

11240

2 2g

T E S I S

UNIDAD MEDICA: CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE "

I.S.S.S.T.E.

TITULO DE TRABAJO DE INVESTIGACION:

"PSICOTERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES POSTMASTECTOMIA  
CON PROBLEMAS EN SU VIDA SEXUAL Y DE VERBALIZACION  
CON SU PAREJA, POSTMASTECTOMIA "

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DRA. ALEJANDRA GEIGER ROMO

TUTORA DE TESIS:

DRA. NORA CAVAZOS O. *Nora Cavazos O.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*NB  
M. T.*

*B-T-86  
Alu*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO.-

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- JUSTIFICACION
- 4.- OBJETIVOS
- 5.- HIPOTESIS
- 6.- METODOLOGIA
- 7.- RESULTADOS
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- BIBLIOGRAFIA
- 10.- ANEXO

## I N T R O D U C C I O N

## PROBLEMAS SEXUALES DEL PACIENTE CON CANCER

Los avances recientes en tecnología, han aumentado la longitud al punto en que la calidad de vida es el punto en cuestión, principalmente en oncología y ha capturado el interés de múltiples disciplinas. Refiriendonos a calidad de vida como " aquellos problemas de la vida que son denominados como psicológicas y sociales, que son comunes a todo e inevitables, el miedo a la incapacidad y deformidad, y la pérdida de la auto-suficiencia, así como la pérdida de las vías o modos de mantener la auto-estima y la habilidad de sostener " cumplir con -- los roles sociales " (57) " Un factor adicional faltante de esta descripción es la importancia de ver la función sexual -- como un componente crítico en la calidad de vida. Debe mantenerse como más alerta y más preocupado por las necesidades del paciente con cáncer en cuanto a su expresión sexual, así como sus dudas concernientes a su potencial en la reproducción. El cáncer trata a la mortalidad así como a la inmortalidad, los profesionales de la salud deben estar preparados a su vez para atender a todos estos puntos. (58)

### PERSPECTIVA HISTORICA

Solo hasta la última década es que el tema de la salud sexual a ganado importancia, como tema de interés científico y tema de respeto como para poder ser admitido a la consideración de los cuidados de la salud. El tópico de la sexualidad humana en la clínica médica ha recibido prioridad comparado a otros temas psicológicos, principalmente cuando se aplica a personas incapacitadas, enfermos crónicos o por arriba de los 60 años - ( 59) son más importantes es que los mismos oncólogos han dejado este problema fuera, prestandole mínima atención, o como -- una conversación casual como el paciente, ya que no le han atribuido el interés y el tiempo para su estudio o no se sienten -- lo suficientemente confortables para atender a estos puntos, -- sin darse cuenta de lo angustiante que es para él paciente con cáncer

Cancer la ausencia de gratificación sexual, así como la disminución de respuesta afectiva. (58) Un factor principal que ha inclinado a los médicos a tomar esta actitud tan puritana, fue el libro escrito por el médico Krafft-Ebbing "Psicopatía Sexual" que determina que el único patrón sexual normal eran, las relaciones sexuales ocasionales con el propósito de el esposo experimentar el orgasmo. Cualquier otra conducta se identificaba como "Pervención" (65). Es de esperarse que esta actitud limitada y represiva dificulta la difusión abierta conveniente a la sexualidad con los pacientes y el poderlos ayudar e impulsar a utilizar formas alternativas de expresión sexual, si los métodos tradicionales se encuentran frustrados, o impedidos por la enfermedad, el desinterés, incomodidad o malestar. (58) La denominada revolución sexual que ocurrió en los 60s. cambio una serie de actitudes estereotipadas y rígidas. La mujer finalmente fue presentada como activa, en búsqueda del placer, interesada en sentir su propio orgasmo y con la posibilidad de iniciar relaciones sexuales. Estó abrió la luz hacia una actitud de respeto y de carácter científico a la sexualidad. William Masters y Virginia Johnson, son los iniciadores de la sexología como una disciplina médica, iniciándose la investigación y la cuantificación de los hechos observados. Su libro -- "Human Sexual Inadequacy" en el que se explican detalladamente las disfunciones sexuales, donde se detalla su tratamiento. -- Esta nueva orientación rechaza la idea de que los problemas sexuales tienen un único factor etiológico. Sino que son vistos los problemas sexuales como de origen multifactorial (Ejemplo Stress interpersonal, etiología iatrogénica, conflictos intrapsíquicos, etc). De aquí surge la intervención de la psicoterapia y modificación del comportamiento, para su tratamiento. (60) La inclinación de la sexología como parte del entrenamiento médico se debe a Helen Singer Kaplan. (66)

El campo científico de la sexualidad humana es tan nuevo, que aun los instrumentos de medición son muy escasos e inespecíficos, y aun existe gran resistencia a elaborarlos, y los que existen son muy pobres en su diseño y difícilmente de encontrarlos en nuestro país. Derogatis es quizá uno de los autores más preocupados en el diseño de instrumentos, intentando algunos logros. ( 67 ) Muy importantes como es la prueba de Derogatis de la Función Sexual (DSFI Derogatis Sexual Functioning Inventory). ( 67 )

La funcionalidad sexual del paciente con cáncer es de gran importancia, existen etapas jerárquicas que son fundamentales, en la ciencia del comportamiento que deben seguirse, y deben resolverse así, los obstáculos y conflictos básicos por etapas. (58)

Si estos son resueltos adecuadamente el paciente se maneja con menor trauma emocional. Pero de no resolverlo adecuadamente se presenta stress psicológico, fijación y regresión o disfunción sexual. (58)

Para la mejoría de la gente el proceso es difícil conflictivo pero progresivo en etapas. Pero para el paciente con cáncer cada etapa se hace más difícil, traumática y pueden aparecer nuevos obstáculos de la enfermedad o quedar impedida, la función sexual.

Es muy importante informarse como ha sido la vida sexual del paciente y sus diferentes etapas como las ha vivido, y en que etapa de su vida se encuentra, ya que de esto variará mucho el tipo de problema que se presente.

TABLA (58)

DESCRIPCION DE LAS ETAPAS DE VIDA EN SUS ASPECTOS SEXUALES Y PSICOSOCIALES.

Etapa	Aspecto Psicosocial	Aspecto Sexual.
Infancia ( 0-2 años )	Adquiere confianza, aprende a caminar y hablar.	Genero de <u>identidad</u> .
Infancia ( 2-12 años )	Sentido de auto-- nomia VS. verguenza y duda; se adapta a - la escuela.	Placer-dolor asocia do con organos sex- uales y funciones, excretorias; mastur bación con culpa o aceptación; caracte res sexuales secun- darios.
Adolescencia (13-20 años)	Sentido de Identi-- dad VS confución de roll.	Dominio del control de impulsos, acepta ción del conflicto entre entre la prog cripción moral y la urgencia sexual, el manejo de nuevas -- funciones fisiológi cas. (menstruación, eyaculación).
Adulto Joven (21-45 años)	Adquieré sentido de intimidad VS soledad; vocacional, seguridad interpersonal, adecua ción sexual.	Adecuación Sexual y buen funcionamiento se preocupa de su - fertilidad y pater- nidad.
Adulto (46-70 años)	Adquiere sentido de -- autoestima VS desespe ración; adaptación de la disminución ener-- gía competencia; sin- drome del nido vacío, ademas del cuidado de lod padres o su muer- te; adaptación al cam bio en la psique y la evidencia de la edad.	Para la mujer, meno pausia y cambios va somotores atrofia - de mama, de clitoris y lubricación; para el hombre retado en presentar erección, reducción en la com pulsión de eyacular, impotencia episódica posible prostatitis.

Vejez.

Adaptación a la pérdida de amigos, familia, confrontación con la vejez y la muerte, articulaciones dolorosas disminución del oído y agudeza visual; adaptación al estigma social de ser "viejo"

Vitalidad disminuida, miedo a la incompetencia o dolor miedo a ser visto, como "viejo susio" el no tener pareja limitación de la capacidad física y opciones reducidas.

## FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN LA POBLACION GENERAL

Para la mejoría de la gente la función sexual es la combinación de reacciones neurológicas, vasculares, musculares y hormonales. (68)

Actualmente la respuesta sexual humana se divide en tres fases:

- 1) Deseo.
- 2) Excitación.
- 3) Orgasmo.

De esta forma nos permite separar tres etapas muy distintas y así a su vez las distintas disfunciones sexuales asociadas a cada etapa. (69)

La afectividad clínica se mejora cuando se logran identificar la etapa en que existe la disfunción y su etiología. (69)

Cuando la fase de orgasmo se altera, en el hombre se presenta eyaculación prematura, retardada y su análogo en la mujer es la inhibición orgásmica. (70)

La inhibición de la excitación produce impotencia en el hombre y "disfunción sexual gral." en la mujer, que es un fenómeno muy pobre y se refiere a la falta de excitación y lubricación durante la actividad, por tanto aparece vaginismo o dispareunia.

La inhibición de la fase de deseo ocurre en ambos sexos, y se evidencia como una baja en la libido.

Cuando el conflicto sexual es severo, las tres fases se -

encuentran inhibidas, al individuo se le considera asexual.

La principal desición en terapia sexual es identificar si se trata de un problema psicógeno, orgánico o iatrogénico y -- por tanto el tratamiento sera de tipo psicológico, conductual y quirúrgico. La mayoría de las veces se requerira de una intervención de estrategias combinadas. La mayoría de las dis-- funciones en las fases de deseo, requieren de una psicoterapia tradicional, y es donde recaen la mayoría de los pacientes con cancer, con pérdida de la líbido asociada a baja de la autoestima como resultado de los tratamientos oncológicos, y la alteración de la imagen corporal. (58)

En esencia "la autoestima es la suma total de nuestros -- sentimientos hacia nosotros mismos, es la reputación que compartimos de nosotros con nosotros mismos. (71)

En la paciente con cancer de mama ya hemos descrito alguno de los problemas mas comunes que se presentan post-mastectomía. Un punto adicional son las pacientes que reciben quimioterapia y se les condena a una menopausia prematura, y que experimentarían una serie de nuevos sentimientos que disminuiría la libido y su sexualidad. Cuando la mujer esta en edad reproductiva, todos los problemas que implic a la infertilidad, la bilidad emocional, irritabilidad, trastornos del sueño, cambios en el tejido vaginal que ocasionaran los problemas sexuales, etc. Dichos cambios emocionales, superimpuestos en una imagen corporal alterada (tanto la mastectomia como la calbicie), definitivamente amenaza la atractividad femenina, la seducción sexual, el deseo, y el impacto negativo de la relación marital. (58)

Las reacciones al cancer de mama son multifacéticas. Mientras que ciertas actitudes manifiestas pueden considerarse universales, ciertas reacciones emocionales son altamente individualistas, como lo es la adaptación psicosexual. Por tanto es esencial la entrevista con cada paciente. Una relación estre--

cha, encontramos entre la biología de la enfermedad, el tipo de tratamiento y la psicología individual de la mujer. Los profesionales de la salud " deben estar al tanto de los tres factores y de su integración en cada paciente. (58)

## ANTECEDENTES

La mastectomía epitomiza los problemas confrontados por el paciente quirúrgico y los escritos en cuanto el impacto psicológico de la mastectomía han aparecido con regularidad desde 1950 (1,2).

La mastectomía nos lleva a la amenaza de la vida, el punto dominante de todas las cirugías oncológicas, además de tratarse de un procedimiento mutilante externo que afecta un órgano relacionado afecta un órgano relacionado con la autoimagen corporal, con un significado sexual y con raíces genéticas que nos llevan a una regresión con las experiencias tempranas de la alimentación. (3)

La revisión de un significado psíquico de la mama y estudiando el impacto inmediato de la mastectomía en 25 mujeres, se determinó que los grupos con mayor riesgo de conflicto psicológico después de la mastectomía y encontraron que la mujer con una catexia intensa - poco usual de la mama experimentaron mayor angustia. La disminución de la autoimagen sexual simbolizada por mamas pequeños y un orgullo sexual a través de mamas grandes establecen el estado para una especial respuesta intensa para la mastectomía.

La especificidad de investir el órgano con una mayor valoración fue lo más predictivo para problemas subsecuentes en cuanto a la adaptación a la pérdida de la mama y fue de mayor importancia que las variables de la edad y estatus socioeconómico y marital. (1)

Un estudio de 200 mujeres incluidas en psicoterapia postoperatorio a los 4 meses de la mastectomía, 32% se encontraron deprimi-

das, 30% con ansiedad, 46% con dificultades sexuales y un 61% presentaron dificultades en el trabajo. Al año de la mastectomía el 20% se les encontró deprimidas, el 10% con ansiedad y el 28% aun reportaban dificultades sexuales, el grupo reportó como su interés predominante fue el continuar viviendo y dificultad para verbalizar la angustia con sus médicos y esposos. Se concluyó que un buen resultado postquirúrgico fueron predictivos importantes para obtener un resultado psicológico, aunque la recuperación psicológica generalmente se retrasaba por meses. El 75% de las pacientes en este estudio alcanzó niveles satisfactorios de funcionamiento psicológico bueno un año después de la cirugía. (4)

Otro estudio nos reporta que un año después de la mastectomía un 10% que su adaptación postoperatorio fue muy pobre. (5)

Estudios recientes estiman que el 25% al 35% de las mujeres que se someten a mastectomía presentaron problemas serios psicológicos que necesitan una evaluación psiquiátrica. (6)

Las correlaciones biológicas de las respuestas al cáncer de mama se realizó en un estudio multidisciplinario prospectivo de 69 mujeres con cáncer temprano, las respuestas psicológicas. Los diagnósticos fueron estudiados durante 3 meses al período postoperatorio y correlacionado con el aspecto histológico, manografía, hormonal e inmunológico, en estudio pre y postoperatorio, no se encontró significancia estadística asociada entre el tipo de respuesta psicológica y estudios de niveles biológicos con el preoperatorio.

Los pacientes que mostraron un espíritu de lucha presentaron -

significativamente niveles de suero bajo de IgG que aquellos que mostraron una aceptación estoica, los mecanismos por medio de los cuáles los cambios de inmunoglobulinas puede influir en la supervivencia en el cáncer, puede servir para realizar una hipótesis. (7)

Los aspectos psicosociales de la mastectomía en la mujer se han investigado pre y postmastectomía, encontrándose fuertes indicadores de sufrimiento psicosocial (ideación suicida, incremento del uso de alcohol, tranquilizantes etc), siendo indicadora para el tipo de ayuda la edad (las mujeres jóvenes presentan mayor efecto emocional), sistemas de apoyo y el funcionamiento premórbido.

El consejo es particularmente importante previo a la cirugía ya que es el período de máximo estrés para la mayoría de las mujeres, - el seguimiento posterior prolongado se indica más precisamente para la adaptación de la mastectomía, se encontró un efecto negativo en la imagen corporal y las relaciones sexuales, un 25% de las mujeres en el estudio presentaron ideas de suicidarse y ellas relacionaron la depresión y las reacciones emocionales a la mastectomía, presentaron también una perspectiva negativa más importante hacia sus médicos y cirujanos, una pobre adaptación emocional postmastectomía, mayor ansiedad a continuar sus relaciones sexuales con sus parejas y una actitud positiva hacia la posibilidad de la mama, es posible que estas mujeres hubieran dado una mayor carga a su sexualidad, sufriendo una mayor pérdida y duelo después de la cirugía. Otra posibilidad es que se hubiera utilizado la negación o que en forma general se hubiera presentado una pobre adaptación a la cirugía. (8)

En los últimos años se ha aumentado el énfasis en los aspectos

psicosociales y el rol del cirujano, la liga con el psiquiatra y el grupo de apoyo pre y postmastectomía.

Las principales áreas de investigación incluyen características demográficas de la muestra, la adaptación psicosocial antes y después de la mastectomía, el efecto de estas en las relaciones sexuales, - comparación de las mujeres por la edad y la ideación suicidas y el objetivo de examinar mas sistemáticamente y explícitamente los efectos psicológicos de la mastectomía. (9, 10, 11, 12)

Los aspectos psicosociales de la mastectomía en las parejas de estas pacientes, con el fin de ver adaptación del hombre a la mastectomía de sus esposas, se han encontrado subgrupos que presentan angustia permanente y efectos adversos en relaciones con sus parejas, indicaron que el punto crucial es la involucración de las parejas para la decisión del proceso de la mastectomía, las frecuencias de las visitas hospitalarias, la reanudación de las relaciones sexuales, que el hombre vea el cuerpo de la pareja después de la cirugía estos hallazgos tienen importancia para dar el consejo de la pareja que se enfrenta a este procedimiento emocional estresante.

Los efectos psicosociales del cáncer y la mastectomía se extiende - de la paciente a su esposo y a su núcleo familiar, el choque es menor para el esposo. La crisis es frecuentemente desproporcional - y muy profunda, siendo esta area relativamente inexplorable, aunque recientemente algunos estudios han evaluado el estres psicosocial - de la mastectomía (10, 11, 12, 13).

Las reacciones psicológicas y psicosomáticas mas frecuentes en los esposos de estas pacientes fueron alteraciones en el sueño y pa

sadillas 40%, trastornos en el comer 27%, la habilidad en el trabajo se vio disminuida o afectada en forma adversa por la experiencia 42.8%, la intimidad estuvo severamente afectada en forma negativa - después de la mastectomía, se encontro disminución en la satisfacción sexual después de la cirugía en termino tanto del hombre como por - la percepción de las relaciones sexuales de la pareja.

La actitud de realizar la cirugía reconstructiva de la mama, 13.3 - pensaron que era favorable, 23% neutra, 6.7% se opuso moderadamente y el 28% se opuso fuertemente.

Negaron un estrés psicosocial, se evidenció que un subgrupo menor - se vió muy angustiado y permaneció así, presentando un decremento - en su calidad de la relación de la pareja. (14)

Se ha enfatizado la importancia de la comunicación marital especialmente en el período preoperatorio o cuando la ansiedad se encontró en su punto mas alto y cuando la decisión de aceptar la cirugía necesita realizarse. (8,14)

DOS MODELOS EN CUANTO A MEJORAR LA SECUELA PSICOSOCIAL DE LA MASTECTOMIA EMPIEZA CON DIFERENTES PREMISAS:

1.- La alternativa quirúrgica que nos acerca a la mastectomía radical.

2.- Otros han evocado a la escisión local con radioterapia como una alternativa de la cirugía radical modificada, argumentando que no existe una diferencia significativa entre las dos aproximaciones en término de vida. (17)18,19)

Varios autores han enfatizado el significativo trastorno emocional en pacientes después de la mastectomía (3,23).

Maguire mostro que 39 pacientes mastectomizadas comparadas -- con 12 de control de enfermedad benigna de de mama presentaron serias depresiones, ansiedad y dificultades sexuales un año después de la cirugía. (20)

Stehlin reporto en su estudio 81 pacientes con mastectomía -- parcial y radioterapia que las impresiones clínicas en que "el bienestar psicológica" de aquellas pacientes que tuvieron una menor cirugía radical es por mucho muy superior que aquellas que se les realizo mastectomía.

La diferencia en la calidad de vida y en el grado de miedo con su imagen corporal después de la cirugía pero no hubo ninguna otra - diferencia. (21,22)

Los cambios en la autoimagen y sentimientos de menor atracción y menor femineidad se encuentran más incrementadas 6 meses - después de la mastectomía que en la tumorectomía, los cambios maritales y sexuales no se encontraron en la paciente con tumorectomía.

En las pacientes mastectomizadas se presento gran disminuci3n de la libido sexual,. Los sntomas emocionales en las pacientes que se les practico tumerectomía fueron consideradas con un mayor funcionamiento a los 14 meses, tambien se encontro menos pesimismo acerca de su futuro, menos pérdida del apetito.

En las mastectomizadas se encontro insomnio, llanto, dificultades para trabajar, pesimismo, disminuci3n de la libido, tenci3n, coraje o furia y sentimientos de pérdida de la femineidad, cambios en el patr3n de vida que consistieron en conductas como impedimento de ir de compras, dificultad en el trabajo y disminuci3n de las actividades recreativas., En el aspecto de salud física se encontraban preocupadas con respecto de la recurrencia del c3ncer. (23)

Las pacientes que recibieron cirugía reconstructiva de la mama al tiempo inmediato de la mastectomía tuvieron significativamente una menor angustia sobre su recidiva que aquellas que la presentaron un año más tarde.

Los problemas emocionales fueron iguales en aquellas que se realiz3 tardíamente la reconstrucci3n que aquellas que fueron inmediatas. (24)

El deseo de usar una mayor variedad de ropa y deshacerse de la prótesis externa fueron las motivaciones mas comunes para llevar a cabo la cirugía reconstructiva, el deseo de mejorar las relaciones sexuales o un estado marital fue menos com3n y debe verse con precauci3n cuando se presenta como una motivaci3n primaria para este procedimiento. (24)

Se encuentran datos en contra de la reconstrucci3n temprana ya

que un implante temprano de la prótesis puede estimular el crecimiento del cáncer o enmascarar la posibilidad de identificar una recurrencia (25).

También se critica la cirugía inmediata ya que la paciente no valora la reconstrucción de la mama y no tiene la experiencia de vivir con la deformidad. (26)

Otra alternativa enfoca el proveer un apoyo psicológico para alcanzar la recuperación se ha requerido y se ha suplementado con un grupo especializado de trabajadores que se aproximan a la paciente mastectomizada en una base de ligano selectiva.

Se demostró que el soporte social es el predictivo más fuerte en cuanto a la respuesta y tiene un efecto indirecto en cuanto a las medidas de adaptación o concepto personal y la angustia psicológica. ( )

En esta alternativa se ve el impacto del cáncer en el adulto. Además con las interferencias con la actividad diaria, el paciente reacciona con ansiedad, pérdida de la autoestima y una disrupción de los mecanismos de defensa. (27)

Se cree que reacciona a la enfermedad con involucración de muchos tipos de miedos., Como el miedo a la pérdida del funcionamiento normal de su cuerpo, mutilación y a la extensión en que invade a su cuerpo. (28)

Las reacciones emocionales al tratamiento médico, a la radioterapia, se ha encontrado que el efecto mas común es - ansiedad 98%, depresión 75%, esto tiene tambien relación -- con el tamaño de la máquina de la radioterapia y conforme - continua el tratamiento la intensidad de depresión y ancie- dad disminuye.

El 60% de las pacientes retrasaban la búsqueda del tratami- ento médico, un antecedente en un miembro de la familia con cáncer se correlacionaba positivamente con el retraso.

Mientras que cuando existe una relación con el médico la co rrelación es negativa con el retraso., Se encontro tambien que se asocian con la negación los problemas maritales, ais lamiento, rechazo y una sensación de impotencia. (29)

#### IMPACTO HACIA LA FAMILIA

Sigue los siguientes pasos progresivos:

Choque con la negación que los lleva a la preocupación, después llanto y sensación de vacío, acompañandose de impo- tencia, posteriormente restitución y recuperación antes de la restitución experimentaba la familia hostilidad y senti- mientos de culpa, algunos miembros de la familia tienden a retirarse de los pacientes crónicos o aquellos agudos termi- nales., la comunicación era limitada, el 75% maneja pobre- mente la enfermedad. (30)

El curso de la adaptación psicosocial al impacto del - cáncer se ha encontrado que existe un tiempo específico de patrón como respuesta al impacto. (31,32)

LAS REACCIONES EMOCIONALES SE DESARROLLAN EN LAS -  
SIGUIENTES ETAPAS:

- 1).- Negación
- 2).- Ansiedad
- 3).- Regresión
- 4).- Depresión
- 5).- Adaptación realista. (33)

Lo que se necesita para conocer el desarrollo de respuesta en estas etapas estriba en el diagnóstico, cuando el paciente se ve enfrentado con la muerte inminente o solo con la posibilidad de muerte a futuro.

Es la etapa inicial de la enfermedad la que juega el rol mas importante de las teorías de las respuestas al cáncer. (34)

Maguire investigo problemas de cáncer de mama durante un periodo de 5 años, los resultados indicaron que la morbilidad psiquiátrica llega a su máximo nivel en el primer año de la mastectomía y el estudio se compara con enfermedad benigna de mama un año después del diagnóstico inicial, el estudio indicó que el 25% de pacientes postmastectomía necesitó de tratamiento psiquiátrico. (2,3,20)

Morris estudio la adaptación psicológica de pacientes con mastectomía después de 2 años tanto a pacientes

con cáncer de mama como con enfermedad benigna, a los 2 años ambas pacientes, el 83% con cáncer y el 87% con enfermedad benigna fueron los promedios de adaptación marital como lo tenían en la entrevista preoperatoria., En forma similar mejoro el trabajo de adaptación después de 2 años. (35)

Otro punto de vista de la adaptación de cáncer esta provisto por Gordon y Weisman encontraron que el sitio de cáncer es un factor significativo en la adaptación, los diferentes sitios del cáncer experimentaron un pico de estrés a diferentes tiempos durante los primeros 100 días de la enfermedad, los autores sugieren que el sitio relacionado al tiempo se ve influido por el tratamiento médico y los efectos colaterales, por tanto ante la interpretación de la variable tiempo relacionado con la respuesta al cáncer y a su origen., esto es importante para tomar en cuenta el sitio de la enfermedad y que tratamiento médico recibe el paciente. (36)

#### VARIABLES QUE AFECTAN LA ADAPTACION AL CANCER

Las variables al éxito de la adaptación que se encontraron fueron una autoestima, imagen positiva de fenomenidad, alta confianza en los médicos y la eficacia del tratamiento, el deseo de confiar mas sus problemas a otros,-

poder desenvolverse satisfactoriamente en ocupaciones y - actividades, buena relación significativamente con otros, congruencia entre las expectativas de la vida y su grado de habilidad y la naturaleza con relación a resolver crisis en el pasado con éxito. ( 37 )

Weisman y sus colaboradores discutieron las estrategias de habilidad que el paciente con cáncer enfrenta -- con su enfermedad, ellos aclaran que la habilidad y vulnerabilidad tiene una relación recíproca en que la vulnerabilidad es el índice de la angustia, mientras que la habilidad es lo que uno hace con la enfermedad y sus ramificaciones., Los buenos habilitadores enfrentan los hechos - y encuentran algo favorable y después confían en la recomendación de sus médicos, mientras que los "pobres habilitadores" usan la supresión, pasividad, la sumisión estoica, y una variedad de medidas para reducir la atención.

Weisman notó que el suicidio representa un paradigma de vulnerabilidad social y emocional y es un modelo que es poco utilizado sin embargo no deja de ser una estrategia importante. ( 38 )

El suicidio es otra forma de responder a la enfermedad. ( 39 )

GULLO NOTO 5 DIFERENTES ESTILOS DE RESPUESTA:

- 1.- Aceptar la muerte
- 2.- Negador de la muerte
- 3.- El que se somete
- 4.- El que desafía a la muerte
- 5.- Y el que trasciende a la muerte

En este estudio no se hizo ningun intento de determinar -  
cual era más efectivo y no se ha encontrado el método de  
aproximación para ayudar al paciente a su adaptación.(34)

ROLES DE LOS FACTORES PSICOLOGICOS EN LA RECUPERACION  
DEL CANCER.

Factores psicológicos y el advenimiento de la enfer-  
medad se ha encontrado combinada entre hostilidad y una -  
alto promedio de I.Q. por arriba del promedio.

Aquellos individuos con un fuerte impulso de hostilidad -  
sin perdida del control emocional tuvieron la mejor res-  
puesta a la enfermedad. (40)

Pacientes con cáncer metastasico de mama se encontró  
que aquellas que vivían durante un año o mas manifestaron  
elevada sintomatología de bienestar y un alto nivel de a-  
fecto disfórico que aquellas que vivieron menos de un año,  
las sobrevivientes con mayor periodo son mas capaces de -  
de externalizar sus afectos negativos y de comunicar mejor  
sus angustia. (41,

Gordon y Weisman estudiaron también los factores psicosociales que pudieron intervenir en la variante de sobrevivencia del cáncer, las pacientes que murieron se compararon a las pacientes que sobrevivieron mayor tiempo., Se encontró en aquellas con una sobrevivencia mayor buenas relaciones con otros, mientras que aquellas con una menor sobrevivencia manifestaron un largo período de alineación, deprivación, depresión y mantenían relaciones interpersonales destructivas. (42)

#### GUIA PARA EL MANEJO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON CANCER:

Se ha desarrollado por diferentes grupos profesionales.

El papel del médico ha sido estudiado por Haley, que indica que el médico debe ir mas alla del puro cuidado -- físico y el cuidado integral por ejemplo del psicológico, social, económico y vocacional. (43)

Barkly a discutido el rol de la enfermera al tratar a la paciente con cáncer y su objetivo es reducir el sentimiento de depresión, coraje, miedo y rechazo en el paciente y ser un apoyo para la familia. (44)

El rol de la trabajadora social en pacientes con cáncer es asistir al paciente y a la familia para que pueda

da vivir con el diagnóstico de cáncer, adaptarla a los -  
diferentes etapas del tratamiento y a la recurrencia de  
la enfermedad, proveer a la comunidad información.

Recientemente se ha hecho incapie en la literatura de que  
el manejo debe realizarse en equipo para habarcar el as-  
pecto psicosocial. (42,45,46)

### MEDIDAS GENERALES

- 1.- El diagnóstico junto con un tratamiento debe llevarse a cabo en forma rápida.
- 2.- Una preparación psicológica para cualquier tipo de cirugía de cáncer y donde existe la pérdida de una función se requiere de una mayor preparación.
- 3.- Los pacientes que se han curado pueden ser de gran ayuda como voluntarios para las etapas primarias del tratamiento.
- 4.- Se debe decir al paciente los posibles efectos colaterales del tratamiento.
- 5.- Es importante que alguien vea a la familia después de la muerte del paciente con el fin de llevar el duelo (resolver), otros sugieren una terapia de orientación cercana a la realidad. (48,47, 32)

### MANEJO PSICOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD TERMINAL.-

Se le a prestado gran atención a la enfermedad terminal y se ha discutido.

Se realizó un estudio donde 6 pacientes recibieron psicoterapia en 6 sesiones, 6 pacientes sirvieron de control. Los pacientes que recibieron psicoterapia presentaron un aumento en la ansiedad hacia la muerte ya que estos pacientes tuvieron la oportunidad de discutir sus reacciones sobre la muerte y posteriormente dijeron experimentar un menor estrés emocional. (49)

EL MANEJO DE LA PACIENTE CON CANCER DE MAMA.-

Shwatz diseño un programa de la mujer basado en la situación, modelo transición de grupo.

- El recomienda el uso de grupo moderado por un profesional con una asistencia para el individuo que se encuentra en una situación de estrés máximo de vida. (50,51)

Euster ademas recomienda el uso de la modalidad de grupo y la asistencia de la terapia familiar con el aspecto critico de la experiencia de la mastectomia, por lo cual al grupo se le da un soporte social, información real y oportuna para la interacción emocional. (52)

Gordon realiza un reporte de las dificultades que experimentan las pacientes.

1.- Se enfoco en las dificultades que experimentaron las pacientes.

2.- El 85% de las pacientes que intervinieron en el grupo regresaron a su trabajo 6 meses posterior a su primer internamiento en contraste al 67% de las pacientes del grupo control.

3.- Se presento un incremento significativo en la frecuencia de actividades solitarias (ver la TV en el grupo control)

4.- El promedio de recuperación de los niveles inicia

les del afecto negativo (depresión, ansiedad y hostilidad) se aceleró con la intervención del grupo, en que ellas alcanzaron el punto máximo pero después se estabilizaron durante el resto de la duración del trayecto, en contraste con los efectos negativos del grupo control en que permanecieron inicialmente elevados y disminuyeron 2 o 3 meses después de su hospitalización.

5.- Aquellas que recibieron una intervención fueron mas realistas en cuanto a ver el mundo externo. (53)

#### OTRO MODELO ES LA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.

La influencia de crisis en el desarrollo de la personalidad ha sido reconocido desde Linderman (1944) que fue el primer estudio de las reacciones de duelo. En años recientes ha aumentado el interés en las víctimas de los eventos críticos de la vida, que han llevado al desarrollo de las numerosas teorías acerca de la crisis de la vida. (54, 55)

En estudios recientes de pacientes con cáncer, los resultados apoyaron que se presentaron cambios específicos psicológicos durante la crisis que ocurren en 4 etapas:

1.- Ansiedad

2.- Sentimientos de incapacidad, estos 2 se encuentran mas tempranamente y fueron uniéndose gradualmente.

3.- Depresión

A.- Perdida de la autoestima.

Después de 8 semanas los resultados del grupo fueron elevandose en dirección de una mayor crisis y la resolución de la crisis fue en un periodo de 28 semanas.

Los pacientes con cáncer reportaron un sentimiento de incapacidad y un alto nivel de crisis general, reportaron significativamente mas depresión en comparación con el otro grupo de cirugía, el cáncer de los pacientes sugiere que para ellos es una experiencia de una intensidad severa, lo que se puede interpretar que estos pacientes se encuentran en una verdadera crisis mientras que los de cirugía se encuentran en un tiempo corto de estrés. (56)

En este tipo de modelo de crisis de intervención, -- los resultados de estos estudios no han sido concluyentes (1)

## JUSTIFICACION.-

En los estudios reportados en otras instituciones y en otros países no se encuentran resultados concluyentes en lo que respecta a la psicoterapia en pacientes postmastectomía, aunado a problemas en la vida sexual y la verbalización de los problemas con la pareja y el médico tratante, ya que se encuentran porcentajes elevados aun al año de la mastectomía. Por lo que encuentro una justificación para la realización de este estudio para iniciar psicoterapia de grupo manejando únicamente las variables de problemas sexuales y de verbalización de los problemas, ya que este tipo de psicoterapia trataría de disminuir tanto la presentación de estos problemas, mejorándose la relación de la pareja tanto sexualmente como en su comunicación interpersonal y así a su vez la comunicación con el médico oncólogo y con el resto del personal, presentándose mejores alternativas para una mejor adaptación de la paciente en corto tiempo y mejorar su calidad de vida.

Este estudio también nos aportaría los porcentajes reales en nuestro medio.

## OBJETIVOS.-

Demostrar la eficiencia de la psicoterapia de grupo en los problemas sexuales y de verbalización de los mismos con la pareja.

Demostrar la eficiencia de los instrumentos psicológicos utilizados para la medición y evaluación de problemas sexuales y de relación interpersonal de pareja.

## HIPOTESIS.-

1. En pacientes postmastectomía de encuentran importantes problemas en la vida sexual con la pareja y de verbalización de los mismos tanto con la pareja como con el médico tratante, por lo que creo conveniente el manejo con psicoterapia de grupo para presentar mejores alternativas en la paciente.
2. Para la evaluación de pacientes con problemas sexuales y de relación interpersonal con la pareja es importante la aplicación de un método instrumental psicológico específico el cual debe demostrar la existencia o no de dichos problemas y medir su intensidad en forma individual.

## METODOLOGIA.-

El estudio se llevó a cabo en el C.H. "20 de Noviembre", con 18 pacientes del C.H. "20 de Noviembre", 4 pacientes del C.H. "Adolfo Lopez Mateos" y 2 pacientes de otra institución no del ISSSTE, todas del servicio de Oncología de su respectivo centro hospitalario.

Se seleccionaron pacientes postmastectomía de acuerdo a los criterios de inclusión.

Para ello se les realizó una entrevista previa a ingresar al grupo con el fin de determinar si reunían los criterios de inclusión y detectar los de exclusión, la entrevista trató los siguientes puntos:

- a) personalidad premorbidia y fuerzas yoicas, así como valores, conflictos, creencias.
- b) su sentimiento y actitud a la salud y la enfermedad.
- c) autoimagen
- d) experiencias previas con la enfermedad, especialmente cáncer.

#### METODOLOGIA.-

- e) percepción de las consecuencias de la enfermedad, especialmente del tipo de tratamiento.
- f) la disponibilidad de un apoyo familiar
- g) actitudes acerca de las reacciones de aquellos cuya opinión es importante para el sujeto. (58).

Posteriormente la asignación de los grupos fue aleatoria al azar con 12 pacientes en el grupo control y 12 pacientes en el grupo estudio.

Realizé una evaluación previa a la psicoterapia, con las siguientes instrumentos psicológicos:

- 1.- Adaptación de la Prueba de Percepción Interpersonal de Laing, Phillipson y Lee. Relaciones de Pareja. Parte Aplicada a la Mujer.
- 2.- Adaptación a la Prueba de Funcionamiento Sexual de Derogatis ( DSFI ). Individual. Parte Aplicada a la Mujer.

Ambas pruebas se les aplicaron tanto al grupo control como al grupo estudio, en forma individual a cada paciente, con 15 minutos para cada prueba. Pidiéndoles a las pacientes que fueran sinceras al contestarlas ya que era importante para su tratamiento posterior, y que contestaran la primera respuesta que les pareciera mas acertada sin detenerse mucho en cada pregunta.

Se les administró psicoterapia de grupo al grupo en estudio. Se realizaron 12 sesiones con una duración aproximada de dos horas cada sesión, donde se manejaron los siguientes aspectos:

## METODOLOGIA.-

### I.-DEFINICION Y PROPOSICIONES:

- 1.- Introducción: datos sociodemográficos, información relacionada con la cirugía..
- 2.- Descubrimiento del Tumor.- reacción al diagnóstico, -reacción psicológica a la cirugía, fantasías antes y después de la cirugía.
- 3.- Recolección: de otros eventos que fueron estresantes en su vida, mecanismos previos de relación de pareja y relaciones actuales.

### II.-PERCEPCION DE SI MISMA:

- 4.- Imagen corporal: noción de asimetría, imagen antes y después de la mastectomía.
- 5.- Sexualidad: a) percepción personal como mujer  
b) mecanismo de adaptación.
- 6.- Relación Sexual con la pareja, readaptación a su conducta sexual.

### III.- REUBICACION DE LOS ROLES:

- 7.- Roles familiares: cambios y reajustes en el contexto familiar.
- 8.- Patrones de compartir y comunicar con la familia, --orientación y procreación.
- 9.- Comunicación con la parte sana del paciente, punto --de vista con el pasado y sus deseos --con el futuro.

### IV.- DUELO Y ADAPTACION:

- 10.- Miedo de nuevas complicaciones y dicotomías de certeza y no certeza (siempre se estará --trabajando).
- 11.- Duelo Anticipatorio: a) Miedo a la pérdida  
b) Separación y la muerte.  
c) Nuevos mecanismos de adaptación.

## METODOLOGIA.-

12.- Separación del Grupo: intercambio de regalos simbólicos y fiesta.

En la 10a.- sesión fue necesario suspender la psicoterapia por los sucesos del 19 y 20 de septiembre, y se continuó posteriormente con este intervalo.

Al finalizar la psicoterapia nuevamente cité a las pacientes de ambos grupos para aplicarles las mismas pruebas psicológicas, para su evaluación final. Ver anexo.

La captación de las pacientes será en los hospitales antes mencionados, los pacientes que dejen de asistir se les llamará o se acudirá a sus domicilios.

### Grupo Estudio:

Grupo problema: 12 pacientes

Grupo testigo: 12 pacientes

Tamaño de la Muestra.- 24 pacientes

### Criterios de Inclusión:

Pacientes femeninas con cancer de mama postmastectomía

Problemas en la vida sexual postmastectomía

Casadas

Vida sexual activa.

### Criterios de Exclusión:

Aquellas pacientes que no hubieran asistido como máximo a 8 sesiones.

Problemas severos en sus relaciones interpersonales de pareja previos a la mastectomía.

Pacientes con problemas previos en su vida sexual - -

### Criterios de Eliminación:

No se encuentran criterios de eliminación.

## METODOLOGIA.-

### Variables a Evaluar:

Interés primario como indicador seran los problemas o disfunciones sexuales y la relación interpersonal con la pareja como representación de la verbalización y - comunicación de problemas.

Interés secundario será la edad, actividad, estado civil, días de hospitalización, complicaciones postquirúrgicas, tratamiento postquirúrgico, antecedentes - patológicos.

Valor de los instrumentos psicológicos que utilizamos.  
(ver anexo)

### Forma de Recolección de Datos:

Pruebas psicológicas: ver anexo.

Hojas de concentración de Datos:

### Recursos Humanos:

Equipo: Terapeuta y co terapeuta.

### Recursos Materiales:

Instrumentos de medición psicológica específicos:

- 1.- Adaptación de la Prueba de Percepción Interpersonal de Iaing, Phillipson y lee. Relaciones de Pareja. Parte Aplicada a la Mujer.
- 2.- Adaptación a la Prueba de Funcionamiento Sexual de Derogatis (DSFI). Individual. Parte Aplicada a la Mujer.

## RESULTADOS

Los resultados de la variable secundas:

### 1.- EDAD

La edad promedio de las pacientes del grupo control fue de 52.03 años (siendo la menor 33 años y la mayor 79 años )

El grupo estudio el promedio fue de 49.1 años (menor 37 y la mayor 60 años), (ver tabla y grafica 1).

### 2.-OCUPACION

Grupo control todas las pacientes se dedicaban al hogar.

Grupo estudio el 75% de las pacientes se dedicaban a labores del hogar y el 25% a trabajos fuera de casa (dos profesoras y una secretaria), (tabla y grafica 2)

### 3.- TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO

En el grupo control, cuatro pacientes recibieron tratamiento combinado (34%), tratamiento con quimioterapia - 34%, con radioterapia 17%, sin ningun tratamiento postoperatorio 17%.

En el grupo estudio el 41% recibio terapia combinada (quimioterapia y radioterapia), 25% radioterapia, 9% quimioterapia, 25% no recibio ningun tratamiento.

#### 4.- COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

Grupo control se encontro unicamente dos pacientes - con complicaciones una con ulcera postradioterapia y otra con infecciones de herida quirurgica y ulcera por radioterapia.

Grupo estudio no se reportaron complicaciones.

#### 5.- DIAS DE INTERNAMIENTO

Para el grupo control el promedio en días de internamiento hospitalario postcirugia fue de 6 días (menor 5 y el mayor 7 días ).

Los días promedio en el grupo estudio fue de 6.3 -- días (mayor 8 y el menor 5).

#### LUGAR DE RESIDENCIA

Para el grupo control el 83% vive en el D.F., 17% -- en provincia (una de Veracruz y otra en Queretaro).

Para el grupo estudio el 100% vive en el D.F. (tabla 1)

#### 7.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS

En el grupo control el 83% sin antecedentes patológicos, el 8.5% con hipertensión arterial controlada, 8.5% - con hipotiroidismo.

En el grupo estudio el 83% sin antecedentes patológicos, el 17% con hipertensión controlada. (tabla 4)

8.- RESULTADOS DE LOS PROBLEMAS SEXUALES DETECTADOS EN LA ENTREVISTA INICIAL.

Grupo Control	Grupo Estudio
1.- fase de deseo	1.- fase excitación
2.- fase orgásmica	2.- fase orgásmica
3.- fase excitación: - dispareunia	3.- fase de deseo
4.- fase de deseo	4.- fase de deseo
5.- fase de deseo	5.- fase de excitación: dispareunia
6.- fase de deseo	6.- fase de excitación
7.- fase orgásmica	7.- fase de deseo
8.- fase excitación: dispareunia	8.- fase de deseo
9.- fase deseo	9.- fase excitación
10.- fase excitación: vaginismo	10.- fase de deseo
11.- fase de deseo	11.- fase de deseo
12.- fase de excitación	12.- fase orgásmica

En el grupo control, 6 pacientes presentaron disfunción sexual en la fase de deseo, al igual que 6 del grupo en estudio, 50% respectivamente; en el grupo control y en el grupo estudio, 4 pacientes respectivamente presentaron problema en la fase excitación, el 33 %; y 2 pacientes en cada grupo presentaron problema en la fase orgásmica, el 16.6 %.

Ver Tabla 5, Grafica 4 .

9.- RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS PARA GRUPO CONTROL Y GRUPO ESTUDIO.

CONTROL  
PERCEPCION INTERPERSONAL

P. Inicial	P. Final
52	45
57	57
93	RIP
25	22
90	91
58	RIP
55	50
53	50
74	74
91	90
78	70
53	55

X = 62.9    X = 60.4

ESTUDIO  
PERCEPCION INTERPERSONAL

P. Inicial	P. Final
33	30
70	68
52	54
92	90
130	125
70	71
62	62
35	34
51	57
43	431
110	107
50	35

X = 66.5    X = 63.7

CONTROL

DSFI

P. Inicial	P. Final
45	40
76	79
50	RIP
49	41
100	98
92	RIP
73	70
50	49
66	68
49	45
100	101
45	43

X = 65.3    X = 63.4

ESTUDIO

DSFI

P. Inicial	P. Final
70	65
69	63
88	89
70	78
40	40
45	39
60	64
89	93
42	40
80	90
95	93
33	29

X = 65.1    X = 64.8

10.-RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS POR ESCALA Y  
SU RELACION CON EL TIPO DE PROBLEMA SEXUAL.

FASE DESEO			FASE EXCITACION		FASE ORGASMICA	
CONTROL ESTUDIO			CONTROL	ESTUDIO	CONTROL ESTUDIO	
PERCEPCION INTER.			PERCEPCION INTER.		PERCEPCION INTER.	
P.I.	P.F.	I.-F.	I.-F.	II.-F.	I.-F.	I.-F.
M - L	M - M		M - RIP	L - L	M - M	M - M
L - N	S - S		M - M	M - M	M - M	M - L
M - M	M - M		M - M	M - M		
M - RIP	L - L		M - M	M - L		
M - M	L - L					
M - M	S - S					

D.S.F.I.		D.S.F.I.		D.S.F.I.	
I.-F.	I.-F.	I.-F.	I.-F.	I.-F.	I.-F.
M - M	S - S	M - RIP	M - M	S - S	M - M
M - M	M - M	M - M	M - M	M - M	L - L
S - S	M - M	M - M	M - M		
S - RIP	S - S	M - M	M - M		
M - M	S - S				
S - S	S - S				

PERCEPCION INTER. = PERCEPCION INTERPERSONAL

D.S.F.I. = PRUEBA DE DEROGATIS

I. = PRUEBA INICIAL

F. = PRUEBA FINAL

N = NORMAL

L = LEVE

M = MODERADO

S = SEVERO

TABLA 1

	LUGAR DE RESIDENCIA			TOTAL
	D.F.	Veracruz	Queretaro	
Grupo control	10	1	1	12
GRUPO ESTUDIO	12	0	0	12

TABLA 2

	OCUPACION			TOTAL
	HOGAR	MAESTRA	SECRETARIA	
GRUPO CONTROL	12	0	0	12
GRUPO ESTUDIO	9	2	1	12

TABLA 3

	TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO				TOTAL
	QUIMIO.	RADIO.	COMBINADO	NINGUNO	
GRUPO CONTROL	4	2	4	2	12
GRUPO ESTUDIO	1	3	5	3	12

TABLA 4

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

	<u>Hipertensión arterial</u>	<u>Hipotiroidismo</u>	<u>TOTAL</u>
GRUPO CONTROL	1	1	2
GRUPO ESTUDIO	2	0	2

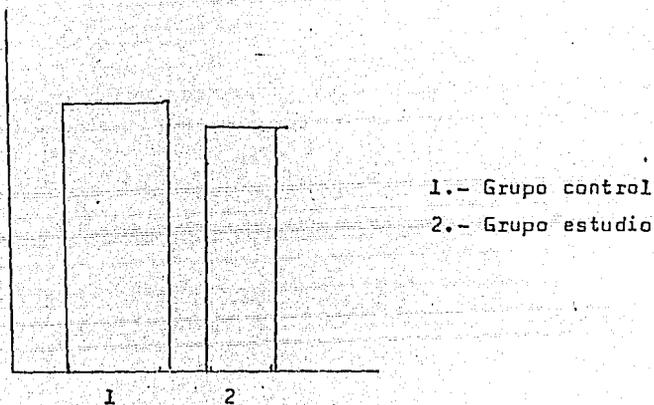
TABLA 5

TITOS DE PROBLEMAS SEXUALES

	<u>Fase Deseo</u>	<u>Fase Excitación</u>	<u>Fase Orgásmica</u>
GRUPO CONTROL	6	4	2
		Dispareunia: 2	
		Vaginismo: 1	
		Otras: 1	
GRUPO ESTUDIO	6	4	2
		Dispareunia: 1	
		Vaginismo: 0	
		Otras: 3	

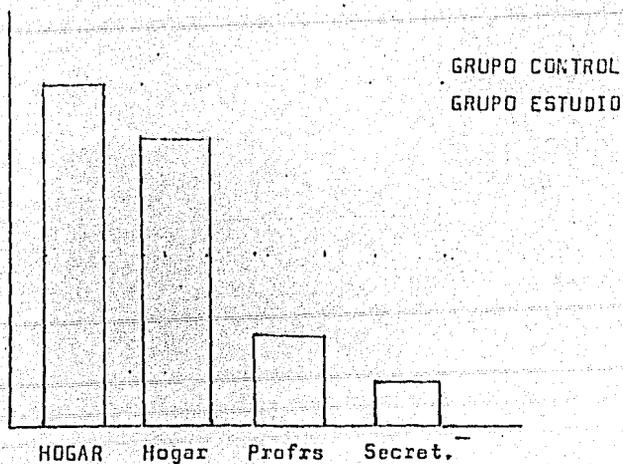
GRAFICA 1

EDADES PROMEDIO



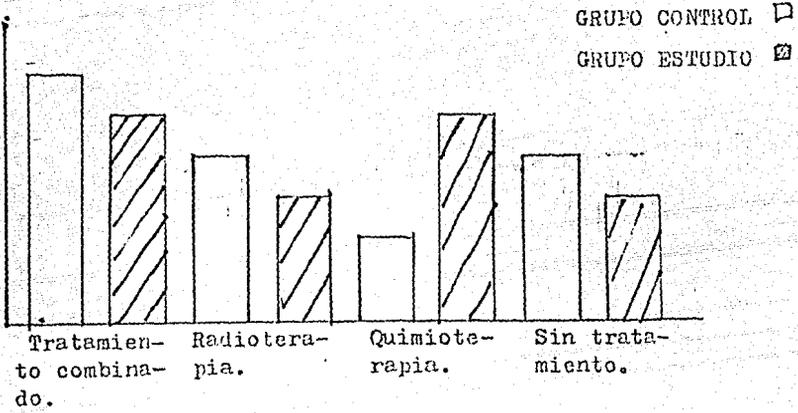
GRAFICA 2

OCUPACION



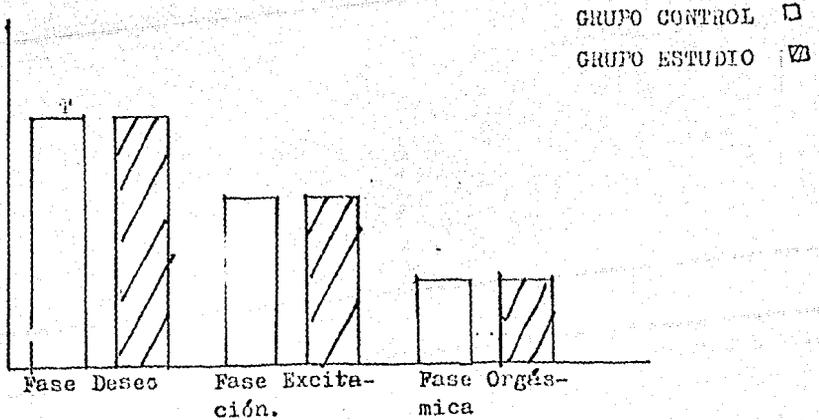
GRAFICA # 3

TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO



GRAFICA # 4

TIPOS DE PROBLEMAS SEXUALES



## CONCLUSIONES.-

- 1.- Encontramos como hallazgo importante que el 50% de los problemas sexuales se presentaron en la fase de deseo en las pacientes mastectomizadas, en ambos grupos. Lo cual es similar a lo reportado en la bibliografía para pacientes oncológicas, en que dicha fase es la mas alterada, por su relación directa con la libido.
- 2.- A su vez estos pacientes en las que se encuentra alterada la sexualidad en la fase de deseo presentaron las alteraciones mas severas en la Prueba de Problemas Sexuales ( DSPSI); dado que esta prueba mide experiencia sexual, libido, actitud sexual, imagen corporal y satisfacción sexual, es concordante que dichas manifestaciones estén alteradas en pacientes oncológicas con mastectomía, que han sufrido daño tan importante a su imagen corporal, a su vez a la autoestima y a su femi- nidad, y que esto se traduzca por tanto en una alteración a nivel general en la sexualidad.
- 3.- La mayoría de las pacientes presentan importantes alteraciones en la relación interpersonal con sus parejas, lo cual no puede desligarse de las consecuencias en las relaciones sexuales y por ende de los problemas que aparezcan en estas.
- 4.- Se obtuvo la media para los resultados del grupo control y de estudio, en cada prueba psicológica, tanto al inicio como al final del estudio, observandose una discreta disminución entre la inicial y la final, lo cual

## CONCLUSIONES.-

- 4.- nos habla de una evolución natural del fenómeno y no de un cambio efectivo por medio de la psicoterapia.
- 5.- No es factible obtener otra medición, ya que los cambios fueron mínimos, el número de casos es reducido \_\_ considerando que no se conocí la distribución en la población general de las pruebas psicológicas aplicadas.
- 6.- Las pruebas observaron una importante constancia, ya que nos dieron el mismo grado de disminución y de variabilidad en ambos grupos, con lo cual se comprueba \_\_ su utilidad como instrumentos de medición.
- 7.- Se puede concluir que la psicoterapia que se llevó a \_\_ cabo no fue de utilidad para los problemas de sexualidad, para ello existen múltiples factores que pudieron haber sido determinantes:
  - a) quizá el tipo de psicoterapia no fue el indicado para problemas en la sexualidad, y es de mayor utilidad la psicoterapia de pareja, la individual y la conductual.
  - b) el tiempo de la psicoterapia también es discutible, ya que de las 12 sesiones solo 3 fueron específicas para el tema de la sexualidad, lo cual es muy reducido.
  - c) además se agregaron factores externos severos, como \_\_ fueron los hechos del 19 y 20 de septiembre (terremoto) que desviaron completamente los objetivos de la psicoterapia en la sexualidad, habiendo sido un intervalo \_\_ importante para el estudio.
- 8.- Se puede concluir que habrá que utilizar otros tipos \_\_ de psicoterapia, como son la individual o de pareja, muy

CONCLUSIONES.-

8.- útiles en estos problemas, pero que se dificultan en forma importante a nivel institucional por el tiempo que requiere cada paciente o cada pareja.

También la búsqueda de otras alternativas como lo son los grupos que trabajan en forma integral con la cooperación de las mismas pacientes, conjuntamente con el psiquiatra, sicólogos, trabajadoras sociales y que se realizan psicoterapias de grupo por mas de un año de duración.

9.- Se demostró la utilidad de los instrumentos de medición utilizados, sin embargo es necesaria su estandarización a futuro, para que sean de mayor utilidad e irlos perfeccionando a travez del tiempo con nuevas aplicaciones a población general y en otros grupos estudio.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Milano MR, Kornfeld DS, Psychiatry and Surgery, Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ (eds.), Comprehensive Text---book of Psychiatry, third edition, Maryland, Williams \_\_\_ and Wilkins, 1980, 2057-2066
- 2.- Maguire PG, Pa. chology Social Sequelæ of Mastectomy in Modern Perspective in the Psychiatric Aspects of Surgery Howels JG ED., N.Y., Brunner Mazel, 1976, 390-415.
- 3.- Jamison KR, Wallach DK, Pasnau RO, Psychosocial Aspects of Mastectomy. 1.-The Women's Perspective, AM. J Psychiatry 1978a, 135:432- 436.
- 4.- Pfefferbaum B, Pasnau RO, Jamison KR, Wallach DK, \_\_\_\_\_ Comprehensive Program of Psychosocial care for Mastectomy Patients, Int J Psychiatric Med, 1977, 8: 63-72.
- 5.- Jamison KR, Wallach DK, Pasnau RO, Psychosocial Aspects of Mastectomy. 2.- The Men's Perspective, AM J Psychiatric 1978b, 135: 543- 546.
- 6.- Pettingale KW, Philalitis A, Tee DBH and Greer HS, The \_\_\_ Biological Correlates of Psychological Responses to Breast Cancer, J Psychosomatic Res, 25: 453- 458, 1981.
- 7.- Baider L, Edelstein EL, Coping Mechanisms of Postmastec- tomy Women: A Group Experience, J Med Sci, 1981, 17:988- 992.
- 8.- Glass KM, Psychiatric Disorders Among Cancer Patients, J AM Med Assoc, 1983, 249: 782-783.
- 9.- Maguire PG, Psychiatric Morbidity Associated with Mastec- tomy, Experimental, 1982, 41:373- 380.
- 10.- Bloom JR, Burnell GM, The Effect of Social Support on \_ Patients Adjustment After Breast Surgery, Patient Cons \_ Health Education, 1978, 1:50-59.

- 11.- Asken MJ, Psychoemotional Aspects of Mastectomy: A \_\_\_\_\_  
Review of Recent Literature, AM J Psychiatry, 1975, 132:  
56- 59.
- 12.- Akehurst AC, Postmastectomy Morale, Lancet, 1972, 2: \_  
181- 182.
- 13.-Ervine CJ, Psychologic Adjustment to Mastectomy, Medical  
Aspects of Human Sexuality, 1973, 7:42- 65.
- 14.- Kline R, A Crisis to Grow on.Cancer, 1971,28:1660-1665.
- 15.- Lipowski ZJ, Consultation- Liaison Psychiatry and Overview  
AM J Psychiatry, 1974, 131: 623- 630.
- 16.-Auerbach DB, Liaison Psychiatry and the Education of the  
Psychiatric Resident, In Consultation- Liaison Psychiatry  
Edited by Fasnau RO, New York, Grune and Stratton, 1975.
- 17.- Wise L, Controversies in Management of Potentially \_\_\_\_\_  
Curable Breast Cancer in Surgery Annual, Edited by \_\_\_\_\_  
Nyhus LM, New York, Appleton Century Crofts, 1974.
- 18.- Petus MV, Wedge Resections with or Without Radiation in  
Early Breast Cancer, Int J Radiation, Oncol Biol Phys, \_  
1977, 2:115- 119.
- 19.-Veronesi V, Saccozzi R Del Vecchio, Comparin Radical Mas-  
tectomy with Quadrantectomy, Axillary Dissection and \_\_\_\_\_  
Radiotherapy in Patients with Small Cancers of the \_\_\_\_\_  
Breast, N Engl J Med, 1981, 305: 6-11.
- 20.- Maguire GP, Lee EG, Bevington D, Psychiatric Problems \_  
in the First Year After Mastectomy, Br Med J, 1978, \_\_\_\_\_  
1: 963-965.
- 21.- Stehlin JJ, Evens RA, Gutierrez AC, Treatment of Car---  
cinoma of the Breast, Surg Gynecol Obstet, 1979, 149:\_\_\_\_  
912-922.
- 22.- Sanger CR, Reznikoff M, A Comparison of the Psychological

- Effects of Breast Sparing Procedure with the Modified Radical Mastectomy, *Cancer*, 1981, 4: 2341- 2344.
- 23.-Steinberg MO, Juliano MA, Wise L, Psychology Outcome of Lumpectomy versus Mastectomy in the Treatment of Breast Cancer, *AM J Psychiatry*, 1985, 142: 34-39.
- 24.-Schain WS, Wellisch DK, Parnau RO, Landsverk J, The Sooner the Better: A Study of Psychological Factors in Women Undergoing Immediate versus Delayed Breast Reconstruction, *AM J Psychiatry*, 1985, 142:40- 46.
- 25.-Dowden RV, Blanchard JM, Greenstreet RL, Breast Reconstruction: Selection, Timing and Local Recurrence, *Ann Plast Surg*, 1983, 210:265- 269.
- 26.-Teimourian B, Adham NH, Survey of Patients Responses to Breast Reconstruction, *Ann Plast Surg*, 1982, 9:321-325.
- 27.- Bronner-Huszar J, The Psychological Aspects of Cancer in Man, *Psychosomatics*, 1971, 12:133- 138.
- 28.- Vetesse J, Problems of the Patients Confronting the Diagnosis of Cancer, Cullen JW, Fox BH and Isom RN (eds) *Cancer: The Behavioral Dimensions*, Raven Press, New York 1976.
- 29.-Worden JW and Weisman AD, Psychosocial Components of Lagtime in Cancer Diagnosis, *J Psychosomat Res*, 1975, 19: 69-79.
- 30.-Engels GL, Is Grief a Disease?, *Psychosom Med*, 1961, 23: 18.
- 31.- Kubler-Ross E, *On Death and Dying*, Mac Millan, New York, 1969.
- 32.- Holland J, *Psychological Aspects of Oncology*, Medical Center of North America, 1977, 61: 737- 748.
- 33.- Francis GJ, *Cancer: The Emotional Component*, *Amer J Nurs*

1969, 69: 1677-1681.

- 34.- Gullo SV, Cherico DJ and Shadick R, Suggested Stages \_\_\_ and Response Style in Life Threatening Illness: A Focus \_\_\_ on Cancer Patient, Schoenberg B, Carr A, Kutscher A, \_\_\_ Peretz D and Goldberg I (eds), Anticipatory Grief, \_\_\_ Columbia University Press, New York, 1974.
- 35.-Morris T.,Greer HS and White FW, Psychological and Social Adjustment to Mastectomy, Cancer, 1977, 40: 2381-2387. \_\_\_
- 36.- Weisman AD, The Existential Plight in Cancer: Signifi-- cance of the First 100 Days, Psychiat in Med, 1976, 7:1- 15.
- 37.- Coblener WG, Psychological Factors in Gynecological or Breast Malignancies, Hospital Physician, 1977, 9:38-40. \_\_\_
- 38.-Weisman AD, Coping Behaviour and Suicide in Cancer, Cullen JW, Fox BH and Isom RN ( eds), Cancer: The Behavioral \_\_\_ Dimensions, Raven Press, New York, 1976.
- 39.- Stavrayk KM, Psychological Factors in the Outcome of \_\_\_ Human Cancer, J Psychosom Res, 1968, 12: 251-259.
- 40.- Derogatis IR, Abeloff ED and Melisantos N, Psychological Coping Mechanisms and Survival Time in Metastatic Breast Cancer, J A M A, 1979, 242: 1504-1508.
- 41.- Weisman AD, Psychosocial Analysis of Cancer Deaths, \_\_\_ Omega, 1975, 6: 61- 75.
- 42.- Weisman AD, Worden JW, The Coping and Vulnerability in Cancer Patients, Research Report, funded by National \_\_\_ Cancer Institute, 1977.
- 43.- Healey JE, Role of Rehabilitation Medicine in the Care \_\_\_ of the Patient with Breast Cancer, Cancer, 1971, 28: \_\_\_ 1666- 1671.
- 44.- Barckley V, The Crisis in Cancer, Amer J Nurs, 1967, \_\_\_ 67.

- 45.-Cromes GF, Implementation of Interdisciplinary Cancer Rehabilitation, Rehab Counseling Bull, 1978, 21: 230-237.
- 46.-Izak FC, Engel J and Medalie JH, Comprehensive Rehabilitation of the Patient with Cancer: Five year experience of a Homecare unit, J Chronic Disease, 1973, 26:363-367.
- 47.-James RG and Weisz AE, Psychiatric Liaison with Cancer Research Center, Comprehens Psychiat, 1970, 11: 336-345.
- 48.- McAleer CA and Kluge CA, Counseling Needs and Approaches for Working with Cancer Patients, Rehab Counseling Bull, 1978, 21: 238- 245.
- 49.-Zuehlike TE and Watkins JT, The Use of Psychotherapy with Dying Patients: An Exploratory Study, J Clin Psych, 1975, 31:729-732.
- 50.-Schwartz MD, Situation- Transition Groups: A Conceptualization and Review, Amer J Orthopsychiat, 1974, 744-755
- 51.- Schwartz MD, An Information and Discussion Program for Women after a Mastectomy, Arch General Surgery, 1977, 112: 276-281.
- 52.-Euster SE, Rehabilitation after Mastectomy: The Goup Process, Social Work in Health Care, 1979, 4:251-263.
- 53.-Freidenberg I, Gordon W, Hibbard M, Levine L, Wolf C, Diller L, Psychosocial Aspects of Living with Cancer:A Review of the Literature, 1981-1982, 11:303-329.
- 54.-Hansell N, Decision Counseling Methods: Expanding coping in crisis in Transit, Archives of General Psychiatry, 1970, 22: 462- 467.
- 55.- Caplan G, Principals of Preventive Psychiatry, New York, Basic Book, 1964.
- 56.-Taplin S, Crisis Theory Critique and Reformulation Community Mental Health Journal, 1971, 7:13-23.

- 57.- Enelow A, Psychosocial rehabilitation for cancer patients  
In Frontiers of Radiation Therapy and Oncology, vol 10  
Basel, S. Karger, 1975, p 178-182.
- 58.-Schain WS, Howards SS, Sexual Problems of Patients With  
Cancer, Am J Psychiatry, 1979, 136: 2066- 2082.
- 59.- Wise TN, Sexuality in chronic illness, Primary Care,  
1977, 4:20-22.
- 60.- Mitchell J, Psychoanalysis and Women, New York, Vintage  
Books, 1970.
- 61.- Millet K, Sexual Politics, New York, Avon Books, 1969
- 62.- Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Sexual Behavior in  
the Human Female, Philadelphia, WB Saunders, 1953.
- 63.- Masters WH, Johnson V, Human Sexual Response, Boston,  
Little, Brown and Co, 1965.
- 64.- Masters WH, Johnson V, Human Sexual Inadequacy, Boston,  
Little, Brown and Co, 1970.
- 65.- Brecher E, Susser N, History of sexual research and  
study, In Saddock BJ, Kaplan HI, Freedman AM, The \_\_\_  
Sexual Experience, Baltimore, Williams and Wilkins, \_\_\_  
1976.
- 66.- Kaplan HS, The New Sex Therapy, Brunner Mazel, New \_\_\_  
York, 1974.
- 67.- Derogatis LR, Psychological assesment of psychosexual  
functioning, Psychiatric Clin North Am, 1980, 3: 113-  
131.
- 68.- Oliven JF, Clinical Sexuality, Philadelphia JB, Lippin  
cott, 1974, p 175- 186.
- 69.- Bancroft J, Sexual Problems, Human Ssexuality and Its  
Problems, Churchill Livingstone, New York, 1983, \_\_\_  
p. 198- 233.
- 70.- Kaplan HS, Disorders of Sexual Desire, Brunner Mazel,  
New York, 1979.
- 71.- Cantor BC, Self-esteem, sexuality and cancer related

71.- stress. In Veith JM, Bloomberg RC, Adler J, Frontiers of Radiation Therapy and Oncology, vol 14, Basel \_\_\_ S Karger, 1980, p 52- 60.

72.- Laing,R, Phillipson H, Lee RA, Percepción Interpersonal, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1978, p. 13 - 177.

ANEXO.-

JUSTIFICACION A LA UTILIZACION DE LOS INSTRUMENTOS  
DE MEDICION PSICOLOGICA EN ESTE ESTUDIO.

Dado que no se encontraron pruebas psicológicas específicas que midan problemas sexuales en forma individual y de pareja en nuestro país y fue imposible obtenerlos de instituciones intencionales fue necesario realizar dos instrumentos de medición psicológica específica para estos fines. Realizados ambos en base a la bibliografía antes mencionada, de una serie de pruebas no específicas (72), y en base a los parámetros que utiliza Derogatis (67) para la realización de instrumentos psicológicos en la sexualidad. Ambas pruebas se efectuaron de manera que pudieran ser medibles cuantitativamente en forma sencilla, y fueron específicas para problemas en la mujer, tanto en su interrelación personal de pareja, como una segunda sección específica para problemas de sexualidad.

Las pruebas fueron adaptadas y realizadas por:

DRA. ALJANDRA GRIGER ROMO y

DR. LORENZO ESPARZA MORENO.

La Prueba de Percepción Interpersonal de Iaing, Phillipson y Lee mide aspectos de la relación de pareja, fue adaptada en forma cuantitativa y de manera que el cuestionario fuera individual y específico para la mujer, así como se simplificó su complejidad del original. Nos aporta aspectos afectivos, autonomía, interdependencia, denigración, decepción enfrentamientos y contradicciones de la pareja, vistos desde el punto de vista de solo uno de los integrantes de esta. Consta de 49 preguntas, de selección múltiple y medibles

ANEXO.-

del cero al tres para cada pregunta, utilizando en la medición final la siguiente escala:

0 -25 = normal  
25 -49 = leve  
50 -96 = moderada  
97 -147= severa

La Prueba de Funcionamiento Sexual de Derogatis (DEFI), fue realizada para proporcionar el grado de alteración en la sexualidad de la pareja, pero se efectuó para resolverse en forma individual, específica para la mujer y de medición cuantitativa sencilla. Consta de 38 preguntas, clasificables en 6 secciones que miden: A.- Experiencia Sexual; B.- Líbido; C.- Actitudes Sexuales; D.- Fantasías; E.- Imagen Corporal; F.- Satisfacción Sexual. Cada pregunta también se mide del cero al tres y la medición final se califica con la siguiente escala:

0 - 19 = normal  
20 - 38 = leve  
39 - 76 = moderada  
77 - 114= severa

S<sub>e</sub> aplican ambas pruebas en 30 minutos en forma individual.

ADAPTACION DE LA PRUEBA DE PERCEPCION INTERPERSONAL DE  
LAING, PHILLIPSON, LEE. RELACIONES DE PAREJA.  
PARTE APLICADA A LA MUJER. "

Instrucciones: lea cada pregunta y haga la marca corres-  
pondiente en la parte de respuestas. Solo escoja una res-  
puesta por cada pregunta.

- 1.- yo lo entiendo
  - a) siempre lo entiendo
  - b) frecuentemente lo entiendo
  - c) irregularmente lo entiendo
  - d) nunca lo entiendo
- 2.- yo lo tomo en serio
  - a) siempre
  - b) frecuentemente
  - c) irregularmente
  - d) nunca
- 3.- yo lo respeto
  - a) siempre
  - b) frecuentemente
  - c) irregularmente
  - d) nunca
- 4.- yo lo amo
  - a) siempre
  - b) frecuentemente
  - c) irregularmente
  - d) nunca
- 5.- yo puedo afrontar sus conflictos
  - a) siempre
  - b) frecuentemente
  - c) irregularmente
  - d) nunca

6.- yo lo cuida mucho

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

7.- el me cuida mucho

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

8.- yo siento total indiferencia por él

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

9.- el siente total indiferencia por mí

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

10.- yo lo quiero

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

11.- él me quiere

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

12.- yo soy fría con él

- a) siempre
- b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

13.- el es frío conmigo

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

14.- yo lo atormento

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

15.- el me atormenta

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

16.- yo me burlo de él

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

17.- el se burla de mi

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

18.- yo le hago acusaciones

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

19.- el me hace acusaciones

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

20.- yo lo jongo en ridículo

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

21.- el me pone en ridículo

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

22.- yo he perdido las esperanzas en su futuro

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

23.- el ha perdido las esperanzas en mi futuro

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

24.- el espera demasiado de mi

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

25.- yo espero demasiado de él

- a) siempre

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

26.- yo le tengo lástima

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

27.- el me tiene lástima

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

28.- el no puede ponerse de acuerdo conmigo

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

29.- yo no puedo ponerme de acuerdo con él

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

30.- yo no lo soporto

- A) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

31.- el no me soporta

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

32.- yo trato de sobrepasarlo

- A) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

33.- el trata de sobrepasarme

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

34.- yo lo irrito

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

35.- el me irrita

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

36.- el me exige cosas contradictorias

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

37.- yo le exijo cosas contradictorias

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

38.- el me engaña

- a) siempre
- b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

39.- yo lo engaño

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

40.- yo lo coloco en una posición falsa

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

41.- el me coloca en una posición falsa

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

42.- el decide por mí

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

43.- yo decido por él

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

44.- el me pone por encima de todo

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

45.- yo lo pongo por encima de todo

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

46.- él me trata como si fuera yo una máquina

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

47.- yo lo trato como si él fuera una máquina

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

48.- él me lo debe todo

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

49.- yo le debo todo

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

ADAPTACION A LA PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DE DEROGATIS.  
( DSFI ). INDIVIDUAL.  
PRUEBA APLICADA A LA MUJER.

Instrucciones: lea cada pregunta y señale la respuesta que a usted corresponda. Solo marque una respuesta por pregunta.

Sección A.-

1.- Sus relaciones sexuales las considera satisfactorias:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

2.- Inicia usted las relaciones sexuales con su pareja:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

3.- Gusta de la posición tradicional de las relaciones sexuales ( mujer abajo, hombre arriba):

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

4.- Se atreve a cambiar de posición:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

5.- Ha tenido mas parejas o novios que su actual pareja:

- a) Si
- b) No

6.-

Sección B.-

6.- Siente deseos de tener relaciones sexuales:

- a) constantemente
- b) con frecuencia
- c) escasamente
- d) nunca

7.- Siente deseos de masturbarse:

- a) constantemente
- b) con cierta frecuencia
- c) escasamente
- d) nunca

8.- Besa con frecuencia a su pareja:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

9.- Gusta del juego sexual previo:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

10.- La frecuencia ideal de relaciones sexuales para ud. es:

- a) cada tercer día
- b) una vez por semana o dos veces
- c) una vez por mes
- d) menos de una vez por mes.

Sección C.-

11.- Como son sus relaciones sexuales:

- a) placenteras
- b) frecuentemente placenteras
- c) irregularmente placenteras
- d) no placenteras.

12.- Siente temor de comunicarle a su pareja sobre algo que no le gusta en las relaciones:

- a) no
- b) irregularmente
- c) frecuentemente
- d) prefiere no comunicarle nada al respecto.

13.- Se atreve a hablar con él sobre lo que mas le gusta en sus relaciones:

- a) siempre
- b) frecuentemente lo hace
- c) irregularmente
- d) nunca lo ha hecho

14.- Alguna vez a consultado algun problema de este tipo con sus amigas o con su médico:

- a) si
- b) frecuentemente lo hace
- c) alguna vez recuerda haberlo hecho
- d) nunca

15.- utiliza o utilizaba algun tipo de anticonceptivo

- a) Si ¿Cuál?
- b) No

16.- Preferiría no tener relaciones sexuales

- a) no tenerlas
- b) casi nunca tenerlas
- c) si desea tenerlas
- d) siempre desea tenerlas

17.-Se siente culpable o se ha sentido de tener relaciones:

- a) nunca
- b) irregularmente
- c) frecuentemente
- d) siempre

18.-Su religión o su educación son importantes en su vida sexual:

- a) son muy importantes en mi vida
- b) influyen en algunos aspectos de mi vida sexual
- c) a veces pueden influir
- d) no influye la religión y mi educación es liberal.

Sección D.-

19.- Tiene fantasías sexuales

- a) Si
- b) No

20.- Tiene sueños eróticos

- a) Si
- b) No

21.- Algunos de estos le ocasionan problemas de culpabilidad o angustia:

- a) Si
- b) No

22.- Le agrada tenerlos

- a) Si
- b) No

Sección E.-

23.- Gusta de verse en el espejo:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

24.- Encuentra defectos físicos en usted:

- a) nunca
- b) irregularmente
- c) frecuentemente
- d) nunca

25.- Le molesta ver su cuerpo:

- a) nunca

- b) irregularmente
- c) frecuentemente
- d) nunca

26.- Le agrada su cuerpo:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

27.- Se considera una mujer atractiva o bonita:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

28.- Encuentra satisfacción en su forma de vestir:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

29.- Encuentra su cuerpo bien proporcionado:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

#### Sección F.-

30.- Se le dificulta tener orgasmo:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

31.- Le gusta tener relaciones sexuales:

- a) si, mucho
- b) frecuentemente

- b) irregularmente
- c) frecuentemente
- d) nunca

26.- Le agrada su cuerpo:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

27.- Se considera una mujer atractiva o bonita:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

28.- Encuentra satisfacción en su forma de vestir:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

29.- Encuentra su cuerpo bien proporcionado:

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

#### Sección F.-

30.- Se le dificulta tener orgasmo:

- a) casi siempre
- b) frecuentemente
- c) irregularmente
- d) nunca

31.- Le gusta tener relaciones sexuales:

- a) si, mucho
- b) frecuentemente

c) casi no

d) nunca

32.- Considera que su esposo las disfruta:

a) si

b) no

33.- Presenta ud dificultad a la penetración:

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

34.- Presenta dolor <sup>en</sup> las relaciones sexuales:

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

35.- Encuentra placer en las relaciones sexuales:

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

36.- Se siente angustiada o deprimida al tener relaciones:

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

37.- Se excita con facilidad:

a) siempre

b) frecuentemente

c) irregularmente

d) nunca

38.- Despues de haberlas realizado, se siente relajada:

a) si

b) no