncer en la vida relacional.

Los aspectos clínicos son de vital importancia, porque muchas veces son éstos los que dan el puntapié inicial en la ruptura de la relación. Los tratamientos oncológicos son tan agresivos que terminan por despertar incomodidades en la relación. La cicatriz de la mastectomía, la caída del cabello, los cambios de peso, los vómitos continuos, la fatiga y la

¹¹ "Las disfunciones sexuales se producen cuando emociones tales como el miedo o la cólera aminoran el deseo sexual, o bien alteran los reflejos genitales que producen la excitación y el orgasmo". (Kaplan, 1979:117)

¹² "Es imposible tener miedo y gozar de la sexualidad al mismo tiempo. Existen para ellos sólidas razones biológicas. El temor (o la preocupación, o la inquietud) no es solamente una experiencia psíquica, sino también una emoción que determina importantes cambios físicos en el cuerpo. Estos cambios preparan a la persona para enfrentarse al peligro, es decir, para golpear o para escapar cuando algo amenaza. La prioridad de estos reflejos sobre la sexualidad es útil para la supervivencia" (:118).

¹³ Es posible que esta afectación sea el resultado del significado simbólico del cuerpo, de los senos en occidente. De esto hablaremos líneas abajo.

baja de la libido son factores que no pueden ser menospreciados al evaluar la calidad en la relación debido a que afectan tanto la convivencia como la esfera sexual.

2.4 TALLER

El título del taller es “*La vida sexual después de la cirugía*”. El objetivo primario fue mejorar la vida sexual y relacional de la mujer mastectomizada. El objetivo secundario fue favorecer la vida sexual de la paciente con mastectomía, promoviendo el bienestar de dichas pacientes a través de estrategias que les permitan optimizar la percepción de su imagen, por tanto mejorar tanto en el ámbito sexual, como familiar y, como consecuencia, su calidad de vida. El taller está diseñado para todas las pacientes con cáncer de mama que han pasado o están a punto de ser mastectomizadas. Sin embargo, para fines de la investigación se realizó a través de un estudio de casos. Se realizaron 5 sesiones de 2 hrs por semana, 5 semanas, del 28 de marzo al 25 de abril. Se aplicó un cuestionario previo de percepción calidad de la vida sexual y el mismo al concluir la intervención. Una entrevista de preguntas abiertas antes y posterior al taller. Al término de cada sesión la paciente evaluaba la sesión y hacía propuestas de mejora en la intervención. A continuación se presenta la estructura del Taller.

Las sesiones presentaron la siguiente estructura

ESTRUCTURA DE LAS		
SESIONES	1	
SESIÓN	1.1.1 Presentación	1.1.2 Mi vida sexual
OBJETIVO	Establecimiento de <i>rapport</i>	Revisión de creencias en torno a su cuerpo y su vida sexual
ACTIVIDADES	Entrevista de 1a vez: generales de vida sexual y familiar de la paciente. Se aplicó un cuestionario de calidad de experiencia sexual posterior a	Hacer conscientes los cambios en el cuerpo, en la auto percepción, en la vida sexual y en los que imagina que su pareja tiene respecto

	la cirugía	al resultado de la cirugía
RECURSOS	Cuestionario 10 reactivos de calidad sexual y familiar	Papel bond, plumones
	5 min establecimiento de objetivo; 20 min aplicación de cuestionario; 20 min discusión de datos que surjan en la entrevista; 5 min de cierre y aplicación de evaluación de sesión	5 min <i>rapporto</i> ; 25 min <i>cómo me percibo hoy</i> ; 20 min <i>ejercicio gestáltico de descripción del cuerpo por visualización</i> ; 5 min cierre y aplicación de evaluación de sesión
TIEMPO: 60 min en las sesiones individuales (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10) y 90 min hrs en las de grupo (5 y 6)	Formato de evaluación de sesión	Formato de evaluación de sesión
EVALUACIÓN		

2.2.1**Cómo vivo mi sexualidad**

Explorar las creencia acerca de la sexualidad y mostrar otras posibilidades del potencial sexual con las que cuenta la paciente.

Explorar cómo obtuvo educación sexual. Si es satisfactoria o no, activa o no. Describir qué entiendes por sexualidad.

Material didáctico de sexualidad

5 min *rapport*; 20 min *cómo obtuvo educación sexual, cómo fue su primera experiencia, si es satisfactoria o no y activa o no*; 20 *revisión de material sobre sexualidad*; 10 *qué aprendo y de qué me doy cuenta*; 5 min *cierre y aplicación de evaluación de sesión*

Formato de evaluación de sesión

2.2.2**Mi auto confianza**

Que la paciente elabore, a partir de lo visto en la sesión anterior, un aceptación de la pérdida de un miembro y la negociación con su nueva imagen A través de un ejercicio de silla vacía que la paciente pueda elaborar el duelo. Hacer un ejercicio de negociación con la propia imagen: ¿cuáles son las otras partes mi cuerpo, gestos o ademanes que he dejado de reconocer por enfocar mi atención al miembro perdido?

5 min *rapport*; 20 min *silla vacía*; 20 min *exploración de potencialidades para negociar*; 5 *compartir aprendizaje y emociones*; 5 *cierre y aplicación de evaluación de sesión*

Formato de evaluación de sesión

3.3.1**No estoy sola**

Las pacientes puedan compartir sus experiencias de auto crecimiento y estrategia que les ayudan a mejorar su auto percepción y como consecuencia su vida sexual

Construir un diálogo entre las pacientes con el fin de generar el duelo y la reconstrucción de su auto

3.3.2**Los recursos que tengo son...**

Que las pacientes exploren su potencial femenino en el ámbito sexual, descentralizando la atención de la pérdida de una parte del cuerpo

Mediante la narrativa se explorará la historia actual y la historia alternativa de la vida sexual de las

estima acompañadas y contenidas entre sí

Cuestionario sobre sexualidad y estrategias que han elegido

15 min presentación de las pacientes y *rapport*; 45 min para responder 5 preguntas (5 min por paciente); 20 min de cierre de lo que se llevan y cómo se sienten; 10 min cierre y aplicación de evaluación de sesión

participantes, con el objetivo descubrir modos de erotización descentralizados de los senos como miembros que definen únicamente la feminidad

Papel

5 min *rapport*; 10 minutos elaboración de historia actual; 15 min lectura (5 minutos cada paciente); 10 elaboración de la historia alternativa; 15 min lectura (5 min cada participante); 20 min integración de la actividad mediante el *insight* sobre lo que se dan cuenta; 10 min sugerencias mutuas; 5 min cierre y aplicación de evaluación de la sesión

Formato de evaluación de sesión

Formato de evaluación de sesión



4.4.1

Mi sexualidad; parte de mi ser mujer

Que las pacientes logren integrar su sexualidad como parte de un ser mujer

Se iniciará la sesión con la pregunta ¿Quién soy?

La paciente se describirá en 2 ámbitos de la vida; como mujer y como profesionista o ama de casa.

Escribirá en un papel bond los adjetivos que mejor

4.4.2

Ver por mí

Que la paciente identifique las acciones que está tomando o dejando de hacer para cuidar de ella misma. La auto observación es un modo de amarse lo que permite la recuperación del auto estima

La paciente llenará unas tarjetas con las cosas que hace por ella y las cosas que le gustaría hacer, esto incluye los tiempos que dedica a cada actividad así como los que invertiría en caso de

la definan en eso roles	aún no realizarlos. Los elegirá al azar y narrará el para qué lo hace o no.
Papel bond y plumones	Papel y pluma
5 min <i>rapport</i> ; 10 min escribir de 3 a 5 adjetivos para cada rol, 15 min compartirlos con psicoterapeuta explicando porque los seleccionó; 20 min identificar cómo es que estos roles conforman una totalidad con potencialidades y acciones; 5 min de qué se da cuenta; 5 min cierre y aplicación de evaluación de la sesión	5 min <i>rapport</i> ; 10 min de identificación de roles; 30 min en dinámica de selección y exposición de motivos; 10 min de qué se da cuenta y cómo se siente; 5 min cierre y aplicación de evaluación de sesión
Formato de evaluación de sesión	Formato de evaluación de sesión

5

5.5.1

Mi cuerpo

Que la paciente pueda identificar el significado de los senos y que reconozca cómo impacta su conceptualización de ser mujer en cómo se relaciona con ella misma y los otros, en la esfera íntima y social

La paciente identificará las emociones más comunes durante un día típico y los pensamientos que las provocan con el fin de que pueda lograr una depuración mental de los pensamientos que la lastiman y afectan sus relaciones

Papel y pluma

5.5.2

Mi vida sexual hoy

Que la paciente pueda recapitular los avances que ha tenido en estas 10 sesiones y que haga compromisos de validación de su ser mujer

Se hará una lista de las cosas que ha ido identificando en el trabajo durante las 10 sesiones y se aplicará el mismo cuestionario de experiencia sexual posterior a las 10 sesiones para valorar avances

Cuestionario 10 reactivos de calidad sexual y familiar

5 min *rapport*; 30 min identificación de actitudes la auto percepción y proyecta hacia los demás; 20 min hablar de los pensamientos más comunes y de las emociones que estos provocan; 5 min cierre y aplicación de evaluación de la sesión

Formato de evaluación de sesión

5 min establecimiento de *rapport*; 20 min aplicación de cuestionario; 20 min discusión de datos (similitudes y diferencias con el primer resultado); 5 min de cierre y aplicación de evaluación general de la intervención

Formato de evaluación general

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

En este capítulo III, indicamos la metodología utilizada, así como a los instrumentos y sujetos que intervinieron en el Taller “*Mi vida sexual después de la cirugía*”.

3.1 METODOLOGÍA GENERAL

Para los fines de este trabajo se eligió metodología experimental (cuantitativa) en la modalidad cuasi experimental, sin grupo control, partiendo de un diagnóstico en el que se aplicó el test Índice de función sexual femenina y un cuestionario de preguntas abiertas. Para la comparación entre la evaluación diagnóstica y los resultados de la intervención se utilizaron los mismos instrumentos descritos en el apartado correspondiente. Las variables son las siguientes: variable dependiente, vida sexual de las personas mastectomizadas, y la variable independiente, el taller “*Mi vida sexual después de la cirugía*”.

3.2 PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN

A) Para el diagnóstico, se seleccionó una paciente que acude a la Unidad de Oncología del Hospital General del Sur, dependiente de Seguro Popular, en tratamiento de quimioterapia adyuvante para cáncer de mama que ha sido mastectomizada bilateralmente con posibilidad de reconstrucción. Cuenta con 38 años, es divorciada desde hace 11 años, actualmente en una relación en ciernes y tres hijos de 11, 15 y 17 años, todos varones.

Cabe mencionar que inicialmente se tenía contemplado trabajar con tres pacientes de la Unidad de Oncología que voluntariamente se inscribieron, sin embargo, por causas externas a la del taller fue posible trabajar solo con una de ellas.

3.3 INSTRUMENTOS

A) **ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA** (Rosen R. y col.) instrumento para la evaluación de la función sexual femenina. Está basada en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Consta de 19 ítems en escala de 5 puntos que van desde 1= muy bajo o nada, 2= bajo, 3= regular, 4= alto y 5 = muy alto. Es decir, entre mayor sea la puntuación

menor será la alteración sexual, entre menor sea se considera disfunción sexual (ANEXO 1).

B) Cuestionario de 22 preguntas abiertas diseñado por la autora del artículo tocantes a: 1, 2, 3 autoimagen; 4, 5, 6, 7, 8, 9 ámbito familiar, 10, 11, 12, 13 vida sexual; 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 pareja (ANEXO 2). Las respuestas más significativas de cada grupo se constata en la descripción de los resultados y nos permiten observar el contexto familiar, sexual y de pareja en el que se encuentra la participante tanto al inicio del taller como al final.

C) Hoja de EVALUACIÓN DEL TALLER “*LA VIDA SEXUAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA*”, diseñada por la autora del artículo. Consta de 5 preguntas abiertas que permiten evaluar tanto el aprendizaje personal de la participante, aspectos para abordar y mejorar en el taller, evaluación de la sesión y la 4ª y 5ª preguntas que se responden al final de cada sesión y del taller respectivamente. (ANEXO 3)

CAP. IV

RESULTADOS

En este cap. IV se presentan los Resultados, precedidos de una descripción de cómo se fue realizando el Taller “*La vida sexual después de la cirugía*”.

4.1 TRABAJO DE CAMPO

Sesión 1:

El taller inició el sábado 28 de marzo del 2015 a las 10 am con asistencia de 2 personas. Hubo una convocatoria de tres participantes, sin embargo, debido a cuestiones de salud una paciente no pudo asistir.

En la primera sesión abordamos la experiencia sexual de las pacientes posterior a la mastectomía. Conforme el apartado 2.5 de la Programación del taller, se habló sobre las creencias y la auto-percepción adquiridas después de la cirugía.

En la segunda hora de sesión realizamos un ejercicio de visualización del cuerpo, la paciente describía, con ojos cerrados lo cual develó la dificultad que tiene la participante para describirse.

Al finalizar la sesión apliqué un cuestionario de evaluación por sesión, y cerramos con los aprendizajes del día.

Sesión 2:

04 de abril del 2015 a las 10 am con la asistencia de una paciente. La paciente que asistió la primer sesión se da de baja y la 3era nunca acude por lo tanto trabajo con Lucía como única participante.

En esta sesión exploré las creencias en torno a la sexualidad, y actualmente cómo la vive después de la cirugía.

Con base en el material (Anexo 3) sobre sexualidad inicia la segunda hora de la sesión. Llevamos a cabo un ejercicio de silla vacía para elaborar la pérdida y aprender a negociar con la imagen propia así como para explorar nuevas posibilidades relacionales a nivel sexual.

Es la primera vez que la paciente hace un ejercicio de este tipo y al inicio estaba tensa pero después fue hablando con mayor fluidez. Al finalizar la sesión apliqué cuestionario de evaluación por sesión, y cerramos con los aprendizajes obtenidos.

Sesión 3:

Esta sesión estaba diseñada para trabajar en grupo para que las pacientes compartieran sus experiencias de autoconocimiento y estrategias para mejorar su auto-percepción, sin embargo, debido a que es una sola paciente, dejé como tarea buscar a una compañera en la sala de quimioterapia con la que pueda hablar acerca de cómo se siente después de la cirugía, que indague cómo es que la otra persona ha manejado su cuerpo a partir de la pérdida así como compartirle las estrategias que ella ha tomado.

La paciente llega con la tarea hecha y muestran los resultados en los ejercicios de sesión por sesión.

Al finalizar la sesión apliqué el cuestionario de evaluación por sesión, realizamos el cierre con los aprendizajes del día.

Sesión 4:

En esta sesión trabajamos en torno a la pregunta de apertura *¿Quién soy?*

La intención es que la paciente pueda describirse como mujer y en alguna otra esfera en la que este cómoda. Lucía elige el rol de mamá. Es posible observar cómo la paciente tiene dificultades para describirse en ambos ámbitos. Al finalizar la primera hora la paciente hace un recuento de las características que ella considera que la definen.

Al cerrar esta primera hora comenta que se da cuenta de que es más sensible ahora y más madura pero también más fuerte. En la segunda parte, cuando realiza el ejercicio de escribir las cosas que hace por ella y las que quisiera hacer, la paciente toca con mayor apertura el tema sexual.

Es notable la preocupación y apertura por el tema, preocupación en el sentido de que ella manifiesta deseos de mejorar y disfrutar la relación sexual. Al finalizar la sesión echamos mano del instrumento de evaluación por sesión y cerramos con la retroalimentación del aprendizaje adquirido.

Sesión 5:

Esta sesión trató acerca de los pensamientos recurrentes que la paciente tiene en el transcurso del día y de cómo estos la afectan.

La paciente reconoce que cada vez que ella piensa de modo negativo su autoestima es mermada por lo que trabajar en la detección de dichos pensamientos y emociones es indispensable para poder reelaborarlos de modo positivo.

En la segunda parte de la sesión hacemos recuento de los aprendizajes adquiridos en el taller y lo que sobresale es lo siguiente:

- Que los senos no son el único rasgo de feminidad que la paciente posee
- Que hay otras mujeres que comparten su experiencia y de las cuales es posible apoyarse para obtener escucha o tips
- Que su vida sexual es su decisión
- Que ella es un ser integral: mujer, madre y trabajadora
- Que sus pensamientos afectan su autopercepción
- Agradece el taller

Al finalizar la sesión apliqué un cuestionario de evaluación por sesión y una evaluación de percepción general al término del Taller, así como una retroalimentación de lo que se lleva el taller.

4.2 DIAGNÓSTICO

Se presentan resultados pre-post de la paciente que inició y concluyó el taller.

4.2.1 ANÁLISIS DE DATOS DEL PRIMER INSTRUMENTO:

Índice de función sexual femenina

A) Pre test

Cuadro 1.

Test Índice Función sexual femenina

# PREGUNTA	SCORE MINIMO	SCORE MÁXIMO	CATEGORÍA
1, 2	3.6		DESEO
3, 4, 5, 6	3.3		EXCITACIÓN
7, 8, 9, 10	4.5		LUBRICACIÓN
11, 12, 13	4		ORGASMO
14, 15, 16		5.2	SATISFACCIÓN
17, 18, 19	3.6		DOLOR
TOTAL		24.2 DE 36 POSIBLES	

El test (Anexo 1) está dividido en 6 grupos que evalúan, en una escala del 0 al 6, la satisfacción sexual femenina.

El 0 en algún dominio indicaría ausencia de relación sexual en el último mes. La escala maneja un rango de 0 como mínimo por cada división y 6 como máxima, la sumatoria tiene como métrica máxima 36 puntos.

La paciente evaluada tiene un score mínimo de 3.3 en el rubro de excitación sexual. Muestra un ligero incremento en el área del deseo con un puntaje de 3.6, igual al obtenido en el nivel de dolor donde también obtiene 3.6. En la métrica del orgasmo la paciente sobrepasa la media con un puntaje de 4, con una lubricación que corresponde a los orgasmos de 4.5 y manifiesta su puntaje más alto en la última división que es la de la satisfacción con un puntaje de 5.2.

La sumatoria de los puntajes diagnósticos es de 24.2 de 36 posibles lo cual indica que la satisfacción sexual femenina de la paciente sobre pasa la media.

B) Pos-test

Cuadro 2.
Test Índice función sexual femenina

# PREGUNTA	SCORE MINIMO	SCORE MÁXIMO	CATEGORÍA
1, 2	3.6		DESEO
3, 4, 5, 6	4.5		EXCITACIÓN
7, 8, 9, 10		5.7	LUBRICACIÓN
11, 12, 13	4.8		ORGASMO
14, 15, 16		5.2	SATISFACCIÓN
17, 18, 19	4.8		DOLOR
TOTAL		28.6 DE 36 POSIBLES	

La paciente evaluada tiene un score mínimo de 3.6 en deseo sexual.

Muestra un incremento en el área de excitación con un puntaje de 4.5.

En el nivel de dolor tiene una mejora de 3.6 a 4.8 vs el test de salida.

En la métrica del orgasmo la paciente sobrepasa la media con un puntaje de 4 en el primer test y tiene un ligero incremento a 4.8, en cuanto a la lubricación observamos un repunte 4.5 a 5.7, este es el puntaje más alto.

En cuanto a la satisfacción podemos observar que el puntaje se mantiene en ambos test, 5.2.

La sumatoria de los puntajes diagnósticos es de 28.6 de 36 posibles lo cual indica que la satisfacción sexual femenina de la paciente sobrepasa la media y que mejoró después del taller.

Comparé los resultados de cada instrumento con el fin de obtener un panorama amplio que incluya las tres mediciones: satisfacción sexual, vida familiar y sexual de la paciente mastectomizada. Entre diagnóstico (pre-test) y prueba final (pos-test) de Lucia.

4.2.2 ANÁLISIS DEL SEGUNDO INSTRUMENTO

Entrevista (ANEXO 2) “Impacto de la mastectomía en la vida sexual de la paciente de la unidad de oncología de Puebla”.

Las siguientes son las respuestas más representativas del cuestionario diagnóstico aplicado a la paciente.

1. *¿Cómo ha afecta tu imagen la mastectomía?*

No me afectó mucho, el Dr. Me ayuda

2.- *¿Crees posible recuperar confianza en tu “ser femenino” con esta nueva imagen?*

Sí, más sensible y más madura

3.- *¿Llevaste a cabo algún duelo por la pérdida del miembro?*

Llevo 7 cirugías y valoro con fortaleza positiva

4.- *¿Cómo te impactó la mastectomía en el ámbito familiar?*

Tengo apoyo de mis hijos

5.- *¿Qué reacción hubo de su familia al verla posterior a la cirugía?*

Me admiran y apoyan más

6.- *¿Su pareja cómo la acompaña?*

Apenas estoy saliendo con una persona

En las preguntas 14 – 22 se aborda el tópico de la vida en pareja y la paciente dijo NO debido a que al momento de la aplicación del test diagnóstico la paciente no tenía pareja, para cuando el taller inicia comenta que inicia una relación en donde existe vida sexual.

4.2.3. ANÁLISIS DE DATOS DEL TERCE INSTRUMENTO

Evaluación del taller sesión por sesión y global

Al finalizar cada sesión del taller realizamos una evaluación mediante un cuestionario de 5 preguntas abiertas: la número 1 da cuenta del aprendizaje del día; 2 y 3 promueven la evaluación y mejora de los contenidos; la 4ª evalúa la sesión del día; la 5ª es de uso

exclusivo para la última sesión y tiene como finalidad hacer una evaluación global del taller mediante la calificación del mismo. Las respuestas pueden constatarse del siguiente modo:

1.- ¿Qué aprendizaje me llevo hoy?

En esta pregunta observamos tres ideas claves: *la conciencia de la necesidad del auto cuidado, el valor de sí misma más allá de la pérdida de los senos y el ejercicio de su sexualidad con responsabilidad y decisión.*

2.- ¿Qué aspectos me gustaría que abordar en el taller?

La respuesta constante a las sesiones fue que “*está bien como se está llevando a cabo*”.

3.- ¿Qué propongo para mejorar el taller?

En la primera sesión encontramos manifiesta la necesidad de “*poder hacer más ejercicios*”. De la segunda sesión en adelante cumplimos la expectativa y no hay mayor sugerencia de parte de la asistente al taller.

4.- ¿Cómo evaluó la sesión de hoy?

El puntaje promedio de las sesiones es “*de 9*”

5.- ¿Cómo evaluó el taller en general?

Aunque la evaluación final muestra un 10, el promedio de todas las sesiones es de 9¹⁴

¹⁴ Ver anexo 3

CONCLUSIONES

- Es importante realizar un sondeo previo en el que pueda medirse cómo evalúa la paciente el impacto que el diagnóstico tendrá en su vida familiar y sexual. Lo anterior podría facilitar el abordaje psicoterapéutico y/o el aprovechamiento del taller.
- La intervención psicológica en mujeres con cáncer de mama debería tomar en cuenta el contexto del abordaje social en el que el cáncer ocurre, concentrándose en mejorar el soporte social¹⁵ (Burgess, 2015: 4).
- El taller está dirigido tanto para pacientes candidatas a reconstrucción como para aquellas que no lo son
- El taller “Mi vida sexual después de la cirugía” impartido a una paciente de la Unidad de Oncología de Puebla, con mastectomía bilateral tuvo un impacto positivo observable en los siguientes puntos:
 - Mejora de la percepción de la imagen propia de la paciente en cuanto a las creencias sobre la feminidad, su corporalidad y la sexualidad.
 - Mejora de las creencias en el ámbito sexual, no solo en el ejercicio libre y responsable de la sexualidad sino en la capacidad de elegir tiempo, modo y condiciones.
 - Mejora de la comunicación con los hijos que son su red de apoyo ya que ahora puede manifestar mejor sus emociones.
 - Mejora de la comunicación con su pareja en cuanto a la expresión de sus sentimientos de ser mujer así como en el ámbito sexual.
 - Desarrollo de estrategias para lograr que la relación sexual sea satisfactoria como la implementación de lubricantes, el acondicionamiento de espacios, el uso de la imaginación para hacer de su vida sexual algo dinámico y descentralizada de los senos.

¹⁵ La traducción es nuestra: “Psychological interventions for women with breast cancer should take account of the broader social context in which the cancer occurs, focusing on improved social support”

SUGERENCIAS

- Este taller podría ser implementado en pacientes mastectomizadas, e incluso para aquellas que no han pasado por la cirugía y que por cuestiones culturales, de salud o pre- post cirugía deseen mejorar su vida sexual y familiar.
- El taller “Mi vida sexual después de la cirugía” puede ser impartido en 10 sesiones de una hora.
- El taller “Mi vida sexual después de la cirugía” podría ser difundido de modo abierto, es decir, familiares, amigos, en general, red de apoyo, educadores, trabajo social, etc.
- El taller “Mi vida sexual después de la cirugía” está diseñado para trabajar en grupo o de modo individual según se requiera.
- El taller “Mi vida sexual después de la cirugía” es asequible para todos los estratos sociales y educativos, sin embargo, pueden adaptarse al público si el psicoterapeuta lo considera oportuno.
- El taller “Mi vida sexual después de la cirugía” debe ser impartido en no menos de 10 horas.

REFERENCIAS

Aime Edith Martínez-Basurto a, Andrea Lozano-Arrazola a, Ana Laura Rodríguez-Velázquez b, Óscar Galindo-Vázquez a, Salvador Alvarado-Aguilar . (2014). *Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía*. Enero-febrero 2014, de Gaceta Mexicana de Oncología Sitio web: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-90327879>

Ann M. Geiger, Carmen N. West, Larissa Nekhlyudov, Lisa J. Herrinton, In-Liu A. Liu, Andrea Altschuler, Sharon J. Rolnick, Emily L. Harris, Sarah M. Greene, Joann G. Elmore, Karen M. Emmons, and Suzanne W. Fletcher (2006): Contentment With Quality of Life Among Breast Cancer Survivors With and Without Contralateral Prophylactic Mastectomy. VOLUME 24, NUMBER 9. *Edit. American society of clinical oncology. Journal of clinical oncology.*

Airaldi. María Celeste (2010). “Sexualidad y Relaciones de Pareja en Mujeres Mastectomizadas de una Muestra Paraguaya”. 2010, de Eureka Sitio web: <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-7-1-10-14.pdf>

Brandberg, Yvonne Kerstin Sandelin, Staffan Erikson, Göran Jurell, Annelie Liljegren, Annika Lindblom, Ann Linde´n, Anna von Wachenfeldt, Marie Wickman, and Brita Arver (2008): Psychological Reactions, Quality of Life, and Body Image After Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women At High Risk for Breast Cancer: A Prospective 1-Year Follow-Up Study. VOLUME 26, NUMBER 24. *Edit. American society of clinical oncology. Journal of clinical oncology.*

Caroline Burgess, Victoria Cornelius, Sharon Love, Jill Graham, Michael Richards, Amanda Ramirez. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. Febrero 4, 2005, de BMJ Sitio web: <file:///D:/Documents/Downloads/bmj33000702.pdf>

Vázquez Valverde, M. Crespo López, J. M. Ring. (2000). Estrategias de afrontamiento. 2000, de Psisalud Sitio web: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf

Fátima Pérez Triviño. (2013). NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL (NSSS). 2013, de UNIVERSIDAD DE ALMERÍA Sitio web: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2366/1/Trabajo.pdf>

Fernández María Stella S. de S., Bernarda Ospina de González, Adela María Múnera Garcés(2002): La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cervix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999. http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol53No2_Abril_Junio_2002/v53n2a06.pdf

Foucault, Michel (1977): *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*. Edit. Siglo XXI. México.

Fuente, de la Ramón (2008): *Psicología médica*. Fondo de cultura económica. México

Galimberti, Umberto (2009): *Diccionario de psicología*. Edit. Siglo XXI. España

Gomis Murcia, F. Gil Gil-Albaladejo, A. Cervantes Berná, M.R. Ruiz Marcos, A. Rosique Costa, I. Bañón Amat, A. Gamayo Serna y M.T. Pomares Gracia. (2008). GUÍA DE CUIDADOS PARA MUJERES MASTECTOMIZADAS. Noviembre, 2008, de Hospital Vega Baja. Unidad de cirugía Sitio web: <http://www.dep21.san.gva.es/deporihuela/wp-content/uploads/2009/12/GUIA-MAMA.pdf>

Jesse R Fann, Bonnie A Mcgregor, Wayne Katon, Deborah Cowley, Mary Pepping, Julie Gralow. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and

treatment. Octubre 12, 2015, de General Hospital Psychiatry Sitio web: <file:///D:/Documents/Downloads/Major%20depression%20after%20breast%20cancer%20a%20review%20of.pdf>

Kaplan, Helen S. (1979): *El sentido del sexo*. Edit. Grijalbo. México.

M. Fernando Arias-Galicia. (2003). La escala de satisfacción marital: Análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. 2003, de UNAM Sitio web: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03704.pdf>

Martel C, Ferlay J, Franceschi S, et al. (2014). Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. Febrero, 2015, de The Lancet Oncology Sitio web: http://www.who.int/cancer/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

Michelle Cororve Fingeret ¹, Summer W. Nipomnick ¹, Melissa A. Crosby ², Gregory P. Reece. (2012). Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction. diciembre 24, 2012, de Elsevier Sitio web: <file:///D:/Documents/Downloads/PIIS0305737213000054.pdf>

Varios. (2014). Perfiles oncológicos de los países, 2014. 2014, de 2014 Sitio web: http://www.who.int/cancer/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

ANEXO 1

Índice de satisfacción sexual femenina

Cuestionario:

- 1- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** experimentó deseo o interés sexual?
- Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto
- 2- En las últimas 4 semanas, en qué **porcentaje** estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?
- Muy alto 5 puntos
 - Alto 4 puntos
 - Regular 3 puntos
 - Bajo 2 puntos
 - Muy bajo o nada 1 punto
- 3- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto
- 4- En las últimas 4 semanas, en que **porcentaje** estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Muy alto 5 puntos
 - Alto 4 puntos
 - Moderado 3 puntos
 - Bajo 2 puntos
 - Muy bajo o nada 1 punto
- 5- En las últimas 4 semanas, que **confianza** tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Muy alta confianza 5 puntos

- Alta confianza 4 puntos
 - Moderada confianza 3 puntos
 - Baja confianza 2 puntos
 - Muy baja o sin confianza 1 punto
- 6- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto
- 7- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto
- 8- En las últimas 4 semanas, cuán **difícil** fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Extremadamente difícil o imposible 1 punto
 - Muy difícil 2 puntos
 - Difícil 3 puntos
 - Levemente difícil 4 puntos
 - Sin dificultad 5 puntos
- 9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia **mantiene** la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?
- Sin actividad sexual 0 punto
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto

10- En las últimas 4 semanas, cuán **difícil** fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué **frecuencia** logra el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán **difícil** fue lograr el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

13- En las últimas 4 semanas, cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

14- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos

- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

15- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

16- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

17- En las últimas 4 semanas, Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

18- En las últimas 4 semanas, Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

19- En las últimas 4 semanas, Con que **porcentaje** usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos

- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				2,0	36,0

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Los valores obtenidos fueron $19,2 \pm 6,63$ en pacientes con disfunción sexual versus $30,5 \pm 5,29$ en los controles, con un valor de $P \leq 0,001$

ANEXO 2

Cuestionario “El impacto de la mastectomía en la vida sexual de pacientes de la Unidad de oncología de Puebla”

Nombre:

Edad:

Código:

1. ¿Cómo ha afecta tu imagen la mastectomía?
2. ¿Crees posible recuperar confianza en tu “ser femenino” con esta nueva imagen?
3. ¿Llevaste a cabo algún duelo por la pérdida del miembro?
4. ¿Cómo te impactó la mastectomía en el ámbito familiar?
5. ¿Qué reacción hubo de su familia al verla posterior a la cirugía?
6. ¿Quiénes son tu red de apoyo?
7. ¿Cómo es tu estructura familiar?
8. ¿En qué ciclo vital de su familia se encuentra? (explicar)
9. ¿Qué opinan tus hijos de la cirugía?
10. ¿Ha disminuido tu deseo sexual?
11. Si surge ¿lo ejerces?
12. Si lo ejerces ¿es satisfactorio?
13. ¿Antes de la cirugía cómo era tu vida sexual?
14. ¿Qué pasó con su relación de pareja posterior a la cirugía?
15. ¿Cómo tomó tu pareja la noticia de la cirugía?
16. ¿Qué reacción tuvo al verte por primera vez después de la cirugía?
17. ¿Tu pareja te acompaña?
18. ¿Ha habido infidelidad por parte de tu pareja a partir del diagnóstico?
19. ¿Hay maltrato físico o verbal?
20. ¿Hay indiferencia por parte de tu pareja?
21. ¿Hubo divorcio?
22. ¿Hay separación?

ANEXO 3

ÍNDICE DE EVALUACIÓN POR SESIÓN Y GENERAL DEL TALLER

1.- ¿Qué aprendizaje me llevo hoy?

2.- ¿Qué aspectos me gustaría que aborde en el taller?

3.- ¿Qué propongo para mejorar el taller?

4.- ¿Cómo evaluó la sesión de hoy? (Siguiendo la escala planteada líneas abajo)

5.- ¿Cómo evaluó el taller en general? (Siguiendo la escala)

Indique cómo evaluaría el Taller

Por sesión y general

1	5	6	7	8	9	10
Muy mal	Mal	No mal	Regular	+/- Bien	Bueno	Muy bueno