

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y
CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**"ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA (IREN – SUR)"**

Tesis Presentada por las bachilleres:

**KATHERINE MABEL CCUNO AMANQUI
NORMA NOREZ HUAMAN DE LA CRUZ**

Para optar el Título Profesional de Psicólogas

AREQUIPA – PERÚ

2016

Dedicado con amor a cada una de las personas que confiaron en nosotras para la realización de nuestras metas.

En especial a nuestras familias por estar incondicionalmente apoyándonos para seguir investigando y aportar mayor conocimiento al campo de la Psicooncología.

Katherine y Norma.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer sin lugar a duda a nuestra asesora la Dra. Luana Candelaria Vasquez Samalvides por brindarnos todos sus conocimientos e incentivarlos a investigar nuevas áreas.

Al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Arequipa (IREN-SUR), los cuales nos apoyaron en todo el proceso brindándonos la información necesaria para poder realizar este proyecto dándonos la oportunidad de conocer su realidad de las mujeres hysterectomizadas atendidas en dicha institución, contribuyendo a un conocimiento más profundo, sin su apoyo no hubiera sido posible esta experiencia; así mismo a las pacientes que participaron de esta investigación por la confianza que nos brindaron.

MUCHAS GRACIAS

Katherine y Norma

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES

INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRATICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Las autoras ponen a vuestra consideración el trabajo de tesis titulado “ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA (IREN – SUR)” con el cual pretendemos lograr el Título Profesional de Psicólogas.

Esperamos que la presente investigación contribuya a conocer los aspectos importantes sobre la actitud hacia la sexualidad y función sexual en mujeres histerectomizadas, así mismo motive investigaciones futuras en el campo de la Psicología Clínica y la Psicooncología con respecto a este tema de interés.

Bachilleres:

Katherine Mabel Ccuno Amanqui

Norma Norez Huaman De La Cruz

RESUMEN

La presente investigación se trata de un estudio descriptivo y correlacional de carácter transversal, realizado con la finalidad de identificar las actitudes hacia la sexualidad y función sexual en mujeres histerectomizadas que son atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de Arequipa, (IREN – SUR). El estudio estuvo constituido por 31 mujeres histerectomizadas de una muestra total de 127, ya que fueron seleccionadas según los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación, obteniéndose lo siguiente: el rango edad estuvo comprendido entre los 30 y 49 años, el estado civil que predominó fueron de mujeres casadas con el 54.8% del grupo, en cuanto la escolaridad la instrucción secundaria lidera la lista con el 41.9%, seguido por el grupo que tiene instrucción primaria con el 32.3%. En cuanto al tipo de histerectomía más empleada fue la del tipo total con un 77.4%, y la de tipo radical tuvo apenas un 22.6%. En lo referente acerca de que si las pacientes recibieron información médica postoperatoria el 58.1% afirmaron que recibieron la información y el 41.9% indicaron que no. De acuerdo a la calidad de información recibida indicaron que fue deficiente con un 64.5% y poco precisa con un 19.4%.

El análisis demostró que el 80.6% de la muestra tiene una actitud hacia la sexualidad ambivalente, donde las áreas de inseguridad sexual y sexo neurótico coinciden en una actitud ambivalente, mientras que puritanismo sobresale en una actitud favorable con un 51.6%; sin embargo en el área de excitabilidad sexual obtienen una actitud desfavorable con un 51.6%.

Se concluyó que no existe una relación significativa en la actitud hacia la sexualidad y la función sexual en mujeres histerectomizadas del IREN-SUR. Pero se determinó que la mayoría de las mujeres histerectomizadas inician su actividad sexual a los dos meses.

PALABRAS CLAVES: *Actitud hacia la sexualidad, función sexual, cáncer ginecológico e histerectomía.*

ABSTRACT

The present investigation is a cross - sectional descriptive and correlational study carried out with the aim of identifying the attitudes towards sexuality and sexual function in hysterectomized women who are treated at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South of Arequipa (IREN - SOUTH). The study consisted of 31 hysterectomized women from a total sample of 127, as they were selected according to the inclusion and exclusion criteria of the present investigation, obtaining the following: age range was between 30 and 49 years, marital status Which predominated were women married with 54.8% of the group, as far as schooling secondary education leads the list with 41.9%, followed by the group that has primary education with 32.3%. As for the type of hysterectomy most used was the total type with 77.4%, and the type of hysterectomy was only 22.6%. Regarding that if the patients received medical information post-operative 58.1% stated that they received the information and 41.9% indicated that they did not. According to the quality of information received, they indicated that they were deficient with 64.5% and not very precise with 19.4%.

The analysis showed that 80.6% of the sample has an attitude towards ambivalent sexuality, where the areas of sexual insecurity and neurotic sex coincide in an ambivalent attitude, whereas Puritanism stands out in a favorable attitude with 51.6%; However in the area of sexual excitability they get an unfavorable attitude with 51.6%.

It was concluded that there is no significant relationship in the attitude towards sexuality and sexual function in hysterectomized women of IREN-SUR. But it was determined that most hysterectomized women begin their sexual activity at two months.

KEY WORDS: *Attitude towards sexuality, sexual function, gynecological cancer and hysterectomy.*

INDICE

TABLA DE CONTENIDO

DEDIDATORIA	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
PRESENTACION	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INDICE DE TABLAS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	8
3. JUSTIFICACION	9
4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	16
5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	16
6. VARIABLES E INDICADORES	17
7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	19

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD	20
1.1 DEFINICIÓN DE ACTITUD	20
1.2 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES.....	21
1.2.1 Componente cognitivo.....	21
1.2.2 Componente afectivo.....	21
1.2.3 Componente afectivo.....	21
1.3 DIMENSIONES DE LA ACTITUD	22
1.3.1 Dirección de la actitud.....	22

1.3.2	Intensidad de la actitud	22
1.4	FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.....	23
1.5	MODELO TRIDIFERENCIAL DE LA ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD (E. AMEZUA Y N. FOUCART	23
1.5.1	Normatividad	24
1.5.2	Combatividad	25
1.5.3	Comprensividad.....	25
2.	HISTERECTOMÍA	26
2.1	DEFINICIÓN	26
2.2	TIPOS DE HISTERECTOMÍA	27
2.3	ABORDAJES QUIRURGICOS DE LA HISTERECTOMÍA	28
2.4	INDICADORES DE LA HISTERECTOMÍA	31
2.5	HISTERECTOMÍA A TRAVES DE LA HISTORIA	35
2.6	ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA HISTERECTOMIA.....	36
2.7	IMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN LA IMAGEN CORPORAL ..	37
2.8	REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMIA EN LA MUJER	38
2.9	EFFECTOS DE LA HISTERECTOMIA EN LA PACIENTE.....	39
3.	FUNCIÓN SEXUAL.....	40
3.1	DEFINICIÓN	40
3.2	COMPONENTES DE LA FUNCIÓN SEXUAL	40
3.3	FASES DE LA FUNCION SEXUAL	41
3.4	CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS GENITALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL	44
3.5	CAMBIOS FISIOLÓGICOS EXTRAGENITALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL	45
3.6	REGULACIÓN NEUROQUÍMICA DE LA RESPUESTA SEXUAL	46
3.7	REGULACIÓN HORMONAL DE LA RESPUESTA SEXUAL	49
3.8	EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA RESPUESTA SEXUAL	50
3.9	DISFUNDICIÓN SEXUAL FEMENINA	53
4.	CANCER GINECOLOGICO Y SEXUALIDAD	54
4.1	DEFINICIÓN DE CANCER.....	54
4.2	EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA	54
4.3	FASES DEL CANCER	55
4.4	CLASIFICACIÓN	56
4.5	TIPOS DE CANCER GINECOLÓGICO	57
4.6	COMPLICACIONES Y/O SECUELAS DEL TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO Y CALIDAD DE VIDA.....	59

5. SEXUALIDAD Y CANCER	63
5.1 GENERALIDADES SOBRES LA SEXUALIDAD.....	63
5.2 DEFINICIÓN DE LA SEXUALIDAD	64
5.3 TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD.....	68
5.4 SALUD SEXUAL Y REHABILITACIÓN SEXUAL.....	69
5.5 ENEMIGOS Y BENEFICIOS DE LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	70
5.6 SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS SEXUALES CAUSADO POR EL CANCER Y SUS TRATAMIENTOS.....	70
5.7 ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS SENTIMIENTOS.....	73
5.8 EFECTOS DE LA FUNCION SEXUAL DE LA CIRUGIA PÉLVICA CONTRA EL CANCER.....	73
5.9 EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL .	74
5.10 IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD FEMENINA	74

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	77
1.1 TIPO DE INVESTIGACION	77
1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	78
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	78
2.1. POBLACION	78
2.2. MUESTRA	78
3. INSTRUMENTOS Y TECNICAS	80
4. PROCEDIMIENTO	86

CAPITULO IV

RESULTADOS	88
------------------	----

CAPITULO V

DISCUSIÓN	102
CONCLUSIONES.....	106
SUGERENCIAS.....	108
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	110

ANEXO A

ANEXO B

INDICE DE TABLAS

ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y LA FUNCIÓN SEXUAL

TABLA N°1. Características sociodemográficas de las mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	89
TABLA N°2. Características de la cirugía de las mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	90
TABLA N°3. Inicio de relaciones sexuales de las mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	91
TABLA N°4. Actitud hacia la sexualidad de las mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	92
TABLA N°5. Función sexual de las mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	94
TABLA N°6. Actitud hacia la sexualidad según el grado de instrucción en mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	96
TABLA N°7. Función sexual y el grado de instrumentos de las mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	97
TABLA N°8. Actitud hacia la sexualidad y tipo de cirugía en las mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	98
TABLA N°9. Función sexual y tipo de cirugía en mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	99
TABLA N°10. Inicio de relaciones sexuales y el tipo de cirugía de las mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	100
TABLA N°11. Actitud hacia la sexualidad y función sexual en mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR	101

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la incidencia de histerectomía en mujeres en edad fértil ha aumentado, trayendo consigo diversas consecuencias y efectos tanto a nivel psicológico como sexual, afectando sus vidas como seres individuales y alterando las relaciones con su pareja, puesto que la mujer en nuestro contexto se desenvuelve en una cultura machista que la descalifica después de realizarse este procedimiento quirúrgico por “estar vacía por dentro”. La implementación de esta intervención quirúrgica, está indicada como tratamiento en múltiples trastornos ginecológicos, benignos y neoplásicos, cuyas manifestaciones clínicas van en la disminución de la calidad de vida de las mujeres que la padecen (Arroyo Garrido, Y., Domínguez Silva, L. et al., 2003).

En los últimos años se ha experimentado un aumento progresivo de mujeres que necesitan someterse a la histerectomía. En Estados Unidos de Norteamérica el 40.5 % de las mujeres a los 64 años se someten a la cirugía de histerectomía. En Chile se estima que el 20 % de las mujeres en algún momento de su vida serán sometidas a esta cirugía. En el Perú la histerectomía afecta al 20% de la población femenina con mayor incidencia entre los 35 a 49 años (Miranda, C., 2012).

Según un estudio del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-SUR), en los últimos años los casos de cáncer en la ciudad se incrementaron en un 15%, estimándose que para el año 2020 estas cifras bordearán los 17 mil casos, de los cuales el 80% de los casos es el cáncer de cuello uterino. En el 2005 se identificaron a 7 mil 500 mujeres con el mal, señaló la encargada del Departamento de Control del Cáncer del IREN-SUR, Berenice Rodríguez Zea, al recordarse el día Mundial de Lucha Contra este mal (Lozada, C., 2012).

Para Schover, L. (1997), en cada mujer la experiencia de padecer de cáncer es única, ya que depende de sus características individuales y de los factores situacionales que la rodean y que dan a la enfermedad un matiz especial para cada paciente. Es así que

las pacientes con cáncer ginecológico, al perder su disfrute sexual, bien sea transitorio o permanente, tiene un impacto psicológico significativo. (Citado por Olivares Crespo, M., 2004, p. 33)

Es así que el tema de la sexualidad en pacientes con cáncer ha sido tradicionalmente poco tratada por el personal especializado, a pesar de que constituye una preocupación real y vigente en muchos enfermos a consecuencia directa de la enfermedad, los tratamientos o el impacto emocional que ambos generan y que pueden exacerbar crisis o problemas de pareja preexistentes. La mayor incidencia de problemas sexuales y de pareja en pacientes oncológicos afecta a personas con afecciones ginecológicas.

Es innegable que cuando hay pérdida de interés en el sexo por parte de las mujeres histerectomizadas, tanto de factores psicológicos como físicos pueden provocar tal desinterés. Algunas creen, incorrectamente, que la actividad sexual puede fomentar una recurrencia de su tumor. Esta creencia errónea es común especialmente en las personas cuyos tumores se encuentran en la región pélvica o genital. Entre ellas suelen aparecer sentimientos de culpabilidad sobre la actividad sexual del pasado porque relacionan su patología con el virus del papiloma humano que es de transmisión sexual y constituye un factor de riesgo importante del cáncer ginecológico; además se preocupan por el daño que pueden hacer a sus compañeros sexuales.

Las investigaciones precedentes hacen evidenciar la problemática en torno a las dificultades sexuales que tienen las pacientes histerectomizadas, es por ello que surge la investigación en torno a las actitudes hacia la sexualidad y la relación que podría tener con la función sexual para así conocer cuáles son los efectos psicológicos que se podrían generar.

En un estudio sobre los aspectos psicológicos en cirugía ginecológica realizado por Schwartz y Williams (2002) se expone que “La cirugía ginecológica tiene muchos efectos psicológicos que acompañan a la cirugía en general. Sin embargo, puesto que la cirugía ginecológica puede tener un efecto directo en el aparato reproductor

femenino, crea sus propias dificultades psicológicas, tanto preoperatorias como post-operatorias” (citado por Martínez, M., 2007, p, 12).

En cuanto a los efectos en la función sexual hay estudios un poco contradictorios, algunos apoyan los cambios positivos en la sexualidad de las mujeres luego de la histerectomía, es así el estudio de Urrutia, M. et al. (2004), sobre la sexualidad en las mujeres post-histerectomizadas indicando que el 81.3% de mujeres presentan cambios en su sexualidad y de este grupo el 58.46% señaló cambios positivos. Así mismo Berek, J. (2006) señala que “la mayoría de mujeres no suelen presentar problemas en la función sexual”.

En otro estudio realizado por Minvielle, C. (2005), sobre “Actitud hacia la sexualidad de mujeres en remisión del cáncer cervicouterino” en Cuba, donde la información obtenida fue valorada de forma cuantitativa y cualitativa. Los resultados principales demuestran que en las mujeres participantes en la investigación predominan estados emocionales como el miedo, la preocupación por la salud física y la inseguridad, lo que repercute en un comportamiento sexual no óptimo y en una nueva valoración acerca de las relaciones coitales; las diferencias individuales en cuanto a la actitud estaban relacionadas con la calidad de la relación de pareja. Los resultados de esta investigación son de gran utilidad para orientar a este tipo de paciente con respecto a su sexualidad.

A diferencia de los países en que se han realizado las anteriores investigaciones. En nuestro país hasta el momento ha llamado poco la atención de investigar sobre la sexualidad de las pacientes oncológicas histerectomizadas y así mismo sus propios pensamientos hacia la sexualidad, habiendo más estudios sobre la sexualidad de las pacientes con cáncer de mama. Estas investigaciones son de índole psicológica pero son realizadas por otros especialistas donde remarcan la importancia de investigar la psiquis de las pacientes histerectomizadas.

Hay una gran demanda de atención psicológica para estas pacientes, puesto que los resultados anteriormente mencionados indican que pueden surgir disfunciones sexuales en estas pacientes. Para cada mujer la experiencia de haber sido histerectomizada es única, ya que depende de sus características individuales, de sus

actitudes hacia la sexualidad y de los factores situacionales que le rodean y que dan a la enfermedad un matiz especial para cada paciente. Para muchas de ellas la pérdida del disfrute sexual, bien sea transitorio o permanente, tiene un impacto significativo (Schover, L., 1997).

Es por ello que la presente investigación tiene como objetivo fundamental describir y encontrar la relación de la actitud hacia la sexualidad y la función sexual en pacientes histerectomizadas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR). Todo esto, visto como un punto de partida para que los profesionales de la psicología conozcan las repercusiones psicológicas causadas por este tipo de cirugía, para intervenir de forma temprana las posibles dificultades en su sexualidad, reconociendo la importancia de evaluar las actitudes hacia la sexualidad de las mujeres histerectomizadas en nuestra ciudad y así mismo su función sexual. Por lo tanto incrementar el valor que tiene la labor psicooncológica, así mismo generar la prevención e intervención temprana de futuras disfunciones sexuales y fomentar la psicoeducación sobre el cáncer ginecológico y sobre la propia histerectomía, lo cual constituye una preocupación real y vigente en muchos pacientes a consecuencia directa de la enfermedad.

En la investigación se aplica el paradigma cuantitativo porque se propone medir la variable de campo, porque estudia el problema en su normal contexto de desarrollo cotidiano (Hernández, Fernández, Baptista, 2010). Y se utilizará el diseño transversal correlacional, ya que se asociará diferentes variables de las mujeres histerectomizadas las cuales influirán en las actitudes hacia la sexualidad y la función sexual.

La presente investigación estará dividida en cuatro partes: En el Capítulo I se presenta el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación y las variables de estudio. En el Capítulo II se hace la revisión de la literatura, en el Capítulo III se abordan los aspectos metodológicos y en el Capítulo IV se muestra los resultados y la interpretación de los mismos, así como la discusión, conclusiones y recomendaciones de este trabajo de investigación.

Se pone a consideración de los Señores miembros del jurado la presente investigación para que sea valorada en su magnitud, teniendo en consideración importancia del estudio.

Autoras:

- Ccuno Amanqui, Katherine Mabel
- Huaman De La Cruz, Norma Norez

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú, el cáncer es la tercera causa de muerte, después de las enfermedades infecciosas y de las enfermedades cardiovasculares, siendo el cáncer de cuello uterino un serio problema de salud pública, ya que se presentan más de 20 casos por cada 100 mil habitantes mujeres y la tasa de mortalidad se sitúa en alrededor del 50%, debido a que suelen detectarse en estadios avanzados (Valdivia, H., 2016)

Según un estudio del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-SUR), en los últimos años los casos de cáncer en la ciudad se incrementaron en un 15%, estimándose que para el año 2020 estas cifras bordearán los 17 mil casos, de los cuales el 80% de los casos es el cáncer de cuello uterino. En el 2005 se identificaron a 7 mil 500 mujeres con el mal, señaló la encargada del Departamento de Control del Cáncer del IREN-SUR, Berenice Rodríguez Zea, al recordarse el día Mundial de Lucha Contra este mal (Lozada, C., 2012).

En ese sentido diversos investigadores, se han preocupado por estudiar a las mujeres histerectomizadas debido al reconocimiento de las repercusiones psicológicas que acompañan al cáncer de cuello uterino.

Dentro del ámbito del trabajo psicosociológico, la sexualidad en pacientes con cáncer, es un tema que ha sido tradicionalmente poco tratado en la literatura especializada, a pesar de que constituye una preocupación real y vigente en muchos enfermos a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambos generan, que pueden exacerbar la crisis o problemas preexistentes de la pareja. Los profesionales de la salud reconocen que la sexualidad constituye un problema importante para los pacientes sin embargo, en un estudio realizado en Inglaterra por Stead (2001), se concluyó que aún entre los profesionales de la salud existe un gran desconocimiento sobre los efectos del cáncer ginecológico y así mismo del funcionamiento sexual de la mujer (Minvielle, C., 2005)

Dado que no se cuenta aún con suficientes datos sobre la actitud sexual y función sexual en mujeres histerectomizadas por un trastorno neoplásico en nuestro país, dicha problemática constituye un punto de partida para explorar e intervenir en este problema. El estudio del funcionamiento sexual tras el diagnóstico neoplásico ginecológico y su tratamiento, cuenta con diversas dificultades entre las que cabe destacar la inaccesibilidad a la muestra, el tabú existente sobre el aspecto sexual y la escasez de instrumentos de medida específicos. Hay pocos estudios que valoran el impacto sexual en el tratamiento de cáncer ginecológico. Uno de los motivos que pudiera justificarlo es la no existencia de pautas claras que aborden el área sexual tras los tratamientos oncológicos (Lamb, M., 1996).

Por todo lo anteriormente mencionado, creemos que la importancia de este estudio radica en abordar la función sexual de las pacientes histerectomizadas para que se conozcan las repercusiones psicológicas causadas por este tipo de operación utilizado para combatir el cáncer, y así mismo intervenir ante este problema reconociendo las actitudes y factores que surgen en la sexualidad de esta población, y a la vez fomentar el posterior desarrollo de programas de promoción y prevención que contengan aspectos educativos, sociales,

personales y culturales que eviten la mala percepción sobre la histerectomía. Por lo tanto incrementar el valor que tiene la labor de la psicooncología, así mismo se generará la prevención e intervención temprana de futuras disfunciones sexuales y fomentar la psicoeducación sobre el cáncer ginecológico y sobre la propia histerectomía. Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Está relacionada la actitud hacia sexualidad a la función sexual en las mujeres histerectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa (IREN – SUR)?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Encontrar la relación de la actitud hacia la sexualidad con la función sexual en las mujeres histerectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa (IREN-SUR).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar las actitudes hacia la sexualidad en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.
- Evaluar la función sexual en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.
- Establecer la relación de las actitudes hacia la sexualidad y la función sexual según su grado de instrucción en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.
- Establecer la relación de las actitudes hacia la sexualidad y la función sexual según el tipo de histerectomía en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.
- Determinar el tiempo de iniciación de la actividad sexual después de la histerectomía según la operación aplicada en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

3. JUSTIFICACIÓN

El efecto de la histerectomía en la sexualidad resulta ser complejo e involucra múltiples variables como creencias culturales, factores psicológicos y calidad de la relación con la pareja (Jara, D. & Salgado, C., 2010)

La sexualidad identifica como se define cada mujer a sí misma y en la sociedad, ayuda a que esta adquiera motivación en la realización de sus múltiples roles, por lo tanto al verse afectada podría alterar otras dimensiones en la calidad de vida (Rannestad T, Eikelan O, Helland H, & Qvarnstrom U, 2001). Muchas mujeres evitan responder preguntas acerca de su sexualidad, por ser este un tema percibido como íntimo, por ello los profesionales de la salud evitan también referirse al tema (Kristen H, Kjerulff M, Langerberg P, et al. 2000)

Según la OMS (2003) en EE.UU., este tipo de operación es practicada en las mujeres en un 33%, y 13% en Inglaterra. En los países desarrollados existe estricto control médico, se desarrollan programas educativos y hay mayor accesibilidad a los servicios de salud. En cambio, en los países latinoamericanos las tasas de mortalidad materna son más altas debido a la inaccesibilidad a los servicios de salud reproductiva, educación sexual ineficaz, etc.

Todos los canceres ginecológicos arriesgan al sistema reproductor de la mujer no obstante debido a la detección más temprana del cáncer cervico-uterino normalmente alrededor de los 25 años y en algunos casos aún más temprano en donde el periodo de pleno goce sexual y de la formación de la familia teniendo repercusiones importantes en la vida de estas mujeres (Minvielle, C., 2005).

Según la OMS (2002), la sexualidad es definida como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no

obstante, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

Aunque la sexualidad es a menudo expresada por relaciones sexuales, sus manifestaciones pueden tomar diferentes formas: miradas dulces, caricias, besos o un apretón de manos. Así mismo la OMS. (2002), insiste sobre el hecho que ella debe constituir una experiencia enriquecedora. La sexualidad engloba igualmente la función sexual que se define más bien como la capacidad de iniciar una relación sexual. El diagnóstico de enfermedad grave y su tratamiento tienen entonces un impacto significativo sobre la sexualidad, tanto del punto de vista físico como emocional.

La remoción del útero en la mujer implica sentimientos de completa minusvalía que algunos no logran explicar. Sin embargo experimentan desazón, tristeza o irritabilidad. La importancia que dan al útero no se agota en su función biológica y aunque muchas de ellas tengan paridad cumplida pueden continuar deseando conservarlo; por el deseo de conservación de este órgano incide la gravedad y cronicidad de la sintomatología. En muchas pacientes sometidas a la histerectomía; después de la cirugía, emergen, ideas negativas de mutilación; la percepción de la pérdida es explicable como una castración psicológica, que repercute en una deficiencia apreciable de su cuerpo, que por años habían conservado integro (Echevarría, S. 2008).

Es así que la respuesta sexual femenina no se limita a ciertas áreas del cuerpo y es mucho más compleja que la simple reacción de la genitalidad femenina. La pareja Masters, W., y Johnson, V. (1966) la definen como un proceso que sigue una secuencia predecible de cambios y se mantiene aunque las sensaciones no siempre son iguales en magnitud e intensidad. Plantean además que esta respuesta va a ser igual independientemente del tipo de actividad sexual que se realiza por ejemplo relaciones coitales, masturbación entre otras. Dada la complejidad de la respuesta sexual ha sido clasificada en varias fases, por

distintos estudiosos de la temática. Así mismo estos autores plantean cuatro fases de la respuesta sexual que se compone de deseo, excitación, orgasmo y resolución (tanto fisiológicos como psicológicos) a lo que posteriormente añadieron una quinta fase mientras que Kaplan, H. (1979), propone un modelo trifásico: deseo, excitación y orgasmo.

Las disfunciones sexuales así como otras alteraciones en los reflejos normales de la respuesta sexual pueden ocurrir como consecuencia directa o indirecta de las enfermedades crónicas. A nivel fisiológico, la enfermedad así como su tratamiento puede ser el factor generador de la alteración. Otras veces las disfunciones y alteraciones sexuales se asocian con los factores generales de la enfermedad como la debilidad, la fatiga o el dolor y en la mayoría de los casos, las emociones alteradas están presentes (Díaz Ruiz, M., 2013).

En un estudio sobre los aspectos psicológicos en cirugía ginecológica realizado por Schwartz y Williams (2002) se expone que “La cirugía ginecológica tiene muchos de los efectos psicológicos que acompañan a la cirugía en general. Sin embargo, puesto que la cirugía ginecológica puede tener un efecto directo en el aparato reproductor femenino, crea sus propias dificultades psicológicas, tanto preoperatorias como postoperatorias”. Gath et al. (1980) (citado por Schwart y Williams, 2002) encontró que “el 58% de las pacientes que se someterán a una histerectomía presentan una psicopatología preoperatoria.

Por otra parte, otros estudios muestran que la sexualidad post histerectomía no se ve afectada negativamente (Kuppermann et al., 2005; Urrutia et al., 2004; Vomvolaki, Kalmantis, Kioses, & Antsaklis, 2006) y que la mayoría de las mujeres cree que el resultado del procedimiento será beneficioso para sus vidas (Ellström et al., 2003). Estos beneficios estarían explicados por el cese de los síntomas preoperatorios, por ejemplo, en el caso de la dispareunia el beneficio estaría dado por la escisión del útero patológico (Saini et al., 2002; Urrutia et al., 2004). En contra parte, el retiro de los ovarios tiene un efecto deletéreo, lo que sugiere que la conservación de ellos es un determinante que influye en el resultado de la histerectomía (Urrutia et al., 2004).

Es innegable que cuando hay pérdida de interés en el sexo por parte de las mujeres histerectomizadas, tanto de factores psicológicos como físicos pueden provocar tal desinterés. Algunas creen, incorrectamente, que la actividad sexual puede fomentar una recurrencia de su tumor. Esta creencia errónea es común especialmente en las personas cuyos tumores se encuentra en la región pélvica o genital. Entre ellas suelen aparecer sentimientos de culpabilidad sobre la actividad sexual del pasado porque relacionan su patología con el virus del papiloma humano que es de transmisión sexual y constituye un factor de riesgo importante del cáncer cérvicouterino; además se preocupan por el daño que pueden hacer a sus compañeros sexuales (Grau J, Jiménez PJ., 1988).

Así mismo, se ha encontrado que la histerectomía está rodeada de creencias y actitudes negativas, así como que se ha degenerado un estereotipo negativo hacia las mujeres que han sido histerectomizadas. Algunos de los calificativos que se usan para referirse a una mujer sin útero son: hueca, hoyo seco, menos mujer, inservible, entre otros. Por otra parte, los estudios han correlacionado cambios en el auto-concepto, depresión, disfunción sexual, disminución de la libido y ansiedad (Martínez, M., 2007).

En ese sentido diversos investigadores, se han preocupado por estudiar a las mujeres histerectomizadas debido al reconocimiento de las repercusiones psicológicas que acompañan al cáncer de cuello uterino. Es así que Martínez (2007) en la tesis titulada “Creencias de una mujer sobre la histerectomía” realizada con 285 mujeres divididas en dos grupos, y por medio del cuestionario creencias sobre una mujer con histerectomía; teniendo como objetivo explorar las creencias sobre la histerectomía que tienen mujeres no histerectomizadas y compararlas con lo que reportaron las mujeres histerectomizadas, así como comparar los estereotipos que ambos grupo tenían sobre una mujer histerectomizada, se encontró que hubo más mujeres sin histerectomía que pensaron que experimentarían cambios negativos posteriores a una histerectomía en comparación con el porcentaje de mujeres con histerectomía que reportó algún cambio negativo. Se concluyó que la histerectomía en realidad puede tener efectos mucho más positivos en la vida de las mujeres de lo que la gente

generalmente piensa y que la percepción negativa de ésta puede deberse al arraigo de creencias negativas ya existentes.

En otro estudio realizado por Minvielle C. en el año 2005 sobre “Actitud hacia la sexualidad de mujeres en remisión del cáncer cervicouterino” en Cuba, donde tuvieron como muestra a 18 pacientes en remisión del cáncer cérvicouterino, quienes acuden a las consultas de ginecooncología en el Hospital Celestino Hernández Robau y el policlínico Chiqui Gómez, ambas instituciones ubicadas en la ciudad de Santa Clara. El propósito de la misma fue caracterizar la actitud hacia la sexualidad en dichas mujeres. La información obtenida fue valorada de forma cuantitativa y cualitativa. Los resultados principales demuestran que en las mujeres participantes en la investigación predominan estados emocionales como el miedo, la preocupación por la salud física y la inseguridad, lo que repercute en un comportamiento sexual no óptimo y en una nueva valoración acerca de las relaciones coitales; las diferencias individuales en cuanto a la actitud estaban relacionadas con la calidad de la relación de pareja. Los resultados de esta investigación son de gran utilidad para orientar a este tipo de paciente con respecto a su sexualidad.

Por otro lado un estudio realizado por González, C. en el año 2015, sobre “Histerectomía y sus efectos psicosexuales en mujeres atendidas en ginecoobstetricia del hospital del IEES de Loja”, en Ecuador, se pretendió determinar los efectos psicológicos y sexuales que presentaron las mujeres histerectomizadas. El método de estudio utilizado para la realización del presente trabajo fue de carácter descriptivo y retrospectivo, la recolección de datos se realizó mediante una entrevista personal, para el estudio se utilizó la versión abreviada de la escala de Depresión en adultos del centro de estudios epidemiológicos de México, el Inventory de Beck de Ansiedad y el Cuestionario Abreviado del Índice de Función Sexual Femenina. La muestra estuvo constituida por 50 mujeres de edades comprendidas entre 35 y 45 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, en las que se pudo evidenciar que la ansiedad presentó niveles mínimos con 46%, leves con 26%, moderados con 18% y graves con 10%. La depresión tuvo un porcentaje elevado

con 80%. La sexualidad se vió afectada con 46% que presentó un deseo sexual bajo; el grado de excitación fue bajo con 44%, el 30% de mujeres refieren que a veces presentan lubricación durante el acto sexual e igualmente el 30% consigue siempre tener orgasmos y solo el 30% de mujeres se sienten moderadamente satisfechas durante el acto sexual. Con la información obtenida, se llegó a concluir que las mujeres hysterectomizadas presentan efectos psicológicos y sexuales en su mayoría negativos luego de la realización de la hysterectomía, que afectan su salud psicosexual.

En el caso de nuestro país no es ajeno a esta realidad, es así que Gabor Reyes, Ivan; Paredes, Fredy; Caffo, en el año 2005, realizan una investigación sobre “Comparación del efecto del tipo de hysterectomía abdominal sobre la función sexual femenina” realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú; en el cual 54 mujeres sometidas a la hysterectomía total (HAT) y 54 mujeres sometidas a hysterectomía subtotal (HAsT), por enfermedades benignas, entre enero de 2001 y diciembre del 2003: Fueron seleccionadas aleatoriamente para responder un cuestionario que evalúa Su función sexual (FSFI), donde Se determinó las proporciones disfunción, así como los dominios de la función sexual Como ha sido descrito. La función sexual femenina es el resultado de la suma de varios factores interrelacionados, como los psicológicos, anatomo-fisiológicos y culturales. La hysterectomía puede repercutir en las mujeres debido al estrés por la pérdida de la función reproductora, la pérdida de la función menstrual y de la sexualidad, así como de su valor sexual, habiendo mujeres que temen no solamente la disminución de su deseo sexual y de su capacidad de respuesta sexual, sino el descenso del atractivo, muchas veces por desconocimiento acerca de la pérdida de la matriz a la que muchas atribuyen un valor, tanto objetivo como simbólico, mayor que a los ovarios. Es por ello que estas consideraciones son muy importantes. Precisamente los dominios de la función sexual que están más afectados por aquello son el dominio del deseo, el de la excitación e indirectamente el de la lubricación misma. No obstante, en su estudio no pudieron demostrar diferencias en estos dominios de acuerdo al tipo de hysterectomía realizada. Más bien, sus datos sugieren que los dominios del deseo, excitación y lubricación son factores no relacionados de manera

importante a la cirugía misma sino principalmente a factores psicológicos y culturales.

Es por ello que el desempeño sexual de la mujer histerectomizada suele ser muy variable en el que los efectos psicológicos secundarios al tratamiento tienen mayor peso en la sexualidad que los efectos secundarios fisiológicos dada la naturaleza transitoria de los mismos. De este modo destacamos que la actitud que asume la mujer en relación con la sexualidad tiene repercusión en su salud sexual (Urrutia, M. y Araya, A., 2005).

En relación al inicio de la actividad sexual la investigación realizada por Urrutia M. y Araya A. (2005) con 104 mujeres histerectomizadas, encontraron que al tercer mes postoperatorio en las mujeres chilenas histerectomizadas iniciaron actividad sexual en promedio a los $46,3 \pm 17,2$ días, con un rango entre 10 y 90 días. Donde indican que al tercer mes post-cirugía, 10 mujeres no habían iniciado actividad sexual, lo que corresponde al 11,1% de la muestra en estudio. Es relevante señalar que de las 10 mujeres sin actividad sexual, 7 de ellas manifiestan que el “miedo” es la causa por la cual no han reiniciado, 1 por indicación de la matrona, 1 por problemas de la pareja y 1 por referir falta de deseo.

Por consiguiente la presente investigación pretende relacionar las actitudes hacia la sexualidad y función sexual en pacientes histerectomizadas. Este estudio se realizará en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa (IREN – SUR), por ser uno de los principales centros de atención a nivel regional ya que atiende una gran diversidad de pacientes que provienen de diferentes lugares del sur.

Se considera importante que la psicología investigue más sobre la sexualidad de los pacientes oncológicos para que se conozcan las repercusiones psicológicas causadas por los tratamientos utilizados para combatir el cáncer, y así mismo abordar e intervenir ante este problema reconociendo la importancia de evaluar la sexualidad de las mujeres histerectomizadas en la ciudad de Arequipa, debido

a que esta población es vulnerable a sufrir disfunciones en su vida sexual, que interfieren en la relación de pareja, así como alteración de la imagen corporal o de la afectación de la imagen emocional y psicológica que suelen acompañar el diagnóstico y el tratamiento. Muchos pacientes con cáncer pueden no estar preparados para los cambios en su sexualidad y vida sexual durante o después del tratamiento del cáncer, haciendo estos efectos secundarios o problemas sexuales más difíciles de abordar y más aún para pacientes hysterectomizadas. Por lo tanto se debe incrementar el valor que tiene la labor de la psicooncología, así mismo generar la prevención e intervención temprana de futuras disfunciones sexuales y fomentar la psicoeducación sobre el cáncer ginecológico y sobre la propia hysterectomía, lo cual constituye una preocupación real y vigente en muchos pacientes a consecuencia directa de la enfermedad.

4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Para la presente investigación encontramos la limitación respecto a las escasas investigaciones psicológicas sobre la actitud hacia la sexualidad y función sexual en este tipo de pacientes y son investigadas por otros profesionales.
- Otra limitación de esta investigación es el diagnóstico y estado físico como anímico de cada paciente, por lo que se tiene que tener en cuenta para poder realizar las entrevistas y la aplicación de los cuestionarios.
- El número reducido de la muestra es otra limitación debido a que no podemos generalizar los resultados obtenidos.

5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- A. Actitudes hacia la sexualidad:** Sostiene que son el conjunto organizado de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias que evalúan y disponen de determinada forma al sujeto ante personas, objetos y situaciones, relacionadas al comportamiento sexual, identidad sexual, roles de género, orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y al desarrollo de la actividad sexual (Cerruti, S., 1997).

B. Función sexual: La función sexual constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores psicológicos, socioculturales y biológicos, algunos de los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla (Sell, J. et al., 2001).

C. Histerectomía: Es la extirpación quirúrgica del útero que ocasiona la incapacidad para quedar en embarazo (esterilidad) y el cese de la menstruación, es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina. Cuando se acompaña de la escisión de los anexos se produce además menopausia artificial o quirúrgica (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001).

D. Cáncer ginecológico: Un cáncer ginecológico es cualquier cáncer que se origina en los órganos reproductores de la mujer. Los cánceres se identifican de acuerdo a la parte del cuerpo en que aparecen primero. Los cánceres ginecológicos se originan en diferentes órganos reproductores ubicados en la zona pélvica, es decir, el área debajo del estómago y entre las caderas.

6. VARIABLES Y SUS INDICADORES

A. VARIABLE DE INVESTIGACIÓN

Actitud hacia la sexualidad

- Liberalismo
- Sexo neurótico
- Inseguridad sexual
- Puritanismo
- Excitabilidad sexual

Función sexual

- Deseo
- Excitación
- Lubricación

- Orgasmo
- Satisfacción
- Dolor

B. VARIABLE INTERVINIENTES

Grado de instrucción

- Analfabetas
- Educación básica o primaria
- Educación media o secundaria
- Educación superior

Estado civil

- Casada
- Conviviente

Tipo de histerectomía

- Total
- Radical

7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensió n	Operacionali zación	Escala	Indicadores	Estadístic a	Estadís tica Global
Variable de investigación	Actitud Sexual	Test de Actitud hacia la Sexualidad de Eysenck	Nominal	Liberalismo Sexo neurótico Inseguridad sexual Puritanismo Excitabilidad sexual	No paramétric a	χ^2
	Función sexual	Test del Índice de Función Sexual Femenina		Deseo Excitación Lubricación Orgasmo Satisfacción Dolor		

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ACTITUDES HACIA LA SEXUALIDAD

1.1. DEFINICIÓN DE ACTITUD

Álvarez (2004) afirma que las representaciones sociales se construyen para comprender, comunicar, controlar y afrontar el medio social, e incluyen aspectos actitudinales, cognitivos, emocionales, de grupalidad y comportamentales (Chávez, M., y Álvarez, J., 2012).

Allport, G. W. (1935). Definía la actitud como un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella. Generalizadamente se suele aceptar que la actitud constituye una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse ante un objeto (citado por Chávez, M., Petrezelová, J., Zapata, J., 2009).

1.2 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

En función de lo que se ha dicho, puede notarse que toda actitud, posee tres componentes: el componente cognitivo, el afectivo y el conativo o conductual, los cuales caracterizamos seguidamente (Rodríguez, A., 1993).

1.2.1 Componente cognitivo

Implica que los conocimientos que una persona posee de un objeto, o hecho social, pueden ser suficientes para sustentar una actitud firme respecto del mismo, en tanto que ello sí es algo que forma parte de su universo cognoscitivo. De igual forma, si estos conocimientos se apoyan en valores u opiniones consolidados en el sujeto, aquellos pueden verse notablemente reforzados, lo cual influirá en una actitud más firme y operativa. En general, las actitudes fundamentadas en el conocimiento objetivo o razonado de las cosas son muy susceptibles de modificación, tanto mediante nuevos datos, como de razonamientos.

1.2.2 Componente afectivo

Es la referida a los sentimientos y emociones del individuo frente al objeto. Suele ser considerado el aspecto fundamental, ya que numerosas actitudes se orientan en sentido afirmativo o negativo afectivo respecto de sus objetos. Por esto mismo, las actitudes son difíciles de modificar si es que sólo se emplean métodos racionales basados en el conocimiento objetivo de las cosas, ajenos de una carga emocional; por ello, un vínculo afectivo con el alumno (entendido dentro de los parámetros normales de la relación profesor/alumno) podría jugar en mucho en el proceso de modificación de una actitud negativa o perniciosa en el mismo.

1.2.3 Componente conativo

Es la predisposición a la acción del individuo. Es una tendencia inconsciente a comportarse de una forma determinada, lo que le diferencia de la intención, que es un acto consciente, voluntario. Es aquél relacionado con el comportamiento guiado por la actitud. En tal sentido, el componente conativo

puede ser muy importante en actitudes de negatividad o marginalidad social, tanto como generadoras potenciales de actitudes violentas; por ello, frenar el plano conativo de la actitud, estimulando el plano emocional, suele ser la técnica más usada para el tratamiento escolar en el caso de conductas sexuales perniciosas, en pro de conseguir así una modificación favorable. Modificado el plano emocional se tiene mejor acceso a los planos cognitivo y conativo.

1.3 DIMENSIONES DE LA ACTITUD

Rodríguez, A. (1993), menciona que las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de las conductas. Ahora bien, hasta qué punto una actitud determina una conducta es algo que se puede conocer a través de las llamadas “dimensiones”, que sirven precisamente para su medición. Tales dimensiones son: dirección e intensidad.

1.3.1 Dirección de la actitud

Marca el aspecto positivo o negativo de la misma; es decir, señala el modo de sentir, en pro o en contra del objeto actitudinal; sólo se registra neutralidad en los instrumentos, cuando no se ha desarrollado una actitud frente al objeto en cuestión. Como ejemplo, tomemos el fenómeno actitudinal del *currículo por competencias* en la enseñanza universitaria. Es fácil comprobar que hay muchos maestros que tienen actitudes de aceptación hacia éste, pero también hay quienes lo rechazan: si le preguntamos a un matemático si lo acepta o lo rechaza, es muy probable que conteste que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, pues no sabe en qué consiste; de igual modo, entre quienes lo acepten puede haber algunos que no lo conozcan a cabalidad y otros no saben nada de competencias, es posible que entre sus detractores haya personas sólo basadas en ideas equivocadas acerca de él.

1.3.2 Intensidad de la actitud

No todo se acepta o se rechaza con igual fuerza: puede tenerse una actitud de rechazo hacia el robo; pero, probablemente, se rechace con mayor fuerza el

asesinato o la violación. La intensidad, pues, es lo que da la fuerza a la dirección de la actitud, determina el punto de aceptación o rechazo. Para ello se elabora una escala cuya intensidad va gradualmente de “fuerte a débil”, tanto para el lado positivo como para el lado negativo. La intensidad está directamente relacionada con la emoción que origina la vivencia de la actitud. Así, si la intensidad es mayor, es porque la emoción que provoca el objeto actitudinal también lo es. A la inversa, si la intensidad es leve, es porque la reacción emocional ante el objeto actitudinal también lo era. Además, cuanto mayor es la intensidad, mayor disposición a la acción habrá en la persona.

1.4 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Reducir la complejidad del medio social. Permiten ordenar y estabilizar todos los estímulos, informaciones, opiniones o valores que le llegan relacionados con la Sexualidad. En función de poseer un "tipo" u otro de actitud sexual se producirán distintos "tipos" de ordenación de los estímulos. En cualquier caso permiten una percepción más estable, consistente y predecible del medio (Sáez, S. y Frago, S., 2015).

- Expresar tendencias y sistemas normativos.
- Resolver conflictos internos y mantener una imagen positiva de sí mismo en relación a la Sexualidad.
- Adaptarse al grupo social, permite identificarse y ser identificado como miembro de determinado grupo social.

1.5 MODELO TRIRREFERENCIAL DE LA ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD (E. AMEZÚA Y N. FOUCART).

Llamamos a este modelo trirreferencial puesto que propone tres categorías de referencia para las actitudes que las personas manifiestan hacia la sexualidad; estas son: Normatividad, Combatividad y Comprensividad. (Sáez, S. y Frago S., 2015):

Este modelo es bipolar, puesto que propone dos subcategorías (extremos de un mismo continuo) para cada una de las tres categorías.

- Para el eje de Normatividad: Prohibitividad y permisividad.
- Para el eje de Combatividad: Ataque y Defensa.
- Para el eje de comprensividad. Empatía y Cultivo.

Excepcionalmente, las categorías del tercer referente (comprehensividad) no son bipolares, como las categorías de los otros referentes; sino que son graduales, progresivas "...de modo que la Empatía puede llevar a la cultivabilidad y a esta sólo se llega a través de aquella".

Atendiendo a esta propuesta, las actitudes hacia la sexualidad podrían clasificarse en tres grandes bloques o referentes actitudinales medio:

1.5.1 Normatividad: Comprende todas aquellas actitudes hacia la sexualidad que refieren la existencia, presencia, obligatoriedad de alguna suerte de norma (criterio) que regula y articula el hecho sexual humano.

La polaridad de esta norma la componen las actitudes prohibitivas (polaridad negativa) y las actitudes permisiva (polaridad positiva).

Unas y otras serían los opuestos de un mismo continuo. Las actitudes prohibitivas están fundamentadas en diversas razones, por ejemplo:

- Morales y religiosas: prohibiendo determinadas conductas en bases a unas creencias.
- Políticas: fundamentadas en razones ideológicas, demográficas (control de natalidad) fomentando o restringiendo determinadas conductas sexuales.
- Sanitarias: Los conceptos de normalidad y anormalidad dejan todo un mundo de la sexualidad fuera de lo "permisible".

Las actitudes permisivas están fundamentadas en razones similares, por ejemplo:

- Reivindicación: por reacción a los valores establecidos.

- Snobismo, progresía, inercia, ansia de liberación. Hartos del peso que supone la prohibición se quiere acabar con ella.

Las actitudes normativas están profundamente arraigadas en nuestra cultura, y nosotros estamos influenciados por ello, seamos conscientes o no.

1.5.2 Combatividad: Este segundo referente comprende aquellas actitudes que tienen un contenido de intervención activa, por lo tanto una emocionalidad más intensa, sobre los objetos sexuales sometidos a juicio. Estas actitudes se fundamentan en la existencia de una o varias normas. Se diferencia del primer referente en que existe cierta propensión a la intervención con intencionalidad de cambio.

Este referente aparece polarizado en dos extremos de un mismo continuo el ataque por un lado y la defensa por otro. Las actitudes combativas están fundamentadas en diversas razones, por ejemplo:

- Experiencia personal. Una vivencia determinada nos lleva a generalizar sobre un tema.
- Ideología. Comulgar con una determinada ideología nos hace estar a favor o en contra de hechos concretos.

1.5.3 Comprensividad: El tercer referente es cualitativamente distinto y los autores lo definen como multipolar. Vendría definido por la actitud empática, de acercamiento, aprehensión, comprensión... hacia el objeto sexual del juicio; Las referencias resultarían por tanto de índole "interna", y cuya posible referencia externa sería la contextualización en la naturaleza del propio objeto juzgado.

No se trata de que la sexualidad sea algo prohibido, ni siquiera permitido, sino cultivable. La sexualidad ha sido juzgada y condenada, patologizada y moralizada, sin haber sido estudiada y comprendida.

Si nos situamos como educadores, habremos de hacer lo posible para movernos en este último eje de Comprensividad y en la medida de lo posible fomentarlo. Y a esto se llega situándonos de forma cordial, sensible y cercana a las personas. Procurando conectar con las situaciones y vivencias concretas. Describiendo "*Así he visto que sucede...*" sin valorar ni enjuiciar. Personalizando las respuestas; sin generalizar. Y siendo honrado y sincero, y llegado el caso poder decir "no estoy capacitado para opinar o asegurar"

2. HISTERECTOMÍA

2.1 DEFINICIÓN

Histerectomía (proviene del griego “hystera” significa útero y “ektomia” que significa sacar por corte) es la extracción del útero o matriz. La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, lo que provoca esterilidad. Puede además ir acompañado de una anexectomía: extirpación de trompas de Falopio y ovarios (Clarke A., 2007, citado por Miranda C., 2013, p, 32).

Es la extirpación quirúrgica del útero que ocasiona la incapacidad para quedar en embarazo (esterilidad) y es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina. La HT consiste en la remoción quirúrgica del útero (Ivanova, Johnson & Lethaby, 2006; Johnson et al., 2006) y tiene como consecuencias inmediatas el cese de la menstruación y la imposibilidad de tener hijos. Cuando se acompaña de la escisión de los anexos se produce además menopausia artificial o quirúrgica (citado por Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001).

De acuerdo a (Berek, J., 2006) define: “La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer y es la segunda operación más practicada después de la cesárea a nivel mundial”.

Con respecto a esto Miranda C. (2012) determina que la histerectomía está rodeada de creencias y actitudes negativas, así como, que se ha generado un estereotipo negativo hacia las mujeres que han sido histerectomizadas. Algunos de los calificativos que se usan para referirse a una mujer sin útero son: hueca, hoyo seco, menos mujer, inservible, entre otros. Por otra parte, los estudios han correlacionado cambios en el auto-concepto, depresión, disfunción sexual, disminución de la libido y ansiedad con la histerectomía.

De acuerdo con la Asociación de Histerectomía en el Reino Unido, una de cada cinco mujeres se someterá a la histerectomía en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos, la histerectomía es un procedimiento elegido y no una operación de emergencia. Esto quiere decir que la paciente libremente decide someterse al procedimiento, como una manera de curarse o aliviar sus síntomas relacionados con sus problemas ginecológicos (Mendoza Vargas, E. y López Serrano, A., 2010)

2.2 TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Existen tres tipos de histerectomía la subtotal y la radical, a su vez, existen dos formas de realizar este procedimiento quirúrgico, ya sea de forma vaginal o abdominal (Martínez, M., 2007).

- Una ***histerectomía completa o total*** extirpa el cuello uterino así como el útero. Este es el tipo más común de histerectomía.
- Una ***histerectomía parcial o subtotal*** (llamada también *histerectomía supra cervical*) extrae la parte superior del útero y deja el cuello uterino en su lugar.
- Una ***histerectomía radical*** se extrae el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y sus tejidos de apoyo. Este procedimiento se realiza en algunos casos de cáncer.

A menudo se extraen uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio al mismo tiempo que se realiza una histerectomía. Cuando se extraen ambos ovarios y

ambas trompas de Falopio, el procedimiento se llama salpingo-oforectomía bilateral.

2.3 ABORDAJES QUIRÚRGICOS DE LA HISTERECTOMÍA

Hoy hay muchos abordajes diferentes para la histerectomía, incluyendo la vía abdominal, transvaginal y laparoscópica. Pueden seleccionarse combinaciones de varias técnicas, como en el caso de la histerectomía vaginal con asistencia laparoscópica. Aunque la histerectomía abdominal sigue siendo la más común en todo el mundo, hay evidencia proveniente de varios estudios aleatorizados y prospectivos que indican que la histerectomía vaginal tiene menos complicaciones, una estadía hospitalaria más corta, una recuperación más rápida y costes más bajos (Martínez, M., 2007).

- **HISTERECTOMÍA ABDOMINAL:**

- **Definición:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero a través de una incisión en el abdomen.

En la histerectomía abdominal, el médico hace una incisión en la piel y el tejido en la parte inferior del abdomen para llegar al útero. La incisión puede ser vertical u horizontal. Este tipo de histerectomía le permite al cirujano ver claramente el útero y otros órganos durante la operación. Este procedimiento se podría elegir si tiene tumores grandes o si hay cáncer presente. La histerectomía abdominal puede requerir un tiempo más largo de cicatrización que la vaginal o la cirugía laparoscópica, y generalmente la hospitalización es más larga.

- La vía abdominal se impone a la vía vaginal en los casos siguientes:
 - Patologías útero – anexiales voluminosas.
 - Adherencias intraabdominales.
 - Cáncer útero – anexial.
 - Patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía.
 - Arco pubiano estrecho.

- Ausencia de relajación del piso pélvico.
- Vaginas estrechas.
- Sospecha de patologías abdominales asociadas.

- **HISTERECTOMÍA VAGINAL:**

- **Definición:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual es extirpado el útero por vía vaginal.
- En la histerectomía vaginal el útero se extrae a través de la vagina. Con este tipo de cirugía, no tendrá una incisión (cortadura) en el abdomen. Debido a que la incisión está dentro de la vagina, el tiempo de cicatrización es más breve que el de la cirugía abdominal. También la recuperación puede ser menos dolorosa. La histerectomía vaginal produce menos complicaciones que los otros tipos de histerectomía y es una forma muy segura de extraer el útero. Además, las hospitalizaciones son más breves y la capacidad para reanudar las actividades normales es más rápida que con una histerectomía abdominal. La histerectomía vaginal no siempre se puede hacer. Por ejemplo, las mujeres con adhesiones de cirugías previas o úteros muy grandes es posible que no puedan tener este tipo de cirugía.
- La vía vaginal se impone a la vía abdominal en los casos siguientes:
 - Histerocele.
 - Patologías de relajación del piso pélvico.
 - Obesidad.
 - Útero Móvil.
 - Ausencia de adherencias intraabdominales.
 - Ausencia de Cáncer útero – anexial.
 - Ausencia de Patologías ortopédicas que imposibiliten la posición de litotomía.
 - Exclusión de patologías abdominales asociadas.

- **HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:**

- **Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL):** Es una histerectomía vaginal realizada después de la liberación de adherencias, extirpación de focos de endometriosis u ooforectomía por laparoscopia. Básicamente, esta denominación es usada cuando parte de la histerectomía es ejecutada por laparoscopia, pero las arterias uterinas son ligadas por vía vaginal.
- **Histerectomía laparoscópica (HL):** Implica la histerectomía con ligadura laparoscópica de las arterias uterinas, usando electrocirugía, suturas o grapas (staples). La continuación del procedimiento puede ser realizado por vía vaginal o laparoscópica, incluyendo la apertura de la cúpula vaginal, la sección de los ligamentos de sostén uterino y el cierre de vagina. La ligadura laparoscópica de los vasos uterinos es la condición sine qua non para la histerectomía laparoscópica.
- **Histerectomía laparoscópica total (HLT):** En este caso, la disección laparoscópica continúa hasta que el útero cae libre de todos sus ligamentos en la cavidad pélvica. El útero es removido por tracción a través de la vagina. La vagina es o no cerrada laparoscópicamente.
- **Histerectomía laparoscópica supracervical (HLS):** Se conserva el cuello del útero. Esta técnica ha ido ganando aceptación por su baja morbilidad. El cuerpo uterino es extraído por morcelación eléctrica o manual por vía abdominal o a través del fondo de saco de Douglas. Está indicada solo en pacientes sin patología cervical y de riesgo bajo para papiloma virus.
- **Histerectomía vaginal con reconstrucción pélvica laparoscópica:** Es cuando luego de la histerectomía se realiza otro procedimiento adicional, como la colposuspensión retropúbica.

2.4 INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA

En términos generales, la gran mayoría de las histerectomías se realizan para aliviar los síntomas de dolor, sangrado, o ambas cosas. De acuerdo con las estimaciones actuales los leiomiomas uterinos, el prolапso uterino, y la endometriosis son las indicaciones más frecuentes, representando el 70% de las histerectomías. La edad tiene una influencia importante en la frecuencia relativa de estas indicaciones. En mujeres en edad reproductiva, los fibromas uterinos y las irregularidades menstruales son las indicaciones más frecuentes. En las mujeres posmenopáusicas, el prolапso uterino y la enfermedad premaligna o maligna son las indicaciones más frecuentes (Martínez, M., 2007).

Sin duda (Cerda, & Pino, 2006) afirman “una histerectomía apropiadamente indicada puede proporcionar un enorme beneficio para las pacientes correctamente informadas, con síntomas o con una enfermedad ginecológica significativa. Sin embargo nunca debería realizarse sin las indicaciones adecuadas”.

En prácticamente todos los estudios, los miomas uterinos son habitualmente la primera indicación de histerectomía. Las indicaciones varían con la edad de la paciente por lo que Berek, J. (2006), menciona los siguientes:

- **Mioma:** Los miomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en mujeres. Por lo tanto esta patología es la responsable de un gran número de histerectomías. La histerectomía por miomas uterinos debe considerarse solo en pacientes que no desean preservar la fertilidad. La decisión de realizar una histerectomía por miomas normalmente se basa en la necesidad de tratar los síntomas como son sangrado uterino anormal, dolor pélvico o síntomas de compresión. Otras indicaciones son el aumento rápido del tamaño uterino, la compresión ureteral o el crecimiento uterino después de la menopausia.
- **Sangrado uterino disfuncional:** Berek, J. (2006), supone el 20% de todas las indicaciones de histerectomía. Puesto que el sangrado uterino disfuncional suele ser el resultado de la anovulación, el sangrado puede

controlarse mediante tratamiento médico con géstatenos, estrógenos, una combinación de ambos, anticonceptivos orales o antiinflamatorios no esteroideos. En la mayoría de las pacientes, el sangrado no requiere tratamiento, a no ser que haya anemia o que el sangrado sea abundante e interfiera con la calidad de vida de la paciente. En pacientes mayores de 35 años, se debe realizar una biopsia endometrio antes de la histerectomía. El legrado no es un método efectivo para controlar el sangrado y no es necesario antes de la histerectomía. Por lo tanto, la histerectomía debe reservarse para pacientes que no responden o que no toleran el tratamiento médico.

- **Dismenorrea Refractaria:** Cerca del 10% de las mujeres adultas están discapacitadas hasta 3 días al mes como resultado de la dismenorrea. La dismenorrea puede tratarse con antiinflamatorios no esteroideos solos o en combinación con anticonceptivos orales u otros fármacos hormonales para reducir o eliminar el sangrado menstrual. Rara vez se necesita una histerectomía para el tratamiento de la dismenorrea primaria. En pacientes con dismenorrea secundaria, se debe tratar primero la patología subyacente. La histerectomía solo debe considerarse si fracasa el tratamiento médico o si la paciente no desea conservar la fertilidad.
- **Dolor pélvico:** Se encontró de 418 mujeres a las que se les realizó una histerectomía por diversas patologías no malignas, el 18% tenía dolor pélvico crónico y solo el 66% de esas pacientes se realizó una laparoscopia previa. Después de la histerectomía hubo una reducción significativa de los síntomas asociados con mejoría de la calidad de vida de la paciente. En una revisión de 104 pacientes a las que se les realizó una histerectomía por dolor pélvico crónico de supuesto origen uterino, el 78% notó mejoría de su dolor durante una media de seguimiento de 21,6 meses, pero el 22% de las pacientes no mejoró o incluso empeoró. La histerectomía solo debe realizarse en aquellas pacientes en la que el dolor es de origen uterino y no responden a tratamientos no quirúrgicos.

- **Neoplasia cervical intraepitelial:** Antiguamente, el tratamiento primario de la neoplasia cervical intraepitelial era la histerectomía, pero la máxima profundidad de la displasia en la unión escamocolumnar es de 5,2mm y el 99,7% de las displasias están localizadas dentro de los 3,8mm de la superficie epitelial. Por lo tanto, los tratamientos más conservadores, como la crioterapia, el láser con asa de diatermia, serán efectivos para tratar la enfermedad, por lo que la histerectomía es innecesaria en la mayoría de las mujeres con este trastorno. En pacientes con displasias recurrentes de alto grado que no deseen preservar la fertilidad, la histerectomía es una opción terapéutica adecuada. Pero incluso después de la histerectomía, estas pacientes tienen un riesgo aumentado de neoplasia vaginal intraepitelial.
- **Prolapso genital:** La histerectomía por un prolapso genital es la responsable de cerca del 15% de las histerectomías realizadas en Estados Unidos. La histerectomía vaginal es la vía de elección para el prolapso genital a no ser que haya alguna patología asociada que requiere un abordaje abdominal. De acuerdo a (Berek, J., 2006) señala: “el prolapso genital no suele ser un hecho aislado asociándose, con frecuencia, con diversas alteraciones del sostén pélvico. Se deben corregir todos los defectos para optimizar el resultado quirúrgico y reducir los riesgos de posteriores alteraciones del suelo pélvico”.
- **Urgencia obstétrica:** La mayoría de las histerectomías de urgencia se realizan por hemorragias posparto provocadas por atonía uterina. Otras indicaciones son la ruptura uterina que no puede repararse o los abscesos pélvicos que no responden al tratamiento médico. En pacientes con placenta acreta o increta, puede ser necesaria la histerectomía.
- **Enfermedad inflamatoria pélvica:** Generalmente puede tratarse satisfactoriamente con antibióticos. En pacientes con esta enfermedad no debe extirparse el útero y los ovarios, a no ser que el paciente no responda al tratamiento médico intravenoso. Aunque se inicie el tratamiento quirúrgico conservador, la decisión de drenar el absceso o extirpar el órgano es

subjetiva y debe basarse en cada paciente. De acuerdo (Berek, J., 2006) considera, algunos abscesos pélvicos, si son accesibles, pueden drenarse con éxito por vía percutánea guiados por ecografía o tomografía computarizada. También será necesaria la intervención quirúrgica si la paciente tiene hallazgos abdominales agudos relacionados con peritonitis, y signos de sepsis en presencia de rotura de un absceso tuboovario. En pacientes que deseen preservar la fertilidad se debe tener en cuenta la anexectomía unilateral o parcial bilateral, sin histerectomía. En pacientes en la que sea necesario realizar la anexectomía bilateral, se puede dejar el útero para una posible fecundación in vitro con ovocitos de donante.

- **Endometriosis:** Los tratamientos médicos y quirúrgicos conservadores generalmente son efectivos para el tratamiento de la endometriosis y por lo tanto, la anexectomía, con o sin histerectomía, solo debe realizarse en pacientes que no respondan al tratamiento quirúrgico conservador o al tratamiento médico. Así de acuerdo a (Berek, J., 2006) la mayoría de las pacientes con endometriosis que requieran una histerectomía tendrán dolor pélvico o una dismenorrea insoportables. Otras situaciones menos comunes sin las pacientes que no desean la fertilidad futura y que tienen endometriosis que afecta a otros órganos pélvicos, como el uréter o el colon.
- **Cáncer:** Se diagnostica que las metástasis procedentes de órganos no ginecológicos pueden provocar síntomas que requieran una histerectomía. Se debe considerar la histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral como intervención inicial en pacientes con carcinomas colorrectal por el riesgo de tener cánceres pélvicos concurrentes o metástasis ocultas.
- **Tumores ováricos:** Los tumores ováricos benignos que sean persistentes o sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico. Obviamente, si la paciente desea conservar la fertilidad, el útero debe conservarse. Sin embargo, si la fertilidad no es un problema o la paciente está perimenopausica o posmenopásica, debe decidirse si quitar el útero.

2.5 HISTERECTOMÍA A TRÁVES DE LA HISTORIA

Diversos autores reseñaron a la histerectomía a través del tiempo. Los primeros datos encontrados fueron sobre la histerectomía de tipo vaginal, iniciando en el siglo V a. C. Posteriormente, se hallaron más registros de casos únicos en el siglo II d.C. por Sorano de Efesco, en el año 1517 d.C. por el italiano Jacopo Berengario de Capri y en 1560 por Andrea de la Croce de España. En 1600 fueron recopilados y publicados 26 casos de histerectomías vaginales por Schenck de Grabenberg. Mientras que, entre 1800 y 1816 Baudeloc que llevo a cabo 23 histerectomías en Francia; por otra parte, Wrisberg es el primero en recomendar la histerectomía vaginal por cáncer de útero presentando un trabajo a la Academia Real de Medicina de Viena en 1810. Otros hallazgos importantes fueron los de Lagenbeck, Recamier, Herman y Werneberg, ya que, obtuvieron resultados exitosos en las histerectomías que efectuaron (Thompson, J., & Rock, J., 1993).

Así como, los de Czemy, Billroth, Mikuliez, Schroeder, Kicher, Teuffel y Spencer Wells, a finales de 1800 por haber estudiado sistemáticamente y desarrollado dicha técnica. Ahora bien, la histerectomías de tipo abdominal en sus comienzos se pensaba inaceptable por ciertos médicos como James Jonson, director del Lindon Medico-Chirurgical Review, quien declaro lo siguiente en 1825 “Nosotros consideramos que la extirpación del útero no asociado con protrusión o inversión previas representa una de las operaciones más crueles e impracticables concebidas o ejecutadas por el hombre. No es nuestra desalentar intervenciones quirúrgicas audaces y novedosas, pero existe un límite que sería imprudente sobrepasar.” (citado por Thompson, J., & Rock, J., 1993); sin embargo ese mismo año. Langenbeck fue el primero en intentar extraer un útero con cervical por esta vía, después le siguieron Charles Clay en 1843, A.M. Health y John Bellinger en 1846 siendo la hemorragia la causa principal de muerte en todos los casos. Fue Walter Burham quien logró efectuar la primera histerectomía abdominal exitosa en 1853 y ese mismo año G. Kimball le sigue: no obstante, fue hasta 1864 cuando se empieza a controlar la hemorragia gracias a un publicado por Koeberle donde propuso ligar el pedículo vascular mayor de

la parte inferior del útero. A principios de 1900 la tasa de mortalidad se redujo a menos del 1% y la histerectomía comenzó a ser una opción para el tratamiento de enfermedades y síntomas ginecológicas (Thompson, J., & Rock J., 1993, citado por Martínez, M., 2007).

2.6 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA HISTERECTOMIA

Las repercusiones psicológicas de la histerectomía giran en torno a la depresión asociada a esta intervención, repercusiones en la sexualidad, al auto imagen, y la percepción de su feminidad. También se señala que esta operación es experimentada como una crisis existencial dada la significación simbólica del útero y de las funciones de procreación, menstruación y sexual. La histerectomía impacta en la vida interna y relacionada con la mujer puede ser más devastadora que la menopausia porque implica la pérdida de las vías reproductoras lo que genera mayor preocupación que la pérdida de otros órganos. Asimismo se reconocen algunos factores psicosociales como soporte social, en el cual el cese de la menstruación como consecuencia de la histerectomía se asocia al significado simbólico e inconsciente del útero relacionado a la condición de ser mujer, a la feminidad, sexualidad y maternidad. El útero y sus representaciones mentales para las mujeres (crucial para la maternidad) resulta ser una pérdida del poder femenino, experimentando el sentimiento de quedar vacía, ya que pierde una parte muy sustantiva de su propia anatomía que la simboliza frente al hombre. Frente a la histerectomía las mujeres manifiestan temores a perder su capacidad sexual y el interés por su pareja, como también a envejecer prematuramente, el cambio en la respuesta sexual depende de la ansiedad originada por la preocupación del funcionamiento sexual y por el deterioro de las relaciones sexuales, por otro lado la histerectomía como menopausia simboliza también la pérdida de la juventud, el cuerpo muestra cambios en la piel (por la deficiencia de estrógenos), esto produce ansiedad y depresión en el que se relacionaría fundamentalmente con la percepción de perdida de feminidad del potencial reproductivo de la atención de la pareja (Kristen, H., Kjerulff, M., Langerberg, P., et al., 2000)

2.7 IMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN LA IMAGEN CORPORAL

En el ámbito de la psicología se ha estudiado ampliamente la relación entre el cáncer y la calidad de vida, sin embargo la histerectomía no ha sido un tópico ampliamente estudiado. En relación a la histerectomía, no hay suficiente investigación en temas de igual o mayor importancia como la autoimagen, el sentido de feminidad, la sexualidad y creencias y temores de las pacientes en relación a la cirugía, todos ellos tópicos que interfieren directamente con la percepción subjetiva de calidad de vida (Kristen, H., Kjerulff, M., Langerberg, P., et al., 2000)

- **Feminidad:** La mujer tiende a encontrar su identidad a través de su feminidad, la cual es una combinación de factores tales como el atractivo sexual, capacidad para tener niños; por esta razón los genitales en la mujer y los órganos reproductores son esenciales para su adaptación y autovaloración como mujer, la remoción de éstos órganos constituye un peligro para la autonomía integral de la mujer sobre todo para aquellos cuya identidad o rol femenino descansa en sus atributos físicos, la amputación quirúrgica de los órganos reproductores en una mujer produce un daño psicológico por su impacto en la concepción de la mujer y su feminidad.
- **Reacción depresiva:** Se dice que la histerectomía incluye enfermedades depresivas y frecuentes estados de ánimo, de tristeza y fácil reacción emocional acompañado de lágrimas, lástima, también produce inseguridad, experiencias de abandono, descontento, está relacionado con el tiempo de producida la histerectomía.
- **Pérdida del sentido de independencia personal:** Pérdida de trabajar con la misma efectividad.

- **Temores:** La paciente siente temores a la posible mutilación, al dolor, muerte, separación de las personas queridas, pérdidas económicas y desintegración familiar y al envejecimiento, temor de perder el esposo, temor por no volver a trabajar, temor de perder el atractivo sexual, temor de perder la capacidad de concebir, temor a perder la menstruación.

2.8 REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN LA MUJER

Desde la infancia la mujer va percibiendo su feminidad basada en la maternidad y en todos los aspectos que tienen que ver con este evento: pubertad, embarazo y climaterio, cuando hay alguna intrusión en alguna de estas fases se producen una serie de consecuencias negativas que van a influir de forma muy directa en el autoconcepto que tienen sobre sí mismas. (Kristen, H., Kjerulff, M., Langerberg, P., et al., 2000)

Según Bellak la respuesta de una mujer ante una enfermedad orgánica y sus efectos van a depender de la personalidad de la paciente y el grado de respuesta emocional, patológica o no patológica, que surge ante la enfermedad; por tanto se podrían prever diferentes tipos de respuesta ante una histerectomía (citado por Kristen, H., Kjerulff, M., Langerberg, P., et al., 2000)

- Una reacción normal que se caracteriza por fases de angustia o depresión. Esta reacción tendrá un límite de tiempo.
- Podría presentarse una reacción de “evaluación” a la enfermedad que tendría su manifestación en la negación de la misma, dicha negación se podría convertir en una depresión acompañada por estados de angustia.
- Puede presentarse una depresión reactiva que puede prolongarse y/o manifestarse en rasgos hipocondriacos.
- Otras personas podrían centrar en la enfermedad todos los conflictos psicológicos existentes con anterioridad.
- En casos extremos se puede llegar a presentar una invalidez psicológica de sus seres más allegados, limitando su vida, dejando de realizar sus actividades cotidianas, asumiendo una actitud victimizante.

Para la mujer el útero representa gran parte de su feminidad, tiene un importante papel en la procreación pues es donde se alberga al bebé en su primer estadio de desarrollo, es considerado fuente de juventud, regulador de salud y está directamente relacionado con el bienestar del cuerpo, por lo que al practicársele una histerectomía se sienten vacías, faltas de su identificación sexual; si a esto unimos la extirpación de los ovarios (anexectomía unilateral o bilateral) tenemos que decir que la mujer lo vivencia como una castración no solo psicológica, sino que la reducción de estrógenos y progesterona provocan en ella cambios visibles, cambios que acentúan su estado psicológico. En algunos casos el miedo al vacío será compartido por la pareja, que en muchas ocasiones, puede vivir de forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales, a lo que hay que añadir una disminución de la libido sexual que en casos extremos pueden ser responsables de ciertos problemas entre el matrimonio o la pareja.

2.9 EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA EN LA PACIENTE

Kristen, H., Kjerulff, M., Langerberg, P., et al., (2000) considera los siguientes efectos:

- Cambios en su vida afectiva y patrones sexuales.
- Cambio en su concepto de sí misma como una persona femenina.
- Cambios estructurales, funcionales y psicológicos.
- Alteración en la percepción de la imagen corporal en cuanto a su condición femenina y sexualidad.
- En lo emocional en su autoestima y sensibilidad.
- Desajuste social - crisis emocional.
- Reacción depresiva que algunos casos lleva a la alteración de la salud mental.
- En algunos casos hay efectos entre ellos incluidos el divorcio en la pareja que pasan por la experiencia de la histerectomía.
- Factores que afectan la experiencia de la mujer con la histerectomía en relación al respaldo que recibe de los amigos y los familiares en especial de cónyuge o pareja sexual.

3. FUNCIÓN SEXUAL

3.1 DEFINICIÓN

La función sexual constituye la expresión de la integridad orgánica y funcional del sistema neuroendocrino y del aparato reproductor que permite al organismo llevar a cabo la actividad sexual con una respuesta adecuada. Esta respuesta está influida por múltiples factores psicológicos, socioculturales y biológicos, algunos de los cuales pueden favorecerla y otros inhibirla (Sell, J. et al., 2001).

Su estudio se consideró un tabú en el pasado. No fue hasta que Master & Johnson (1966) publicaron un estudio con verdadera base científica titulado “La respuesta sexual humana”; que se compone de deseo, excitación, orgasmo y resolución (tanto fisiológicos como psicológicos), desde entonces hasta nuestros días múltiples han sido los aportes en este campo.

3.2 COMPONENTES DE LA FUNCIÓN SEXUAL

Tiene dos fases: la situación/estímulo sexual y la respuesta sexual. Se conceptualiza el proceso de activación de la unidad situación/estímulo sexual respuesta sexual, como el conjunto de fases que inducen a una acción simultánea cuando se sitúan cambios en el ambiente interno o externo del organismo, el cual conlleva a la ejecución de una actividad sexual accesible a la observación y al control (Guía de Menopausia y postmenopausia., 2004, citado por Merchan, C., y Ochoa, B., 2015).

A. Situación/estímulo sexual (S/ES): La fase situación/estímulo sexual es conceptualizada como: La acción mediante la cual ocurre un cambio en el ambiente externo o interno del organismo que induce o provoca una respuesta sexual. En ella se reconocen tres aspectos fundamentales: administración del estímulo sexual, método de aplicación de la situación/estímulo sexual y frecuencia de la situación/estímulo sexual (Bianco, F., 1991).

Esta fase fue llamada por Kaplan, H. (1979), **Deseo** que se basa en la percepción de sensaciones a través de los sentidos, en pensamientos, fantasías que motivan a la persona hacia la actividad sexual. Es una fase previa y necesaria para iniciar una relación sexual (citado por Merchan, C., y Ochoa, B., 2015).

B. Respuesta sexual (RS): Se caracteriza por la aparición de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales que abarcan prácticamente todo el organismo y que son provocados por una serie de estímulos físicos y psicológicos.

Esta respuesta ocurre en la forma de dos fenómenos fisiológicos fundamentales: la vasocongestión, superficial y profunda, y la miotonía, generalizada y específica. Estos fenómenos provocan una serie de reacciones que por su ubicación pueden ser divididas en genitales y extragenitales (Vargas, S., 1999, citado por Merchan, C. y Ochoa B., 2015).

3.3 FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL

Merchan, C. y Ochoa, B. (2015) nos menciona cuatro fases, las cuales son las siguientes:

- **Fase de excitación:** La fase de excitación, tiene como característica subjetiva el fenómeno de la excitación sexual creciente, objetivamente se manifiesta por el binomio vasocongestión/reacción miotónica. En esta fase, el sistema simpático es quien predomina. La excitación tiene lugar como resultado de la estimulación sexual, que puede ser de origen físico o psíquico. La estimulación, producto de una situación en la que no se produce contacto físico directo, no es ni inhabitual ni inesperada, pues son muchos los procesos fisiológicos que se producen como resultado de pensamientos o emociones.

La excitación sexual de la mujer se caracteriza por la aparición de lubricación vaginal, producida por la vasodilatación de los vasos sanguíneos de las paredes de la vagina, que llevan a una trasudación de fluido. Otros cambios genitales que tienen lugar durante la fase de excitación en la mujer son: la expansión de los dos tercios internos de la cavidad vaginal, la elevación del cuello y cuerpo del útero y el alisamiento y elevación de los labios mayores. El clítoris aumenta de tamaño como resultado de la vasodilatación, aunque no existe una verdadera erección. La erección de los pezones es característica en la fase de excitación sexual de la mujer; avanzada la fase de excitación, el sistema venoso superficial de las mamas se hace más visible y suele observarse un incremento de tamaño de las mamas (Bianco, F., 1991).

Las respuestas de excitación sexual de las múltiples estructuras anatómicas genitales y no genitales periféricas son fundamentalmente producto de mecanismos reflejos a nivel de la médula espinal. Los segmentos medulares están sometidos a control descendente excitador e inhibidor procedente de múltiples localizaciones supramedulares. La rama aferente es fundamentalmente refleja a través del nervio pudendo. La rama eferente del arco reflejo consiste en una actividad somática y vegetativa coordinada. Un reflejo sexual medular es el reflejo bulbocavernoso, en el que participan los segmentos de la médula sacra S2, S3 y S4, en el cual la estimulación del nervio pudendo tiene como consecuencia la contracción muscular del suelo pélvico. Otro reflejo sexual medular implica la estimulación de los nervios vegetativos vaginales y cavernosos del clítoris, y tiene como consecuencia la tumescencia del clítoris de los labios y de la vagina.

Después de la estimulación sexual se liberan varios neurotransmisores, incluyendo el óxido nítrico (NO) y el péptido intestinal vasoactivo (VIP), modulando la relajación del músculo liso vascular y no vascular vaginal. El aumento espectacular del flujo capilar aferente en la submucosa desbordará la reabsorción de sodio, lo cual produce de 3 a 5 ml de

trasudado vaginal, que potencia la lubricación fundamental para un coito placentero. La relajación del músculo liso vaginal produce un aumento de longitud de la vagina y del diámetro de la luz, especialmente en los dos tercios distales de la vagina. El péptido intestinal vasoactivo (VIP) es un neurotransmisor no adrenérgico, no colinérgico, que desempeña un papel potenciando el flujo sanguíneo vaginal, la lubricación y las secreciones. (Mas, M. 2000).

- **Fase de meseta:** Representa un incremento de la tensión sexual si prosigue la estimulación efectiva. Esta fase, describe el elevado grado de excitación sexual anterior al momento en que se alcanza el nivel preciso para desencadenar el orgasmo. Durante la fase de meseta se registra una prominente vasodilatación en el tercio externo de la vagina. Esta reacción se denomina plataforma orgásmica. (Bianco, F., 1991). Como resultado de la vasodilatación, la abertura de la vagina se estrecha. Este estrechamiento es la causa de que el tamaño del pene sea poco importante para la estimulación física que la mujer recibe durante el coito, por cuanto existe una acción de asimiento de la porción externa de la vagina alrededor del pene.
- **Fase orgásmica:** Esta fase está objetivamente caracterizada por el cuadro miotónico de las contracciones musculares reflejas, en el campo neurológico predomina el sistema simpático y subjetivamente está marcado por la sensación de placer sexual, pérdida de la agudeza de los sentidos y la sensación de desligamiento del medio externo. (Bianco, F., 1991). El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Consiste en información aferente sensitiva múltiple procedente de los “puntos gatillo”, como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supramedulares en las que probablemente interviene el septum talámico. Después de la estimulación sensitiva suficiente, la descarga central de neurotransmisores durante el orgasmo tiene como consecuencia

contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis (de 3 a 8 por orgasmo), seguidas a los dos a cuatro segundos de contracción repetida del músculo liso uterino y vaginal. También se transmite información sensitiva placentera a las áreas del placer corticales. (Castroviejo, F., 2010).

El Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV) ha descrito los siguientes patrones orgásmicos en la mujer: monoorgásmico, poliorgásmico, multiorgásmico, patrón tetánico (Bianco, F., 1991).

- **Fase Resolutiva:** En esta fase el organismo retorna progresivamente a las condiciones basales. Existe una constatación objetiva de la relajación muscular y de descongestión sanguínea. Se invierten los cambios anatómicos y fisiológicos que aparecen durante las fases de excitación y de meseta.

3.4 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LOS GENITALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL

La fase de excitación se caracteriza por un considerable aumento del aporte sanguíneo a la pelvis y la región genital, debido a la vasodilatación de los órganos que contiene. En el hombre se traduce en la erección del pene, y el aumento de secreciones del tracto genital, como las de la próstata y las vesículas seminales. En la mujer, da lugar a la erección del clítoris y la vasocongestión del suelo pélvico, con aumento de tamaño y dilatación de la vulva, y la lubricación vaginal. Este último fenómeno, de gran importancia para facilitar la penetración, se debe al trasudado de plasma sanguíneo desde el plexo vascular perivaginal dilatado (Castroviejo, F., 2010).

La fase orgásmica se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la musculatura esquelética de la pelvis. Manifestaciones del primer fenómeno son, en el hombre, la contracción del conducto deferente, enviándose los espermatozoides allí almacenados hacia la

uretra, y de las vesículas seminales y la próstata, que vierten su contenido en la misma; en la mujer pueden producirse contracciones uterinas. La contracción rítmica de los músculos estriados del suelo de la pelvis, en el hombre, propulsa el líquido seminal a lo largo de la uretra, expulsándole con cierta fuerza (ello requiere el cierre simultáneo del cuello vesical para impedir el paso del eyaculado a la vejiga). En la mujer estos músculos hacen estrecharse, intermitentemente las paredes de la porción más externa de la vagina. El esfínter anal se contrae también de modo intermitente en ambos sexos. La pérdida de tono de estos músculos, además de producir problemas como incontinencia urinaria y prolapsos, afecta también a la intensidad y el placer de la respuesta sexual. Por el contrario, la rehabilitación tonificante de dichos músculos además de ser eficaz para prevenir problemas genitourinarios, como la incontinencia urinaria o los prolapsos de órganos pélvicos; pueden mejorar significativamente la calidad y la intensidad de las sensaciones sexuales (Mas, M., 1999).

3.5 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EXTRAGENITALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL

En la respuesta sexual hay también un importante componente extragenital que implica a diversos órganos y sistemas de nuestro organismo. La utilidad fisiológica de algunos de estos cambios es evidente; permiten, por ejemplo, aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales o disipar el calor. Así, durante la excitación hay aumento de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca y de la ventilación pulmonar que alcanzan su máximo en el orgasmo, decayendo rápidamente tras el mismo. Tras el orgasmo se manifiesta también, con intensidad variable, una reacción de sudoración. Se han encontrado también cambios en los niveles plasmáticos de varias hormonas, siendo los más documentados los aumentos de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina tras el mismo. Se han descrito también, aumentos más difusos y sostenidos (no confirmados con todos los estudios) de adrenalina, gonadotropinas y testosterona asociados a la actividad sexual. Hay importantes cambios psíquicos, con sensaciones que se suelen percibir como sumamente placenteras. La experiencia orgásmica conlleva una alteración del estado de conciencia de variada intensidad. Todo ello indica que la función

sexual implica una autentica respuesta integrada, que afecta a la totalidad del organismo (Mas, M., 1999).

3.6 REGULACIÓN NEUROQUÍMICA DE LA RESPUESTA SEXUAL

La regulación neuroquímica según Mas, M. (2000), se estudia en dos niveles:

- **Neurotransmisión periférica**

Gran parte de los cambios, genitales y extragenitales, que conlleva la respuesta sexual están regulados fundamentalmente por la actividad de los nervios que, desde el sistema nervioso central, se proyectan sobre los distintos órganos implicados. En su mayor parte, dicha inervación la proporcionan las divisiones parasimpática y simpática del sistema nervioso autónomo, que regula la actividad de los distintos órganos del cuerpo, incluidos los genitales.

Para ello, utilizan una variada gama de neurotransmisores. Con respecto a la respuesta sexual, a la actividad parasimpática se le atribuyen fenómenos de vasodilatación, característicos de la fase de excitación, aunque es probable que la inervación simpática también transmita señales erectógenas. La actividad simpática predomina claramente en los fenómenos orgásmicos, tanto genitales como extragenitales. La inervación somática es también importante al transmitir, tanto señales sensoriales, fundamentalmente en todo el proceso de excitación y respuesta sexual, como órdenes motoras a grupos musculares específicos tales como los del suelo pélvico.

Los nervios del sistema nervioso autónomo ejercen su acción sobre los diversos órganos mediante la liberación de neurotransmisores. Tradicionalmente, se ha considerado a la noradrenalina y la acetilcolina, como los más importantes de los empleados por el sistema simpático y parasimpático respectivamente. Sin embargo, se está descubriendo la participación de varios otros mensajeros químicos, como el péptido intestinal vasoactivo (VIP) o el óxido nítrico (NO), mediadores de la llamada transmisión “no-adrenérgica-no-colinérgica” (NANC), que parecen ser más importantes, especialmente el segundo, para las respuestas

de erección, que la acetilcolina. La vagina está ricamente inervada por fibras nerviosas inmunorreactivas al VIP que están en íntima relación con el epitelio y los vasos sanguíneos. El óxido nítrico se considera que es el principal mediador de la vasodilatación del clítoris y de los labios.

Los neurotransmisores del sistema nervioso autónomo interactúan con diversas señales reguladoras, producidas por los tejidos genitales. Tales mensajeros locales proceden de la secreción paracrína (por el endotelio del tejido eréctil) y autocrína (por las propias células musculares lisas) del tejido eréctil. Entre ellos se encuentran diversos prostanoïdes, vasoconstrictores y vasodilatadores (como las prostaglandinas E), péptidos (como la endotelina) y óxido nítrico, producido por el endotelio.

- **Neurotransmisores centrales**

Dentro del sistema nervioso central, las estructuras preópticas internas, la región del hipotálamo anterior y las áreas del hipocampo-límbicas afines son responsables de la excitación sexual. Cuando estos centros se activan transmiten sus señales eléctricas a través del sistema autónomo. Se han identificado también, muchos de los neurotransmisores que intervienen en los circuitos cerebrales y meduloespinales de la conducta sexual. Destacan entre ellos las monoaminas: dopamina, noradrenalina y serotonina. Las catecolaminas dopamina y noradrenalina intervienen fundamentalmente en vías centrales facilitadoras del comportamiento sexual, mientras que a la serotonina se le atribuyen efectos predominantemente inhibitorios (aunque matizados por los subtipos de receptor serotoninérgico implicado). En otros neuromediadores de la conducta sexual destacan diversos péptidos, incluidos los opioides endógenos (con acciones inhibitorias) y la alfa MSH, algunos aminoácidos y el óxido nítrico. Se dispone de fármacos que imitan, potenciándole, la acción de algunos de los neurotransmisores que actúan en el cerebro facilitando la iniciación fisiológica de la respuesta sexual. La apomorfina SL (Uprima) imita la acción cerebral de la dopamina y el péptido sintético Melonotan es un análogo del neuromediador fisiológico alfa MSH. Ambos han demostrado su eficacia

en el tratamiento de los trastornos sexuales. Parecen de mayor utilidad cuando hay un componente psicógeno importante. Es previsible que se desarrollen también nuevos y más eficaces fármacos de acción central en un futuro próximo. Los neurotransmisores y los fármacos relacionados con ellos, pueden influir sobre el comportamiento sexual por diversos mecanismos. Uno es su intervención directa en los relevos sinápticos de las vías neurales, centrales o periféricas, que regulan estas conductas. Otro es influyendo sobre la actividad endocrina del hipotálamo y la adenohipófisis y, secundariamente, sobre la secreción de esteroides sexuales dependiente de ellas.

A su vez, las hormonas gonadales influyen sobre la actividad de varios neurotransmisores centrales como las monoaminas o los opioides. La hormona adenohipofisaria prolactina, disminuye la motivación y reactividad sexuales, en ambos sexos; de hecho, la disfunción sexual puede ser el síntoma inicial de un cuadro de hiperprolactinemia. Ello parece deberse a su acción inhibitoria de la secreción de las gonadotropinas (y, por consiguiente, de los esteroides gonadales), y a su antagonismo directo de la transmisión dopaminérgica en algunas áreas cerebrales. Los efectos sexuales de muchos fármacos son producto de la combinación de sus acciones sobre neurotransmisores centrales o periféricos con los que ejercen sobre las secreciones hormonales.

Las dos últimas décadas han visto un crecimiento espectacular de los conocimientos sobre fisiología y farmacología sexual. Estos permiten explicar, así como prevenir y tratar, muchas de las disfunciones sexuales que se están detectando con mayor frecuencia en un aparte importante de la población. Es previsible que la prevalencia de tales trastornos aumente en un futuro próximo, dado el envejecimiento de la población y la mayor supervivencia a enfermedades crónicas y a la mayor información por parte de médicos y pacientes. Por otra parte, la investigación creciente de los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual está descubriendo, hasta el nivel molecular, nuevas señales biológicas mediadoras de la respuesta

sexual y que son susceptibles de ser imitados o interferidos mediante fármacos. Muchos aspectos importantes del funcionamiento sexual se desconocen o comprenden insuficientemente todavía. Los profesionales pueden y deben contribuir a este conocimiento mediante la comunicación de observaciones, rigurosas y libres de prejuicios, realizada en el curso de su práctica clínica.

3.7 REGULACIÓN HORMONAL DE LA RESPUESTA SEXUAL

Para Guyton, A., & Hall, J. (1999) la respuesta sexual femenina intervienen varias hormonas, pero las fundamentales son: estrógenos y testosterona.

- **Estrógenos:** Los estrógenos influyen de forma importante en la función sexual de la mujer. Las concentraciones de estradiol afectan a la totalidad de las células del sistema nervioso central e influyen en la transmisión nerviosa. Si los estrógenos desciden (estradiol <50pg/ml) conducto vaginal. Estos cambios pueden, incluso, provocar infecciones vaginales y de las vías urinarias, incontinencia y manifestaciones de disfunción sexual. En las mujeres postmenopáusicas, la hormonoterapia sustitutiva a base de estrógenos consigue que se recuperen los umbrales de la sensibilidad vibratoria y de la presión de la vagina. Los estrógenos tienen también efectos vasopresores y vasodilatadores que aumentan el riego sanguíneo en el clítoris y la vagina. Los síntomas más frecuentes de la disfunción sexual por déficit de estrógenos son: pérdida del deseo, actividad sexual menos frecuente, coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital.
- **Testosterona:** Cuando los niveles de testosterona desciden (menos de 20pg/dl de testosterona total o menos de 0.9pg/dl de testosterona libre) se observa disminución de la excitación sexual, de la sensibilidad de los genitales, de la libido y el orgasmo. Además, estos niveles de testosterona bajos se acompañan de caída del vello púbico, adelgazamiento de la

mucosa vaginal, y de una disminución generalizada de la sensación de bienestar. Actualmente no hay preparados de testosterona para la mujer que estén aprobados por la Food and Drug Administration; sin embargo se ha demostrado que la administración de testosterona a las mujeres menopáusicas u ooforectomizadas aumenta el deseo sexual, todos los andrógenos con llevan el riesgo de virilización de la mujer (acné, hirsutismo, irregularidades menstruales, calvicie, cambios de voz o hipertrofia del clítoris, hipercolesterolemia).

3.8 EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA RESPUESTA SEXUAL

Hasta hace unos años la evaluación de las mujeres que se quejaban de trastornos de la función sexual se reducía a efectuar un estudio o valoración psicológica. Los estudios fisiológicos de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico se han complicado por la dificultad para cuantificar objetivamente los cambios que se producen durante la excitación sexual. A diferencia de la respuesta erétil en el varón, hay muchos cambios genitales que forman parte de la respuesta sexual femenina, como ya hemos descrito, y que son, no sólo difíciles de medir, sino que pueden pasar desapercibidos para la propia paciente. Por lo que Guyton, A., & Hall, J. (1999) indica que se debe realizar dos evaluaciones complementarias: la médica/fisiológica y la evaluación psicosocial/psicosexual.

- **Evaluación médica/fisiológica**

Para evaluar a una paciente con disfunción sexual hay que realizar una exploración clínica completa, incluido el examen ginecológico y una evaluación psicológica, unos análisis hormonales o estudios de laboratorio si están indicados, y una valoración fisiológica de los parámetros que miden la excitación sexual. De esta manera se pueden obtener y evaluar unos parámetros subjetivos y objetivos. El perfil hormonal que sugerimos comprende el análisis de la hormona foliculoestimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH), la prolactina, los niveles de testosterona libre y total, la globulina unida a las hormonas sexuales (SHBG), y las

concentraciones de estradiol. La testosterona está unida a la albúmina y a la SHBG de la sangre. Los niveles de SHBG se elevan con la edad y descienden al administrar estrógenos endógenos. Si se registra un nivel anormal de estrógenos o de testosterona, se puede empezar la hormonoterapia sustitutiva correspondiente para resolver o mejorar los síntomas de la paciente. Las mujeres que tienen niveles bajos de estrógenos o de testosterona experimentan habitualmente síntomas como disminución de la libido, menor sensibilidad, sequedad vaginal, dispareunia, y menos capacidad para excitarse. Debe identificarse la existencia de ciertas enfermedades, como los que interrumpen el eje hipotálamo-hipofisario, o los déficits hormonales secundarios a la menopausia, a la quimioterapia antineoplásica, o los que aparecen después de ooforectomía bilateral. Igualmente hay que reconocer y sustituir, si no hay contraindicación, ciertos medicamentos que afectan negativamente a la función sexual como: antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos, sedantes, antiandrógenos, anticonceptivos orales. La evaluación de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico confirma el problema de la paciente y permite además diagnosticar posibles enfermedades orgánicas, como la insuficiencia vascular, las alteraciones hormonales o los procesos neurológicos. Los estudios que se realizan tratan de precisar los límites normales de los siguientes parámetros:

- Riego sanguíneo de los genitales: presión sistólica máxima presión diastólica final del clítoris, los labios, la uretra y la vagina por medio de la ecografía-doppler.
- °Parámetros de la lubricación vaginal.
- Distensibilidad/elasticidad vaginal: cambios de la curva presión volumen.
- Sensibilidad genital: umbrales de la percepción vibratoria y térmica. Estas medidas deben determinarse en condiciones basales y después de aplicar estímulos sexuales. La definición de estos parámetros antes de emprender un tratamiento médico puede llegar a convertirse en una norma de la asistencia.

- **Evaluación psicosocial/psicosexual**

Además de las evaluaciones fisiológicas, en todas las pacientes hay que evaluar los problemas emocionales o de relación con la pareja que pueden favorecer algunas disfunciones.

El clínico debe conocer el contexto en el que la paciente obtiene sus experiencias sexuales, en donde está encuadrada su autoestima y su imagen corporal, y conocer su capacidad para expresar sus necesidades sexuales a su pareja. Esta evaluación es un elemento esencial del estudio ya que los aspectos emocionales o de relación deben resolverse antes de aplicar ningún tratamiento e indudablemente antes de determinar la eficacia del mismo.

Para evaluar la función sexual subjetiva, especialmente la excitación existen varios instrumentos, los más usados los cuestionario de función sexual como puede ser el FSFI© de Rosen del cual es objeto nuestro estudio, el Bierf Index of Sexual Function Inventory (BISF-W) es un cuestionario de 21 apartados relativos a interés, actividad, satisfacción y preferencias sexuales y que distingue a las pacientes deprimidas, a las que sufren alguna disfunción sexual y a las mujeres sana el Sex History Form (SHF, 46 puntos), los cambios en el Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ, 35 puntos), el Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR, 25 puntos), el Female Sexual Function Index (FSFI, 19 puntos), el Golombok-Rusk Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS, 28 puntos), etc.

Los datos sobre la respuesta sexual subjetiva son un reflejo de la experiencia personal de la paciente, una variable que es importante para la evaluación, pues el objetivo en último caso es aumentar la experiencia sexual de la mujer. El tratamiento no se considera eficaz salvo que la mujer sea capaz de experimentar subjetivamente la excitación sexual, el placer y la satisfacción. El clínico debe averiguar los cambios fisiológicos o el aumento del flujo sanguíneo se traducen en una mejoría de las

experiencias sexuales. Un aumento comprobado del flujo sanguíneo carece de interés salvo que, la paciente experimente mayor excitación, obtenga más sensación y más satisfacción gracias a estos cambios fisiológicos.

3.9 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Las disfunciones sexuales se caracterizan por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (por ejemplo, deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación (por ejemplo, trastorno de la excitación sexual de la mujer), trastornos del orgasmo (por ejemplo, trastorno orgásmico femenino), trastornos sexuales por dolor (por ejemplo, dispareunia o vaginismo no debidos a una enfermedad médica), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada. El trastorno sexual no especificado se incluye para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas (Castroviejo, F., 2010).

Es importante tener en cuenta que las nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas. Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por el dolor asociado con la realización del acto sexual (DSM-IV-TR, 2002)

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más fases de la respuesta sexual. Cuando hay más de una disfunción sexual deben diagnosticarse todas. En los criterios diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de las situaciones, actividades o tipos de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción sexual. Este juicio debe establecerlo el clínico, que debe tener en cuenta diversos factores como la edad y la

experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. La palabra “persistente, recurrente o recidivante” en los criterios diagnósticos señalan la necesidad de un juicio clínico (Castroviejo, F., 2010).

4. CÁNCER GINECOLÓGICO Y SEXUALIDAD

4.1 DEFINICIÓN DE CÁNCER

«Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (OMS, 2015).

4.2 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los períodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres (INEN, 2016).

El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas brinda atención a pacientes portadores de tumores benignos y malignos, así como de enfermedades premalignas y otras relacionadas a los diversos tipos de cáncer. Al incluir los casos nuevos de cáncer en ambos sexos del IREN, es importante resaltar, que dentro de las cinco neoplasias más frecuentes se encuentran el cáncer del cuello uterino, el cáncer de mama y el cáncer de próstata, órganos accesibles que debido a su

ubicación anatómica permiten la detección precoz; por lo cual si se ampliaran los programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían significativamente (INEN, 2016).

Según Cano Álvarez M., Tapia Hurtado K. y Chambi Huillca, W. (2015). Los casos de cáncer fueron más frecuentes en la población femenina (64.6%) y presentándose mayor cantidad de casos a partir de los 40 años de edad en mujeres con una frecuencia aumentada de casos entre los 50y 59 años. Esta situación debe orientar a la institución a fortalecer las especialidades de Ginecología Oncológica y Cirugía de mama. Los casos registrados procedieron principalmente de la Región de Arequipa (59.17%), seguidos de aquellos casos procedentes de Puno (19.41%), Cusco (7.09%), Tacna (5.08%), Moquegua (4.31 %). Se ha podido apreciar que la frecuencia de atención de los casos procedentes de los departamentos de la Macro región sur han aumentado, en especial aquellos que proceden de Puno y Cusco. Los casos registrados con diagnóstico definitivo de cáncer en el año 2015, tuvieron como localización más frecuente el cuello uterino(14.02%), seguido de la piel (9.24%), estómago (8.78%), vesícula y vías biliares (8.63 %), mama (7.70%); también se presentaron frecuentemente cáncer de próstata, cáncer de colon, linfomas y cáncer de pulmón. Aplicando el Principio de Pareto, fueron las neoplasias de mayor importancia en la atención institucional.

4.3 FASES DEL CÁNCER

El proceso que va desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final se llama historia natural. La duración de este proceso en adultos depende del tipo de cáncer y oscila entre meses y décadas. En el caso de los niños, todo este proceso se produce con mucha mayor rapidez, pudiendo incluso durar sólo unos meses (AECC, 2013).

- **Fase de inducción:** es la etapa más larga y en la que ocurren los cambios celulares que dotan a las células de las características de

malignidad; multiplicación descontrolada y capacidad de invasión. En ningún caso es diagnosticable ni produce sintomatología.

- **Fase “in situ”:** caracterizada por la existencia de la lesión cancerosa microscópica localizada en el tejido donde se ha originado. En ella, tampoco aparecen síntomas o molestias en el paciente. Es posible la detección precoz en algunos determinados casos de cáncer de mama, cuello uterino o colon.
- **Fase de invasión local:** la lesión comienza a extenderse fuera de su localización de origen e invade tejidos u órganos adyacentes. La aparición de sintomatología depende del tipo de cáncer, de su crecimiento y su localización
- **Fase de invasión a distancia; metástasis:** la lesión se disemina fuera de su lugar de origen, apareciendo lesiones tumorales a distancia. La sintomatología que presenta el paciente suele ser compleja, dependiendo del tipo de tumor, localización y extensión de las metástasis.

4.4 CLASIFICACIÓN

Rubin, P., Williams, J., Okunieff, P., et al. (2003), la dividen en tres grados:

- **Grado de malignidad.** La mayoría de los tumores se gradúan en escalas de 3 ó 4; los grados más elevados indican mayor agresividad biológica. Los grados, generalmente, se definen como; G1 = bien diferenciado, G2 = moderadamente diferenciado, G3 a G4 = poco o muy poco diferenciado.
- **Clasificación anatómica por estadios.** Es fundamental cuantificar la extensión de la enfermedad, por ello, la clasificación se realiza en base a 3 categorías: T; tumor primario, N; ganglios linfáticos regionales, M; metástasis.

Generalmente, la localización primaria se define mediante la clasificación TNM de la siguiente manera; T1, T2, T3 o T4 a medida

que aumenta la extensión; la progresión de la enfermedad ganglionar se define N0, N1, N2 o N3, y la presencia o ausencia de metástasis es M0 o M1, respectivamente. Además, este sistema permite tener en cuenta el modo de diseminación de la enfermedad; es decir, T es la extensión primaria o directa, N la afectación ganglionar secundaria y M la diseminación vascular.

4.5 TIPOS DE CÁNCER GINECOLÓGICO

Fort, J. (2003) nos menciona varios tipos de cánceres ginecológicos:

- **Cáncer de vulva:** “El carcinoma de vulva es una enfermedad poco frecuente”. Actualmente, su incidencia está aumentando a casi el 8%, cuando hasta hace 25 años, sólo el 3-5% de los tumores ginecológicos se situaban en la vulva. El carcinoma de células escamosas de la vulva representa cerca del 90% de estas neoplasias vulvares. Suele aparecer como una lesión en la vulva labios mayores o menores que produce picor. Esta lesión se ve fácilmente por la propia mujer, sobre todo si tiene costumbre de autoexplorarse o por su pareja. Muchas mujeres sienten picor tras la menopausia por la sequedad y atrofia de la vulva y la vagina que se produce por la falta de hormonas.
- **Neoplasia vaginal intraepitelial (VAIN) carcinoma in situ:** Comprende las alteraciones del epitelio escamoso que recubre la vagina. Cuando sólo se afecta el tercio inferior del epitelio, la VAIN se designa de grado I; si las alteraciones comprenden los dos tercios inferiores, es de grado II, y si alcanza todo el espesor del epitelio, es de grado III. La VAIN I se considera lesión de bajo grado mientras que la VAIN II y III de alto grado. La VAIN es poco frecuente. Se estima que la incidencia es de 0,2 por 100.000 mujeres. En los últimos años se ha señalado un incremento en dicha incidencia aunque, realmente, no se sabe si es real o, simplemente, se debe a que se diagnostica mejor. El diagnóstico es difícil. Además,

habitualmente estas lesiones son asintomáticas. Se sospechará de dicha lesión ante una citología positiva, con cuello normal, en la visión colposcópica y legrado endocervical negativo. Hay que tener en cuenta que la lesión puede ser multicéntrica. El tumor maligno de la vagina más común es el carcinoma escamoso, que representa entre el 74 y el 86% de todos los tumores malignos de vagina. Éste es seguido por el adenocarcinoma, con un 9,3%; el sarcoma y el melanoma, con un 2,6% cada uno.

- **Adenocarcinoma de la vagina:** Es poco frecuente y constituye menos del 10% de todos los cánceres vaginales. En su diagnóstico, es importante asegurarse de que no se trata de una metástasis vaginal de otro tumor primario, localizado fuera de la vagina. El tratamiento de estos tumores es igual que el del carcinoma escamoso.
- **Tumores Malignos de la Trompa:** Pueden ser primitivos y secundarios o metastásicos, siendo los primeros mucho más raros. El tumor primitivo más frecuente es el carcinoma.
- **Cáncer de ovario:** El cáncer de ovario representa el 4% de todos los cánceres en la mujer y es la principal causa de muerte por tumores malignos ginecológicos. Es el sexto tipo de cáncer más común en las mujeres de Europa (5% de todos los cánceres). En Europa, se estima que se diagnostican unos 61.000 casos nuevos y 39.000 muertes por cáncer de ovario anualmente. La incidencia ajustada por edad es alrededor de 11 por cada 100.000 habitantes. Las tasas más altas se registraron en el Norte y Occidente de Europa y América del Norte. Las tasas más bajas se encuentran en África y Asia. El cáncer ovárico no produce síntomas específicos. En un estadio temprano, la paciente puede percibir un aumento en la frecuencia urinaria o de estreñimiento como consecuencia del crecimiento tumoral y, de vez en cuando, distensión en la zona baja del abdomen, presión y dolor. Dicho cáncer también puede presentarse como una urgencia quirúrgica debido a la torsión o ruptura de la masa ovárica. En estadios avanzados, las pacientes a menudo presentan síntomas relacionados con la ascitis, epiplón o afectación del intestino,

incluyendo distensión abdominal, estreñimiento, náuseas, anorexia o saciedad precoz.

- **Cáncer de útero:** El cáncer de útero, con el de mama, es quizás el más frecuente de todos los cánceres humanos; un 25 a 30% de los cánceres que afectan a la mujer se localizan en el útero. La edad de aparición varía según la localización. El cáncer de útero se puede clasificar según 3 criterios:
- **Carcinoma del cuello uterino o cervical:** En la mayoría de los países desarrollados, el cáncer del cuello uterino ocupa el 3º lugar en el orden de incidencia, tras el cáncer de endometrio y de ovario (excluyendo la mama). La incidencia de dicho cáncer varía entre el 2,6 y el 54,6 por 100.000 mujeres/año. En los países en vías de desarrollo, la incidencia es mayor. En el mundo, se diagnostican cada año alrededor de 437.000 casos de cáncer cervical y la mitad de ellos acaban con la muerte de la paciente.
- **Cáncer de endometrio:** En los países desarrollados, el cáncer de endometrio es la neoplasia genital más frecuente y ocupa el cuarto lugar después del de mama, pulmón y colon, en cuanto a incidencia en la mujer.

4.6 COMPLICACIONES Y/O SECUELAS DEL TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO Y CALIDAD DE VIDA

El tratamiento del cáncer ginecológico a menudo implica un abordaje multimodal con cirugía radical, radioterapia pélvica y/o quimioterapia. Todas estas terapias causan daños directa o indirectamente a la estructura anatómica y a la fisiología de los órganos pélvicos. Por ello, las secuelas dependen más del tratamiento utilizado que del estadio (Barber, K., & Almaraz, R., 1992, citados por Ben, A., 2014).

- **Secuelas de la cirugía:** Cuanto más extensa sea la cirugía, se presentan más complicaciones. La cirugía produce principalmente denervación pélvica, acortamiento vaginal, linfedema y disfunción del suelo pélvico

(SP). Además, puede afectar a la función sexual debido a la afectación vascular o inervación de los órganos pélvicos, mediante la extirpación de éstos últimos o la reducción de los niveles de hormonas circulantes.

Según Rutledge T., Rogers R., Lee S., & Muller C., (2014) nos indican que tras una histerectomía radical y disección de nódulos linfáticos pélvicos, la incontinencia genuina de esfuerzo y el estreñimiento se dan en el 19-81% de pacientes. En contraste, en la población general femenina, se estima que la prevalencia de la incontinencia urinaria (IU) está entre el 10 y el 40%. Además, en el 22-57% de los pacientes se produce la reducción del volumen de la vejiga.

Por otro lado, el linfedema puede presentarse en las extremidades inferiores. A veces, esto es secundario a la cirugía pélvica radical o a una radioterapia agresiva, siendo más habitual en pacientes que sufrieron vulvectomía radical. En particular, esto sucede cuando se lleva a cabo la disección de ganglios linfáticos superficiales y profundos. Incluso, puede manifestarse si se eliminan únicamente los ganglios linfáticos superficiales (Hazewinkel M., Sprangers M., et al., 2010). Así mismo nos menciona que uno de cada tres supervivientes del cáncer ginecológico manifiesta nueva sintomatología en las extremidades inferiores tal como dificultad al caminar, hinchazón y dolor, tras el tratamiento del mismo. Existen numerosos casos con sintomatología pero, desafortunadamente no diagnosticados de linfedema en miembros inferiores tras el tratamiento del cáncer ginecológico.

Por otro lado, la imagen corporal también puede verse afectada debido a las cicatrices que puedan quedar, a la extirpación de alguna parte del cuerpo o como consecuencia de un prollapso de órganos pélvicos (POP). Los POP hacen referencia al descenso de los órganos respecto a su posición anatómica original, a través del conducto vaginal (Hughes M., 2008). En la mayoría de los casos no se trata del descenso de un único

órgano, sino que suele producirse un prolapo mixto, ya que participan no sólo el órgano uterino, sino, de una manera importante, la vagina y la vulva, los anejos, y, en casi todas las ocasiones, el recto y la vejiga.

- **Secuelas de la quimioterapia:** Hughes M. (2008) refiere que la quimioterapia, a menudo causa fatiga con pérdida del deseo y disminución de la frecuencia de coito en la mayoría de las mujeres. Dicho tratamiento puede afectar a la función gonadal causando menopausia que desemboca en una disminución de la excitación, la libido y los orgasmos, así como la estimulación sexual, energía sexual y placer. La quimioterapia puede causar neuropatías que afectan no solo a las manos y los pies sino también al clítoris, que puede disminuir la excitación y el placer sexual. Hay un 50% o más de pacientes supervivientes al cáncer ginecológico que padecen de disfunción sexual debido a los cambios en la imagen corporal, la función sexual y la fertilidad. Del 15 al 80% de las mujeres con cáncer cervical u ovárico, experimentan disfunción sexual tal como la reducción de interés, sequedad vaginal, menos orgasmos o dispareunia. Las supervivientes al cáncer cervical o vaginal manifiestan dispareunia y sequedad vaginal a largo plazo.

Laganà L, et al. (2001) menciona que la sexualidad es un aspecto importante de la salud que impacta de forma significativa en la calidad de vida de las pacientes supervivientes al cáncer ginecológico, pudiendo perjudicar gravemente el aspecto psicosocial de la paciente, tal como la ansiedad y/o depresión. En las pacientes que sufren de cáncer ginecológico, los problemas sexuales pueden empezar incluso antes del diagnóstico. Además, con la aparición de signos de la enfermedad, tales como el sangrado post-coital, alrededor del 75% de las supervivientes del cáncer experimentan disfunción sexual. Así mismo menciona que los problemas sexuales pueden presentarse en 4 etapas; el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y la resolución sexual. Por ello, en las pacientes supervivientes al cáncer ginecológico y que

padecen disfunción sexual, dichas etapas pueden encontrarse comprometidas. Además de la afectación que pueden sufrir dichas fases de la respuesta sexual de la mujer, también pueden verse afectados otros aspectos de la sexualidad; nivel de satisfacción sexual, frecuencia y actividad sexual y posible dolor en el coito.

El número creciente de supervivientes al cáncer presenta un continuo desafío a todos los profesionales de la salud para intentar ir más allá del tratamiento médico-quirúrgico que se lleva a cabo en el cáncer ginecológico. Por ello, es de especial importancia considerar las necesidades y problemas de las pacientes supervivientes para mejorar su calidad de vida. La supervivencia al cáncer atraviesa todos los aspectos de la salud de las pacientes. Los aspectos más relevantes que pueden verse afectados son los emocionales, la fatiga, la imagen corporal, los síntomas menopáusicos, el bienestar social y sobre todo la actividad sexual (Rutledge, T., et al., 2010).

Tanto como por la propia enfermedad, como por el tratamiento, ya sea curativo o paliativo, las pacientes sufren secuelas de diversa índole a medio y largo plazo que afectan en grado y magnitud variable la calidad de vida de las supervivientes a dicho cáncer (Torres, Ch., Irarrázaval, M., et al., 2010).

La evaluación de la calidad de vida es un elemento clave en el tratamiento curativo y paliativo de pacientes con cáncer, un aspecto importante de la calidad de vida que se ve afectada directamente por el cáncer ginecológico y el tratamiento es la disfunción del SP. Los trastornos más comunes de dicho SP incluyen el POP, IU, incontinencia anal y disfunción sexual. Dichos trastornos afectan negativamente a la calidad de vida y a pesar de su alta prevalencia en las supervivientes al cáncer ginecológico, en muchos casos se encuentran infravalorados (Rutledge, T., et al., 2010).

Por ello, la evaluación de la calidad de vida debe ser parte del enfoque integral, para una correcta valoración y toma adecuada de decisiones terapéuticas para el tratamiento de dichas secuelas. Además, existen cuestionarios específicos de la calidad de vida en el cáncer ginecológico (Torres, Ch., Irarrázaval, M., et al., 2010). Las secuelas del tratamiento médico-quirúrgico del cáncer ginecológico que son abordables desde la Fisioterapia, son la disfunción del SP, la disfunción sexual, la IU, el linfedema de miembros inferiores y los POP.

- **Secuelas de la radioterapia:** Respecto a la radioterapia, ésta produce sobre todo disfunción sexual, intestinal, vesical y linfedema. Ésta, es asociada con el aumento de la urgencia urinaria e incontinencia fecal de un 8 a un 67% de pacientes (En cuanto a la disfunción sexual, la radioterapia puede causar daño vascular y nervioso que puede producir retraso en la excitación y el orgasmo en la mujer, así como cambios en la vagina. Dichos cambios pueden conducir a estenosis y fibrosis vaginal, que a su vez puede causar disfunción sexual a largo plazo, dolor pélvico, dispareunia, toxicidad gonadal e infertilidad, además, la fatiga asociada a la radioterapia también puede afectar al deseo y disminuir la actividad sexual (Hughes, M., 2008). Así mismo este autor menciona que la cirugía con radioterapia adyuvante, en comparación con la cirugía sola, es asociada con complicaciones urológicas el doble de graves y el triple de eventos gastrointestinales adversos severos aunque, el porcentaje de casos es bajo, de un 2 a un 7%).

5. SEXUALIDAD Y CANCER

5.1 GENERALIDADES SOBRE LA SEXUALIDAD

El cáncer se ha convertido en nuestros días en una enfermedad crónica controlable. La sexualidad es un área importante en la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes al mismo, y es conocido que las disfunciones sexuales

son muy frecuentes luego del tratamiento oncológico. (Grau Abalo, J., Llantá Abreu, M., Chacón Roger, M. & Fleites González, G., 1999).

Está demostrado que una vida sexual placentera en estos pacientes provoca menos ansiedad, menor depresión e incomodidad, menor sentimiento de soledad y mejor adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento, mejor capacidad para seguir disfrutando la vida, sentido de crecimiento personal, como resultado de vivir con cáncer y por lo tanto mejores resultados en su salud. Es también una buena forma de lidiar con el enojo y la confusión, y de adherirse a la vida. Es fundamental tener en cuenta la importancia que tiene promover una vida sexual sana, ya que la verdadera tarea de los médicos clínicos es mejorar la calidad de vida de sus pacientes y en muchos de ellos la satisfacción sexual es un pilar fundamental. Se debe conocer el daño que provoca el propio cáncer (cuálquiera que sea) y su tratamiento sobre la función sexual y la intimidad; los médicos deben estar atentos y brindar las soluciones (Castro Castillo, L., 2007). Es necesario saber y aceptar que muchos pacientes eligen continuar el ejercicio de su sexualidad hasta las últimas etapas, y esto es muy positivo para la vivencia de su enfermedad. Por lo tanto los médicos tienen que estar capacitados para apoyarlos y asistirlos para que puedan cumplir con su opción. El paciente debe saber que no es anormal que sienta disturbios.

5.2 DEFINICION DE SEXUALIDAD

López, F. y Fuertes, A. (1999), definen la sexualidad “como la función de relación con los demás, caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción. Es una constante del ser humano desde el nacimiento hasta su muerte. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural, más que biológica”. Los autores refieren que la sexualidad, pues, constituye una forma de expresión de nuestro ser y nuestros sentimientos más íntimos, es una forma y un proceso de comunicación. El ser humano es un todo cuyas partes interactúan, donde la sexualidad es una de ellas y, por eso, es necesario entenderla en un contexto global y como un aspecto inherente de la persona. La sexualidad es una construcción social, se percibe y

aprende en interacción con los demás, lo que se constituye en el ambiente de un contexto sociocultural preciso, el cual puede fomentar la represión de la sexualidad, su exaltación, o el permiso de expresarse con naturalidad; estos aspectos coyunturales, por su puesto, influirán en la forma en que el adolescente perciba y vivencie su propia sexualidad.

Para Bandura, A. y Walters, R. (1979), la sexualidad es “el resultado de la interacción de la evolución biológica y del medio ambiente sociocultural, este último influye poderosamente sobre el funcionamiento psicológico del individuo. Además, es producto de la experiencia y el aprendizaje.” Estos factores dependen, a su vez, en gran medida, de la estructura social y la cultura a la que pertenece cada individuo, dado que los seres humanos adquieren buena parte de sus conocimientos al pertenecer a un grupo, por las enseñanzas directas o indirectas que reciben, o por la observación y/o imitación del comportamiento de los demás. Por eso, se considera que la conducta sexual es fruto de tres factores interrelacionados: el aprendizaje, los procesos cognitivos y el medio ambiente en sentido social compuesto por la familia, el entorno escolar, los medios de comunicación de masas, entre otros.

En ese sentido podemos resumir que la sexualidad es la expresión integral de los individuos como seres sexuales en una sociedad, cultura y tiempo determinado. Es el modo de comportarse, comunicarse, sentir, pensar, expresarse y relacionarse con los demás; de igual modo, la sexualidad es considerada como un elemento básico de la personalidad, producto del aprendizaje sociocultural y, por supuesto, también sujeta alcambio. La sexualidad debe ser vista desde una perspectiva integral. Tal como se sostiene en la OMS (1998): “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. (Masías Ynocencio, Y., 2006).

Tradicionalmente, el tema de la sexualidad se ha analizado desde la perspectiva de la salud reproductiva y se ha limitado a una visión biológica y de organización de servicios (Cerruti, 1997). Sin embargo, en este momento, resulta

necesaria la incorporación del concepto de *salud sexual* en el contexto de la promoción y prevención continua de la salud, en el marco de la salud integral del adolescente (CIPD, 2004). Por ello, es importante indagar sobre los elementos de la sexualidad en la adolescencia desde una perspectiva más amplia y preparada, a partir de los siguientes conceptos:

- a) **Sexualidad humana.** Es una función normal del ser humano, que consiste en el modo de ser, de relacionarse y de vivir como hombre y como mujer (Cerruti, 1997). También es el elemento constitutivo de los seres humanos que posibilita una comunicación plena, total y trascendente (OPS, 1997).
- b) **Salud sexual.** Es la integración de los aspectos somáticos, emocionales e, intelectuales del ser sexual que enriquezcan la personalidad, la comunicación y el amor (OMS, 1994).
- c) **Salud reproductiva.** Es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo, tanto como sus funciones y procesos. La salud sexual enfatiza los aspectos cualitativos para el ser humano, como son el desarrollo pleno en lo personal y en el vínculo con los otros, el valor de la afectividad, la comunicación y el placer es lo fundamental. La salud reproductiva hace referencia a aspectos pro creativos, poniendo énfasis en los derechos de mujeres y varones en este sentido, tanto como en la provisión y calidad de los servicios de concepción y anticoncepción (OMS, 1994).
- d) **Identidad sexual.** Tiene que ver con la identidad de las personas, lo cual les permite reconocerse, aceptarse, asumirse y actuar como ser sexuado y sexual. La identidad comienza a construirse desde el nacimiento, pero se define al final de la adolescencia, donde se delimitan la identidad personal, social y vocacional. Así mismo, contribuyen a su logro la convergencia de diferentes elementos, tales como el género, la orientación sexual, los valores y actitudes, la conducta sexual y el conocimiento sexual (Cerruti, S., 1997).

- e) **Identidad de género.** Es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona acerca de su pertenencia al sexo femenino y masculino, independientemente de sus características cromosómicas o somáticas.
- f) **Rol sexual.** Es la expresión de feminidad o de masculinidad que presenta una persona, de acuerdo con las normas de su grupo y sociedad.
- g) **Orientación sexual.** Es el sentimiento de atracción sexual y emocional hacia varones y/o mujeres. Aparece en forma espontánea durante la niñez y se hace evidente durante la adolescencia inicial. No es una decisión consciente, es el sentirse atraído o excitado por un hombre o mujer, lo que es provocado por los cambios hormonales puberales.
- h) **Actitudes y valores.** Se construyen en base a nuestro comportamiento sexual, nuestro rol sexual y nuestra orientación sexual, ellos son aspectos de gran importancia en el desarrollo y la vivencia de nuestra sexualidad. Nuestras actitudes y valores están determinados por las expectativas de nuestras familias y la sociedad en la que estamos insertos. Existen innumerables mitos y tabúes sobre sexualidad, que los niños absorben desde muy temprana edad y que, ya en la adolescencia, están profundamente arraigados como actitudes y valores, los cuales se reflejan en la conducta sexual cotidiana (Santrock, W., 2003).
- i) **Actitudes hacia la sexualidad.** Son el conjunto organizado de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias que evalúan y disponen de determinada forma al sujeto ante personas, objetos y situaciones, relacionadas al comportamiento sexual, identidad sexual, roles de género, orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y al desarrollo de la actividad sexual (Cerruti, S., 1997).
- j) **Conducta sexual.** No se refiere solamente a la relación sexual coital. Más bien, es una gama completa de comportamientos en sexualidad, compuesta por besos, caricias, masturbación e información acerca de la sexualidad. Es un componente determinante relativo al desarrollo de la sexualidad sana. (CIPD, 1994).

5.3 TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD

- **Teoría del aprendizaje social:** Sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socioambientales a los que el niño se halla expuesto. Así, en los primeros años de vida, los modelos a observar e imitar son ante todo los padres; el niño aprende a “copiar” la conducta del progenitor del mismo sexo porque su imitación es recompensada. Además, es bien sabido que los padres tratan de forma distinta a los niños y a las niñas desde el momento mismo del nacimiento, en función de la expectativa diferente con que se les contemplan. Se piensa que esta actitud, conocida como socialización diferencial, repercute tanto en la identidad como en el rol de género (Kagan, B., 1976).
- **Teoría cognitivo-evolutiva:** Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño (Kohlberg, L., 1966). Así, los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general, hasta los 4 y 5 años de edad, etapa en la que el niño no comprende que el género es una constante; posteriormente, el niño va desarrollando dicha conciencia.
- **La interacción bisocial:** Muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un mismo tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money, J. y Ehrhardt, A. (1982) estiman que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino más bien fruto del aprendizaje cultural.

5.4 SALUD SEXUAL Y REHABILITACIÓN SEXUAL

Implantar programas de rehabilitación sexual, prácticos, económicos y eficaces es un desafío constante. Definimos la rehabilitación sexual como la curación del impacto emocional del cáncer sobre la imagen corporal, la satisfacción de las relaciones y la capacidad reproductiva (Schover, L.R., Schain, W.S., Montague, D.K., 1992)

Muy raras veces síntomas relacionados con el tumor maligno por sí mismo interfieren con la función sexual (anemia, anorexia, dolor), más bien los tratamientos (cirugía, radioterapia o quimioterapia) o las, alteraciones psicológicas que producen ambos (creencias, impactos emocionales, motivaciones, afrontamientos) son los responsables y pueden afectar una o más fases del ciclo de respuesta sexual (Grau Abalo, J., 1999).

La mayor parte de los canceres se producen con más frecuencia a medida que aumenta la edad y muchos pacientes tienen antecedentes médicos que podrían ya alterar la respuesta sexual (Hawton, K., 1988). Entre los medicamentos que pueden afectar en mayor medida la función sexual, se encuentran: los fisioterapéuticos, las hormonas (testosterona y estrógenos), algunos antibióticos e hipnóticos, diuréticos y drogas antihipertensivas. Otros productos como los opioides, el alcohol, las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, pueden afectar la respuesta sexual de diferentes modos. Enfermedades tan frecuentes como la hipertensión y la diabetes causan problemas de erección y eyaculación, el hipotiroidismo produce desinterés sexual y al contrario el hipertiroidismo causa desinhibición sexual (Labrador, FJ., 2000). Los profesionales deben conocer los tipos de problemas que pueden surgir después de determinados tratamientos oncológicos y modificar el asesoramiento de los pacientes con cáncer. (Gomez Díaz, A., 2015)

5.5 ENEMIGOS Y BENEFICIOS DE LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Gómez Díaz, A. (2015), nos mencionan lo siguiente:

- **ENEMIGOS DE LA SEXUALIDAD**
 - La propia astenia provocada por el cáncer.
 - Las alteraciones anatómicas.
 - La fisiología alterada.
 - La reducción de los temores hormonales.
 - Las alteraciones de la fertilidad.
- **BENEFICIOS DE LA SEXUALIDAD**
 - Menor ansiedad.
 - Menor depresión e incomodidad.
 - Menor sentimiento de soledad.
 - Mejor adaptación a los efectos de cáncer y su tratamiento.
 - Mejor capacidad para seguir disfrutando la vida.
 - Sentido de crecimiento personal como resultado de vivir con cáncer y por lo tanto mejores resultados en su salud.
 - Es también una forma de lidiar con el enojo y la confusión, y de adherirse a la vida.

5.6 SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS SEXUALES CAUSADOS POR EL CÁNCER Y SUS TRATAMIENTOS

Según la American Cáncer Society. (2015), menciona que hay cuatro vías principales en las que el cáncer o sus tratamientos pueden afectar su sexualidad:

- Problemas físicos para dar y recibir placer sexual.
- Alteración de la imagen corporal.
- Aparición de sentimientos como miedo, tristeza, angustia.

- Modificación de roles y relaciones.

Las relaciones entre estas cuatro áreas son importantes. Si hay un problema en alguna de ellas, esto puede tener un impacto en las otras.

- **Desajustes en el deseo:** Es importante que el paciente comunique a su pareja que ha perdido interés por la actividad sexual debido al estigma, la mutilación o los obstáculos físicos, ya que esto evita sentimientos de rechazo. Se debe sugerir alternativas de proximidad y afecto como caricias, auto erotismo y otras técnicas de focalización sensitiva. Si se siente cansancio, se debe hacer el amor de un modo diferente: posiciones menos cansadas, donde el peso sea bien soportado, se puede recurrir a un contacto sexual más rápido y/o mantener la relación por la mañana. Siempre hay que hablar y consensuar con la pareja.
- **Disminución del impulso sexual:** Si existen problemas hormonales por menopausia prematura se puede utilizar la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y quizás con testosterona (valorando individualmente cada uno). El sildenafil y fármacos similares pueden usarse para aumentar el impulso sexual en las mujeres. Aumentando la lubricación vaginal y disminuyen el dolor durante el coito. Aseguran más excitación y facilitan el alcance del orgasmo. Muchas veces existen problemas educacionales y hay que recordarle a la paciente que debe “darse permiso para sentir placer”. En varones con cáncer de testículo y bajos niveles de testosterona se pueden utilizar tratamientos de reemplazo con testosterona que alivian, con frecuencia, la perdida de deseo sexual o la disfunción eréctil.
- **Dispareunía:** Significa dolor genital, presente o recurrente que se produce antes, durante y después del coito en las mujeres. La cirugía, la quimioterapia, la terapia hormonal, la radioterapia o algunos medicamentos (ej.: antihistamínicos) puede causar cambios que producen sequedad vaginal, estrechez, úlceras o infecciones. Esto ocasiona dolor durante el coito. Una experiencia de dolor puede

desencadenar temor al mismo y conducir a tensión. Esta tensión distrae a la persona de alcanzar la excitación, detienen la lubricación y causa nuevamente dolor. Es importante mostrarles con un espejo sus genitales para qué sean capaces de conocer su vulva, y reconozcan zonas dolorosas o no. Indicarles la posición del punto Grafenberg (punto G), aunque puede ser de difícil acceso en algunas mujeres.

Es importante comentarlo con el compañero/a, para explorar nuevas posiciones para hacer el amor. El coito lateral puede disminuir el peso sobre heridas o cicatrices. La persona que experimenta dolor debe controlar la profundidad y la velocidad de la penetración. Puede ser también útil aproximar la eyaculación a la penetración lo que acorta la duración del acto sexual. Pueden beneficiarse a menudo aprendiendo ejercicios para relajar los músculos que rodean la entrada de la vagina (ejercicios de Kegel). Esto no es para estirar físicamente la vagina sino para proporcionar la sensación de que puede relajar la entrada a la vagina y permitir la penetración del pene sin experimentar dolor.

También puede ser beneficioso planear el contacto sexual y tomar analgésicos previamente. Sería conveniente comentarlo con el médico para que realice una exploración y diagnostique el problema proponiendo soluciones; si existe sequedad vaginal puede utilizarse cremas y geles que se aplican directamente en la vagina, contienen pequeñas cantidades de estrógenos naturales y semi-sintéticos que tienen un efecto poco duradero y que no influye en el resto del cuerpo.

Cuando existen ulceras vaginales producidas por la radioterapia, estas sangran levemente y tardan semanas o meses en cicatrizar. Las infecciones vaginales, tras radioterapia o quimioterapia, debido a que existen cambios en la acidez de la vagina, lo que permite a los

microorganismos crecer. Si se aprecia una secreción cremosa blanquecina o picor que empeora con el rascado se debe consultar pues se pueden tener hongos o aftas. Si se han mantenido relaciones el compañero sexual también debe tratarse con anti fúngicos o antivíricos. Si no se tienen estas molestias durante los tratamientos, las relaciones sexuales son seguras. Se deben usar métodos anticonceptivos cuando sean necesarios.

5.7 ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS SENTIMIENTOS

Existen factores de riesgo previo a la enfermedad, como una valoración pesimista de la vida, antecedentes de trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, o falta de recursos de salud, financieros o sociales. Los pacientes jóvenes también tienen enormes probabilidades de sufrir distres psicológico, porque sufren un deterioro mayor de los objetivos de su vida, como establecer una relación comprometida, tener hijos y progresar en su carrera. La depresión, ansiedad y miedos hacen que sea improbable la estimulación cuando se piensa en el sexo. Algunas personas sienten un aumento en la excitación sexual, lo que les ocasiona culpabilidad.

5.8 EFECTOS SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA CIRUGÍA PÉLVICA CONTRA EL CÁNCER

La American Cancer Society. (2015), refiere que muchos órganos diferentes pueden estar involucrados en una cirugía pélvica contra el cáncer. Los genitales y órganos reproductivos femeninos incluyen el útero (matriz), cuello uterino (la entrada al útero en la parte superior de la vagina), las trompas de Falopio, los ovarios (órganos que producen óvulos y hormonas), la vagina, la vulva y el área del clítoris. La vejiga (órgano que almacena la orina) y el recto (parte final de los intestinos) también se encuentran en el área pélvica.

5.9 EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL

Normalmente, la histerectomía no cambia la capacidad en una mujer de sentir placer sexual. Se acorta la vagina, pero el área alrededor del clítoris y la membrana que recubre la vagina permanecen tan sensibles como antes. Algunas mujeres se sienten menos femeninas después de una histerectomía. Puede que se vean a sí mismas como “vacías” o que no se sientan como “una mujer de verdad”. Tales pensamientos negativos pueden impedir que la mujer considere la actividad sexual como algo que aún puede tener y disfrutar. Un terapeuta capacitado a menudo puede ayudar con estas inquietudes. Si el cáncer causa dolor o sangrado durante la penetración vaginal, la histerectomía puede ser útil para aliviar estos síntomas, y de hecho puede mejorar la vida sexual de la mujer. Pudiera ser que la vagina se haya acortado tras la cirugía, aunque las parejas por lo general se adaptan a este cambio. El tiempo adicional que se dedique a las caricias y otras formas de estimulación previas al acto sexual pueden ayudar a asegurar que la vagina se haya extendido lo suficiente como para permitir la penetración. También es importante que la vagina esté húmeda para la movilidad y estiramiento de los tejidos (refiérase a la sección “Resequedad vaginal”). Si la vagina parece presentar muy poca profundidad, existen formas para que una mujer pueda ofrecer a su pareja masculina una sensación de mayor profundidad. Por ejemplo, puede que ella aplique el lubricante en sus labios genitales exteriores y parte superior de sus muslos, y ejercer presión con los mismos durante el coito. También puede cubrir con la mano alrededor de la base del pene de su pareja durante la penetración.

5.10 IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD FEMENINA

Según Hurtado Mendoza, M. (2015) nos indica que la sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes,

valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, éticos y religiosos o espirituales.

La sexualidad femenina no está absolutamente determinada por sus características biológicas sino que involucra factores sociales, culturales, y económicos, entre otros, que tienen su origen en la diferencia de género, que pueden actuar como factores de protección o de riesgo para las mujeres, colocándolas en una situación desfavorecida en el plano social, económico y político, que hace que les resulte más difícil proteger y promover su propia salud física, emocional y mental.

Las presiones ejercidas por los riesgos y desigualdades en la vida cotidiana de las mujeres, pueden ocasionar agotamiento físico, mental y psicológico, en particular durante la etapa del climaterio y la menopausia que se atribuyen a los cambios biológicos y, pocas veces, son asociados a la sobrecarga por su condición de género desesperanza, esta puede llegar a ser también una época de despertar sexual, pues las mujeres que aborrecían los métodos anticonceptivos, liberadas ya del miedo al embarazo, pueden expresar mayor frecuencia y variación del coito. Ahora bien, esta disminución determina cambios locales y generales en esta edad, sin embargo, otras mujeres bajo las mismas condiciones, sí mantiene o aumentan el deseo sexual. En el caso de las mujeres que aumenta su deseo sexual, pueden encontrarse en conflicto con su pareja o con la sociedad, que las coloca fuera del juego, pues no se consideran aceptables o bien vistas las apetencias y el disfrute sexual en las mujeres de la edad mediana.

Dentro de la cultura y los aprendizajes sociales del comportamiento de hombres y mujeres queda como parte del inconsciente colectivo que la fortaleza, actividad, agresividad y rapidez pertenece a los hombres en contraposición con la debilidad, pasividad, lentitud y ternura, entre otros calificativos más, a las mujeres. Trasladado esto a la sexualidad, se siguen repitiendo patrones dentro de la vida erótica y sexual en general, además de esperar estos comportamientos en ambos sexos para cumplir con las expectativas

Socialmente el cuerpo femenino ha sido una construcción histórica que incluye una serie de creencias de inferioridad hacia la mujer. La sexualidad de las mujeres es vivida en forma diferente que la de los hombres, con esto no se quiere decir que se pueda sentir diferente respecto a sensaciones como la atracción, el deseo, la excitación o el orgasmo, sin embargo, los permisos sociales para vivir y disfrutar de las sensaciones y el placer no son los mismos, lo que hace la diferencia de cómo se vive y cómo se permite manifestarse. Las mujeres aprenden a expresar con su cuerpo el deseo y la seducción.

Menciona López (2007): “El cuerpo femenino ha sido una construcción histórica que implica lo que incluye una serie de creencias de inferioridad”. El erotismo femenino está puesto en la globalidad, a diferencia del varón que está puesto en la genitalidad, esto es un aprendizaje socio-cultural que lleva a percibir las sensaciones corporales de diferente manera.

Para poder entender, vivir y gozar una sexualidad plena, es importante que las mujeres entiendan y asuman que el placer nadie lo otorga, el placer es personal y puede compartirse con quien ellas quieran. Para reconocer el placer requiere de un autoconocimiento, disponibilidad y autodeterminación. El autoconocimiento para el placer radica en algo tan elemental como conocer el propio cuerpo incluyendo, obvio, los genitales.

Disponibilidad es poderse dar el tiempo para sí misma y no pensar y darles el tiempo a los demás en labores que no necesariamente le tienen que corresponder a ella por el hecho de ser mujer. La autodeterminación se refiere a tener en cuenta las propias ganas y deseo sexual y no dejarse presionar o influenciar por el temor a perder o herir a la pareja o a no pertenecer a un grupo determinado. Saber decir “no” si no quiere y también aprender a decir “sí” y buscar encuentros sexuales con la pareja si así lo desea. Cuando la mujer asuma el placer erótico como propio, sepa cómo encontrarlo y buscárselo dentro de sí misma, no tendrá necesidad de fingir orgasmos e iniciará un nuevo modelo de Sexualidad.

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación utiliza el enfoque cuantitativo, en donde no se construye ninguna situación, se observa situaciones ya existentes, no provocadas y donde se relacionan las variables estudiadas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

Es descriptiva por que indaga la incidencia de los niveles en una o más variables en un grupo de personas y correlacional porque este diseño describe relación entre dos o más categorías, conceptos y variables en un momento determinado. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010)

1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según el diseño de investigación es transversal porque recolecta la información en un solo momento, en un tiempo único; es decir, tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

2. POBLACION Y MUESTRA

2.1 POBLACIÓN

La población está conformada por los pacientes que han sido atendidos en Junio, Julio y Agosto del presente año, en las áreas de Hospitalización, Quimioterapia y Consultorio externo; del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Sur; está constituida por pacientes mujeres histerectomizadas del IREN-SUR; que es un centro especializado, donde acuden pacientes de diferentes distritos de Arequipa y departamentos del sur del Perú de distintos niveles socioeconómicos, así como de diferentes grados de instrucción. Entre 20 a 59 años de edad, así mismo que tengan una pareja y que se encuentren en estadios tempranos.

2.2 MUESTRA

La muestra es no probabilística, del tipo intencional, con la que se obtiene una muestra representativa de 31 mujeres histerectomizadas, limitada mediante los criterios de inclusión y exclusión de un total de 127 pacientes. Se consideró a los pacientes que estuvieron presentes en las tres áreas: Hospitalización, Quimioterapia y Consultorio Externo.

- Criterios de Inclusión**

- Mujeres histerectomizadas que se encuentren entre los 20 a 60 años de edad.
- Mujeres histerectomizadas que residan en la ciudad de Arequipa con diagnóstico de algún cáncer ginecológico.

- Mujeres histerectomizadas que se encuentran en estadios tempranos de su enfermedad (estadio I, II y III).
 - Mujeres con diferentes tipos de histerectomía: total y radical.
 - Mujeres histerectomizadas que sigan un tratamiento en el IREN – SUR.
 - Mujeres que hayan sido histerectomizadas que tengan una pareja o conyuge.
 - Mujeres histerectomizadas que tengan actividad sexual en las últimas cuatro semanas.
 - Mujeres histerectomizadas que sean atendidas en el área de hospitalización, quimioterapia o consultorio externo.
 - Mujeres que hayan sido histerectomizadas desde el 2015 y 2016.
 - Mujeres que hayan sido histerectomizadas con diagnóstico de cáncer uterino, cáncer de ovario, cáncer de cérvix, cáncer de endometrio, NIC (I, II).
 - Mujeres histerectomizadas que deseen participar en la investigación.
 - Mujeres histerectomizadas que tengan otro tipo de diagnóstico (diabetes, papiloma humano, etc.)
-
- **Criterios de exclusión**
 - Mujeres histerectomizadas que sean mayores a 60 años de edad
 - Mujeres histerectomizadas que no tengan algún tipo de cáncer ginecológico.
 - Mujeres histerectomizadas que se encuentren en un estadios avanzados (estadio IV) de su enfermedad con patologías sistémicas o crónicas concomitantes en tratamientos
 - Mujeres histerectomizadas que no hablen castellano.
 - Mujeres histerectomizadas que no usen comunicación verbal o no verbal.
 - Mujeres histerectomizadas que no tengan pareja.
 - Mujeres histerectomizadas que no tengan una vida sexual activa.

- Mujeres histerectomizadas que no deseen colaborar en la investigación.
- Mujeres histerectomizadas portadoras de patologías psiquiátricas.
- Mujeres histerectomizadas portadoras de otras patologías que pudieran interferir en la obtención de información de acuerdo con los objetivos investigativos nuestros y que de algún modo alteren la respuesta sexual.
- Pacientes con otros tipos de diagnósticos (cáncer de mama, cáncer de gástrico, etc.)

3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

A. Inventario de Actitud hacia la Sexualidad (Inventario de Actitudes Sexuales)

Nombre original: Inventario de actitudes sexuales

Autores: Hans J. Eysenck

Adaptación en Perú: Americo Bibolini y Ramón León (1981)

Objetivo: Conocer las actitudes hacia la sexualidad según factores sexuales de liberalismo, Puritanismo, Excitabilidad, Inseguridad Sexual y Neuroticismo Sexual o Sexo Neurótico.

Edad de aplicación: La edad de aplicación es a partir de los trece años de edad en adelante y personas de ambos sexos que posean habilidad lectora.

Tiempo de Aplicación: No tiene tiempo límite, tiene una duración aproximada 30 minutos.

Nivel de evaluación: A nivel de la familia, pareja e individualmente.

Antecedentes: El inventario de Actitudes Sexuales fue elaborado por H.J Eysenck, en el año de 1971 y adaptado a nuestro país por los psicólogos Bibolini y León (1982) que mantuvieron las diez escalas originales (Liberalismo, Puritanismo, Sexo Físico, Sexo Impersonal, Satisfacción Sexual, Inseguridad Sexual, Neuroticismo Sexual, Excitabilidad, Pornografía y Agresividad) igualándose al número de ítems que conforma cada escala y asignándole a cada ítem un puntaje de uno o cero de acuerdo al tipo de respuesta. De esta manera el inventario quedo constituido por 90 ítems (9 por escala) permitiendo la obtención de un puntaje que varía de cero a nueve, indicador de la incidencia de la actitud explorada.

Gonzales (1991), utilizo este instrumento y estableció la confiabilidad y la validez. Selecciono cinco áreas: liberalismo, Puritanismo, Excitabilidad, Inseguridad Sexual y Neuroticismo Sexual o Sexo Neurótico.

Posteriormente Manco (1994), utilizó el mismo inventario y selecciono cinco áreas: Liberalismo, puritanismo sexo neurótico, inseguridad sexual, que se han considerado en la presente investigación, con baremos nacionales recientes.

Administración: El inventario de Actitudes sexuales de Eysenck, es de fácil aplicación y consta de un cuadernillo de preguntas que se proporciona a los examinados.

Las instrucciones para el inventario, están en el cuadernillo y serán leídas por el examinador al administrarse de manera grupal y es individual, será leída por el examinado.

Material de la prueba

- Cuadernillo con los ítems
- Hojas de respuesta
- Plantillas de corrección

Estructura: La escala original elaborada por Eysenck, consta de 10 factores: “Permisidad o Liberalismo”, “Satisfacción Sexual”, “Sexo Neurótico”, “Sexo Interpersonal”, “Timidez o Inseguridad Sexual”. “Puritanismo”, “Pornografía”, “excitabilidad Sexual”, “Sexo Físico” y “Sexo agresivo”.

La escala a utilizar consta de 45 ítems distribuidos en cinco factores, cada uno de los cuales consta de nueve ítems.

- **Factor de Liberalismo:** Se caracteriza por la permisividad y flexibilidad de las creencias respecto al sexo.
- **Factor de Puritanismo:** Expresa la rigidez o conservadurismo de las creencias respecto al sexo.
- **Factor de Neuroticismo:** Se observa en la falta de estabilidad emocional, en las perturbaciones y conflictos emocionales originados por el aspecto sexual. d. Factor de Excitabilidad Sexual: Se expresa en el disfrute sexual sin compromiso afectivo, que se da en forma ocasional o inestable.
- **Factor de Inseguridad Sexual:** Se caracteriza por la dificultad en el compromiso sexual y en las relaciones con las personas del sexo opuesto.

Calificación: Cada Ítem se califica asignándole un puntaje de 1(cierto) o cero (falso). El signo “?” (indeciso) no recibe puntaje. El rango de cada escala es de 0 a 9. Se le asigna un punto para la actitud favorable y cero para la actitud desfavorable o de rechazo al indicador.

Confiabilidad: Manco (1994), halló la confiabilidad empleando el método de la consistencia interna mediante la ecuación de kuder Richardson, para cada una de las escalas, encontrando los siguientes resultados.

En el área de Liberalismo, con un $r=0.83$ y una decisión de excelente

En el área de Puritanismo, con un $r=0.86$ y una decisión muy alta

En el área de Neuroticismo sexual, con un $r=0.91$ y una decisión de excelente.

En el área de excitabilidad sexual, con un $r=0.88$ y una decisión de muy alta.

En el área de inseguridad sexual, con un $r=0.93$ y una decisión de excelente.

Todas las escalas presentan alta consistencia y precisión de medida del inventario.

Validez: Se estableció la validez del inventario por el método de “juicio de expertos” utilizando el análisis del Chi cuadrado encontrando que los ítems resultaron significativos al 0.05 hasta el 0.01. Todos cumplieron el propósito de medida por tanto se puede decir que el inventario tiene validez para evaluar las actitudes sexuales (Manco 1994).

B. Índice de Función Sexual Femenina

Nombre original: The Female Sexual Function Index (FSFI)

Autores: El cuestionario original desarrollado por Rosen fue traducido y validado al castellano por Blümel J.E y cols. En el 2004. Y fue adaptado en Chile por Juan Enrique Blümel M., Lorena Binfa E., Paulina Cataldo A. Alejandra Carrasco V., Humberto Izaguirre L. y Salvador Sarrá C.

Objetivo: Fue desarrollado con el propósito específico de determinar dominios específicos de funcionamiento sexual en ensayos e informes clínicos.

Edad de aplicación: La edad de aplicación es a partir de los 10 años de edad en adelante, personas mide ambos sexos que posean habilidad lectora.

Tiempo de Aplicación: No tiene tiempo límite aproximadamente 30 minutos.

Nivel de evaluación: A nivel de la familia, pareja e individualmente.

Antecedentes: A pesar de la alta prevalencia de los problemas sexuales entre las mujeres (el 43% manifiesta alguna queja en tal sentido y entre el 11% y el 33% de las muestras analizadas cumplen criterios diagnósticos), 1-3 pocos esfuerzos se han dedicado a investigar las bases fisiológicas y psicológicas de la disfunción sexual en las mujeres y escasas soluciones eficaces se han desarrollado para combatir este tipo de trastornos si lo comparamos con lo que ha ocurrido con los problemas sexuales experimentados por los hombres.

Uno de los mayores obstáculos para el desarrollo de la investigación en este campo ha sido la ausencia de consenso sobre los criterios diagnósticos de la disfunción sexual en las mujeres. En 1999, con la finalidad de paliar este problema, se reunió en los EEUU un grupo de 19 expertos de 5 países para desarrollar un nuevo sistema de clasificación que pueda ser aplicado a todas las formas de disfunción sexual femenina con independencia de su etiología. Aunque existen diferentes instrumentos psicométricos para valorar la función sexual femenina, Rosen et al. (2000), desarrollaron y validaron un cuestionario breve, a la luz de las recomendaciones del grupo de expertos antes citado. Pese a tratarse de un cuestionario no traducido ni validado en nuestro país, nos hemos permitido la licencia de traducirlo e incorporarlo en este programa debido a su brevedad, sencillez y a que pretende un abordaje multidimensional del trastorno sexual femenino, siguiendo las directrices emanadas de la Conferencia Internacional de Consenso sobre la Disfunción Sexual Femenina ya comentada.

Material de la prueba

- Cuadernillo con los ítems
- Hojas de respuesta
- Plantillas de corrección

Interpretación: Se trata de un cuestionario breve, sencillo y fácil de aplicar. De momento, ha demostrado su fiabilidad y su capacidad para discriminar entre poblaciones enfermas y sanas, por lo que podría ser utilizado como instrumento de screening.

Calificación: La puntuación total del test oscila entre 4 y 95 puntos.

Normas de aplicación: La paciente tiene que responder a 19 cuestiones diferentes y seleccionar en cada una de ellas una de las 6 respuestas posibles que mejor describa su situación durante las últimas 4 semanas (una respuesta de 0 indica que no ha habido actividad sexual, una respuesta de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor). Del análisis factorial se deducen 6 dominios diferentes que explora el cuestionario.

Fiabilidad: La fiabilidad medida mediante el alfa de Cronbach fue mayor de 0.82 para los seis dominios y para la escala en su conjunto y la fiabilidad test-retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson fue elevada en todos los dominios y en la puntuación total ($r = 0.79 - 0.88$).

Validez: La validez discriminante se estableció comparando las respuestas medias del grupo de enfermas con el grupo control, las diferencias más altas entre los grupos fue para los dominios excitación y lubricación, la puntuación total de la escala fue de 19.2 ± 6.63 para el grupo de enfermas y de 30.5 ± 5.29 para el grupo control. La validez divergente se estableció comparando el FSFI con el Test de Satisfacción Marital de Locke-Wallas, la correlación se determinó mediante Pearson y fué moderada para el grupo control ($r = 0.53$) y muy baja para el grupo de enfermas ($r = 0.22$).

Corrección: 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 seis dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

C. Registro de Ficha Personal

Fue elaborada en base a una ficha de utilidad por el Servicio de Asistencia Social donde se consigna los datos de la historia clínica e historia socioeconómica. Se accedió a esta ficha con el fin de conocer las características de las pacientes y su enfermedad. Donde se escogió cada pregunta indicado en el registro de datos, tomando los aspectos más importante para poder realizar y recolectar la información de cada paciente. Como los datos generales, el tipo de diagnóstico u otros diagnósticos adyacentes a la enfermedad, el estadio de enfermedad, el tipo de tratamiento que seguía el paciente, el tipo de cirugía aplicado, si había recibido información adicional sobre su sexualidad posterior a la cirugía, la calidad de la información recibida y el inicio de la actividad sexual post-operatorio.

4. PROCEDIMIENTO

Para la realización de la presente investigación nos centraremos en las mujeres hysterectomizadas del Instituto de Neoplásicas del Sur, Arequipa (IREN – Sur)

En primera instancia se presentó el proyecto de investigación a la dirección de la escuela de psicología. Una vez aprobada, se solicitó permiso al director del instituto Regional de enfermedades neoplásicas del Sur, Arequipa para poder realizar la investigación.

Los cuestionarios fueron revisados por psicólogos expertos en el área para darle la debida validación en nuestra población. Los resultados del juicio de expertos fueron examinados con la prueba estadística del alpha de crombach. Así mismo se aplicó los instrumentos a un grupo piloto conformado por 6 personas con las características de la muestra para la modificación de los instrumentos y así evitar sesgo.

Se elaboró una ficha personal en base al formato de Asistencia Social del Ministerio de Salud.

Para poder evaluar a la muestra se les tuvo que informar acerca de la investigación y se les entregó la carta de consentimiento informado para proceder a la aplicación de los cuestionarios y la ficha personal en la población con histerectomía del IREN-SUR.

Una vez terminado el proceso de evaluación se procedió a la revisión y calificación de los resultados de los cuestionarios y la ficha aplicada.

Se realizó el procesamiento de la información con una base de datos de nuestra muestra; sacando estadísticas descriptivas y correlacionales conforme a los objetivos planteados.

Se pasó luego a interpretar los resultados obtenidos a través del paquete estadístico SPSS versión 23, utilizando la chi cuadrada de Fisher dando lugar a la discusión, conclusiones y sugerencias.

Finalmente se elaboró el informe de investigación, el cual presentamos.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD Y FUNCION SEXUAL

A continuación se presentan las tablas estadísticas para explicar los resultados obtenidos en cuanto a la relación de la Actitud hacia la Sexualidad y Función sexual de las mujeres histerectomizadas del Instituto Regional de Neoplásicas del Sur (IREN-SUR), se hizo uso de tablas de contingencia utilizando la Chi Cuadrada de Fisher, usando el paquete estadístico Spss 23.

TABLA N°1. Características sociodemográficas de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Nº	%
EDAD		
30 a 45 años	18	58.1
46 a 59 años	13	41.9
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	10	32.3
Secundaria	13	41.9
Técnico	4	12.9
Universitaria	4	12.9
ESTADO CIVIL		
Soltera	7	22.6
Conviviente	6	19.4
Casada	17	54.8
Viuda/Divorciada	1	3.2
NÚMERO DE HIJOS		
1 a 2 hijos	7	22.6
3 a 4 hijos	16	51.6
5 a 8 hijos	8	25.8
Total	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

En edad el mayor porcentaje de mujeres sometidas a este procedimiento (58.1%) está entre los 30 a 45 años y en menor porcentaje (41.9%) están entre los 46 a 59 años de edad. En el grado de instrucción el mayor porcentaje (41.9%) está en nivel secundario y en menor porcentaje (12.9%) está en nivel técnico coincidiendo con el nivel universitario. En Estado civil el mayor porcentaje (54.8%) son casadas y menor porcentaje (3.2%) son viudas/divorciadas. Con respecto al número de hijos en mayor porcentaje de mujeres (51.9%) tiene 3 a 4 hijos y en menor porcentaje a mujeres (22.6%) que tienen 1 a 2 hijos.

TABLA N°2. Características de la cirugía de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

CARACTERÍSTICAS CIRUGÍA	Nº	%
TIPO DE CIRUGÍA		
Total	24	77.4
Radical	7	22.6
RECIBIÓ INFORMACIÓN		
Si	18	58.1
No	13	41.9
CALIDAD DE INFORMACIÓN		
Deficiente	20	64.5
Poco precisa	6	19.4
Clara y precisa	5	16.1
PREGUNTO POR INICIATIVA		
Si	6	19.4
No	25	80.6
Total	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

En el tipo de cirugía vemos que el mayor porcentaje (77.4%) fueron sometidas a histerectomía total y con un menor porcentaje (22.6%) fueron sometidas a histerectomía parcial. En cuanto a si recibió información la mayoría (58.1%) manifiesta que si recibió información y un menor porcentaje (41.9%) manifiesta que no recibió información. En calidad de información la mayoría (64.5%) recibió información deficiente mientras que en menor porcentaje (16.1%) recibió información clara y precisa. Así mismo se encontró que las mujeres histerectomizadas que preguntaron por iniciativa propia la mayoría (80.6%) manifiesta que no, mientras que en un menor porcentaje (19.4%) manifiesta que sí.

TABLA N°3. Inicio de Relaciones sexuales de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	N°	%
Una semana	4	12.9
Dos semanas	3	9.7
Un mes	10	32.3
Dos meses	12	38.7
Tres meses a más	2	6.5
Total	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

Los resultados muestran que la mayoría (38.7%) inicia las relaciones sexuales a los dos meses, mientras que en un menor porcentaje (6.5%) inicia su actividad sexual a partir de los tres meses a más.

TABLA N°4. Actitud hacia la sexualidad de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD	Nº	%
LIBERALISMO		
Desfavorable	12	38.7
Ambivalente	11	35.5
Favorable	8	25.8
PURITANISMO		
Desfavorable	2	6.5
Ambivalente	13	41.9
Favorable	16	51.6
EXCITABILIDAD SEXUAL		
Desfavorable	16	51.6
Ambivalente	14	45.2
Favorable	1	3.2
INSEGURIDAD SEXUAL		
Desfavorable	14	45.2
Ambivalente	14	45.2
Favorable	3	9.7
SEXO NEURÓTICO		
Desfavorable	5	16.1
Ambivalente	19	61.3
Favorable	7	22.6
GLOBAL		
Desfavorable	5	16.1
Ambivalente	25	80.6
Favorable	1	3.2
Total	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

En actitud hacia la sexualidad, en liberalismo el mayor porcentaje de mujeres (38.7%) muestra una actitud desfavorable, y en menor porcentaje (25.8%) es favorable. Puritanismo, el mayor porcentaje (51.6%) es favorable, mientras que en menor porcentaje (6.5%) es desfavorable. Excitabilidad Sexual, el mayor porcentaje (51.6%) es desfavorable mientras que en menor porcentaje (3.2%) es favorable. En Inseguridad Sexual el mayor porcentaje (45.2%) coincidiendo en desfavorable y ambivalente. Sexo neurótico con un mayor porcentaje (61.3%) es ambivalente, mientras en menor porcentaje (16.1%) es desfavorable. Los resultados globales con un mayor porcentaje (80.6%) muestra que las mujeres histerectomizadas tienen una

actitud hacia la sexualidad ambivalente, mientras que en un menor porcentaje (3.2%) muestra que las mujeres histerectomizadas tienen una actitud hacia la sexualidad favorable.

TABLA N°5. Función sexual de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

FUNCIÓN SEXUAL	N°	%
DESEO		
Bajo	4	12.9
Medio	25	80.6
Alto	2	6.5
EXCITACIÓN		
Bajo	0	0.0
Medio	25	80.6
Alto	6	19.4
LUBRICACIÓN		
Bajo	2	6.5
Medio	25	80.6
Alto	4	12.9
ORGASMO		
Bajo	13	41.9
Medio	16	51.6
Alto	2	6.5
SATISFACCIÓN		
Bajo	15	41.4
Medio	13	48.9
Alto	3	9.7
DOLOR		
Bajo	4	12.9
Medio	24	77.4
Alto	3	9.7
GLOBAL		
Bajo	1	3.2
Medio	17	54.8
Alto	13	41.9
Total	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

En cuanto a la función sexual, en el factor Deseo obtuvieron un mayor porcentaje (80.6%) donde muestra un nivel medio, mientras que en el menor porcentaje (6.5%) muestra un nivel alto. En excitabilidad, un mayor porcentaje (80.6%) muestra un nivel medio, mientras que ninguna (0.0%) muestra un nivel bajo. En lubricación un mayor porcentaje (80.6%) muestra un nivel medio, mientras que en menor porcentaje (6.5%) muestra un nivel bajo. En orgasmo, un mayor porcentaje (51.6%) muestra un nivel medio, mientras que en menor porcentaje (6.5%) muestra un nivel alto. En satisfacción, un mayor porcentaje (48.4%) muestra un nivel alto, mientras que en

menor porcentaje (9.7%) muestra un nivel bajo. En dolor, un mayor porcentaje (77.4%) muestra un nivel medio, mientras que en menor porcentaje (9.7%) muestra un nivel alto. Los resultados globales muestran que las mujeres histerectomizadas en mayor porcentaje (54.8%) muestra un nivel medio en cuanto a su función sexual mientras que las mujeres histerectomizadas en menor porcentaje (3.2%) muestra un nivel bajo en cuanto a su función sexual.

TABLA N°6. Actitud hacia la sexualidad según el grado de instrucción en mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

Grado de Instrucción	Actitud hacia Sexualidad						Total	
	Desfavorable		Ambivalente		Favorable			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	1	10.0	9	90.0	0	0.0	10	100.0
Secundaria	2	15.4	10	76.9	1	7.7	13	100.0
Técnica	1	25.0	3	75.0	0	0.0	4	100.0
Universitaria	1	25.0	3	75.0	0	0.0	4	100.0
Total	5	16.1	25	80.6	1	3.2	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.903 (P ≥ 0.05) N.S.

Según los resultados en grado de instrucción muestra que las mujeres histerectomizadas que tienen un grado de educación primaria (90%), secundaria (76.9%), técnica (75.0%) y universitaria (75.0%) obtuvieron una actitud hacia la sexualidad ambivalente.

Así mismo al relacionar el grado de instrucción con la actitud hacia la sexualidad según la prueba estadística (P = 0.903) no existe relación significativa entre ambas variables.

Tabla N°7. Función sexual y el grado de instrucción de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

Grado de Instrucción	Función Sexual Femenina						Total	
	Baja		Media		Alta			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	1	10.0	6	60.0	3	30.0	10	100.0
Secundaria	0	0.0	5	38.5	8	61.5	13	100.0
Técnica	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	100.0
Universitaria	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	100.0
Total	1	3.2	17	54.8	13	41.9	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.487 (P ≥ 0.05) N.S.

En cuanto a la función sexual según el grado de instrucción, se obtuvo que las mujeres que tienen un grado de educación primaria (60.0%), técnica (61.5%) y universitaria (75.0%) mostraron una función sexual media y las mujeres que tienen un grado de instrucción secundaria obtuvieron una función sexual alta.

Así mismo al relacionar el grado de instrucción con la función sexual según la prueba estadística (P = 0.487) no existe relación significativa entre ambas variables.

TABLA N°8. Actitud hacia la sexualidad y tipo de cirugía en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

Tipo de Cirugía	Actitud hacia Sexualidad						Total	
	Desfavorable		Ambivalente		Favorable			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	4	16.7	19	79.2	1	4.2	24	100.0
Radical	1	14.3	6	85.7	0	0.0	7	100.0
Total	5	16.1	25	80.6	1	3.2	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.844 (P ≥ 0.05) N.S.

Las mujeres que se sometieron a una histerectomía total (79.2%) y las que se sometieron a una histerectomía radical (85.7%) obtuvieron una actitud hacia la sexualidad ambivalente.

Así mismo al relacionar el tipo de cirugía con la actitud hacia la sexualidad según la prueba estadística (P = 0.844) no existe relación significativa entre ambas variables.

TABLA N°9. Función sexual y tipo de cirugía en mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

Tipo de Cirugía	Función Sexual Femenina						Total	
	Baja		Media		Alta		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Total	1	4.2	15	62.5	8	33.3	24	100.0
Radical	0	0.0	2	28.6	5	71.4	7	100.0
Total	1	3.2	17	54.8	13	41.9	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.048 (P < 0.05) S.S.

Las mujeres que se sometieron a una histerectomía total (62.5%) obtuvieron una función sexual media mientras que las mujeres que se sometieron a una histerectomía radical (71.4%) obtuvieron una función sexual alta.

Así mismo al relacionar el tipo de cirugía con la función sexual según la prueba estadística (P = 0.048) si existe relación significativa entre ambas variables.

TABLA N° 10. Inicio de relaciones sexuales y el tipo de cirugía de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

Inicio de Relaciones Sexuales	Tipo de Cirugía				Total	
	Total		Radical			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Una semana	4	16.7	0	0.0	4	12.9
Dos semanas	3	12.5	0	0.0	3	9.7
Un mes	7	29.2	3	42.9	10	32.3
Dos meses	8	33.3	4	57.1	12	38.7
Dos meses a más	2	8.3	0	0.0	2	6.5
Total	24	100.0	7	100.0	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.443 (P ≥ 0.05) N.S.

Las mujeres que se sometieron a una histerectomía total (33.3%) y las que se sometieron a una histerectomía radical (57.1%) indicaron que iniciaron sus vida sexual postoperatoria a los dos meses.

Así mismo al relacionar el tipo de cirugía con el inicio de relaciones sexuales según la prueba estadística (P = 0.443) no existe relación significativa entre ambas variables.

TABLA N°11. Actitud hacia la sexualidad y función sexual en mujeres hysterectomizadas del IREN-SUR.

Actitud hacia la Sexualidad	Función Sexual Femenina						Total	
	Baja		Media		Alta			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desfavorable	0	0.0	3	60.0	2	40.0	5	100.0
Ambivalente	1	4.0	13	52.0	11	44.0	25	100.0
Favorable	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Total	1	3.2	17	54.8	13	41.9	31	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.891 (P ≥ 0.05) N.S.

Las mujeres hysterectomizadas que obtuvieron una actitud hacia la sexualidad desfavorable (60.0%), ambivalente (52.0%) y favorable (100.0%) obtuvieron una función sexual media.

Así mismo al relacionar la actitud hacia la sexualidad con la función sexual según la prueba estadística (P = 0.891) no existe relación significativa entre ambas variables.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación es encontrar la relación de la actitud hacia la sexualidad con la función sexual en mujeres histerectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, Arequipa (IREN – SUR). La investigación se desarrolló con 31 mujeres histerectomizadas, se utilizó una metodología descriptiva correlacional cuyos resultados son los siguientes:

La actitud hacia la sexualidad en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, en el área de inseguridad sexual (45.2%) y sexo neurótico (61.3%) coinciden en una actitud ambivalente, siendo preocupante debido a que podrían variar con el tiempo; mientras que puritanismo (51.6%) sobresale con una actitud favorable lo que mostraría que existe cierto evitamiento hacia las creencias respecto al sexo; sin embargo en el área de excitabilidad sexual (51.6%) obtiene una actitud desfavorable, que nos indicaría que no hay disfrute sexual debido a que la mayoría manifiesta que realizan el acto sexual solo para complacer a su pareja. En cuanto a los resultados globales con un mayor porcentaje (80.6%) muestra que las mujeres histerectomizadas tienen una actitud hacia la sexualidad ambivalente, mientras que en un menor porcentaje (3.2%) muestra que las mujeres histerectomizadas tienen una actitud hacia la sexualidad favorable. Esto significa que las creencias, opiniones y sentimientos que evalúan y orientan de determinada forma hacia otras personas, objetos y situaciones relacionadas al comportamiento sexual son neutras, es decir que pueden ser favorables como desfavorables, estos resultados pueden ser alarmantes si los indicadores se incrementaran de forma negativa con el tiempo, debido a que el factor indicaría falta de estabilidad, perturbaciones y conflictos emocionales originados por el aspecto sexual debido a la realización de la histerectomía y el cáncer.

En cuanto a la función sexual, los factores deseo (80.6%), excitabilidad (80.6%), lubricación (80.6%), orgasmo (51.6%), dolor (77.4%) y satisfacción (48.4%) se ubican un nivel medio. En comparación al estudio realizado por González, C. (2015) sobre “Histerectomía y sus efectos psicosexuales en mujeres atendidas en gineco-

obstetricia del hospital del IEES de Loja”, en Ecuador; donde se presenta que las repercusiones sobre la sexualidad de la mujer se ve afectada prácticamente en todos sus dominios, el interés o deseo sexual fue bajo (46%), en excitación durante el acto sexual fue bajo (44%), lubricación genital durante el acto sexual fue bajo (30%), igualmente en orgasmos (30%), en satisfacción durante el acto sexual fue bajo (30%). El 42 % de las mujeres presentaron pocas veces dolor durante la relación sexual. Lo que se llegó a concluir que en esta investigación de las mujeres histerectomizadas presentan efectos psicológicos y sexuales en su mayoría negativos luego de la realización de la histerectomía, afectando su función sexual. Sin embargo hay que considerar que el entorno social en el que se realizó dicha investigación es distinta a nuestra realidad, por lo que en nuestra investigación se demuestra que las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR obtuvieron una función sexual media a pesar de la enfermedad que padecen.

En relación a la función sexual con el tipo de cirugía realizada en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, los resultados muestran que hay un mayor porcentaje (71.4%) con un nivel alto en su función sexual con el tipo de cirugía radical y con un menor porcentaje (62.5%) con un nivel medio en su función sexual con el tipo de cirugía total, teniendo una relación significativa. Corroblando con algunos estudios que apoyan los cambios positivos en la sexualidad de las mujeres luego de la histerectomía, es así el estudio de Urrutia, M. et al. (2004), sobre la sexualidad en las mujeres post-histerectomizadas indican que el 81.3% de mujeres presentan cambios en su sexualidad y de este grupo el 58.46% señaló cambios positivos. Así mismo Berek, J. (2006) señala que “la mayoría de mujeres no suelen presentar problemas en la función sexual”. En cuanto a la actitud hacia la sexualidad con el tipo de cirugía en mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, los resultados indican que son ambivalentes desfavorables en ambos tipos de cirugía, debido a las creencias de los efectos de la histerectomía y el hecho de padecer cáncer influyen de manera significativa en sus actitudes.

En cuanto a la relación entre la actitud hacia la sexualidad y la función sexual con el grado de instrucción en mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, nuestros resultados muestran que tanto las mujeres que tengan un grado de instrucción, ya sea

primaria, secundaria, técnicas y universitaria; muestran una actitud ambivalente o neutra por lo que podemos decir que el grado de instrucción no interfiere en su actitud hacia la sexualidad, al igual que en la función sexual.

Sin embargo en relación al inicio de la actividad sexual después de la operación se encontró que la mayoría de las mujeres histerectomizadas inician sus relaciones sexuales a partir del segundo mes (38.7%), sin embargo hay un 12.9% que inician su actividad sexual a una semana después de la histerectomía, mientras que en un menor porcentaje (6.5%) inician su actividad sexual a partir de los tres meses a más, en comparación a la investigación de Urrutia, M., y Araya A. (2005) sobre “Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía”, donde el inicio de la actividad sexual en mujeres chilenas histerectomizadas encontraron que al tercer mes postoperatorio iniciaron su actividad sexual en promedio a los 46.3 ± 17.2 días, con un rango entre 10 y 90 días. A diferencia de nuestra investigación las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR la mayoría inicia su actividad sexual desde el segundo mes. Por lo que en la entrevista y la evaluación nos indicaron que lo inician prematuramente por la presión impuesta por sus parejas para complacerlas y para evitar problemas conyugales que causen el alejamiento de esta. Es así que se plantea la importancia de la psicoeducación por parte de los profesionales de la salud durante el periodo de seguimiento de estas mujeres ya que es de riesgo para su estabilidad emocional.

Respecto a la información recibida sobre su sexualidad por parte del equipo multidisciplinario a las mujeres histerectomizadas, la mayoría (58.1%) manifiesta que “sí” recibió información, en tanto a la calidad de información la mayoría (64.5%) manifiesta haber recibido información deficiente. En cuanto a las mujeres que tomaron la iniciativa de preguntar sobre su sexualidad la mayoría (80.6%) manifiesta que no preguntaron. Jara, D. & Salgado, C. (2010) concluyen en su investigación sobre la “Sexualidad en mujeres histerectomizadas”, que la naturaleza de la comunicación establecida es importante para las mujeres y a menudo no satisfactoria cuando la interacción es impersonal y el lenguaje utilizado es poco entendible. Destaca la sensación de recibir información insuficiente y deficiente por parte del profesional de salud respecto a la anatomía, cambios en el funcionamiento

sexual y fisiología de los órganos genitales. Los médicos, por su parte, se ven como proveedores de información y cerca de la mitad de ellos indican que la mujer es quien toma la decisión finalmente. Por lo tanto la información brindada a las mujeres histerectomizadas y más aún con una enfermedad oncológica debe ser optima y así mismo brindarles todas las herramientas y pautas sobre su sexualidad debido a que la mayoría de las pacientes evaluadas no tuvieron la iniciativa de consultar sobre su sexualidad, es por ello que todo el equipo multidisciplinario y más aún del profesional psicooncólogo dé importancia a este punto.

En cuanto a nuestro objetivo general podemos concluir que la relación de la actitud hacia la sexualidad con la función sexual no es significativa. Debido a que las mujeres histerectomizadas mostraron una actitud ambivalente inclinándose más hacia lo desfavorable. Esto podría ser debido al contexto donde se desarrollaron dado que es muy conservador y aún no se puede hablar libremente de la sexualidad, esto se podría verificar con el área de puritanismo donde muestran un alto porcentaje (51.6%), en el que da a conocer que las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR son conservadoras, mostrando actitudes de evitamiento respecto al sexo. En cuanto a la función sexual los resultados las ubican en un nivel medio inclinándose más hacia lo alto, esto se explicaría debido a que cuando hablamos de función sexual estamos hablando de la respuesta sexual, es decir de lo orgánico, concluyendo que las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR son activas sexualmente pero no por su propia iniciativa sino por la presión de su pareja sexual, debido a que sienten temor de ser abandonadas, a la vez de sentirse vulnerables por su enfermedad y más aun con una operación que según ellas amenaza su femineidad al sentirse incompletas, esto a consecuencia del marcado machismo que existe en nuestra sociedad donde también está presente los estereotipos hacia la mujer histerectomizada. Por lo tanto se puede deducir que la sexualidad humana constituye un tema poco difundido en forma científica en nuestro medio, pues su conocimiento ha estado siempre deformado por mitos y errores; y además de prejuicios morales.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La actitud hacia la sexualidad en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, presentan una actitud ambivalente hacia la sexualidad, donde las áreas de inseguridad sexual y sexo neurótico coinciden en una actitud ambivalente, mientras que puritanismo sobresale en una actitud favorable; sin embargo en el área de excitabilidad sexual obtiene una actitud desfavorable.

SEGUNDA: La función sexual en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, en los factores de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor presentan un nivel de medio de función sexual. En tanto que los resultados globales muestran que las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR presentan una función sexual media.

TERCERA: En relación al grado de instrucción con la actitud hacia la sexualidad y la función sexual en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, se encontró que no hubo una relación significativa, donde las mujeres histerectomizadas que tienen un grado de educación primaria, secundaria, técnica y universitaria obtuvieron una actitud hacia la sexualidad ambivalente. En cuanto a la función sexual las mujeres histerectomizadas que tienen un grado de educación primaria, técnica y universitaria obtuvieron una función sexual media, en tanto las que tienen una educación secundaria obtuvieron una función sexual alta; sin embargo no se encontró una relación significativa.

CUARTA: Según el tipo de cirugía en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR en relación con la actitud hacia la sexualidad, no se encontró una relación significativa ya que ambos tipos de cirugías, mostraron una actitud hacia la sexualidad ambivalente. Sin embargo en cuanto a la función sexual se obtuvo una relación significativa con el tipo de histerectomía encontrándose que las mujeres que se sometieron a una histerectomía radical obtuvieron una función sexual alta mientras que las mujeres que se sometieron a una histerectomía total obtuvieron una función sexual media a pesar de su enfermedad oncológica.

QUINTA: El inicio de la actividad sexual posterior a la histerectomía nos indica que la mayoría de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, inician su vida sexual a partir del segundo mes después de la cirugía.

SEXTA: La mayoría de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, manifiestan haber recibido información acerca de su vida sexual posterior a la operación, sin embargo la mayoría manifiesta que la calidad de la información que recibieron fue deficiente, así mismo se encontró que las mujeres histerectomizadas no tuvieron la iniciativa para preguntar sobre salud sexual.

SEPTIMA: No existe una relación significativa entre la actitud hacia la sexualidad y la función sexual en las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda evaluar a las mujeres que padecen algún tipo de cáncer ginecológico antes y después de la realización de la histerectomía para obtener mejores resultados y saber la variación de su función sexual y de su actitud hacia la sexualidad.
2. Realizar estudios adicionales sobre las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR, abordando otros temas respecto a su sexualidad, ya que es una población vulnerable a sufrir posibles disfunciones sexuales.
3. Se recomienda impartir una buena psicoeducación por parte de los profesionales de la salud, antes y después de iniciar los tratamientos auxiliares del cáncer, para así fomentar una buena salud mental y sexual, además de brindarle al paciente una atención multidisciplinaria. Resaltando el papel del psicooncólogo ya que puede ofrecerle herramientas necesarias a través de las intervenciones psicológicas que se realizan a lo largo de la enfermedad para que las mujeres histerectomizadas mantenga una buena calidad de vida a lo largo de todo el proceso. Siendo imprescindible para facilitar el proceso de adaptación a la sexualidad definitiva post-operatoria, y contribuir a una percepción positiva de las mujeres histerectomizadas del IREN-SUR sobre su cuidado fomentando una buena actitud hacia la sexualidad.
4. Se recomienda que el psicooncólogo elabore un plan de intervención donde forme grupos de apoyo psicológico, no solamente para las mujeres histerectomizadas sino que también incluya a la pareja para generar un mejor ambiente de entendimiento y compresión, así mismo un menor impacto de la enfermedad en la salud sexual y mental de las pacientes.
5. Por otro lado, es fundamental capacitar al personal de salud como médicos, enfermeras y técnicas de enfermería respecto a la importancia de informar a las pacientes y de cómo realizar charlas educativas sobre su sexualidad antes

y después de la histerectomía, así mismo en las pacientes con otros tipos de cáncer donde se ve afectada su vida sexual de manera significativa.

6. Seguir esta línea de investigación para brindar una orientación adecuada acerca de la sexualidad en mujeres histerectomizadas pre y post-tratamiento del cáncer ginecológico.
7. Divulgar los resultados de esta investigación a los centros que atienden a las mujeres con algún tipo de cáncer ginecológico, especialmente a las mujeres histerectomizadas de instituciones neoplásicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AECC. (2013). Infórmate sobre el cáncer. Recuperado el 28 Diciembre 2013 de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Queesunarecidiva.aspx>
- Ahumada, A., Aliaga, P., & Bolívar, N. (2001). Enfoque integral de la paciente Histerectomizada, *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 12 (3).
- Allport, G. W. (1935). Actitudes. En: C. Murchison (Ed.), *Handbook of Social Psychology*. pp. 798-884. Worcester.
- American cáncer society. (2013). Sexualidad para la mujer con cáncer. Recuperado en <http://www.cancer.org/sexualidad-para-la-mujer-con-cancer-pdf>
- Association of Reproductive Health Professionals. (2012). Fact Sheet: Female Sexual Response. Recuperado de www.arhp.org/Publications-and-Resources/Clinical-Fact-Sheets/Female-
- Arroyo Garrido, Y., Domínguez Silva, L. et al. (2003). Efectos psicosexuales de la histerectomía en la relación de pareja según la opinión de las mujeres histerectomizadas del barrio de costa azul de la ciudad de Sincelejo (Tesis de grado). Universidad de Sucre. Sincelejo. Colombia.
- Barber, K., & Almaraz, R. (1992). Manual de oncología ginecológica. : Interamericana-McGraw-Hill.
<http://bibliotecasenred.com.ar/libros/libros.php?id=17458>
- Berek, J. (2006). *Ginecología de Novak: Fisiología de la Reproducción, fisiología del ciclo menstrual*. Madrid: GEDISA
- Bianco, F. (1991). Sexología Definición y concepto teoría de la variante fisiológica del Sexo y su función propuesta. Caracas. Venezuela. Publicidad Vlangel C.A
- Blümel, J., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre H., y Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para Evaluar la sexualidad de la mujer. Rev Chile Obstet Ginecol;69(2):118-125.
- Brown, J.C., Chu C.S., Cheville A.L., & Schmitz K.H. (2013). The prevalence of lymphedema symptoms among survivors of long-term cancer with or at risk for lower limb lymphedema. Am J Phys Med Rehabil ,Mar; 92(3):223-231.
- Castro Castillo, L. (2007). El cáncer de cérvix y su influencia en la calidad de vida de las mujeres. Universidad de la Sabana. Colombia. Bogotá. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2216/131444.pdf?sequence=1>
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M. & Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica pre-quirúrgica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 56 No. 3, 209-215.

Castroviejo, F. (2010). Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad. Valladolid.

Cerda, et al. (2006). Calidad de Vida en Mujeres Histerectomizadas Rev. Chil Obstest Ginecol; 71(3):216-221.

Cerda, P., & Pino, P. U. (2006). *Calidad de vida en mujeres histerectomizadas*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000300012

Cerruti, S. (1997). Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W. K. Kellogg. Montevideo: OPS-OMS

Chao, C., García, I., et al. (2013). Neurofisiología y disfunciones del suelo pélvico. In: Chao CW, editor. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 59-81.

Chávez, M., Petrezelová, J., Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(1), 137-151.

Chávez, M., y Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo CIPD. (2004). Celebrada en Santiago de Chile.

Consol, M. & Delgado, M. (1994). Temperamento y conducta sexual. Anuario de Psicología de la Universidad de Barcelona, N°62, 81-92.

Díaz Ruiz, M. (2013). Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a "histerectomía" (estudio realizado con mujeres sometidas a histerectomía en el hospital nacional de occidente san juan de dios de Quetzaltenango (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, México.

DSM-IV-TR. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (Texto revisado). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. Ed. Elzevir Masson, 599-633.

Echevarría, S. (2008). Efectividad del Programa de Apoyo Emocional en La Ansiedad y autoestima de pacientes con histerectomía en pre y postoperatorio en la Clínica Padre Luis Taza (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

El-Toukhy, T., Hefei, M., Davies, A., & Majadean, S. (2004). The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: A prospective study. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 24 (4), 420-425.

- Fort, J. (2003). Enfermedades de la vulva. In: González-Merlo J, Bosquet EG, Bosquet JG, editors. Ginecología. 2^a ed. Barcelona: Masson; 349-367.
- Frank, E., Anderson, C., & Rubistenin, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in “normal couples”. *New England Journal of Medicine*, 299, 111-115.
- Gabor, I., Paredes, F. y Caffo, R. (2005). “Comparación del efecto del tipo de histerectomía abdominal sobre la función sexual femenina”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 51,(4), 188-195.
- Gómez Díaz, A. (2015). Sexualidad en el Paciente oncológico (Tesis de maestría). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/274%2520sexualidad.pdf>
- Gonzales, P. (2015). Histerectomía y sus efectos psicosexuales en mujeres atendidas en gineco-obstetricia del hospital del IESS de Loja (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.
- Grau Abalo, J. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev. Cubana Oncol*; 15(1):49-65.
- Grau Abalo, J., Llantá Abreu, M., Chacón Roger, M. & Fleites González, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol*; 15(1):49-65.
- Grau, J. y Jiménez, P.J. (1988). La sexualidad en el enfermo de cáncer. En: Gómez Sancho M. ed. *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. p 67-89. Las Palmas de Gran Canaria 2^a ed.
- Guyton, A. & Hall, J. (1999). Fisiología femenina antes del embarazo; hormonas femeninas. Tratado de Fisiología Médica. Endocrinología y Reproducción. MacGraw Hill-Interamerican. Madrid, 81 (9), 1115-1132.
- Hazewinkel, M., Sprangers, M., et al. (2010). Long-term cervical cancer survivors suffer from pelvic floor symptoms: A cross-sectional matched cohort study. *Gynecol Oncol* 5;117(2):281-286.
- Hawton, K. (1988) Terapia Sexual. Ed. Doyma Barcelona.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Grupo Infagon.
- Hughes, M. (2008). Alterations of Sexual Function in Women With Cancer. *Semin Oncol Nurs* , 5;24(2), 91-101.

- Hunter, M., & Walker, A. (1998). Gynecological Problems. En: Bellack AS, Hersen M (eds.). *Comprehensive Clinical Psychology*. Elsevier versión electrónica: <http://www.ccp-online.com>
- Hurtado Mendoza, M. (2015). La sexualidad femenina. Recuperado de <http://alternativas.me/attachments/article/95/9%20%20La%20sexualidad%20femina.pdf>
- Jara, D. & Salgado, C. (2010). Sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Revista Horizonte de Enfermería*, 21(1), 57-66.
- Kagan, B. (1976). "Tipificación sexual". *En desarrollo de la personalidad del niño*. México. Trillas. 332-337.
- Kaplan, H. (1979). La nueva terapia sexual: Tratamiento active para disfunciones sexuales. Recuperado el (25 de abril del 2016) de <https://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65975/&prev=search>
- Kohlberg, L. (1966). «A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes» en Maccoby (ed.) *Development of sex differences*. Stanford: California University Press.
- Kristen, H., Kjerulff, M., Langerberg, P., et al. (2000). "Effectiveness of hysterectomy" *Obstet Ginecol*, 95:319-26.
- Labrador, F.J. (2000). Causas fisiológicas de las disfunciones sexuales. En: Labrador FJ. Enciclopedia de la sexualidad. Espasa Calpe Madrid. 2000.
- Laganà, L., et al. (2001). Psychosexual Dysfunction Among Gynecological Cancer Survivors. *J Clin Psychol Med* 06/01;8(2):73-84.
- Lamb, M. (1996). La sexualidad y el funcionamiento sexual. En: McCorkle R, Grant M, Frank-Stromborg M, et al, eds. *Enfermería Oncológica*. p, 1105-1127. Philadelphia 2^a ed.
- Laumann, D.H., Paik A. & Rosen, R.C. (1999). Sexual Dysfunctions in the United States: Prevalence and Predictors, 281,537-544.
- López Sánchez, F. (2009). *Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, E. & González, E. (2005). Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Revista Oncología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada*; 28 (3):164-169.

- Lozada, C. (2015, 11 de enero). IREN en 25 campañas realizó 6 mil atenciones. *El Correo*.<http://alternativas.me/attachments/article/95/9%20%20La%20sexualidad%20femenina.pdf>
- Manchena, J. (2012, 01 de marzo). Intimidades femeninas: Sexualidad e Histerectomía. *RPP Noticias*. Recuperado de <http://rpp.pe/lima/actualidad/intimidades-femeninas-sexualidad-e-histerectomia-noticia-456671>
- Masías Ynocencio, Y. (2006). Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de Discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de lima (Tesis para magister). Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Martínez, M. (2007). Creencias sobre una mujer con histerectomía (Tesis de pregrado). Universidad de las Américas Puebla. Puebla México.
- Mas, M. (2000). Neurofisiología de la respuesta sexual humana. En J. Bobes, S. Rexeus y J. Gibert (Eds), *Psicofármacos y función sexual*. Madrid, 1-15.
- Mas, M. (1999). Fisiología sexual. En J.A.F. (Ed). *Fisiología humana*. Madrid: MacGraw Hill-Interamericana, 2^a ed., 1148-1158
- Masters, W.H., y Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Ed. Little Brown. Boston.
- McCorkle, R., Grant, M., Frank-Stromborg, M., et al. (1996). La sexualidad y el funcionamiento sexual. *Enfermería Oncológica*. 2^a ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co., 1996, p. 1105-1127.
- Mendoza Vargas, E. y López Serrano, A. (2010). Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 4 (1), 5-10. Recuperado de http://www.conductitlan.net/centroRegional_investigacion_psicologia/47_factores_emocionales_histerectomia.pdf
- Merchan, C. y Ochoa, B. (2015). Alteraciones de la función sexual en mujeres en la perimenopausia que acuden a la consulta externa de ginecología en el hospital enrique garces (Tesis para maestría). Universidad Central del Ecuador. Quito. Ecuador.
- Minvielle, F. (2005-2006). Actitud hacia la sexualidad de mujeres en remisión del cáncer cervicouterino. Universidad Central de las Villas, Santa Clara, Cuba.
- Miranda, C. (2012). Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato.
- Montes, J., Vasquez, V., Mestre, L & Negrete, A. (2013). Mitos y creencias de la histerectomía que tienen hombres y mujeres entre 20 y 44 años de edad. Barrio república de Venezuela (Tesis de pregrado). Corporación Universitaria Rafael Nuñez, Cartagena, Venezuela.

- Money, J. y Ehrhardt, A. (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana (diferenciación y dimorfismo de la identidad de género)*. Madrid: Morata.
- Munarriz, R., Kim, N., Goldstein, I., & Traish, A. (2002). Biología de la función sexual femenina. Clínicas Urológicas de Norteamérica, (3), 693-702.
- Natha , S. (1986).The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. Journal of Sex and Marital Therapy, 12 (4), 267-281.
- Nuñez, T., & Vera H. (2013). Experiencias psicosexuales de pacientes histerectomizadas del servicio De Ginecología Del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo. Rev. Salud & Vida Sipanense, Vol. 1/N°1.
- OMS. (2002). Programas nacionales de control de cáncer. Políticas y guías para la gestión. Ginebra, 2^a ed. Recuperado de <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/coop-internacional/cptd/LA%20OMS%20Y%20LOS%20CP%20EN%20PAISES%20EN%20DESARROLLO.pdf>
- OMS. (2003) Informe sobre la salud en el mundo. Salud mundial: retos actuales. Recuperado el 16 de junio 2016, de <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>,
- OMS. (2010). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 14 de abril de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- Olivares Crespo, M. (2004) Aspectos psicológicos del cancer. Avances en Psicología Latinoamericana, Volumen 22, p.33. Recuperado de file:///C:/Users/User/Downloads/1263-4621-1-PB.pdf
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2001). Informe de la situación de salud en América, indicadores básicos de salud. Colombia.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1994). Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos. New York: Family Care International.
- Pérez Talavera, L. (2016,6 de junio) La batalla contra el cáncer de cuello uterino. Noticias sac. Recuperado de <http://www.diarionoticias.pe/desarrollo/Especial/139585011138/La-batalla-contra-el--c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino->
- Pino Navarro, C. (2010) Disfunción sexual en pacientes con cáncer. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander; 23(2): 135-44.
- Pozza, I., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., Corona, T., et al. (2010). Desarrollo y validación de una versión de 6 ítems del índice de la función sexual femenina (FSFI) como una herramienta de diagnóstico para la disfunción sexual femenina, Argentina.

Rannestad, T., Eikelan , O., Helland, H., & Qvarnstrom, U. (2001). The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scan*, 80, 46-51. Recuperado de <http://diariocorreo.pe/ciudad/iren-en-25-campanas-realizo-6-mil-atenciones-500809/>

Rodríguez, A. (1993). *Psicología social* (4ta ed.). México D. F.: Trillas.

Rubin, P., Williams, J., Okunieff, P., et al. (2003). Situación del problema oncológico clínico. In: Rubin P, editor. *Oncología Clínica: Enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes*. 8^a ed. Madrid: Elsevier, 1-31.

Rutledge, T., et al. (2010). Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Obstet Gynecol*, 11;203(5):514.e1-514.e7.

Rutledge, T., Rogers, R., Lee S., & Muller, C. (2014). A pilot randomized control trial to evaluate pelvic floor muscle training for urinary incontinence among gynecologic cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2014 Jan;132(1):154-158.

Sáez, S., Frago, S. (2015). Las actitudes hacia la sexualidad. Recuperado el 28 de marzo del 2016 de <http://www.amaltea.org/wp-content/uploads/2015/09/actitudes.pdf>

Sánchez Mateos, J.D. (1998). inventario de comportamientos sexuales no convencionales. *Psicothema*, 10(3), 633-642.

Santrock, W. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (9na ed.). México: McGraw Hill - Interamericana.

Schaffer & Word. (2002). Sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Revista Horizonte de Enfermería*, 21(1), 57-66.

Schaffer, J., & Word, A. (2002). Hysterectomy: Still a useful operation. *New England Journal of Medicine*, 347(17), 1360-1362.

Schover, L. R. (1997). Sexuality and fertility after cancer. Nueva York: John Wiley. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.577.4461>

Schover, L.R., Schain, W.S., Montague, D.K. (1992). Sexual problems of patients with cancer. In: Perez C.A., Brady L. W. *Principles and practice of radiation oncology*. Philadelphia: J. B. Lippincott company 2^a ed. 1992: 2206-2225.

Sell, J., Padrón, R., García, C., & Barbosa, F. (2001). Función sexual y hormonas de la reproducción en mujeres con menopausia precoz. Instituto Nacional de Endocrinología, 27(2):116-25.

Sira, M. (1999). "Capítulo7: Función Sexual y Embarazo. Aller J (Ed), *Obstetricia Moderna*. ed, Mcgraw-mill- Interamericana. Caracas, 93-106.

- Spector, I., & Carey M. (1990). Incidence and Prevalence of sexual dysfunctions: A critical review of ten empirical findings. *Archives Sexual Behavior*, 19, 389-408.
- Stead, M. L. et al. (2001). Sexual Dysfunction in cancer patient. *BMJ* 2001; 122-131.
- Thompson J. & Rock J. (1993). Te Linde Ginecología quirúrgica. Editorial Medica Panamericana S.A.. Argentina. 7^a ed.
- Torres, Ch., Irarrázaval, M., et al. (2010). Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: experiencia FALP. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*; 75(6):383-398.
- Urrutia, M. et al. (2004). Características y evolución de la sexualidad en mujeres hysterectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(4), 301-306.
- Urrutia, M., y Araya A. (2005). Sexualidad en mujeres hysterectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Rev. Chil Obstet Ginecol*, 70(3), 160-5.
- Urrutia, M., Araya, A., Flores, C., Jara, D., Silva, S., y Lira, M. (2013). Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. Recuperado el 13 de abril de 2014, de SCielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&
- Valdivia, H. (2016, 26 de marzo) De cada 100 mil mujeres, 20 sufren de cáncer de cuello uterino. *La Republica*. Recuperado de <http://larepublica.pe/impresa/sociedad/751401-de-cada-100-mil-mujeres-20-sufren-de-cancer-de-cuello-uterino>

ANEXO A

**Consentimiento Informado para Participantes de la Muestra del Proyecto de
Investigación “Actitud hacia la Sexualidad y Función Sexual en mujeres
histerectomizadas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del
Sur, Arequipa (IREN – SUR)”**

Estimado participante:

Somos graduados de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín. Estamos realizando un proyecto de investigación. La misma que trata sobre la actitud hacia la sexualidad y función sexual de las Mujeres Histerectomizadas, que tiene como objetivo la descripción de la Actitud hacia la Sexualidad y Función Sexual. Que se llevará a cabo en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN – SUR).

Para esto usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la que consiste en contestar dos cuestionarios que le tomará 25 minutos responder. Le informamos que la información obtenida a través del estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede dirigir a nosotros directamente.

Investigadores principales:

Ccuno Amanqui, Katherine Mabel

Huaman De La Cruz, Norma Norez

Yo..... he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador (a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Katherine Mabel Ccuno Amanqui y Norma Norez Huaman De La Cruz, sobre la “Actitud hacia la Sexualidad y Función Sexual en mujeres histerectomizadas en el IREN – SUR”. He recibido copia de este procedimiento

Firma del participante

fecha

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE DEL EXPERTO: Psicologa Lucía Milagros Denevri Solis

ESPECIALIDAD: Psicologa Clinica

DNI: 30833872

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión de los test sobre, “**Inventario de Actitud hacia la Sexualidad**”, validado por Gonzales (1991), y Manco (1994), siendo elaborado por H.J Eysenck (1971) y el “**Índice de Función Sexual**”, desarrollado por Rosen traducido y validado al castellano por Blümel J.E y cols en el 2004. Los cuáles serán utilizados por las estudiantes Katherine Mabel Ccuno Amanqui y Norma Norez Huaman De La Cruz, quienes están realizando un trabajo de investigación titulado “Actitud hacia sexualidad y Función sexual en mujeres hysterectomizadas del Instituto regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR)”.

Una vez realizadas las correcciones pertinentes considero que dichos test son válidos para su aplicación.

Arequipa, 01 de julio de 2016



Firma y Sello

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE DEL EXPERTO: *Liana Vásquez Lamahides*
ESPECIALIDAD: *Psicóloga (Psicooncóloga)*
DNI: *29616082*

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión de los test sobre, “Inventario de Actitud hacia la Sexualidad”, validado por Gonzales (1991), y Manco (1994), siendo elaborado por H.J Eysenck (1971) y el “Índice de Función Sexual”, desarrollado por Rosen traducido y validado al castellano por Blümel J.E y cols en el 2004. Los cuáles serán utilizados por las estudiantes Katherine Mabel Ccuno Amanqui y Norma Norez Huaman De La Cruz, quienes están realizando un trabajo de investigación titulado “Actitud hacia sexualidad y Función sexual en mujeres hysterectomizadas del Instituto regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR)”.

Una vez realizadas las correcciones pertinentes considero que dichos test son válidos para su aplicación.

Arequipa, 01 de julio de 2016



Firma y Sello

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO

NOMBRE DEL EXPERTO: Ps. SILVANA ROSADO CHÁVEZ

ESPECIALIDAD: Psicología clínica

DNI: 29569907

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión de los test sobre, “Inventario de Actitud hacia la Sexualidad”, validado por Gonzales (1991), y Manco (1994), siendo elaborado por H.J Eysenck (1971) y el “Índice de Función Sexual”, desarrollado por Rosen traducido y validado al castellano por Blümel J.E y cols en el 2004. Los cuáles serán utilizados por las estudiantes Katherine Mabel Ccuno Amanqui y Norma Norez Huaman De La Cruz, quienes están realizando un trabajo de investigación titulado “Actitud hacia sexualidad y Función sexual en mujeres hysterectomizadas del Instituto regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR)”.

Una vez realizadas las correcciones pertinentes considero que dichos test son válidos para su aplicación.

Arequipa, 30 de junio de 2016

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN - SUR

SILVANA ROSADO CHÁVEZ
PSICOLOGA
C-21-176

Firma y Sello

Arequipa, 08 de Julio del 2016

CARTA N° 025 - 2016 - GRA/PE - GRSA - IRENsur/G/DCC/EPS.

Srta:

Katherine Mabel Ccuno Amanqui

Norma Norez Huamán de la Cruz

Presente.-

Por intermedio del presente, reciban mi más cordial saludo, hago propicia la ocasión para comunicarle que han sido **AUTORIZADAS** para poder ejecutar el proyecto de tesis titulado **"Actitud hacia la Sexualidad y Función Sexual en Mujeres Histerectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur"**

Así mismo, le informamos que debe cumplir con las normas internas de Docencia e Investigación-IREN SUR, coordinar junto a su **asesor interno Psicóloga Silvana Rosado Chávez** los horarios a trabajar respetando la programación de turnos en hospitalización, visita médica y demás de los profesionales de la salud de IREN SUR para la realización de entrevistas y demás.

Sin otro particular y agradeciendo la atención prestada, quedamos de Ud.

Atentamente,



“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU”

SOLICITO: Datos estadísticos de pacientes
histerectomizadas

SR:

DR. CARLOS FELIPE PALACIOS ROSADO
GERENTE DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR (IREN-SUR)

CON ATENCIÓN:

DRA. MERCEDES RODRIGUEZ BUSTINZA
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CÁNCER

PRESENTE:

Nosotras, Katherine Mabel Ccuno Amanqui identificada con DNI: 46480940 y Norma Norez Huaman De La Cruz identificada con DNI: 47209491. Nos presentamos con el debido respeto y exponemos:

Que, debido a que fue aprobado nuestro proyecto de Investigación titulado “Actitud hacia la sexualidad y función sexual en mujeres histerectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Del Sur (IREN - SUR)”, es que solicitamos atención por parte del Jefe de estadística, Ing. Williams Cordova Martínez, para que nos proporcione lo siguiente:

- Datos estadísticos de pacientes que hayan sido histerectomizadas durante el año 2015 y 2016. (diagnóstico de enfermedad y tipo de histerectomía)
- Datos socioeconómicos de las pacientes histerectomizadas (edad, grado de instrucción, estado civil y lugar de nacimiento) durante el año 2015 y 2016.
- Acceso a los expedientes de las pacientes histerectomizadas entre los años 2015 y 2016.

Por lo expuesto:

Solicito respetuosamente a Ud. disponer a quien corresponda acceder a nuestro pedido.

Arequipa, 12 de julio del 2016

Atentamente:

Katherine Mabel Ccuno Amanqui
DNI: 46480940

Norma Norez Huaman De La Cruz
DNI: 47209491

Adjuntamos: Carta de aprobación de proyecto de investigación.

Copias de DNI y datos de correo electrónico y teléfono,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE "SAN AGUSTIN" DE AREQUIPA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
"TRABAJANDO POR LA ACREDITACIÓN"

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Arequipa, 2016 Junio 21

OFICIO N° 201-2016-EP.PS.

SEÑOR

DR. CARLOS FELIPE PALACIOS ROSADO
GERENTE DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLASICAS DEL SUR (IREN SUR)

PRESENTE

Por el presente lo saludo cordialmente para manifestar a usted que nuestros egresados de la Escuela Profesional de Psicología que se detalla a continuación, se encuentran realizando la Tesis para obtener el Título Profesional, con el tema "Actitud hacia la Sexualidad y Función Sexual en mujeres hysterectomizadas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR) por lo que nos dirigimos a su Despacho para solicitar su valioso apoyo en disponer a quien corresponda se les brinde las facilidades necesarias, para la aplicación de pruebas psicológicas, en su digna Institución. Los mencionadas señoritas será asesoradas por la docente Dra. Luana Vásquez Samalvides.

- KATHERINE MABEL CCUNO AMANQUI
- NORMA NOREZ HUAMAN DE LA CRUZ

Agradeciendo su gentil atención al presente, hago propicia la ocasión para expresar a usted las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,


Dr. EDWIN VALDIVIA CARPIO
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TEST 01**INSTRUCCIONES:**

El presente documento es un inventario de carácter anónimo, lea cada una de las alternativas y luego **marque con una aspa (X) según su criterio en CIERTO (C), FALSO (F) o en caso de duda (?).** Trate en lo posible de contestar en una de las dos primeras alternativas. Verifique una vez terminado si ha contestado todas las afirmaciones. Marque sus respuestas en la hoja que se le indicará.

ITEMS	RESPUESTA		
	C	?	F
1. Los juegos sexuales de los niños son inofensivos.			
2. Me gustaría que me toquen.			
3. Con frecuencia me vienen ideas a la mente sobre sexo.			
4. Me es difícil tomar la iniciativa cuando trato con personas del sexo opuesto.			
5. He tenido sentimientos de culpa por algunas de mis experiencias sexuales satisfactorias			
6. La píldora anticonceptiva debe de estar al alcance de todos			
7. Hay formas de hacer el amor que considero inadecuados			
8. Hay formas de hacer el amor que no me producen excitación			
9. Me considero físicamente poco atractiva.			
10. Me considero sexualmente reprimida.			
11. Se debería legalizar el aborto.			
12. La masturbación es mala.			
13. A veces me pongo nerviosa cuando tengo que interactuar con personas del sexo opuesto.			
14. A veces me vienen ideas insanas sobre el sexo que me alteran.			
15. La virginidad es lo más valioso para la mujer.			
16. Es negativo que los niños vean desnudos a los padres.			
17. Logro con rapidez sentirme sexualmente excitada.			
18. Mi inseguridad me impide expresar mis deseos y sentimientos sexuales.			

19. A veces temo no poder controlar mis deseos sexuales.		
20. No se debe tener experiencias sexuales fuera del matrimonio.		
21. Prefiero evitar caricias íntimas.		
22. Necesito estar de un ánimo especial para excitarme sexualmente.		
23. Me avergüenza hablar sobre asuntos sexuales.		
24. He tenido experiencias sexuales dolorosas.		
25. Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo no siempre son normales.		
26. A los niños se le debe ocultar lo referente al sexo.		
27. Me considero sexualmente poco excitada.		
28. Tengo cierto temor a las relaciones sexuales.		
29. Mis problemas sexuales me perturban más de lo debido.		
30. Nadie debería tener relaciones sexuales antes del matrimonio.		
31. Hay cosas que por moralidad no haría a nadie.		
32. Solo rara vez pienso en el sexo.		
33. Me considero sexualmente tímida o inhibida.		
34. Siento que mis impulsos sexuales se apoderan de mí.		
35. Está bien que existan diferencias con respecto a las exigencias morales para el hombre y la mujer.		
36. Me desagrada ver a una persona desnuda.		
37. Logro excitarme sexualmente con facilidad.		
38. Me preocupa no satisfacer sexualmente a mi pareja.		
39. A veces tengo pensamientos sexuales que me desagradan.		
40. No debería censurarse las escenas sexuales en las películas.		
41. No me gustan que me besen.		
42. Con frecuencia me siento sexualmente excitada.		
43. Necesito de condiciones especiales para excitarme sexualmente.		
44. Me considero muy insegura en mi comportamiento.		
45. Mi vida sexual está llena de temores y frustraciones.		

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones: Las preguntas que se le realizan se refieren a sus relaciones sexuales durante **las últimas 4 semanas**. Es un test para usted, por lo que responda de la forma más honesta y clara posible.

Algunas definiciones:

- **Actividad sexual:** Se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones con penetración.
- **Relación sexual:** En este test se define como penetración del pene en la vagina. **Estimulación sexual:** No es solo genitalidad, incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.
- **Deseo o interés sexual** es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.
- **Excitación sexual** es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares
- **Orgasmo:** Punto culminante o de mayor satisfacción de la excitación sexual en las zonas erógenas o sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo sintió deseo o interés sexual?

- a) Siempre o casi siempre
- b) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- c) A veces (alrededor de la mitad)
- d) Pocas veces (menos que la mitad)
- e) Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- a) Muy alto
- b) Alto
- c) Moderado
- d) Bajo
- e) Muy bajo o nada

3. En las últimas 4 semanas, ¿con cuánta frecuencia sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy alto
- c) Alto
- d) Moderado
- e) Bajo
- f) Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy alta confianza
- c) Alta confianza
- d) Moderada confianza
- e) Baja confianza
- f) Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió conforme con su excitación durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Extremadamente difícil o imposible
- c) Muy difícil
- d) Difícil
- e) Poco difícil
- f) No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre la mantengo
- c) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- d) A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Extremadamente difícil o imposible
- c) Muy difícil
- d) Difícil
- e) Poco difícil
- f) No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿con qué frecuencia alcanza el orgasmo o climax?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo (climax o mayor satisfacción sexual)?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Extremadamente difícil o imposible
- c) Muy difícil
- d) Difícil
- e) Poco difícil
- f) No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (climax o mayor satisfacción sexual) durante la actividad sexual?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy satisfecha
- c) Moderadamente satisfecha
- d) Ni satisfecha ni insatisfecha
- e) Moderadamente insatisfecha
- f) Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy satisfecha
- c) Moderadamente satisfecha
- d) Ni satisfecha ni insatisfecha
- e) Moderadamente insatisfecha
- f) Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- a) Muy satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Ni satisfecha ni insatisfecha
- d) Moderadamente insatisfecha
- e) Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- a) Muy satisfecha
- b) Moderadamente satisfecha
- c) Ni satisfecha ni insatisfecha
- d) Moderadamente insatisfecha
- e) Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo siente incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿cuán a menudo siente incomodidad o dolor después de la penetración vaginal?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Siempre o casi siempre
- c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
- d) A veces (alrededor de la mitad)
- e) Pocas veces (menos que la mitad)
- f) Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿cómo clasifica su nivel (intensidad) de incomodidad o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- a) No tengo actividad sexual
- b) Muy alto
- c) Alto
- d) Moderado
- e) Bajo
- f) Muy bajo o nada

ANEXO B

CASO 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : L. H. P.
- **Historia clínica** : 3537
- **Fecha de nacimiento** : 14 /09/1968
- **Edad** : 48 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa - Arequipa
- **Lugar de residencia** : Cerro Colorado - Arequipa
- **Grado de instrucción** : 6to de Primaria
- **Estado civil** : Casada
- **Ocupación** : Ambulante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : 05 - 09 - 2016//06 - 09 - 2016
- **Lugar de la evaluación** : Sala de quimioterapia del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Katherine Mabel Ccuno Amanqui

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que se encuentra en el área de quimioterapia refiere: “me siento preocupada por el resurgimiento del cáncer en mi cuerpo, estoy angustiada, triste y estresada por la quimioterapia, no puedo dormir tranquilamente y no puedo hacer mis actividades como antes, siento que no voy a recuperarme, no sé qué hacer, creo que voy a abandonar el tratamiento”

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente manifiesta que a la edad de los 46 años le detectaron cáncer de ovario (EC II) refiriendo que sintió miedo, incertidumbre y angustia, relacionando su enfermedad con la muerte, debido a que tuvo dos parientes que fallecieron por diferentes tipos de cáncer (su tía tuvo cáncer de mama y su prima cáncer gástrico), así mismo sintió desesperanza por el tratamiento que tendría que seguir no aceptando aún su diagnóstico. El doctor que la atendía le recomendó ir al Hospital Goyeneche y luego de ingresar, la derivan al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN – SUR), por lo que es atendida y programada a una operación a inicios del año 2015, donde le realizaron una histerectomía radical. La paciente refiere que no sabía si iba a recuperarse causándole demasiada angustia y preocupación por su salud, pero después de la operación el doctor le indicó que ya no tenía que preocuparse porque la enfermedad estaba controlada y podía realizar su vida normal, pero tenía que continuar el tratamiento ambulatorio (lo cual era los despistajes de cáncer uterino y tomar algunos medicamentos), es así que la paciente recuperó su tranquilidad e intento hacer su vida normal.

Después de un año de la operación la paciente manifiesta que se sintió recuperada pero tenía miedo al pensar que podría regresar su enfermedad, porque no siguió las pautas que le indicó el doctor, debido a que viajaba constantemente para poder trabajar, pero así mismo refiere que no quería saber más sobre el cáncer, no tomado conciencia aún de su enfermedad. Es así que a mediados del 2016 comienza a notar un pequeño bulto en su seno izquierdo que aparecía por días y desaparecía, pero no le daba la debida importancia ya que se encontraba ocupada, luego siente un dolor intenso en su lado posterior izquierdo del tórax y este se hace más notorio, por lo que decide ir realizarse un chequeo a una clínica particular, sintiendo nuevamente la preocupación y angustia, es así que el doctor le indica que se realice una biopsia, donde le detectan Cáncer de Mama Izquierdo no invasivo (EC 0) y entre otras tipos de tumoraciones pero benignos, donde la paciente manifiesta que le impactó su nuevo diagnóstico, sintiéndose vulnerable, triste, no

pudiendo conciliar el sueño por días y refiriendo que nuevamente regresaron sus inseguridades, su intranquilidad, sus preocupaciones y más pensamientos negativos sobre su recuperación ya que no podía creer que nuevamente tenía cáncer, refiriendo: “pensar que tengo que volver a pasar otra vez por lo mismo...”, “nunca podre ser como antes, no podré trabajar y ayudar a mis hijos, seré una carga para mis hijos, no resistiré al tratamiento”. Manifiesta también que ya no le importaba en ocasiones lo que sucediera a su alrededor, aislando por momentos debido a que siempre se encontraba ensimismada en sus pensamientos negativos y en su tristeza. Así mismo tenia mal humor por lo acontecido y con tendencia al llanto cada vez que pensaba y hablaba sobre el futuro y su tratamiento, culpándose de lo que le estaba sucediendo, sintiendo enfadado y furia consigo mismo por no haber logrado superar la enfermedad y culpaba también a su esposo ya que pensaba que le generó su enfermedad por los maltratos físicos a los cuales la sometió.

Recibe su primera quimioterapia a mediados de junio del 2016, siendo un total de 8 quimioterapias las que tiene que recibir, teniendo problemas para poder tomar el tratamiento debido a que le causa malestar físico y emocional causándole fastidio y molestia impidiéndole trabajar y realizar sus actividades cotidianas, no adaptándose aun al tratamiento hospitalario, teniendo pensamiento de abandonar el proceso para su recuperación.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

1. PERIODO DEL DESARROLLO

Etapa pre natal: el paciente manifiesta que sus padres le comentaron que fue una hija deseada.

Etapa peri-natal: No da mayores referencias, supone que todo fue normal.

Etapa post natal: No da mayores referencias, supone que todo fue normal.

2. PRIMERA INFANCIA

La paciente refiere haber vivido con sus padres y hermanos, manifiesta haber sido una niña poco alegre porque sus padres no le daban mucho afecto tanto a ella como a sus hermanos y eran muy estrictos por lo que era tímida e insegura, así mismo no jugaba con sus hermanos debido a que trabajaban para ayudar a sus padres.

3. INFANCIA MEDIA

Estudio solo hasta el 6to de primaria debido a que su familia era de condición humilde, por lo que tuvo que trabajar desde muy joven, manifestando que se sintió triste por no poder continuar sus estudios ya que quería aprender siempre algo nuevo. La paciente refiere que su padre era muy violento, la agredía tanto a ella como a su mama y hermanos, por lo que indica que tenía mucho miedo a su padre sintiéndose impotente para poder defender a sus hermanos más pequeños. Es entre los 12 y 14 años donde sintió punzadas constantes en el vientre, pero no le daba mucha importancia lo confundía con dolores de estómago.

4. ADOLESCENCIA

A los 15 años, paciente refiere que era una joven poco sociable e insegura, teniendo pocas amigas y amigos, debido a que sus padres no la dejaban mantener ningún tipo de contacto con personas del sexo opuesto, refiriendo que cada vez que sus padres la veían conversando con algún extraño la castigaban y golpeaban, manifestando la paciente que no veía nada de malo en socializar con otras personas pero por temor no lo hacía. A esta edad sus padres la obligaron a casarse con su actual esposo, el cual tenía la edad de 30 años. Según refiere la paciente trató de oponerse porque tenía miedo de alejarse de su familia pero indica que creyó en las promesas por parte de la familia de su esposo, ya que le prometieron que la harían estudiar pero todo fue en engaño debido a que trabajo como empleada para la casa de su suegra, refiriendo que se sintió mal porque pensó que sus padres solo querían deshacerse de ella y frustrada porque tenía muchas ganas de estudiar.

A los 17 años seguía trabajando como empleada pero para otra señora por lo que paso toda su adolescencia trabajando, teniendo sentimientos de impotencia por no poder estudiar como otros chicos de su edad, sintiendo que no podía hacer nada para cambiar su situación. A los 19 años tuvo dolores agudos en el vientre que la dejaban inconsciente y así mismo tenía hemorragias, lo cual le generaban malestar físico, pero lo relacionaba con su menstruación sintiendo preocupación por su salud.

5. JUVENTUD

A los 22 años tuvo a su primer hijo y a los 23 años a su segunda hija, solo se dedicaba al cuidado de sus hijos, su esposo tomaba demasiado alcohol por lo que a veces no le daba dinero para sustentar su hogar, sintiéndose obligada a trabajar para darles una mejor calidad de vida a sus hijos, pero refiere la paciente que le costaba demasiado socializar y no se adaptó rápidamente a sus trabajos, sintiendo inseguridad y miedo, limitándola en algunas ocasiones para poder realizar una nueva actividad.

Desarrollo y función sexual

La paciente manifiesta que sus padres jamás hablaron sobre sexualidad con ella, ya que referían que era inapropiado, no le permitían tener ningún tipo de amigos y amigas debido a que pensaban que le harían daño. Indica que a los 12 y 14 años tuvo dolores intensos en el vientre confundiéndolos con dolores estomacales. Su primera menarquia la tuvo a los 15 años, tuvo fuertes dolores pre y post menstruales. A los 19 años tuvo dolores más agudos que la dejaban inconsciente y así mismo tenía hemorragias. Así mismo refiere que sintió curiosidad sobre su sexualidad a partir de los 17 años pero nadie le indicó de que se trataba, manifiesta que algunas cosas las sobreentendía pero pensaba que era “malo hablar de esas cosas”, la paciente tiende a ser conservadora, ya que para ella hablar sobre su sexualidad le da vergüenza.

Aspecto psicosexual y vida matrimonial

Paciente refiere que cuando se casó a los 15 años no fue obligada a mantener relaciones sexuales por su pareja, debido a que este pensaba que era muy joven, así mismo indica la paciente que tenía miedo al pensar en esa situación porque no sabía cómo debía actuar, pero cuando cumplió los 18 años recién da inicio a su actividad sexual. A los 22 años tuvo a su primer hijo y a los 23 años tuvo a su segunda hija manifestando que son sus hijos lo más importante que le paso en su vida. En cuanto a su relación matrimonial no fue muy buena, ya que su pareja la engañaba y la golpeaba tanto a ella como a sus hijos viviendo con temor y con sumisión porque su esposo mantenía su hogar. Refiere también que su esposo tomaba demasiadas bebidas alcohólicas, refiriendo que nunca recibió afecto por parte de este y siempre la reprimió, así mismo evitaba que tenga contacto alguno con persona extrañas.

Cuando le diagnosticaron su enfermedad a los 46 años, es donde le realizaron la histerectomía radical, manifestando que se ve afectada en su función sexual, refiriendo que pensaba que no sería lo mismo tener relaciones sexuales porque le daba miedo e incertidumbre la operación que le habían realizado, así mismo sobre la propia enfermedad. Indica que inició su actividad sexual antes de los dos meses de ser operada porque su pareja la amenazaba diciéndole que la dejaría y la engañaría, por lo que la paciente se ve forzada a realizarlo. Actualmente la paciente indica que tomo valor para denunciar a su esposo ya que estaba cansada de sus agresiones físicas y psicológicas, no siendo su soporte emocional en el periodo de su enfermedad.

Historia de la recreación y de la vida

Paciente desde los 6 años tuvo que trabajar ayudando a sus padres en la pequeña chacra que tenía con su familia, refiere que no tuvo una buena alimentación ya que eran de condición humilde hubo ocasiones en que llegó a comer por semanas agua y pan. Paciente refiere que era sociable pero tímida y tranquila, quería tener amigos pero sus padres le impedían contacto alguno, solo estudio hasta el sexto grado de primaria indicando que se llevaba bien con sus compañeros de su escuela pero no interactuaba demasiado jugando pocas veces ya que se sentía insegura, y durante su

adolescencia tuvo poco contacto con personas de su misma edad y de diferente sexo, ya que los padres no le permitían tener amigos porque pensaban que le harían daño. Su relación con sus hermanos era un poco distante por la diferencia de edad siendo rudos en ocasiones ya que la mayoría eran varones y no tenía mucha confianza con ellos.

Servicio militar

No ha realizado.

Religión

Es de religión católica, sin embargo no ejerce mucha influencia en su vida.

Hábitos e influencias nocivas o toxicas

Paciente últimamente tiene problemas para dormir debido a que piensa en su enfermedad.

V. ANTECEDENTES MORBIDOS

Enfermedades y accidentes

A la edad de 39 años tuvo un accidente debido que fue impactada por un auto junto con su esposo, siendo este el que recibió más daños físicos, la paciente refiere que no tuvo daños físicos. A los 46 le detectan Cáncer de Ovario Izquierdo (EC II) por lo que es intervenida quirúrgicamente donde le realizaron una histerectomía radical, después de 9 meses le detectan Cáncer de Mama Izquierdo no invasivo (EC 0), por lo que actualmente recibe tratamiento de quimioterapia. Lo cual le genera malestar físico y emocional por los efectos colaterales de la quimioterapia para poder ser intervenida quirúrgicamente, no logrando adaptarse totalmente al tratamiento hospitalario.

Personalidad premórbida

Paciente denotaba ciertos rasgos de introversión, timidez, desconfianza y sumisión debido a que sus padres no la dejaban socializar por lo que formo ciertos patrones de conducta que la limitaban en su entorno, así mismo el maltrato físico y psicológico al cual fue sometida. Tiene sentimientos de impotencia y frustración por no haber realizado sus metas y por no poder cambiado algunas situaciones conflictivas en su vida. Refiere que la mayoría de veces al realizar algo nuevo sentía miedo e inseguridad debido a que pensaba que era incapaz para realizarlo y se preocupaba por las consecuencias.

VI. ASPECTO LABORAL

La paciente trabajó desde los 15 años como empleada de hogar, refiere que su esposo gastaba su dinero tomando alcohol y no le alcanzaba para sustentar a su familia. Es por esta razón que decide dedicarse posteriormente a vender ropa pero le costó socializar con las personas ya que tenía miedo de las nuevas situaciones en las cuales tendría que interactuar no sintiéndose capaz para este tipo de trabajo, por lo que decidió abandonarlo y buscar otro donde no tuviera que exponer a ese tipo de situaciones, es así que solo se dedica a traer mercadería para verde a algunos comerciantes. Indicando la paciente que le gusta su actual trabajo debido a que se siente útil para sus hijos al brindarles una mejora calidad de vida, pero por la enfermedad ya no puede realizar las mismas actividades debido al malestar que le ocasiona el tratamiento y su propia enfermedad sintiéndose preocupada e inútil.

VII. ANTECEDENTES FAMILIARES

Composición familiar: Paciente refiere que tiene 10 hermanos de los cuales ocupa la cuarta posición pero fallecieron 4 de ellos, ambos padres se dedican aún a la agricultura y viven en Puno, sus hermanos están por distintas provincias por lo que tiene poco contacto con ellos. Su hijo mayor tiene 23 años y la hija menor 22 años y su esposo actualmente tiene 61 años.

Dinámica familiar: Refiere que su relación con su familia no fue tan cercana, manifestando que cada uno veía cómo salir adelante, su padre siempre fue muy violento los agredió física y psicológicamente a todos los miembros de la familia, en cuanto a su madre siempre fue distante debido a que estaba ocupada cuidando a sus demás hermanos refiriendo que se sentía ignorada y triste, además manifiesta que ambos padres no dejaban que socializara mucho con las personas de su edad y obligaba a trabajar a todos sus hermanos en la chacra que tenía su familia. Así mismo indica que no recibió mucho afecto de sus padres debido a que la casaron muy joven y no la apoyaron después sintiéndose olvidada por ellos. Paciente actualmente vive con sus dos hijos y esposo, teniendo una mala relación ya que su esposo era muy violento y los agredía tanto a ella como a sus hijos.

Condición socioeconómica: La vivienda donde habita la paciente es de material noble, cuenta con todos los servicios básicos, como agua, luz, desagüe siendo su condición socio-económica media.

Antecedentes Patológicos: Familiares que padecieron cáncer: tía por parte de su madre (cáncer de mama) y prima por parte de su padre (cáncer gástrico).

VIII. RESUMEN

Paciente de 48 años, que ocupa la cuarta posición de 10 hermanos, estudio solo hasta el 6to de primaria debido a que su familia era de condición humilde, por lo que tuvo que trabajar desde muy joven para apoyar a su familia. En cuanto a su dinamica familiar no fue muy buena ya que su padre la agredía tanto a ella como a su madre y hermanos. A los 15 años, paciente refiere que era una joven poco sociable e insegura, teniendo pocas amigas y amigos, debido a que sus padres no la dejaban mantener ningún tipo de contacto con personas del sexo opuesto. A esta edad sus padres la obligaron a casarse con un actual esposo que tenía la edad de 30 años para que le diera una mejor calidad de vida. Así mismo refiere que su esposo tomaba demasiadas bebidas alcohólicas y la golpeaba constantemente. A los 22

años tuvo a su primer hijo y a los 23 años a su segunda hija, decide trabajar para darle mejor calidad de vida a sus hijos pero manifiesta que le costó demasiado debido a que no podía interactuar es así que al buscar el trabajo ideal se siente útil para sus hijos pero a consecuencia de su enfermedad no puede realizar sus actividades cotidianas causándole mucha molestia y frustración.

A la edad de 39 años tuvo un accidente debido que fue impactada por un auto junto con su esposo, pero no tuvo daños físicos. A los 46 le detectan Cáncer de Ovario Izquierdo (EC II) por lo que es intervenida quirúrgicamente donde le realizaron una histerectomía total, después de 9 meses le detectan Cáncer de mama Izquierdo no invasivo (EC 0), por lo que actualmente recibe tratamiento de quimioterapia. Lo cual le genera malestar físico y emocional por los efectos colaterales de la quimioterapia para poder ser intervenida quirúrgicamente, no logrando adaptarse totalmente al tratamiento.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : L. H. P.
- **Historia clínica** : 3537
- **Fecha de nacimiento** : 14 /09/1968
- **Edad** : 48 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa - Arequipa
- **Lugar de residencia** : Cerro Colorado - Arequipa
- **Grado de instrucción** : 6to de Primaria
- **Estado civil** : Casada
- **Ocupación** : Ambulante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : 08 - 09 - 2016// 09 - 09 - 2016
- **Lugar de la evaluación** : Sala de quimioterapia del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Katherine Mabel Ccuno Amanqui

ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

La paciente tiene 48 años de edad, aparenta la edad referida, es de tez trigueña, con adecuado aliño personal, de contextura mediana, con una estatura mediana, presenta alopecia por el tratamiento actual que está refiriendo, color de ojos cafés oscuros, su tono de voz adecuado pero por momentos bajo y tembloroso. Durante la entrevista se pudo observar que su expresión facial y corporal reflejaba preocupación y ansiedad. Se le observó, emocionalmente desanimada, pero con disposición al dialogo, hizo contacto visual, de fácil trato y comunicación pero con cierta timidez

Al comenzar la entrevista se mostró intranquila y ansiosa, manifestando preocupación, temor y tendencia al llanto al hablar sobre los efectos del tratamiento que está siguiendo, así mismo sobre la incertidumbre hacia su recuperación, además de sus sentimientos de desesperanza y temor por la enfermedad actual que padece, observándose sudoración y movimiento continuo de las manos; sin embargo va ganando confianza y enuncia con mayor fluidez, mostrándose dispuesta a expresar sus preocupaciones y temores, logrando colaboración en el proceso de la evaluación.

Se muestra con ánimo disminuido debido al tratamiento de quimioterapia que está recibiendo ya que manifiesta que le causa aún malestar y temor por los efectos colaterales que tiene, pero no muestra preocupación por su apariencia física ya que manifiesta que ya tenía el cabello corto antes de tener alopecia, tiene conciencia de sí misma, buen nivel de colaboración en todas las entrevistas.

En cuanto a su comportamiento el paciente realiza sus actividades con velocidad adecuada, contesta tomándose su tiempo para pensar en sus respuestas, entiende las instrucciones y se concentra en las labores que realiza.

ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- **ATENCIÓN**

Durante la evaluación se muestra concentrada, lo cual le permite tener atención a ciertos estímulos dispersando los estímulos irrelevantes, predominando la atención voluntaria. Observándose aparentemente sus niveles atencionales y de concentración conservadas.

- **CONCIENCIA O ESTADO DE ALERTA**

Paciente se encuentra lucida durante toda la entrevista, mostrándose dispuesta a expresar sus preocupaciones y temores, logrando colaboración en el proceso

de la evaluación. A medida que siente mayor confianza, expresa sus ideas con claridad, y entiende adecuadamente las que recibe.

- **ORIENTACIÓN**

La paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Discrimina adecuadamente el lugar donde se encuentra, al personal que labora, y la fecha.

CURSO DEL LENGUAJE

Su lenguaje de la paciente es comprensible y coherente, de curso normal. Por momentos su tono de voz disminuye al hablar sobre temas que le causan preocupación. A medida que siente mayor confianza, expresa sus ideas con mayor claridad, presenta ritmo, fluidez y velocidad verbal adecuada, su lenguaje comprensivo y expresivo se encuentran conservadas.

PENSAMIENTO

El curso del pensamiento no tiene dificultades en cuanto a la abstracción y concreción de ideas, existe coherencia en su capacidad de ilación de ideas con sus palabras. A medida que siente mayor confianza, expresa sus ideas con claridad, y entiende adecuadamente las que recibe, sin embargo por momentos se mostró ensimismado en sus pensamientos. En cuanto a su contenido, presenta ideas pesimistas sobre su recuperación, así mismo pensamientos de tristeza y preocupación por el tratamiento que está siguiendo.

PERCEPCIÓN

En cuanto a las percepciones, las observaciones, sucesos, situaciones las realiza con normalidad.

MEMORIA

No presenta dificultades en su memoria remota y reciente, memoria inmediata conservada, es capaz de narrar los hechos pasados o actividades pasadas y recientes con detalles y precisiones cronológicas.

FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Por lo observado su capacidad intelectual está en el promedio, no tiene dificultades en su capacidad de resolución de problemas, de la misma manera en su capacidad de abstracción.

ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Durante la entrevista se pudo observar una expresión facial y corporal que reflejaba preocupación y ansiedad. Al comenzar la entrevista se mostró intranquila y ansiosa, manifestando preocupación, temor y tendencia al llanto al hablar sobre temas que le causa preocupación constante. Se le observó, emocionalmente desanimada, pero con disposición al dialogo, hizo contacto visual, de fácil trato y comunicación.

COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

El paciente no tiene aún conciencia de su enfermedad, tiene un estado de ánimo que alterna entre la preocupación y la ansiedad debido a la incertidumbre de su recuperación y por el nuevo diagnostico que está padeciendo, así mismo por los efectos del tratamiento que está siguiendo, sintiendo impotencia por no incorporarse de forma rápida a sus actividades cotidianas e incapacidad para poder afrontar su enfermedad.

RESUMEN

La paciente tiene 48 años de edad, aparentando tener la edad referida, es de tez trigueña, con adecuado aliño personal, de contextura mediana, con una estatura mediana, presenta alopecia por el tratamiento actual que está refiriendo, color de ojos cafés oscuros, su tono de adecuado pero por momentos bajo y tembloroso. Durante la entrevista se pudo observar que su expresión facial y corporal reflejaba

preocupación y ansiedad. Se le observó, emocionalmente desanimada, pero con disposición al dialogo, hizo contacto visual, de fácil trato y comunicación. Se muestra con ánimo disminuido debido al tratamiento de quimioterapia que está recibiendo ya que manifiesta que le causa aun malestar y temor por los efectos colaterales que tiene, pero no muestra preocupación por su apariencia física, ya que manifiesta que ya tenía el cabello corto antes de tener alopecia, tiene conciencia de sí misma, buen nivel de colaboración en todas las entrevistas.

El curso del pensamiento no tiene dificultades en cuanto a la abstracción y concreción de ideas, existe coherencia en su capacidad de ilación de ideas con sus palabras En cuanto a su contenido, presenta ideas pesimistas sobre su recuperación, así mismo pensamientos de tristeza y preocupación por su enfermedad.

Su percepción de estímulos internos y externos es adecuada. Su memoria a corto y largo plazo no se encuentran afectados, el contenido de sus respuestas verbales es coherente y su funcionamiento intelectual evidencia nivel normal promedio. Evidencia así mismo rasgos de ánimo disminuido, su semblante expresa un estado de ánimo de tristeza, preocupación por su enfermedad y por la denuncia de agresión física hacia su esposo.

Actualmente tiene poca conciencia de la enfermedad por lo que está en proceso de adaptación a la misma y al ambiente hospitalario debido a la preocupación constante al tratamiento médico y pensamientos negativos hacia su recuperación y hacia el futuro.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : L. H. P.
- **Historia clínica** : 3537
- **Fecha de nacimiento** : 14 /09/1968
- **Edad** : 48 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa - Arequipa
- **Lugar de residencia** : Cerro Colorado - Arequipa
- **Grado de instrucción** : 6to de Primaria
- **Estado civil** : Casada
- **Ocupación** : Ambulante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : 16 - 09 - 2016
- **Lugar de la evaluación** : Consultorio de psicología del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Katherine Mabel Ccuno Amanqui

II. OBSERVACION DE LA CONDUCTA

La paciente que aparenta su edad cronológica, presenta un adecuado arreglo personal, su expresión facial es por momentos de preocupación y de tristeza, su tono de voz es normal, presenta una postura algo encorvada al sentarse.

Su actitud ante la entrevista y evaluaciones es colaboradora pero con cierta timidez, en cuanto a su capacidad de resolución no se vio afectada por el ambiente o fatiga ya que se contaba con la disposición y la debida motivación.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicométricas:
 - **Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult)**
 - **Test de la figura humana de Karen Machover**
 - **Inventario de Beck para evaluar depresión.**
 - **Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (Idare).**

IV. AREAS EVALUADAS

- Área personalidad
- Área emocional

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. AREA PERSONALIDAD

- **Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult)**
Análisis cuantitativo

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	0	7	1	10	10	10	9	10	14	6	12
Puntaje Equivalente	2	18	5	22	31	25	25	22	34	16	29
Añadir K				3			2		5	5	1
Puntaje Directo Corregido	2	25	6	25	41	35	36	32	53	37	36
Puntaje T	50	80	38	74	108	79	94	120	112	72	98

Análisis cualitativo

El perfil de la evaluación es válido, este revela que es una persona que posee un estado de ánimo moderadamente depresivo, con tendencia a exagerar las situaciones conflictivas que enfrenta y tiene una sensación de impotencia por la incapacidad para encontrarles soluciones válidas y eficaces. Así mismo rumea sus pensamientos, preocupaciones y sentimientos de culpa, sintiendo incapacidad de tomar decisiones rápidas, exigente consigo mismo y en ocasiones hacia los demás.

- **Test de la Figura Humana de Karen Machover**

Presenta dependencia emocional con necesidad de apoyo, con ciertos rasgos de inmadurez, dificultad para controlar impulsos, busca afecto de las demás personas.

2. AREA EMOCIONAL

- **Inventario de Beck para evaluar depresión.**

Los datos señalan una sintomatología depresiva moderada (20 puntos), presentando incapacidad para el esfuerzo, cansancio generalizado, alteraciones del sueño, sentimientos de desesperanza ante el futuro.

- **Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (Idare)**

Análisis cuantitativo

Ansiedad estado : 59, percentil 61.

Ansiedad rasgo : 41, percentil 50.

Análisis cualitativo

La evaluada presenta en su ansiedad estado alto, lo que indica que presenta un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo siendo percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes. En su ansiedad rasgo es medio lo que quiere decir que la evaluada tiene la disposición para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad.

VI. RESUMEN

La paciente que aparenta su edad cronológica, presenta un adecuado arreglo personal, su expresión facial es por momentos de preocupación y de tristeza. En cuanto a su actitud ante la entrevista y evaluaciones es colaboradora pero con cierta timidez.

Se percibe rasgos de introversión, inmadurez, inseguridad y timidez, debido a que siente temor por iniciar y adaptarse a nuevas actividades, llegando a exagerar las situaciones conflictivas que enfrenta, así mismo siente impotencia por la incapacidad de encontrar soluciones válidas y eficaces esto debido al resurgimiento de su enfermedad y al tratamiento que está siguiendo. Presenta dependencia emocional con necesidad de apoyo, dificultad para controlar impulsos buscando afecto de las demás personas, ya que se siente vulnerable ante el nuevo diagnóstico.

En cuanto a su estado de ánimo se presenta moderadamente deprimida, con sentimientos de minusvalía personal, enfado consigo misma y cólera, así mismo tiene incapacidad para afrontar sus problemas. En cuanto a su ansiedad estado es alto y su ansiedad rasgo es medio, por lo que tiende a percibir algunas situaciones como peligrosas o amenazantes.

INFORME PSICÓLOGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : L. H. P.
- **Historia clínica** : 3537
- **Fecha de nacimiento** : 14 /09/1968
- **Edad** : 48 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa - Arequipa
- **Lugar de residencia** : Cerro Colorado - Arequipa
- **Grado de instrucción** : 6to de Primaria
- **Estado civil** : Casada
- **Ocupación** : Ambulante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : 16 - 09 - 2016
- **Lugar de la evaluación** : Consultorio de psicología del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Katherine Mabel Ccuno Amanqui

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que se encuentra en el área de quimioterapia refiere: “me siento preocupada por el resurgimiento del cáncer en mi cuerpo, estoy angustiada, triste y estresada por la quimioterapia, no puedo dormir tranquilamente, no puedo hacer mis actividades como antes ya que siento que no voy a recuperarme, no sé qué hacer, creo que voy a abandonar el tratamiento”

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente manifiesta que a la edad de los 46 años le detectaron cáncer de ovario (EC II) refiriendo que sintió miedo, incertidumbre y angustia, relacionando su enfermedad con la muerte, debido a que tuvo dos parientes que fallecieron por diferentes tipos de cáncer (su tía tuvo cáncer de mama y su prima cáncer gástrico), así mismo sintió desesperanza por el tratamiento que tendría que seguir no aceptando aún su diagnóstico. El doctor que la atendía le recomendó ir al Hospital Goyeneche y luego de ingresar, la derivan al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN – SUR), por lo que es atendida y programada a una operación a inicios del año 2015, donde le realizaron una histerectomía radical. La paciente refiere que no sabía si iba a recuperarse causándole demasiada angustia y preocupación por su salud, pero después de la operación el doctor le indicó que ya no tenía que preocuparse porque la enfermedad estaba controlada y podía realizar su vida normal, pero tenía que continuar el tratamiento ambulatorio (lo cual era los despistajes de cáncer uterino y tomar algunos medicamentos), es así que la paciente recuperó su tranquilidad e intento hacer su vida normal.

Después de un año de la operación la paciente manifiesta que se sintió recuperada pero tenía miedo al pensar que podría regresar su enfermedad, porque no siguió las pautas que le indicó el doctor, debido a que viajaba constantemente para poder trabajar, pero así mismo refiere que no quería saber más sobre el cáncer, no tomado conciencia aún de su enfermedad. Es así que a mediados del 2016 comienza a notar un pequeño bulto en su seno izquierdo que aparecía por días y desaparecía, pero no le daba la debida importancia ya que se encontraba ocupada, luego siente un dolor intenso en su lado posterior izquierdo del tórax y este se hace más notorio, por lo que decide ir realizarse un chequeo a una clínica particular, sintiendo nuevamente la preocupación y angustia, es así que el doctor le indica que se realice una biopsia, donde le detectan Cáncer de Mama Izquierdo no invasivo (EC 0) y entre otras tipos de tumoraciones pero benignos, donde la paciente manifiesta que le impactó su nuevo diagnóstico, sintiéndose vulnerable, triste, no

pudiendo conciliar el sueño por días y refiriendo que nuevamente regresaron sus inseguridades, su intranquilidad, sus preocupaciones y más pensamientos negativos sobre su recuperación ya que no podía creer que nuevamente tenía cáncer, refiriendo: “pensar que tengo que volver a pasar otra vez por lo mismo...”, “nunca podre ser como antes, no podré trabajar y ayudar a mis hijos, seré una carga para mis hijos, no resistiré al tratamiento”. Manifiesta también que ya no le importaba en ocasiones lo que sucediera a su alrededor, aislando por momentos debido a que siempre se encontraba ensimismada en sus pensamientos negativos y en su tristeza. Así mismo tenia mal humor por lo acontecido y con tendencia al llanto cada vez que pensaba y hablaba sobre el futuro y su tratamiento, culpándose de lo que le estaba sucediendo, sintiendo enfadado y furia consigo mismo por no haber logrado superar la enfermedad y culpaba también a su esposo ya que pensaba que le generó su enfermedad por los maltratos físicos a los cuales la sometió.

Recibe su primera quimioterapia a mediados de junio del 2016, siendo un total de 8 quimioterapias las que tiene que recibir, teniendo problemas para poder tomar el tratamiento debido a que le causa malestar físico y emocional causándole fastidio y molestia impidiéndole trabajar y realizar sus actividades cotidianas, no adaptándose aun al tratamiento hospitalario, teniendo pensamiento de abandonar el proceso para su recuperación.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- **Observación**
- **Entrevista**
- **Pruebas psicométricas:**
 - **Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult)**
 - **Test de la figura humana de Karen Machover**
 - **Inventario de Beck para evaluar depresión.**
 - **Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (Idare).**

V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

La paciente aparece la edad referida, presenta un adecuado aseo personal, se le observa una expresión facial de preocupación, ansiedad y tristeza.

Su actividad durante la entrevista fue organizada pero con mucha movilidad, debido a que había movimiento de manos y pies con sudoración en la frente. Siendo colaboradora, manifestando confianza, manteniendo una actitud activa y afectiva pero con cierta timidez, utilizando un lenguaje coherente y de curso normal con un tono de voz entre alto y bajo, presentando ritmo pero velocidad verbal fluctuante, manteniendo contacto visual en toda la intervención. El curso de su pensamiento es adecuado, en cuanto a su contenido, presenta ideas depresivas y ansiosas. Su memoria a corto y largo plazo se encuentran óptimos, puede ubicar sin dificultad momentos específicos de su vida. En cuanto a su funcionamiento intelectual evidencia nivel de desempeño normal, siendo el contenido de sus respuestas verbales es coherente.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se percibe rasgos de introversión, inmadurez, inseguridad y timidez, debido a que siente temor por iniciar y adaptarse a nuevas actividades, llegando a exagerar las situaciones conflictivas que enfrenta, así mismo siente impotencia por la incapacidad de encontrar soluciones válidas y eficaces esto debido al resurgimiento de su enfermedad y al tratamiento que está siguiendo. Presenta dependencia emocional con necesidad de apoyo, dificultad para controlar impulsos buscando afecto de las demás personas, ya que se siente vulnerable.

En cuanto a su estado de ánimo se presenta moderadamente deprimida, con sentimientos de minusvalía personal, enfado consigo misma y cólera, así mismo tiene incapacidad para afrontar sus problemas. En cuanto a su ansiedad estado es alto y su ansiedad rasgo es medio, por lo que tiende a percibir algunas situaciones como peligrosas o amenazantes.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente presenta rasgos de introversión, inmadurez, inseguridad y timidez, no ayudándola a adaptarse a su situación actual. En cuanto a su estado de ánimo es moderadamente depresiva y ansiosa observándose minusvalía personal, pensamientos recurrentes, preocupación constante, así mismo sentimientos de culpa e indefensión, presentando dependencia emocional con necesidad de apoyo.

Actualmente muestra poca conciencia de su enfermedad por lo que está en proceso de adaptación a la misma y al ambiente hospitalario, por el acontecimiento estresante que es el resurgimiento del cáncer en su cuerpo y al tratamiento que está siguiendo, afectándola en su desenvolvimiento social, teniendo desesperanza hacia el futuro.

Por lo mencionado dichas características corresponden a:

F43.2: Trastorno de adaptación

VIII. PRONÓSTICO

Reservado

XI. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.
- Sugerirle ingresar al club del paciente oncológico para que encuentre soporte emocional de otras pacientes que padecen su misma enfermedad, así mismo para que realice otras actividades recreativas que le interesen a la paciente.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : L. H. P.
- **Historia clínica** : 3537
- **Fecha de nacimiento** : 14 /09/1968
- **Edad** : 48 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa - Arequipa
- **Lugar de residencia** : Cerro Colorado - Arequipa
- **Grado de instrucción** : 6to de Primaria
- **Estado civil** : Casada
- **Ocupación** : Ambulante
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : 19 - 09 - 2016// 22 - 09 -2016
29 - 09 - 2016// 06 -10 - 2016
13 - 10 - 2016
- **Lugar de la evaluación** : Consultorio de psicología y
Área de hospitalización del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Katherine Mabel Ccuno Amanqui

II. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente presenta rasgos de introversión, inmadurez, inseguridad y timidez, no ayudándola a adaptarse a su situación actual. En cuanto a su estado de ánimo es moderadamente depresiva y ansiosa observándose minusvalía personal, pensamientos recurrentes, preocupación constante, así mismo sentimientos de culpa e indefensión, presentando dependencia emocional con necesidad de apoyo.

Actualmente muestra poca conciencia de su enfermedad por lo que está en proceso de adaptación a la misma y al ambiente hospitalario, por el acontecimiento estresante que es el resurgimiento del cáncer en su cuerpo y al tratamiento que está siguiendo, afectándola en su desenvolvimiento social, teniendo desesperanza hacia el futuro.

Por lo mencionado dichas características corresponden a:

F43.2: Trastorno de adaptación

III. OBJETIVO

- Enseñar técnicas de relajación y respiración para disminuir los estados de ansiedad, relajar la tensión muscular, facilitar la conciliación del sueño.
- Brindarle la información adecuada sobre la enfermedad y el tratamiento que tendrá que seguir para que tenga un adecuado afrontamiento a su enfermedad tanto para la familia como para la paciente.
- Reconocer y cambiar los pensamientos que causen preocupación y desesperanza sobre su enfermedad y el tratamiento.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Nº DE SESIONES	TÉCNICAS PSICOTERAPEUTICAS	OBJETIVO
1	Técnica de respiración	Enseñar técnica de respiración para combatir el estrés, tranquilizar la mente y producir relajación.
2 y 3	Relajación progresiva de Jacobson	Reducir la ansiedad que se pueda producir en estados de tensión, inducir al paciente a utilizar la técnica en momentos que crea que sea necesario.
4	Psicoeducación Terapia individual	Brindar información acerca del cáncer que padece y los tratamientos hospitalarios que tienen que seguir para que el paciente se afilie y se comprometa con su recuperación.
5	Psicoeducación Terapia familiar	Brindar información a la familia acerca del cáncer y los tratamientos hospitalarios, sus causas, consecuencias y síntomas a sus familiares, para que sean un adecuado soporte emocional para la paciente.
6	Terapia Racional Emotiva	Se utilizó la TRE con la finalidad de eliminar aquellas ideas, creencias y pensamientos irracionales sobre su enfermedad y sobre el tratamiento que está siguiendo.
7	Terapia de Aceptación y Compromiso	Brindarle el repertorio amplio y flexible de acciones orientadas a los valores personales y no por la

		ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorado como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.).
8	Identificación de problemas Terapia Cognitiva	Lograr que el proceso de la terapia sea comprensible para ambos. Controlar el estado de ánimo usando puntajes objetivos e identificar problemas y establecer objetivos de la terapia.
9	Identificación de pensamientos automáticos	Identificar los pensamientos automáticos. Evaluar y reaccionar frente a los pensamientos automáticos. Resolver problemas cuando los pensamientos son verdaderos.

SESIÓN N°1	Respirando
TÉCNICA	Técnicas de respiración
OBJETIVO	Enseñar técnicas de respiración combate el estrés, aquietá la mente y produce la relajación.
DESARROLLO	<p>Respiración abdominal</p> <p>El paciente debe estar en la posición más cómoda posible y pasar unos pocos minutos descansando en silencio. Entonces puede darse las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dedique unos pocos momentos a desplazarse a través de una secuencia de representación mental agradable... luego, cuando el cuerpo se relaje. • Apoye una mano levemente sobre el plexo solar. • Centre su atención en esta área y comience el ejercicio con una respiración hacia afuera, una respiración que se produce con naturalidad. • Note un hundimiento del área situada debajo de la mano, a continuación deje que el aire fluya hacia los pulmones, notando la hinchazón que se produce debajo de la mano. Luego cuando el aire es expulsado, note como se hunde otra vez el área situada debajo de la mano. • Deje que la respiración se desarrolle con normalidad.
TIEMPO	35 minutos
MATERIALES	- Sillón

SESIÓN Nº 2 y 3	Aprendo a relajarme
TÉCNICA	Relajación progresiva de Jacobson
OBJETIVO	Se logra disminuir los estados de ansiedad generalizados, relajar la tensión muscular, facilitar la conciliación del sueño y así mismo hacia la ansiedad hacia la recuperación.
DESARROLLO	<p>Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.</p> <p>1^a FASE: Tensión – Relajación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación de brazos y manos. o Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente • Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos): o Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente. • Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente o Nariz: Arrugar unos segundo y relajo lentamente. • Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente • Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente. • Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente. • Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente. o Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente. • Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando

	<p>contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla): • Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros. • Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente. • Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente. • Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla. • Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente. <p>2^a FASE: Repaso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas. <p>3^a FASE: Relajación mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.
TIEMPO	30 minutos
MATERIALES	- Silla o sillón

SESIÓN N°4	Psicoeducación
TÉCNICA	Terapia individual
OBJETIVO	<p>Brindar al paciente la información adecuada para que pueda afrontar de una forma apropiada su enfermedad y ayudarle a adaptarse al tratamiento hospitalario. Así mismo del darse cuenta de la importancia que tiene el cuidado de su salud siguiendo determinados tratamientos hospitalarios.</p>
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre el tipo de cáncer y tratamiento a los familiares, a los hijos y parientes cercanos y al mismo paciente. • Explicar el motivo de aplicación de la quimioterapia sus efectos y consecuencias. • Revelar las consecuencias que puede tener la misma sobre el paciente y sus familiares. • Establecer una sólida alianza terapéutica y construir un vínculo entre paciente y terapeuta. • Hacerle entender la importancia de adherirse a los tratamientos hospitalario reconocimiento de síntomas que afecten el estado de ánimo • Identificación de señales de recaída o síntomas que puedan causarle algunos de los procedimientos como parte del proceso al cual se está sometiendo. • Hábitos y rutinas regulares y saludables: sueño, comidas, dieta sana, ejercicio físico • Mantener actividad y socialización constante no dejando de hacer sus actividades diarias de forma repentina. • Identificar recursos/capacidades de la persona para

	<p>que esté presente un buen afrontamiento a su enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le explicará lo que es la quimioterapia, radioterapia y cirugías, para que la paciente pueda adaptarse a todo el proceso médico, y así encontrar aceptación al tratamiento. • Se le aclarará cualquier duda al finalizar preguntándole si quedó alguna duda de lo que se habló y así poder asegurarnos de que entendió adecuadamente la información que se brindó. • Animar a que la paciente tenga una participación más activa entre sesiones, dejar una actividad que realizar para la siguiente sesión, donde debe informarse más por su propia cuenta acerca del cáncer y sus tratamientos.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lápiz - Información sobre el cáncer y sus tratamientos

SESIÓN N° 5	Psicoeducación
TÉCNICA	Terapia familiar
OBJETIVO	Brindar información a la familia acerca del cáncer y los tratamientos hospitalarios, sus causas, consecuencias y síntomas a sus familiares, para que sean un adecuado soporte emocional para la paciente.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre el cáncer de mama que padece su familiar. • Explicar los diferentes motivos que pueden desencadenar posibles reacciones en la paciente sobre el impacto de su enfermedad. • Revelar las consecuencias de la quimioterapia en la paciente, informando sobre los síntomas y repercusiones físicas y psicológicas. • Establecer una sólida alianza terapéutica y construir un vínculo entre familia y terapeuta. • Animar a que la familia para que tenga una participación más activa, donde debe informarse más por su propia cuenta leyendo en libros o folletos.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas - Información sobre el cáncer y sus tratamientos

SESIÓN N° 6	Reflexionando
TÉCNICA	Terapia Racional Emotiva
OBJETIVO	Se utilizó la TRE con la finalidad de eliminar aquellas ideas, creencias y pensamientos irracionales sobre su enfermedad y sobre el tratamiento que está siguiendo
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar al cliente por el problema a tratar durante la sesión. (importante refutar creencias irracionales). • Definir y acordar los objetivos concretos de la sesión porque no en todas las ocasiones coinciden terapeuta y cliente. • Llevar a cabo proceso ABC (A = Acontecimientos activadores B = Pensamientos Racionales Irracionales C = Consecuencias emocionales y de comportamiento) y establecer relaciones. • Debatir terapeuta y cliente creencias irracionales específicas tratando de adoptar nuevas creencias racionales alternativas que tenga sobre su enfermedad y sobre su tratamiento haciendo reflexionar sobre la importancia de este. • Elegir, definir y acordar nuevas tareas a realizar entre sesiones. Trabajar aspectos que facilitan la realización de estas tareas.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	- Sillón

SESIÓN N° 7	Desesperanza Creativa
TÉCNICA	Terapia de Aceptación y Compromiso
OBJETIVO	Brindarle el repertorio amplio y flexible de acciones orientadas a los valores personales y no por la ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorado como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.).
DESARROLLO	<p>Se debe utilizar para ello algunas metáforas y ejemplos:</p> <p>La metáfora del jardín en la que se compara la vida del cliente con un jardín, y es él quien debe encargarse de su cuidado. Las plantas representan las áreas valiosas de la vida de la paciente, y su ansiedad son malas hierbas que surgen en este jardín. El objetivo de esta fase es que la paciente abandone la agenda de control de las malas hierbas, es decir, que deje de intentar alterar su experiencia privada, que se dé cuenta de que eso que intenta controlar no puede controlarlo, y paralelamente, que se dé cuenta de que justo los intentos de control provocan un aumento de la ansiedad.</p> <p>La segunda fase de la terapia lleva a plantear que el control es el problema. Aquí de nuevo se hace dar cuenta al paciente que el no poder controlar sus sensaciones físicas le provocaba aún más esas mismas reacciones. Se utilizó aquí la metáfora del polígrafo para ilustrarle esta cuestión, así como la regla de los eventos privados (si algo no lo quieras, lo tienes). En esta fase hubo verbalizaciones por parte de A. en la dirección de abandonar el control ("estoy por irme ahora mismo al monte"), así como acciones en la dirección de estar dispuesto a tener ansiedad. Se utilizó en esta sesión también la metáfora de</p>

	las dos escalas para ilustrar cómo el no estar dispuesto a tener ansiedad tenía un coste en su vida, y que la propuesta era subir la escala de las acciones (abriendo la escala de la ansiedad al 100% al actuar de modo valioso).
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	- Sillón

SESIÓN N° 8	Identificando problemas
TÉCNICA	Terapia Cognitiva
OBJETIVO	Lograr que el proceso de la terapia sea comprensible para ambos. Controlar el estado de ánimo usando puntajes objetivos e identificar problemas y establecer objetivos.
DESARROLLO	<p>Preguntar al paciente:</p> <p>¿Quisiera saber cómo te has sentido últimamente?</p> <p>¿Cuáles son las razones que te llevaron a comenzar una terapia?</p> <p>¿Cuáles son los objetivos que te gustaría alcanzar?</p> <p>¿Quisiera saber qué esperas de la terapia?</p> <p>Una vez establecido el plan realizar un control del estado de ánimo.</p> <p>Enseñar al paciente a dedicar un puntaje a su estado de ánimo en una escala de 0 al 100, donde 0 significa una ausencia total de depresión y 100 lo más deprimida que jamás haya estado.</p> <p>Hablar de los motivos que le trajeron a terapia, identificar los problemas principales del paciente, preguntar por los problemas que ha tenido y confeccionar una lista de objetivos que debe escribir el mismo paciente con dirección del terapeuta.</p>
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lápiz - Papel - Registro de pensamientos automáticos

SESIÓN N° 9	Identificar pensamientos automáticos
TÉCNICA	Identificación de pensamientos automáticos
OBJETIVO	<p>Identificar los pensamientos automáticos.</p> <p>Evaluar y reaccionar frente los pensamientos automáticos.</p> <p>Resolver problemas cuando los pensamientos son verdaderos.</p>
DESARROLLO	<p>Me gustaría ahora dedicar unos minutos a hablar de la relación entre los pensamientos y los sentimientos.</p> <p><i>“La INTERPRETACION de una situación (más que la situación misma) a menudo expresada en forma de pensamientos automáticos, influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica subsiguiente. Al examinar críticamente estos pensamientos y corregir los errores la persona se siente mejor”.</i></p> <p>Identificar los pensamientos automáticos.</p> <p>¿Puedes pensar en algunos momentos de esta semana en que te hayas sentido mal? (trabajar tema de ámbito familiar)</p> <p>¿Cuál era el sentimiento? ¿Tristeza, angustia, enojo, etc.?</p> <p>¿Qué cruzaba por tu mente en ese momento?</p> <p><i>“Acabas de identificar algo que llamas <u>pensamiento automático</u>. Todas las personas los tienen. Son pensamientos que aparecen de pronto en nuestra mente. No estamos tratando de pensar en eso deliberadamente. La mayor parte del tiempo sucede muy rápido y somos conscientes de la emoción que del pensamiento. Muchas veces estos pensamientos están distorsionados de alguna manera, pero reaccionamos como si fueran ciertos.”</i></p> <p>Evaluuar y reaccionar frente los pensamientos automáticos.</p> <p>Se anota el pensamiento automático en una hoja de papel.</p> <p><i>“suena triste, te das cuenta que tu pensamiento influye sobre tus sentimientos”.</i></p>

	Resolver problemas cuando los pensamientos son verdaderos. Tarea: Buscar pensamientos automáticos. “Cada vez que observe un cambio en mi estado de ánimo preguntarme ¿Qué está pasando por mi mente?
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	- Lápiz. - Registro de pensamientos automáticos.

TIEMPO DE EJECUCIÓN

Las actividades del plan se realizaron en sesiones 45 minutos, de 1 a 2 veces por semana, tendrá una duración total de 4 meses, todo esto dependiendo de la disposición y el estado anímico de la paciente.

LOGROS PSICOTERAPÉUTICOS

- Se logró que la paciente aprenda la técnica de respiración.
- Se realizó las terapias de relajación para poder reducir la ansiedad cuando tiene pensamientos negativos hacia el tratamiento y su enfermedad.
- Se brindó información acerca del cáncer y los tratamientos auxiliares para tratarlo, tanto a la paciente como a sus familiares, brindándoles la información de las causas, consecuencias y síntomas de la enfermedad así mismo de la importancia de la misma.
- La paciente comprendió que debe recibir el tratamiento, asistiendo a las sesiones de quimioterapia y empieza a tener conciencia de su enfermedad, así mismo identifico los problemas que le causan preocupación y angustia.
- Se logró que la paciente ingrese al club oncológico.

Arequipa, octubre del 2016

Katherine Mabel Ccuno Amanqui
Bachiller en Psicología

ANEXO

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)

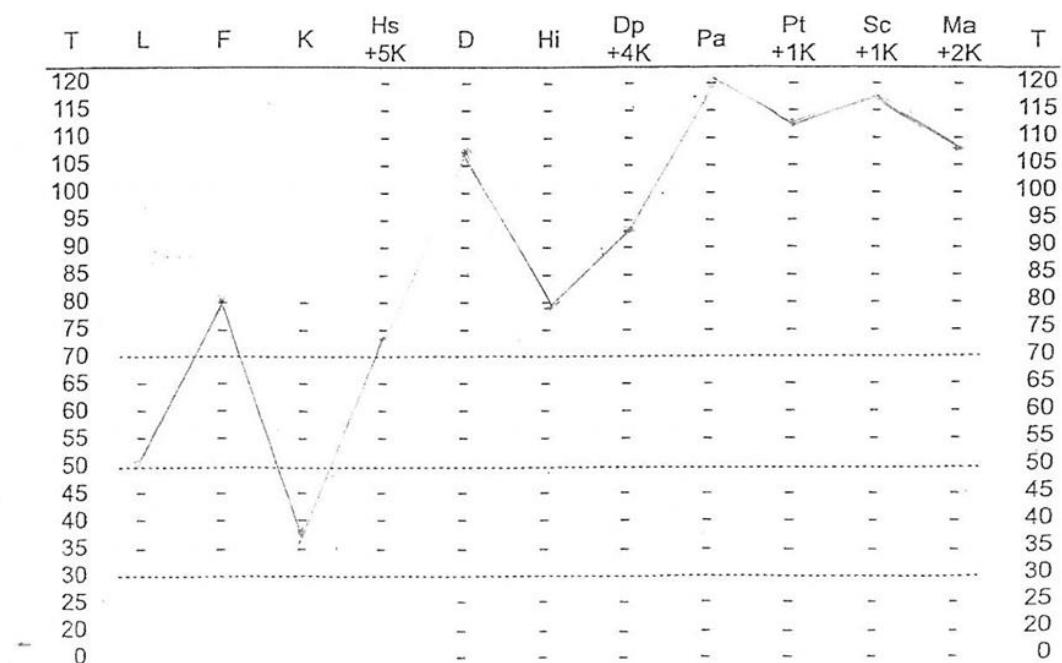
Nombres y apellidos: *Lola*
Estado Civil:
Ocupación:

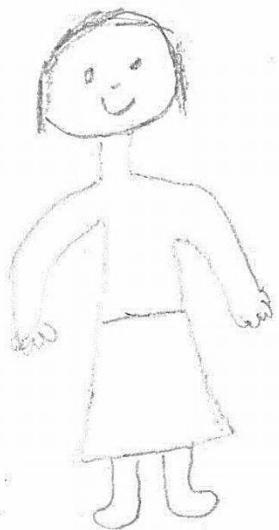
Edad: 46
Grado de Instrucción: 3^{ro} Primaria
Fecha de Examen:

1.	V	F	13.	X	F	25.	X	F	37.	V	X	49.	X	F	61.	X	F
2.	V	X	14.	X	F	26.	X	F	38.	X	F	50.	X	F	62.	V	X
3.	X	F	15.	X	F	27.	X	F	39.	X	F	51.	X	F	63.	V	X
4.	V	F	16.	V	F	28.	X	F	40.	X	F	52.	V	X	64.	X	F
5.	X	F	17.	V	F	29.	X	F	41.	X	F	53.	X	F	65.	A	F
6.	V	F	18.	V	F	30.	X	F	42.	V	X	54.	X	F	66.	X	F
7.	X	F	19.	V	F	31.	X	F	43.	V	X	55.	X	F	67.	X	F
8.	V	F	20.	V	F	32.	V	X	44.	X	F	56.	X	F	68.	X	F
9.	V	F	21.	V	F	33.	X	F	45.	X	F	57.	X	F	69.	X	F
10.	X	F	22.	V	F	34.	X	F	46.	X	F	58.	V	X	70.	X	F
11.	V	F	23.	X	F	35.	X	F	47.	X	F	59.	X	F	71.	V	X
12.	V	F	24.	X	F	36.	X	F	48.	X	F	60.	X	F			

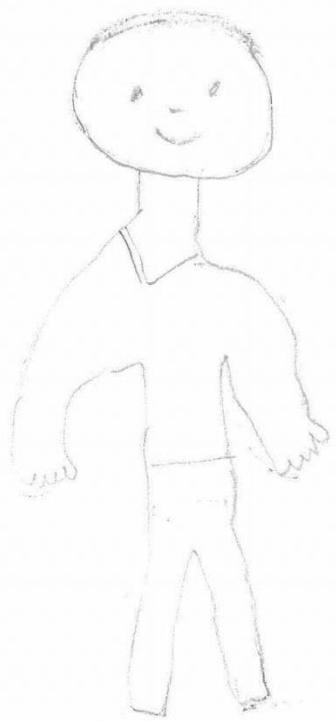
	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	0	7	1	10	10	10	9	10	14	6	13
Puntaje Equivalente	2	18	5	22	31	25	25	22	34	16	29
Añadir K				3			2		5	5	1
Puntaje Directo Corregido	2	25	6	25	41	35	36	32	53	37	36
Puntaje T	50	80	38	74	108	79	99	120	118	72	98

DIAGNÓSTICO:





lola



Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE



MIR
28-2

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, I. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: Lola Fecha: _____

SXE

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en **este momento**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos **ahora**.

- | | NO EN LO ABSOLUTO | BASTANTE | MUCHO |
|---|-------------------|----------|-------|
| | ① | ② | ③ |
| | ④ | ⑤ | ⑥ |
| 1. Me siento calmado(a) | ② | ③ | ④ |
| 2. Me siento seguro(a) | ② | ③ | ④ |
| 3. Estoy tenso(a) | ① | ② | ③ |
| 4. Estoy concurriado(a) | ① | ② | ③ |
| 5. Estoy a gusto | ① | ② | ③ |
| 6. Me siento alterado(a) | ① | ② | ③ |
| 7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo | ① | ② | ③ |
| 8. Me siento descansado(a) | ① | ② | ③ |
| 9. Me siento ansioso(a) | ① | ② | ③ |
| 10. Me siento cómodo(a) | ① | ② | ③ |
| 11. Me siento con confianza en mí mismo(a) | ① | ② | ③ |
| 12. Me siento nervioso(a) | ① | ② | ③ |
| 13. Me siento agitado(a) | ① | ② | ③ |
| 14. Me siento "a punto de explotar" | ① | ② | ③ |
| 15. Me siento reposado(a) | ① | ② | ③ |
| 16. Me siento satisfecho(a) | ① | ② | ③ |
| 17. Estoy preocupado(a) | ① | ② | ③ |
| 18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) | ① | ② | ③ |
| 19. Me siento alegre | ① | ② | ③ |
| 20. Me siento bien | ① | ② | ③ |

D.R. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. nro. 39

No imprenda en verde u negro. N° 1.0 ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

0111

Pt = 59

IDARE
Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

- | | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | NUNCA | CASI NUNCA |
|--|--------------|---------|-------|------------|
| 21. Me siento bien | ① | ② | ③ | ④ |
| 22. Me canso rápidamente | ① | ② | ③ | ④ |
| 23. Siento ganas de llorar | ① | ② | ③ | ④ |
| 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo | ① | ② | ③ | ④ |
| 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente | ① | ② | ③ | ④ |
| 26. Me siento descansado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" | ① | ② | ③ | ④ |
| 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | ① | ② | ③ | ④ |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | ① | ② | ③ | ④ |
| 30. Soy feliz | ① | ② | ③ | ④ |
| 31. Tomo las cosas muy a pecho | ① | ② | ③ | ④ |
| 32. Me falta confianza en mí mismo(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 33. Me siento seguro(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades | ① | ② | ③ | ④ |
| 35. Me siento melancólico(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 36. Me siento satisfecho(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan | ① | ② | ③ | ④ |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | ① | ② | ③ | ④ |
| 39. Soy una persona estable | ① | ② | ③ | ④ |
| 40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a) | ① | ② | ③ | ④ |

INTROD.

Pt = 41

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre..... *lola* Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. a. No me siento triste.
 b. Me siento triste.
 c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 c. Siento que no tengo nada que esperar.
 d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. a. No creo que sea un fracaso.
 b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. a. No me siento especialmente culpable.
 b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 c. Me siento culpable casi siempre.
 d. Me siento culpable siempre.

6. a. No creo que esté siendo castigado.
 b. Creo que puedo ser castigado.
 c. Espero ser castigado.
 d. Creo que estoy siendo castigado.

7. a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 b. Me he decepcionado a mí mismo.
 c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 d. Me odio.

8. a. No creo ser peor que los demás.
 b. Me critico por mis debilidades o errores.
 c. Me culpo siempre por mis errores.
 d. Me culpo de todo lo malo que sucede.



9. a. No pienso en matarme.
 b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 c. Me gustaría matarme.
 d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
 b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 c. Ahora lloro todo el tiempo.
 d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
 b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
 b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
 b. No puedo dormir tan bien como solía.
 c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.
 b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 c. Me canso sin hacer nada.
 d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

PT = 19



18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solia ser.
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio.
c. He rebajado más de cinco kilos.
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemás fisicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemás fisico y me resulta dificil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado pror mis problemás fisicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interes por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solia estar.
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
d. He perdido por completo el interes en el sexo.

Muchas gracias.



CASO 2

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Nombres y apellidos** : J.N.A.
- **Historia clínica** : 16586
- **Fecha de nacimiento** : 01 /12/1970
- **Edad** : 46 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa – Arequipa
- **Lugar de residencia** : J.L.B.R. - Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior
- **Estado civil** : conviviente
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : 04/08/2016
- **Lugar** : sala de hospitalización del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Norma Norez Huaman De La Cruz

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que se encuentra en el área de hospitalización refiere: “me siento mal por todo lo que me está pasando, no puedo dormir por pensar en mi tratamiento y en mis deudas, pierdo el control rápidamente con mis hijos y me exalto mucho, a la vez que me da por llorar sin motivo”, la paciente indica que quiere cambiar su forma de ser y controlar su estado emocional.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere que en noviembre del 2015 se colocó una prenda ajustada, hallando de casualidad un bulto pequeño a la palpación en la mama izquierda, es ahí donde comienza a preocuparse pero no le da la debida importancia. Deja pasar 2 meses pero al notar que la tumoración no desaparecía acude al centro de salud, donde le indican que se haga un

despistaje de cáncer, al ver el resultado la refieren a la liga de lucha contra el cáncer, donde le indican que debe hacerse una mamografía, a lo que el médico con los análisis le indica que no le puede dar un diagnóstico seguro, por lo que tiene que pasar un tiempo prudente para volver a hacerse otra biopsia, es ahí donde comienza a asustarse y mostrarse temerosa frente a esta situación ya que no le daban resultados precisos. Pasaron dos meses cuando de repente siente ciertos dolores en la mama izquierda, inmediatamente acude a hacerse otra biopsia, en donde encuentran una tumoración en la mama izquierda de origen maligno, por lo que acude al hospital Goyeneche. Desde ese momento la paciente refiere no poder estar tranquila debido a los pensamientos negativos y derrotistas que se presentan cada vez que está sola no pudiendo dormir con tranquilidad. De modo que consulta con otros especialistas realizándose más estudios de biopsia en el que le confirman que tiene cáncer de mama, donde comienza a hacer sus trámites para su traslado al IREN-SUR. La paciente refiere que se sentía inútil llena de cólera por todo lo que le estaba sucediendo, mostrándose irritable con las personas a su alrededor, no queriendo hablar con nadie y no pudiendo dormir por las noches, a la vez que sentía preocupación por el futuro de sus hijos no pudiendo concentrarse en sus labores cotidianas. También manifiesta que no estaba informada acerca de su enfermedad y de los procesos hospitalarios, trayendo consigo pensamientos fatalistas y sin esperanza en su recuperación, lo que según ella ha ocasionado que en su familia haya discusiones. También menciona que en los últimos dos meses tiene dolores de cabeza y tensión muscular en el cuello y espalda, estos aparecen días antes de pagar su deuda que tiene con el banco.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

a. Periodo del desarrollo

La paciente comenta que no fue una hija planificada pero si deseada. Su nacimiento y desarrollo fue aparentemente normal, sin embargo presentó onicofagia como a los 4 años.

b. Primera infancia

Su infancia fue tranquila, siendo cuidada por sus hermanos mayores quienes se encargaban de su arreglo y aseo personal, a la vez que la llevaban al colegio. Sin embargo recuerda que su padre siempre fue duro con ella no mostrándole mucho afecto, haciéndola sentir desvalorada e ignorada.

c. Infancia media

La paciente empezó a estudiar a los seis años de edad, en el colegio 40081

“Miguel Augusto M.”, cursando primer año de primaria, su adaptación no fue muy buena, ya que no le gustaba ir a la escuela, ni estudiar, esto debido a que se sentía frustrada cuando no podía realizar una tarea; sin embargo su rendimiento era regular. La paciente manifiesta que no jugaba mucho en el recreo porque no tenía muchos amigos, esto debido a que ella pensaba que no encajaría con sus compañeros de clase, mostrándose introvertida y no pudiendo hacer amistades con facilidad.

d. Adolescencia

En su adolescencia la paciente manifiesta no haber sido muy sociable, mostrándose un poco temerosa al momento de hacer amistades, así mismo relata que era nerviosa al momento de participar en clase, o realizar exámenes, mostrándose insegura.

Al finalizar su secundaria, sus padres decidieron que se fuera con una de sus hermanas a trabajar y estudiar a Lima en donde estudió auxiliar de educación; sin embargo se sentía poco motivada, refiriendo que en esa etapa de su vida se sentía sola y poco apreciada debido a que no le consultaron antes de mandarla a Lima.

e. Juventud

Una vez concluido sus estudios, regresó a Arequipa ya que en el lugar donde trabaja no recibía buen trato. Cuando llegó a Arequipa comenzó a trabajar como auxiliar de educación en un PRONOCE.

Desarrollo y función sexual

La paciente refiere que sus padres no le comentaron nada acerca de la sexualidad, por lo que ella tampoco tenía curiosidad con respecto a eso, todo lo que sabía de sexualidad se lo comentaban sus amigas o trataba ella de buscar información. Su primera menarquia la tuvo a los 14 años, tuvo fuertes dolores pre-menstruales, ella pensaba que iba a morir, se lo comentó a su madre y se tranquilizó. Siempre se mostró conservadora de esos temas.

Aspecto psicosexual y vida matrimonial

A los veintidós años de edad, ella conoció a su primer y único enamorado, actualmente su esposo, con quien inicialmente mantenía buenas relaciones, tuvo a su primer hijo a los 27 años de edad, se casó en el año 2002 y es cuando surgen los problemas con su cónyuge, siendo ella víctima de violencia, sin embargo con el tiempo su relación mejoró.

Actualmente vive con su esposo y sus dos hijos de 11 y 7 años de edad. Las relaciones entre ellos últimamente se han tornado complicadas, debido a su enfermedad, esta situación desencadena una ruptura de la comunicación intrafamiliar, especialmente con sus hijos, debido a la actitud que muestra ella al enfrentar los problemas que surgen en el ambiente familiar (arranques de ira, desesperación),

Servicio militar

No ha realizado.

Religión

Es de religión católica.

Hábitos e influencias nocivas o toxicas

Paciente últimamente tiene problemas para dormir pensando en sus problemas actuales.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS

Enfermedades y accidentes

La paciente tuvo enfermedades comunes como la varicela, gripe, tos, y actualmente tiene una tumoración en la mama izquierda. Ella cree que podría ser porque cuando era niña le cayó una pelota con fuerzas en el pecho y de adolescente le cayó una pelota con fuerza en la espalda que según ella no fue de gravedad. No sufrió accidentes con consecuencias graves.

Personalidad pre mórbida

La paciente era muy ansiosa, se mordía las uñas cada vez que tenía que realizar una actividad y no podía concretarla. Refiere que la mayoría de las veces siempre se mostró insegura rengando de sí misma. También manifiesta haber sido introvertida, mostrándose temerosa al momento de hacer amistades, así mismo relata que era nerviosa al momento de hacer una actividad frente a otros, como exponer sus ideas, o al hablar en grupo, mostrándose insegura. Sin embargo tiende a tener reacciones agresivas solo con personas muy cercanas a ella, mostrando irritabilidad.

VI. ASPECTO LABORAL

Empezó a trabajar como auxiliar de educación de un PRONOE, actualmente ya va trabajando más de 10 años ahí.

VII. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Composición familiar

Su familia lo compone su papá, actualmente de 75 años de edad, su mamá, actualmente de 65 años de edad, y sus seis hermanos, ocupando la cuarta posición. Actualmente vive con su esposo y sus dos hijos de 11y 7 años de edad.

b. Dinámica familiar

No tenía buena comunicación con su padre el cual se dedicaba a ser carpintero y maestro de obras, por lo que no pasaba mucho tiempo con ella, la castigaba físicamente y mostraba preferencia hacia su hermano mayor, a consecuencia de esto ella se sentía triste, poco apreciada y rechazada. En cuanto a su relación con su madre, la cual trabajaba en la chacra no le dedicaba tiempo a ella, por lo que pasaba tiempo con ella en las noches; sin embargo era muy estricta; cuando hacía algo mal la castigaba con lo que encontraba en ese momento haciéndola sentir que no la quería, . Vivió también con sus seis hermanos, siendo ella la que ocupaba la cuarta posición, manifestando que la relación que tenía con ellos fueron estables por lo que había más confianza, sin embargo cuando se presentaba algún problema, no se solucionaba de manera adecuada, ya que predominaba los gritos y la exaltación de parte de todos.

c. Condición socioeconómica

La paciente es de condición socioeconómica media, tiene una casa de concreto de material noble que cuenta con todos los servicios básicos.

d. Antecedentes patógenos:

Padre y madre con hipertensión arterial, ningún familiar con antecedentes cancerígenos.

IX. RESUMEN

Paciente de 46 años de edad, manifiesta que desde que se enteró de su diagnóstico de cáncer de mama, siente no poder estar tranquila debido a los pensamientos negativos y derrotistas que se presentan cada vez que está sola. También refiere que se sentía inútil llena de cólera por todo lo que le estaba sucediendo, mostrándose irritable con las personas a su alrededor, no queriendo hablar con nadie y no pudiendo dormir por las noches, a la vez que sentía preocupación por el futuro de sus hijos. También manifiesta.

que no estaba informada acerca de su enfermedad y de los procesos hospitalarios trayendo consigo pensamientos fatalistas sin esperanza en su recuperación, lo que según ella ha ocasionado que en su familia haya discusiones. También menciona que en los últimos dos meses tiene dolores de cabeza y tensión muscular en el cuello y espalda, estos aparecen días antes de pagar su deuda que tiene con el banco.

Actualmente su familia está compuesta por su esposo y sus dos hijos de 11 y 7 años de edad, las relaciones entre ellos no son muy estables debido a la actitud que muestra la paciente ante la aparición de nuevos problemas.

Su nacimiento y desarrollo fueron aparentemente normal, presentó onicofagia, esta se daba cuando estaba en una situación tensa y no podía enfrentarla, renegando en sí misma.

En cuanto a su escolaridad, empezó a los seis años de edad, cursando primer año de primaria, su rendimiento era regular, no socializaba con facilidad. Así mismo en su adolescencia era un poco temerosa al momento de hacer amistades, manifestando que era nerviosa al momento de participar en clase, o realizar exámenes, mostrándose insegura. Concluyó estudios superiores, siguiendo la carrera de auxiliar de educación, durante este periodo conoció a su primer y único enamorado, actualmente su esposo, con quien no llevaba buenas relaciones, siendo ella víctima de violencia, situación que actualmente ha mejorado. En la actualidad trabaja como auxiliar de educación de un PRONOE, ya va trabajando más de 10 años ahí.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS PERSONALES

- **Nombres y apellidos** : J.N.A.
- **Historia clínica** : 16586
- **Fecha de nacimiento** : 01 /12/1970
- **Edad** : 46 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa – Arequipa
- **Lugar de residencia** : J.L.B.R. - Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior
- **Estado civil** : conviviente
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : 11/08/2016
- **Lugar** : sala de hospitalización del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Norma Norez Huaman De La Cruz

ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente de 46 años de edad, aparenta su edad cronológica, mide aproximadamente 1.55 cm. Es de contextura media gruesa, de tez trigueña, y de ojos pardos, con apariencia limpia y ordenada, postura algo rígida. Al momento de evaluarla se le observó intransigente, con un estado de ánimo decaído pero con disposición al diálogo, un poco nerviosa y tensa.

• ATENCIÓN:

Se encuentra en un estado de alerta y lucidez con predominio de atención voluntaria, puede mantener su atención una buena cantidad de tiempo.

- **CONCIENCIA:**

Tiene conocimiento de sí misma, también tiene conocimiento de su ambiente que le rodea, discrimina acontecimientos de pasado y presente sin hacer esfuerzo por recordar, se altera al mencionar ciertos aspectos de su vida.

- **ORIENTACIÓN:**

Se encuentra orientada en el tiempo, lugar y espacio con respecto hacia sí misma y hacia los demás.

- **CURSO DEL LENGUAJE:**

No se encontró ninguna alteración en el lenguaje expresivo, ni en el comprensivo, su lenguaje es claro, con tono de voz y velocidad moderada, existe coherencia entre las ideas que desea trasmitir.

- **PENSAMIENTO:**

El contenido de sus ideas son negativas y derrotistas. A la vez que denota preocupación por el futuro de sus hijos, tiene pensamientos fatalistas con pocas esperanzas en su recuperación.

- **MEMORIA:**

Conserva las experiencias vividas del pasado y las del presente, es capaz de remontarse a hechos pasados o actividades pasadas y recientes con detalles y precisiones cronológicas.

- **ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTO**

Se esfuerza por mantener buen estado de ánimo, sin embargo se preocupa por acontecimientos actuales, tales como su enfermedad, sus vivencias, experiencias y sentimientos personales. Con lo que respecta a sus afectos, hay

evidencia de un déficit afectivo por parte de sus padres, a la vez que siente que su familia no la comprende.

- **COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD**

La paciente tiene conciencia de su enfermedad, tiene un estado de ánimo alerta por la ansiedad que le genera esos pensamientos negativos y fatalistas, además que siente preocupación por su recuperación y su estado de salud, sin embargo es consciente que no está del todo informada por lo que es propensa a creer ciertos rumores de la enfermedad.

II. RESUMEN

Paciente de 46 de edad, aparenta su edad cronológica, mide aproximadamente 1.55 cm. Es de contextura media gruesa, de tez trigueña, y de ojos pardos, con apariencia limpia y ordenada, postura algo rígida. Al momento de evaluarla Se le observo intransigente, con un estado de ánimo decaído, con disposición al dialogo, un poco nerviosa al momento de relatar lo que le afigía. En cuanto a su atención se encuentra en un estado de alerta y lucidez. En conciencia Tiene conocimiento de sí misma, también tiene conocimiento de su ambiente que le rodea. En orientación, se encuentra orientada en el tiempo, lugar y espacio con respecto hacia sí misma y hacia los demás. En cuanto al lenguaje no se encontró ninguna alteración, su lenguaje es claro y comprensible. En pensamiento, el contenido de sus ideas son negativos y derrotistas que se presentan cada vez que está sola, además de pensamientos fatalistas con pocas esperanzas en su recuperación. En memoria, conserva las experiencias vividas del pasado y las del presente, es capaz de remontarse a hechos pasados o actividades pasadas y recientes con detalles y precisiones cronológicas. En estado de ánimo y afecto se esfuerza por mantener buen estado de ánimo, sin embargo se preocupa por acontecimientos actuales, tales como su enfermedad. Con lo que respecta a sus afectos, hay evidencia de un déficit afectivo por parte de sus padres, a la vez.

que siente que su familia no la comprende. Y en comprensión y grado de incapacidad de la enfermedad, la paciente tiene conciencia de su enfermedad, tiene un estado de ánimo alerta por la ansiedad que le genera esos pensamientos negativos y fatalistas, además que siente preocupación por su recuperación y su estado de salud.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y apellidos** : J.N.A.
- **Historia clínica** : 16586
- **Fecha de nacimiento** : 01 /12/1970
- **Edad** : 46 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa – Arequipa
- **Lugar de residencia** : J.L.B.R. - Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior
- **Estado civil** : conviviente
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : Agosto del 2016
- **Lugar** : sala de hospitalización del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Norma Norez Huaman De La Cruz

II. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Se mostró dispuesta a resolver los cuestionarios, cada vez que tenía dudas trataba de preguntar, se tomaba el tiempo necesario para resolver cada pregunta, como si tratara de recordar, un tanto reflexiva y concentrada cuidando sus respuestas.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Entrevista

Pruebas psicométricas:

- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult).
- Test de la figura humana de Karen Machover.

- Inventario de Autoestima original (1967) – versión para adultos.
- Test de Zung, ansiedad y depresión.

IV. ÁREAS EVALUADAS

- Área de personalidad
- Área emocional

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – Versión abreviada (Mini- Mult).

Análisis cuantitativo

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	D _p +4K	P _a	Pt +1K	Sc +1K	M _a +2K
Puntaje Directo	2	4	6	4	5	8	10	5	8	8	6
Puntaje Equivalente	6	1	14	10	22	22	26	18	20	24	18
Añadir K				7			6		14	4	3
Puntaje Directo Corregido	8	5	20	21	27	30	42	23	42	36	27
Puntaje T	63	55	64	66	65	70	91	93	78	71	75

Análisis cualitativo

La paciente muestra una reducida capacidad de autocrítica que le impide un autoreconocimiento de sus problemas, distorsionándolos y sintiendo que posee buena capacidad para afrontarlos sin necesidad de ayuda.

Combinaciones de las escalas clínicas (5 4)

Es posible que exista auto desvaloración en su personalidad, que dan lugar a una severa autocritica, tiende a exagerar problemas, tiene a ser superficial en sus problemas y mostrarse como una persona muy sensible debido al rechazo constante.

- **Test de la figura humana de Karen Machover**

Presenta nostalgia, tiende a recordar el pasado por lo que podría ser una evasión de la situación actual que está pasando. Tiende a ser dominante, y agresiva, lucha por compensar su inmadurez, a la vez que revela falta de confianza en socializar, muestra ser sencilla.

- **Inventario de Autoestima original (1967) – versión para adultos**

Análisis cuantitativo

Ítems	PD	PDX2	PT
Gem	5	1	Bajo
H	1	2	Bajo
Soc	3	6	Medio
L	1	2	Bajo

Análisis cualitativo

Nos indica una autoestima deficiente, las siguientes características:

- Autocritica rigurosista y desmesurada, insatisfacción consigo mismo.
- Vulnerable a las críticas se siente atacada herida, echa la culpa por sus fracasos a los demás o la situación, cultiva resentimientos contra sus críticos.

- **Test de Zung, ansiedad y depresión.**

Análisis cuantitativo

Índice EAA= 60 Índice EAMD=57

Análisis cualitativo

Índice EAA: ansiedad elevada, con presencia de síntomas orgánicos como insomnio, pensamientos recurrentes, dolores de cabeza, tensión muscular.

Índice EAMD: depresión moderada con tendencia (depresiones ambulatorias, de corta duración, en estados emocionales no continuos), con presencia de pensamientos sombríos del futuro, pérdida de confianza en sí misma, y trastornos del sueño.

V. RESUMEN

La paciente se mostró dispuesta a resolver los cuestionarios, cada vez que tenía dudas trataba de preguntar, se tomaba el tiempo necesario para resolver cada pregunta, un tanto reflexiva y concentrada cuidando sus respuestas. Al realizar los cuestionarios lo hizo en forma reflexiva y concentrada, cuidando de sus respuestas. En cuanto a las pruebas psicométricas según los resultados presenta nostalgia, tiende a recordar el pasado a lo que podría ser una evasión de la situación actual que está pasando. Tiende a ser dominante, y agresiva, lucha por compensar su inmadurez, a la vez que revela falta de confianza en socializar, así mismo muestra una reducida capacidad de autocrítica de que le impide un autoreconocimiento de sus problemas, distorsionándolos y sintiendo que posee buena capacidad para afrontarlos sin necesidad de ayuda.

Es posible que exista auto desvaloración en su personalidad, además que nos indica una autoestima deficiente a la vez ansiedad elevada, con presencia de síntomas orgánicos, ante el estímulo estresor, también depresión moderada con tendencia a padecer desordenes emocionales.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y apellidos** : J.N.A.
- **Historia clínica** : 16586
- **Fecha de nacimiento** : 01 /12/1970
- **Edad** : 46 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa – Arequipa
- **Lugar de residencia** : J.L.B.R. - Arequipa
- **Grado de instrucción** : superior
- **Estado civil** : conviviente
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : Agosto del 2016
- **Lugar** : sala de hospitalización del IREN-SUR
- **Evaluadora** : Norma Norez Huaman De La Cruz

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que se encuentra en el área de hospitalización refiere: “me siento mal por todo lo que me está pasando, no puedo dormir por pensar en mi tratamiento y en mis deudas, pierdo el control rápidamente con mis hijos y me exalto mucho, a la vez que me da por llorar sin motivo”, la paciente indica que quiere cambiar su forma de ser y controlar su estado emocional.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere que en noviembre del 2015 se colocó una prenda ajustada, hallando de casualidad un bulto pequeño a la palpación en la mama izquierda, es ahí donde comienza a preocuparse pero no le da la debida importancia. Deja pasar 2 meses pero al notar que la tumoración no desaparecía acude al centro de salud, donde le indican que se haga un despistaje de cáncer, al ver el resultado la refieren a la liga de lucha contra

el cáncer, donde le indican que debe hacerse una mamografía, a lo que el médico con los análisis le indica que no le puede dar un diagnóstico seguro, por lo que tiene que pasar un tiempo prudente para volver a hacerse otra biopsia, es ahí donde comienza a asustarse y mostrarse temerosa frente a esta situación ya que no le daban resultados precisos. Pasaron dos meses cuando de repente siente ciertos dolores en la mama izquierda, inmediatamente acude a hacerse otra biopsia, en donde encuentran una tumoración en la mama izquierda de origen maligno, por lo que acude al hospital Goyeneche. Desde ese momento la paciente refiere no poder estar tranquila debido a los pensamientos negativos y derrotistas que se presentan cada vez que está sola no pudiendo dormir con tranquilidad. De modo que consulta con otros especialistas realizándose más estudios de biopsia en el que le confirman que tiene cáncer de mama, donde comienza a hacer sus trámites para su traslado al IREN-SUR. La paciente refiere que se sentía inútil llena de cólera por todo lo que le estaba sucediendo, mostrándose irritable con las personas a su alrededor, no queriendo hablar con nadie y no pudiendo dormir por las noches, a la vez que sentía preocupación por el futuro de sus hijos no pudiendo concentrarse en sus labores cotidianas. También manifiesta que no estaba informada acerca de su enfermedad y de los procesos hospitalarios, trayendo consigo pensamientos fatalistas y sin esperanza en su recuperación, lo que según ella ha ocasionado que en su familia haya discusiones. También menciona que en los últimos dos meses tiene dolores de cabeza y tensión muscular en el cuello y espalda, estos aparecen días antes de pagar su deuda que tiene con el banco.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Observación

Entrevista

Pruebas psicométricas:

- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) – versión abreviada (Mini- Mult).
- Test de la figura humana de Karen Machover.

- Inventario de Autoestima original (1967) – versión para adultos.
- Test de Zung, ansiedad y depresión.

V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Paciente de 46, aparenta su edad cronológica, mide aproximadamente 1.55 cm. Es de contextura media gruesa, de tez trigueña, y de ojos pardos, con apariencia limpia y ordenada, postura algo rígida. Al momento de evaluarla se le observa intranquila, con un estado de ánimo decaído pero con disposición al dialogo, un poco nerviosa. Tuvo buena disposición al momento de la evaluación, con apertura al dialogo, y cuando tenía dudas preguntaba.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La paciente presenta melancolía, tiende a recordar el pasado por lo que podría ser una evasión de la situación actual que está pasando. Tiende a ser dominante, y agresiva, lucha por compensar su inmadurez, a la vez que revela falta de confianza en sí misma, esto puede ser debido a su falta de asertividad al momento de actuar frente a cualquier situación.

Tiene una reducida capacidad de autocrítica que le impide un autoreconocimiento de sus problemas, distorsionándolos y sintiendo que posee buena capacidad para afrontarlos sin necesidad de ayuda.

En cuanto a su autoestima nos indica una autoestima deficiente, insatisfacción consigo misma y vulnerable a las críticas. Y más aún con la situación que está pasando por su enfermedad. Esto puede ser resultado de la carencia de afecto y de las fuertes críticas hacia ella que sus padres le daban.

También muestra ansiedad elevada por los pensamientos fatalistas que se le presentan a cualquier momento por la preocupación del estado de salud que no la dejan tranquila y mucho menos concentrarse en sus actividades cotidianas a la vez que presenta dolores de cabeza y tensión muscular. Así mismo presenta depresión moderada con tendencia a padecer desordenes.

emocionales, por el llanto constante y la pérdida de confianza en sí misma debido a la formación de sus pensamientos fatalistas hacia el futuro.

VI. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente presenta melancolía, Tiende a ser dominante, y agresiva, lucha por compensar su inmadurez. A la vez que tiene autoestima deficiente e insatisfacción consigo misma.

También muestra ansiedad, irritabilidad, pensamientos recurrentes, dolores de cabeza y tensión muscular. Así mismo presenta depresión moderada con tendencia a padecer desordenes emocionales, con pensamientos sombríos del futuro, llanto fácil, y perdida de la confianza en sí misma.

Por el análisis la paciente está pasando por un (F41.2) **trastorno mixto ansioso-depresivo** asociado a **problemas en la relación familiar y la enfermedad que padece, además de autoestima baja.**

VIII. PRONÓSTICO

Reservado, debido a que no sabemos cómo su organismo responderá a la quimioterapia, o si su mal avanzará.

X. RECOMENDACIONES

- Iniciar un proceso terapéutico con el objetivo de mejorar el plano cognitivo – conductual.
- Realizar terapia familiar, teniendo como finalidad fortalecer lazos afectivos intrafamiliares
- Trabajar asertividad.
- Orientar a la familia brindando información sobre su enfermedad para apoyar a la paciente.
- Sugerir a la paciente ingresar al club oncológico, para que así encuentre apoyo de otras pacientes que tengan su misma enfermedad y realizar algunas actividades que se realizan en el club que sean de su preferencia.

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

- **Nombres y apellidos** : J.N.A.
- **Historia clínica** : 16586
- **Fecha de nacimiento** : 01 /12/1970
- **Edad** : 46 años
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa – Arequipa
- **Lugar de residencia** : J.L.B.R. - Arequipa
- **Grado de instrucción** : Superior
- **Estado civil** : conviviente
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Religión** : Católica
- **Informantes** : La paciente
- **Fecha de evaluación** : 05/09/2016
12/09/2016
19/09/2016
26/09/2016
- **Lugar de evaluación** : consultorio de psicología del IREN SUR
- **Evaluadora** : Norma Norez Huaman De La Cruz

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

La paciente presenta melancolía, Tiende a ser dominante, y agresiva, lucha por compensar su inmadurez. A la vez que tiene autoestima deficiente e insatisfacción consigo misma.

También muestra ansiedad, irritabilidad, pensamientos recurrentes, dolores de cabeza y tensión muscular. Así mismo presenta depresión moderada con tendencia a padecer desordenes emocionales, con pensamientos sombríos del futuro, llanto fácil, y perdida de la confianza en sí misma

Por el análisis la paciente está pasando por un (F41.2) **trastorno mixto ansioso-depresivo** asociado a **problemas en la relación familiar y la enfermedad que padece, además de autoestima baja.**

III. OBJETIVOS

- Lograr que la paciente aprenda conductas asertivas a través de modelos adecuados de conductas.
- Lograr que la paciente tenga buenas reacciones frente a situaciones de conflicto.
- Lograr que la paciente reconozca sus pensamientos negativos para hacer un cambio hacia ellos.
- Lograr en la paciente un equilibrio emocional, modificando sus creencias centrales disfuncionales, elevando su autoestima y autoconcepto.
- Lograr en la paciente el control gradual de su ansiedad.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPEUTICO

Lograremos cumplir el objetivo con la realización

SESIÓN N°1	“Relajación”
TÉCNICA	Relajación
OBJETIVO	Lograr que la paciente diferencie los estados de tensión y relajación y pueda controlar los sentimientos de ira, angustia, tristeza.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • La técnica que se emplea es la propuesta por Jacobson por ser una manera más sencilla y efectiva de entrenar. Mediante esta técnica el paciente logra diferenciar los estados de tensión y relajación. • Inicialmente se le explica que la finalidad de los ejercicios es mostrarle la incompatibilidad de estar relajado y estar tenso. • Se le indica que el tiempo de tensión deberá ser mucho menor que el de relajación. • Además se le informa que una estrategia para lograr la relajación más intensa es tensar al máximo el músculo y soltarlo inmediatamente. • Se procede entonces al entrenamiento en relajación de los diferentes grupos musculares, en la siguiente secuencia: frente, ojos, nariz, mejillas, lengua, mandíbulas, cuello, brazos, pecho, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas.
TIEMPO	20 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Es importante la elección de un lugar adecuado para realizar la sesión que este alejado de luces intensas y ruidos molestos.

SESIÓN N°2	“Mi biografía”
TÉCNICA	En esta sesión, se utilizó la narración de biografía con el fin de que pueda expresar sus emociones y sentimientos.
OBJETIVO	Resaltar la importancia de expresar, analizar y ser responsables de sus emociones y sentimientos.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Se le dejó como tarea para casa que escriba su autobiografía • Recibió indicaciones que esta debería ser de la manera más espontánea posible, que use un papel común y trate de no utilizar el borrador. • Se le dio la consigna de que escriba todo lo que cree ella que es lo más importante y resaltante en su vida. • Una vez realizada la tarea se le cuestionó de cómo se sintió al realizar dicha actividad, si le resultó fácil o difícil y si considera que tuvo una vida tranquila y buena. • Se le motivo que a pesar de las circunstancias externas no debería cambiar sus convicciones internas.
TIEMPO	45 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lapicero - Papel bond

SESION N°3	" Cambiando mis pensamientos negativos "
TECNICA	Reestructuración cognitiva
OBJETIVO	Practicar la generación de alternativas de respuestas a sus propios pensamientos negativos
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Esta práctica se lleva a cabo mediante la técnica de Exteriorización de Voces. Consiste en que la paciente dirá en voz alta los pensamientos automáticos negativos mientras que otra persona (el terapeuta) los contrarresta con pensamientos alternativos positivos; por ejemplo preguntas como: ¿cómo vería un observador externo esta situación? ¿Qué evidencia tengo de que mi interpretación sea la única para la situación? ¿Cuál podría ser una explicación alternativa? • El ejercicio se lleva a cabo a través del juego de roles, en donde: <ul style="list-style-type: none"> a) la paciente., que juega el rol de negativa, empleara el pronombre "tu" ("tú nunca harás las cosas bien"). b) el terapeuta juega el rol de positivo, utilizará el pronombre "yo" ("yo hago algunas cosas bien"). Después los roles se invierten. • Por último se le dejará que registre los pensamientos negativos que se hubiesen generado a lo largo de la semana, así como los desafíos a esos pensamientos y cuáles serían los pensamientos positivos alternativos.
TIEMPO	40 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lapicero - Papel bond

SESIÓN N° 4	“A – B – C”
TÉCNICA	En esta sesión, se utilizará la terapia racional emotiva, modelo A – B – C para que ella pueda entender, como algunos pensamientos contribuyen a agravar sus problemas.
OBJETIVO	Instruir en el modelo cognitivo. Subrayar el papel de los pensamientos en nuestras emociones y conductas.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el modelo A – B - C • Señalar la importancia de la influencia de los pensamientos hacia nuestras acciones • Trabajar juntamente con la paciente para que pueda identificar pensamientos contraproducentes y que racionalice de cómo esta influye sobre su conducta. Se le dejará como tarea que registren sus pensamientos y motivar a que mantengan mediante esta su puerta cerrada.
TIEMPO	Se trabajó dos sesiones la primera de 40 y la segunda de 20 minutos.
MATERIALES	Registro de pensamientos

SESIÓN N° 5	“Identificando Emociones”
TÉCNICA	Terapia cognitiva conductual
OBJETIVO	<p>Conocer y practicar el entrenamiento asertivo para mejorar las relaciones interpersonales.</p> <p>Entender el distanciamiento y utilizarlo para manejar estados emocionales desagradables.</p>
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pidió a la paciente que identifique emociones desagradables, se le explico que dichas emociones tienen la llave para abrir la puerta al dolor. • Enseñamos la técnica de distanciamiento de emociones desagradables, mediante la metáfora “Bienvenidos todos y el invitado grosero”, se reflexionó. • Se propuso el “ejercicio del observador”, procurando que la paciente sea observadora de sí misma se le repitió la frase “no soy mis emociones, soy algo más” • Posteriormente expusimos acerca de la asertividad y sus objetivos. • Explicamos la ejecución de la conducta objetivo, mostrando los tres pasos hacia la asertividad. <p>Se le deja de tarea la aplicación de lo realizado en la sesión</p>
TIEMPO	1 hora
MATERIALES	Es importante la elección de un lugar adecuado para realizar la sesión que este alejado de luces intensas y ruidos molestos.

SESIÓN N° 6	“Autoestima”
TECNICA	Terapia cognitiva conductual
OBJETIVO	Enseñar a la paciente que tiene muchas cualidades dentro de ella misma
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se inicia explorando el estado de ánimo del paciente en los últimos días e incidiendo en los síntomas, si ha habido alguna mejoría. ➤ Se procede a explicarle la forma de trabajo de esta sesión así como el objetivo. En esta sesión se pretende aplicar la técnica de modelamiento para enseñar al paciente hay muchas cualidades dentro de sí mismo. ➤ Primero se le pone en un hoja con el “YO SOY” y junto con el paciente ver todas las cualidades. ➤ Luego se le pone en otra hoja el “YO TENGO” y también con el paciente vemos todas aquellas cosas materiales que le ayuden al crecimiento personal. ➤ Por último “YO PUEDO” nos planteamos todas aquellas metas que podemos hacerla mediante el yo soy y el yo tengo para que nos ayuden a cumplirlas.
TIEMPO	40 minutos
MATERIALES	Es importante la elección de un lugar adecuado para realizar la sesión que esté alejado de luces intensas y ruidos molestos.

SESIÓN N° 7	“Aprendo a ser asertivo”
TÉCNICA	Modelamiento
OBJETIVO	Lograr que la paciente aprenda conductas asertivas a través de modelos adecuados de conductas frente a la ira.
DESARROLLO	<p>Mediante una charla se le explicara a la paciente que es la Asertividad, los beneficios que tiene, la importancia de ser asertivo frente a los problemas, y que la conducta agresiva y pasiva no son las adecuadas para hacer conocer sus sentimientos.</p> <p>Luego de ello pasaremos a representar aquellas situaciones que le causan ira, y una vez de haberse calmado, como lo aprendimos en las sesiones anteriores, responder mediante la palabra de forma asertiva. El terapeuta le enseñara al paciente cómo reaccionar frente a esta situación</p>
TIEMPO	40 minutos
MATERIALES	Es importante la elección de un lugar adecuado para realizar la sesión que este alejado de luces intensas y ruidos molestos.

SESIÓN N° 8	“Mis metas”
TÉCNICA	En esta sesión se procedió utilizando la técnica de solución de problemas y establecimiento de objetivos
OBJETIVO	Instruir al paciente en los principios y fases de la técnica de solución de problemas. Ayudar a establecer objetivos operacionales
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Se comenzó diciendo a la paciente que todas las personas tenemos que enfrentamos a diversos conflictos y su afrontamiento dependen de muchos factores • Explicamos la fase de solución de problemas • Permitimos que nos narre una situación en que tuvo que enfrentarse a un problema y aplicamos lo aprendido. • Recordamos que no haya alternativas correctas ni incorrectas de forma absoluta, que cada persona tiene una manera distinta de percibir los problemas. <p>Reflexionamos acerca de las metas que nos vamos aponer, narrándoles la historia acerca del jardín y el jardinero.</p>
TIEMPO	Dos sesiones cada una de 40 minutos
MATERIALES	Es importante la elección de un lugar adecuado para realizar la sesión que este alejado de luces intensas y ruidos molestos.

TIEMPO DE EJECUCIÓN:

El presente plan psicoterapéutico se desarrolló en ocho sesiones, en el transcurso de dos meses, cada mes de cuatro sesiones, realizando una retroalimentación después de cada sesión. Se agregarán más sesiones según el avance de la paciente.

LOGROS PSICOTERAPÉUTICOS:

- Se logró que la paciente reconozca y exprese sentimientos y emociones y angustias guardadas.
- Se logró el reconocimiento de pensamientos negativos hacia ella.
- Se logró que la paciente diferencie los estados de tensión y relajación y pueda controlar los sentimientos de ira, angustia, tristeza.
- Se logró que la paciente logre reconocer las situaciones de conflictos y cómo actuar hacia ellos de manera asertiva.
- Se logró el reconocimiento cualidades dentro de ella misma y como valorarse.
- Se logró gradualmente el control de la ansiedad.

Arequipa, octubre de 2016

Norma Norez Huaman De La Cruz
Bachiller en Psicología

ANEXO

**INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)**

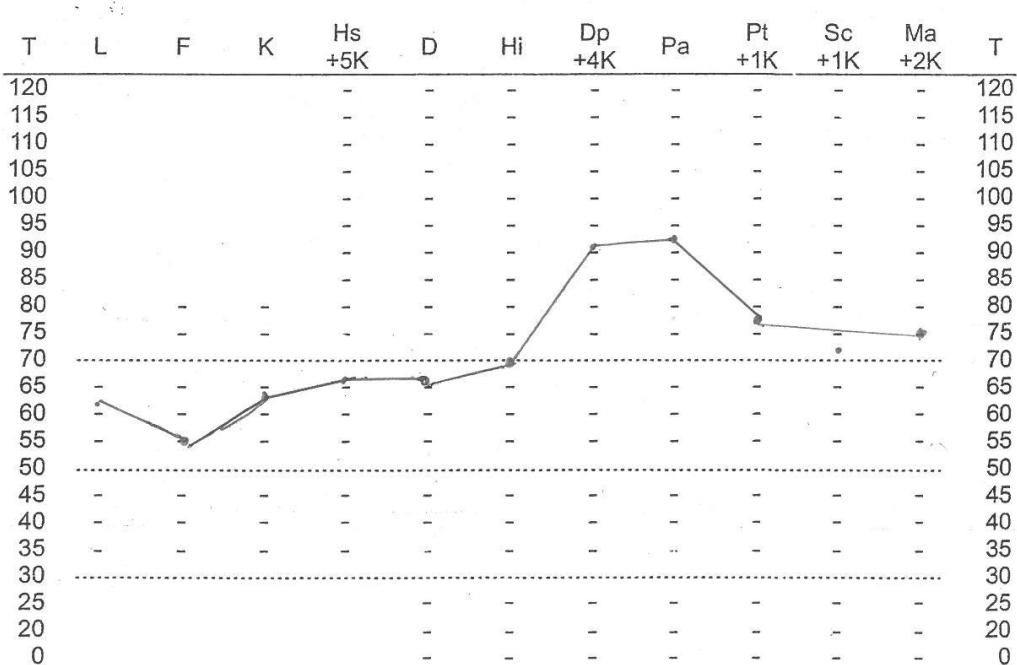
Nombres y apellidos: J. Seguelini
Estado Civil: Soltero
Ocupación: Juez

Edad: 46
Grado de Instrucción:
Fecha de Examen:

1.	X	F	13.	V	R	25.	V	R	37.	X	F	49.	V	F	61.	X	F
2.	V	R	14.	X	F	26.	V	F	38.	V	A	50.	V	R	62.	V	F
3.	X	F	15.	X	F	27.	X	F	39.	X	F	51.	V	F	63.	X	F
4.	V	R	16.	V	R	28.	X	F	40.	X	F	52.	V	F	64.	V	R
5.	X	F	17.	V	R	29.	X	F	41.	V	R	53.	V	R	65.	V	R
6.	X	F	18.	V	R	30.	V	A	44.	X	F	54.	V	F	66.	V	R
7.	X	F	19.	V	F	31.	V	F	43.	V	F	55.	V	R	67.	X	F
8.	V	R	20.	V	F	32.	V	R	44.	V	R	56.	X	F	68.	X	F
9.	V	R	21.	V	R	33.	V	R	45.	V	F	57.	X	F	69.	V	R
10.	V	F	22.	X	F	34.	X	F	46.	V	R	58.	V	F	70.	X	F
11.	V	R	23.	V	R	35.	X	F	47.	V	F	59.	V	R	71.	V	R
12.	V	R	24.	V	F	36.	X	F	48.	V	F	60.	V	R			

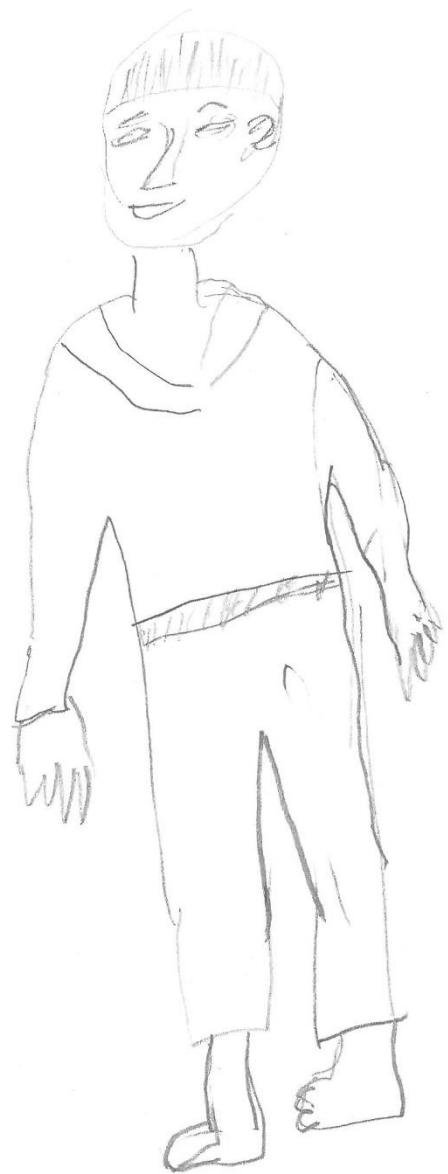
	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	2	4	6	4	5	8	10	5	8	8	6
Puntaje Equivalente	6	1	14	10	22	22	26	18	20	24	18
Añadir K				7			6		14	4	3
Puntaje Directo Corregido	8	5	20	21	27	30	42	23	42	38	27
Puntaje T	63	55	64	66	65	70	91	93	78	71	75

DIAGNÓSTICO:



Jacquelin





Jacqueline

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH
VERSIÓN PARA ADULTOS

1. Generalmente los problemas se afectan muy poco	SI	NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público	SI	NO
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	SI	NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente	SI	NO
5. Soy una persona simpática	SI	NO
6. En mi casa me enojo fácilmente	SI	NO
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	SI	NO
8. Soy popular entre las personas de mi edad	SI	NO
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos	SI	NO
10. Me doy por vencida muy fácilmente	SI	NO
11. Mi familia espera demasiado de mí	SI	NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	SI	NO
13. Mi vida es muy complicada	SI	NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	SI	NO
15. Tengo mala opinión de mí mismo(a)	SI	NO
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa	SI	NO
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo	SI	NO
18. Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente	SI	NO
19. Si tengo algo qué decir, generalmente lo digo	SI	NO
20. Mi familia me comprende	SI	NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo	SI	NO
22. Siento que mi familia me presiona	SI	NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	SI	NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona	SI	NO
25. Se puede confiar muy poco en mí	SI	NO

5 → 5 → 1 -
 H → 1 → 2 -
 S → 3 → 6 →
 2 → 1 → 2 →

Nombre: Jacqueline

Fecha: Edad: 46 Sexo: F

		INDICE EAA			
		NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE VECES
1.	Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre.		X		
2.	Me siento con temor sin razón.	X			
3.	Despierto con facilidad o siento pánico.	X			
4.	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	X			
5.	Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme		X		
6.	Me tiemblan los brazos y las piernas	X			
7.	Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.	X			
8.	Me siento débil y me canso fácilmente.		X		
9.	Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente.	X			
10.	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	X			
11.	Sufro de mareos.	X			
12.	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	X			
13.	Puedo inspirar y expiration fácilmente.		X		
14.	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.	X			
15.	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	X			
16.	Orino con mucha frecuencia.		X		
17.	Generalmente mis manos están secas y calientes.		X		
18.	Siento bochornos.	X			
19.	Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche.		X		
20.	Tengo pesadillas.	X			

Nombre: Jacqueline

Fecha: Edad: 46 Sexo: F

		INDICE EAMD			
		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1.	Me siento triste y decaído.		X		
2.	Por las mañanas me siento mejor.		X		
3.	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.		X		
4.	Me cuesta mucho dormir por la noche.	X			
5.	Como igual que antes.		X		
6.	Aún tengo deseos sexuales.	X			
7.	Noto que estoy adelgazando.	X			
8.	Estoy estreñido.		X		
9.	El corazón me late más rápido que antes.	X			
10.	Me canso sin motivo.		X		
11.	Mi mente está tan despejada como siempre.		X		
12.	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	X			
13.	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.			X	
14.	Tengo confianza en el futuro.				X
15.	Estoy más irritable que antes.		X		
16.	Encuentro fácil tomar decisiones.	X			
17.	Siento que soy útil y necesario.			X	
18.	Encuentro agradable vivir.		X		
19.	Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.	X			

