

214  
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

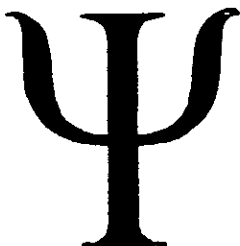
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

*TESIS MAL COMPAGINADA.*

**"ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD Y ESTILOS  
DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON  
CANCER GINECOLOGICO EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE PERINATOLOGIA"**

**TESIS PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
DIANA PIMENTEL NIETO**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA.**



**MEXICO, D. F.**

*263226*

**1998**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente al **Instituto Nacional de Perinatología** por las facilidades otorgadas durante la elaboración de esta tesis.

De manera muy especial al **Dr. Francisco Morales Carmona** por su incondicionalidad en todo momento.

A las maestras del jurado:

Lic. Alma Mireia López-Arce Coria.

Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola.

Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo.

Lic. Lilia Joya Laureano.

Y a todas las mujeres que cordialmente aceptaron colaborar en el presente trabajo.

# **Dedico este Trabajo:**

## **A Dios:**

Porque al iniciar mi carrera te pedí vocación y porque en ella he encontrado la manera de servirte.

## **A mis Padres:**

Por el gran amor y apoyo que me han dado a lo largo de mi vida. Los Amo.

## **A mis hermanos**

### **Laura y Carlos:**

Porque con su ejemplo y trayectoria de profesionistas exitosos y comprometidos siempre me impulsaron a seguir sus pasos.

## **A Gaby y Carlitos:**

Porque son dos pequeñas estrellitas que hacen mi vida feliz.

**LOS AMO A TODOS**



**RESUMEN.....IV**

**INTRODUCCION.....i**

**CAPITULO I. PSICO-ONCOLOGIA.....1**

Oncología Ginecológica.....	6
Tumores del Cuello del Útero y del Útero.....	8
Tumores en los Ovarios.....	12
Tumores en el Endometrio.....	15
Tumores de la Vulva.....	15
Tumores de la Vagina.....	18
Cáncer Colorectal.....	20
Cáncer de Seno.....	21

**CAPITULO II. SEXUALIDAD Y CANCER.....25**

Disfunciones Sexuales.....	27
Problemas en la Fase del Deseo.....	34
Problemas en la Fase de Excitación.....	37
Problemas en la Fase de Orgasmo.....	41
Problemas en la Fase de Resolución.....	42
Otros Factores que Influyen la Respuesta Sexual.....	43

### **CAPITULO III. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL CANCER.....62**

Proceso de la Respuesta Emocional ante el Cáncer.....	67
---	----

### **CAPITULO IV. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....82**

Tareas Adaptativas Básicas.....	87
Principales Recursos de Afrontamiento.....	89
Procesos de Afrontamiento.....	94
Clasificación del Afrontamiento de acuerdo a su Método.....	94
Clasificación del Afrontamiento de acuerdo al Foco.....	98
Modelo Integral de los Procesos de Afrontamiento.....	102
Determinantes Generales de la Efectividad de las Estrategias de Afrontamiento.....	103
Afrontamiento y Adaptación.....	105

### **CAPITULO V. METODO.....111**

Planteamiento del Problema.....	111
Justificación.....	111
Objetivos.....	112
Variables de Estudio.....	113
Tipo de Estudio.....	117
Diseño de Investigación.....	117
Muestra.....	117
Escenario.....	118
Instrumentos.....	118
Procedimiento.....	120

<b>CAPITULO VI. RESULTADOS.....</b>	<b>122</b>
Características Sociodemográficas.....	122
Variables Gineco – Obstétricas.....	127
Aspectos de Sexualidad.....	131
Características de la Enfermedad.....	136
Cuestionario de Sexualidad.....	143
Estilos de Afrontamiento.....	148
<b>CAPITULO VII. DISCUSION.....</b>	<b>168</b>
<b>CAPITULO VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>192</b>
<b>CAPITULO IX. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....</b>	<b>194</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>196</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>201</b>

Dentro de los reportes de investigaciones de cáncer en mujeres se ha observado que a raíz del diagnóstico así como durante y después del tratamiento se presentan diversos tipos de problemas en la respuesta sexual, ya que la misma, es más pobre que la de su funcionamiento premórbido.

Es por ello que en el presente trabajo se tuvo como objetivo explorar las alteraciones de la sexualidad conforme al ciclo de respuesta sexual humana asociadas al cáncer ginecológico en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, analizar los diferentes estilos de afrontamiento con fines predictivos, pronósticos y de intervención institucional y determinar la posible relación con la presencia de alteraciones en la sexualidad.


El tipo de estudio fue exploratorio, ex-post-facto, transversal y descriptivo de un solo grupo. La muestra se conformó por 63 pacientes con diagnóstico corroborado de cáncer que acudían para su atención a la Coordinación de Oncología del Instituto Nacional de Perinatología. Se empleó una encuesta de sexualidad diseñada especialmente para evaluar el funcionamiento sexual y para la detección de disfunciones sexuales empleando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM - IV), la cual se elaboró de manera que evitara el juicio clínico del entrevistador y fue piloteada y ajustada; y la Escala de Respuestas para Enfrentar Sucesos Importantes de Moos (1983).

La muestra tuvo una edad promedio de 45.51 +/- 12.63 años, con una escolaridad de 9.59 +/- 5.01 años. En relación al estado civil el 63% tenían una pareja estable. Respecto a su ocupación 60% se dedican al hogar y el resto tiene una actividad remunerada. De acuerdo con sus características socioeconómicas fueron clasificadas como pertenecientes a la clase baja el 46%, 43% a la clase media y 11% a la clase alta. Se hace notar que tres pacientes cursaban con un embarazo. Respecto a la edad de la menarca se tuvo un promedio de 12.62 +/- 1.64 años, refiriendo el 81% como normomenorreicas, habiendo iniciado su vida sexual a los 19.41 +/- 6.10 años en promedio. Del total de la muestra el 70% tenían una pareja sexual.

La población de estudio mostró que el 62.5% cursaba con al menos una disfunción sexual previamente a la enfermedad, siendo importante señalar que posterior a la enfermedad el 100% cursaba con al menos una disfunción sexual, lo cual nos indica la importancia de establecer un programa de atención a la sexualidad de estas pacientes. Por otra parte, es notorio que hubo una diferencia estadística significativa en el ritmo coital, la disfuncionalidad, la disposición a la sexualidad y la disposición de condiciones ambientales antes y después de la enfermedad. Se describen proporciones para las diferentes disfunciones sexuales y se señalan diferencias a partir de su momento de aparición. Se observaron las respuestas de afrontamiento a partir de las cuales se propone un modelo descriptivo conceptual que permite predecir la disfuncionalidad sexual en mujeres con cáncer.

Se concluye que la presencia de cáncer exacerba problemas previos de sexualidad y condiciona la manifestación de múltiples disfunciones sexuales en mujeres que previamente no las padecían; que la presencia de disfuncionalidad sexual no está determinada únicamente por las características del evento, sino también, por el tipo de afrontamiento de la paciente; y que, las respuestas de afrontamiento son buenas predictoras de disfuncionalidad sexual.





Los padecimientos oncológicos, así como cualquier enfermedad que amenaza la vida, tienen un impacto sobre quien lo padece independientemente del momento y el sitio en que éstos se presentan.

De manera particular, el cáncer es un padecimiento ante el cual surgen una serie de connotaciones negativas entre las cuales las experiencias más comunes se atribuyen a aspectos que están vinculados con lo incierto del estado médico, el miedo al deterioro físico y funcional, a la amenaza de tratamientos mutilantes y agresivos, al dolor y finalmente a la muerte.

La crisis inicial ante el diagnóstico es una de muchas que tendrán que irse enfrentando conforme la enfermedad avanza, lo cual requerirá el empleo de recursos adaptativos por parte de las pacientes.

Para que la adaptación psicológica a la enfermedad llegue a presentarse óptimamente es importante considerar la etapa del desarrollo en la que la persona se encuentra con respecto al ciclo de vida, la cual se relaciona con objetivos y tareas tanto biológicas como personales y sociales en el momento en que el cáncer se desarrolla; el estilo interpersonal que consiste en la manera en que el individuo se conduce a la enfermedad de manera similar a experiencias médicas previas al cáncer, su estructura de personalidad, las estrategias afrontamiento y los mecanismos de defensa; y, los recursos interpersonales tales como la pareja, familia, amigos, grupos y otras estructuras de apoyo social que contribuyen en el medioambiente de la persona.

Por otra parte, se ha observado que en las mujeres con cáncer, a raíz del diagnóstico así como durante y después del tratamiento se presentan diversos tipos de problemas en la respuesta sexual, ya que la misma es más pobre que la de su funcionamiento sexual premórbido, es por ello que el estudio de la sexualidad humana y de la disfuncionalidad sexual ha tenido avances en su evaluación y tratamiento.

De ahí que una vez que se ha determinado el diagnóstico de cáncer van a sobrevenir una serie de consecuencias en la sexualidad por el tipo de intervención y por las reacciones psicológicas y emocionales que se evocan, las cuales se encuentran altamente relacionadas con la parte del organismo afectada, la pérdida funcional de la misma así como el significado psicológico de la pérdida.

Es por ello que consideramos de gran importancia que los profesionales de la salud evalúen e identifiquen problemas en el funcionamiento sexual antes, durante o después del tratamiento médico, proporcionando información y apoyo a las pacientes en cuestiones relacionadas con su práctica sexual de tal manera que sean referidos a profesionales competentes cuya atención incida en el tratamiento de las disfunciones sexuales desde el momento mismo en que aparecen.

Por todo lo anterior es que el objetivo del presente trabajo fue explorar las alteraciones de la sexualidad conforme al ciclo de respuesta sexual humana asociadas al cáncer ginecológico en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, analizar los diferentes estilos de afrontamiento con fines predictivos, pronósticos y de intervención institucional y determinar la posible relación con la presencia de alteraciones en la sexualidad.

En el primer capítulo se exponen las áreas que se ven afectadas a partir de la enfermedad, se describen algunos datos epidemiológicos de cada uno de los diferentes tipos de cáncer, sus factores etiológicos, los principales tratamientos y procedimientos específicos que se llevan a cabo y algunos de los efectos que éstos tienen en la vida sexual de las pacientes, documentando en cada caso los resultados de investigaciones que anteceden el presente estudio.

El segundo capítulo aborda ampliamente una serie de aspectos de sexualidad y respuesta sexual humana, así como la manera en que ésta se ve alterada una vez que el cáncer se presenta; se concluye con la descripción de algunas de las propuestas de atención para minimizar el impacto que la enfermedad ejerce en la mujer.

El capítulo tercero analiza la respuesta emocional que surge ante el cáncer, tocando aspectos referentes a la carga simbólica que tanto los senos como el área genital poseen, para finalmente identificar algunos factores que ponen en riesgo el ajuste a la enfermedad y que por sus características particulares pueden llegar a complicarse provocando algún tipo de trastorno psiquiátrico.

En el cuarto capítulo se describen las respuestas de afrontamiento desde la perspectiva de la teoría de la crisis, los determinantes de su efectividad y el papel adaptativo en el ser humano.

El quinto capítulo describe el procedimiento metodológico de la investigación.

El capítulo sexto expone los resultados obtenidos, los cuales son ampliamente discutidos en el séptimo capítulo.

Finalmente, los capítulos octavo y noveno muestran las conclusiones obtenidas, las limitaciones que se enfrentaron y algunas sugerencias propuestas para dar continuación al presente trabajo.

**DIANA PIMENTEL NIETO**

# CAPÍTULO I PSICOONCOLOGÍA

Los reportes de investigación en pacientes con cáncer, particularmente aquellos que se encuentran relacionados con órganos genitales y caracteres sexuales secundarios impactan diferentes aspectos del estado emocional de quien los padece, tales como reacciones depresivas y ansiosas de diferente grado e intensidad, así como alteración de aspectos vinculados a la imagen corporal y el funcionamiento sexual.

Por otra parte, hay conocimientos respecto a que las características premórbidas que dependen de una estructura caracterológica, como la manera de afrontar las crisis, permitirá conformar parte del pronóstico y de la terapéutica psicológica que mejor le funcione a la paciente.

A grandes rasgos, existen tres grandes áreas que influyen en el ajuste psicológico de los pacientes con cáncer, las cuales nos permiten comprender la respuesta tan compleja que se desencadena a raíz del padecimiento. Ellas son:

I. El Contexto Sociocultural en el que el paciente con cáncer se encuentra inmerso. Implica las actitudes y creencias culturales acerca de cómo el cáncer puede afectar no sólo en el trato hacia el paciente y sus familias sino considerando también el cómo los pacientes se ven a sí mismos, su enfermedad y su futuro.

II. El Contexto Médico. Es un factor crucial a considerar, se refiere a la etapa de la enfermedad que está siendo atendida, el tipo de tratamiento empleado y el sitio o sitios afectados en lo particular.

### III. El Contexto Psicológico Individual de la paciente con cáncer.

El ajuste total de estas tres áreas inter-relacionadas en un individuo afectan la adaptación psicológica al cáncer siendo importante considerar la *etapa del desarrollo* en la que la persona se encuentra con respecto al ciclo de vida, la cual se relaciona con objetivos y tareas tanto biológicas como personales y sociales en el momento en que el cáncer se desarrolla; el *estilo intrapersonal*, que consiste en que el individuo se conduce a la enfermedad de manera similar a experiencias médicas o previas al cáncer, personalidad, estilos de afrontamiento y defensas; y, los *recursos interpersonales* tales como la familia, amigos, grupos y otras estructuras de apoyo social que contribuyen en el medioambiente de la persona. (Rowland, J. H. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989).

El cáncer amenaza de manera real las metas inmediatas y futuras de quien lo padece, metas que surgen de momentos específicos tanto biológicos, de desarrollo, sociales y personales que pueden ser explícitos o implícitos. Es por ello que identificar el momento en el que el paciente con cáncer se encuentra en su vida física, social y psicológica será especialmente útil en la comprensión e interpretación del impacto emocional de un cáncer particular en un paciente específico.

Por otro lado, el cáncer, especialmente cuando su tratamiento es arduo y largo contribuye a un alto grado de estrés, el cual se agrega a estados normales de estrés de adaptación a las actividades apropiadas a través del ciclo de vida. Además, si partimos de la premisa de que las víctimas de cáncer

están experimentando emocionalmente su enfermedad como una amenaza o incapacidad de llevar a cabo ciertos eventos en su vida futura, se vuelve importante el considerar los antecedentes individuales de quien lo padece, así como el contar con una apreciación general de los problemas relacionados a la edad o momento en el ciclo de vida, lo cual proveerá de bases para generar intervenciones que promuevan óptimamente la adaptación psicológica y el funcionamiento psicosocial durante y después del tratamiento.

Al revisar el impacto del cáncer en las diferentes etapas de la vida, Rowland, J. (1989) encontró que los trastornos comunes de la enfermedad podían dividirse en cinco principales categorías que indican áreas de estrés. Ellas son: Alteración de las relaciones interpersonales; dependencia-independencia; interrupción de la realización personal; imagen e integridad sexual y corporal; y, aspectos existenciales. El trastorno en lo específico puede variar en función de la etapa de la enfermedad así como de persona a persona. Este modelo se simplifica en lo que ha sido llamado "The Five D's" ("Las Cinco Des") por las siguientes palabras inglesas: distance, dependence, disability, disfigurement, and death (Distancia, dependencia, incapacidad, desfiguro y muerte).

Estas áreas tienen diferentes implicaciones de manera particular en la sexualidad. Dentro de los reportes de investigaciones de cáncer en mujeres se ha observado que a raíz del diagnóstico así como durante y después del tratamiento se presentan diversos tipos de problemas en la respuesta sexual, ya que la misma, es más pobre que la de su funcionamiento premórbido.

La comprensión y atención de este tipo de problemática han llevado al planteamiento de una rehabilitación sexual integral en el paciente oncológico, la cual ha sido descrita como la unión de dos grandes áreas de estudio denominadas oncología psicosocial y sexualidad humana. El interés de

incorporar ambas áreas surge de la gran cantidad de estudios realizados desde hace algunas décadas que han permitido llevar a cabo una serie de tareas mejorando la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer. Así mismo, el estudio de la sexualidad humana y de la disfuncionalidad sexual ha tenido avances en su evaluación y tratamiento, teniendo en cuenta que son múltiples los factores relacionados con enfermedades malignas que pueden alterar la función sexual por diversas razones. El resultado de la mezcla de estas dos áreas de interés, además de observarse en el crecimiento de literatura asociada a esta temática y de acuerdo con la naturaleza, prevalencia y tratamiento de los problemas sexuales que ocurren en el contexto o después del tratamiento del cáncer, evidencia que ciertos efectos físicos característicos de los padecimientos crónicos, como lo es el cáncer, suelen producir una debilidad acusada que puede dificultar o hacer imposible la actividad sexual.

Si consideramos al cáncer únicamente como un padecimiento físico podríamos saber de acuerdo al procedimiento empleado (fármacos, intervenciones quirúrgicas o radiaciones) las consecuencias que por sí mismos los diferentes métodos pueden provocar en la sexualidad de quien lo padece bajo determinadas circunstancias, pero no solo eso nos interesa, sino que una parte importante, adicional a las reacciones sexuales comúnmente observadas durante el post-tratamiento son las reacciones psicológicas y emocionales, las cuales se encuentran altamente relacionadas con la parte del organismo donde se efectúa la cirugía o tratamiento, la pérdida funcional de la misma así como con el significado psicológico de la pérdida, especialmente cuando se localiza en la cara, los senos, los genitales y el colon.

De manera particular, los factores psicológicos relacionados con el diagnóstico de este tipo de enfermedad tienen gran importancia en la génesis de muchos trastornos sexuales. El descubrimiento de una enfermedad maligna representa un acontecimiento altamente traumatizante que lleva



inmediatamente a temores muy legítimos sobre las posibilidades de supervivencia. Aunque la reacción que cada paciente experimenta está relacionada en parte con el tipo específico de enfermedad y con su pronóstico, cabe afirmar que el tipo de respuesta habitualmente observado, activa simultáneamente ansiedad, angustia y sensación de desesperación. Esta fase de la reacción presenta a menudo un fuerte componente de negación, que puede avanzar hasta fundirse con un proceso de despersonalización en el que el paciente se percibe a sí mismo aparte del cuerpo que le ha traicionado. (Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985).

Por todo lo anterior es que los pacientes con cáncer se encuentran en un amargo dilema: Mientras que una fuente de temor reside en el conocimiento del desorden interno, de las células neoplásicas que crecen y trastornan el equilibrio y arquitectura del organismo provocando un intenso deseo de reequilibrio, cura y supervivencia, por otro lado, se ve igualado a otros temores de fuerza parecida relacionado a las implicaciones que del tratamiento resultan como posibles mutilaciones, dolores y pérdida de fuerza física. Además, durante el tratamiento, el paciente experimenta a menudo una sensación de incomodidad física y de indignidad, resultado tanto de una intervención quirúrgica como del producto de otros tipos de terapia. Un ejemplo de esto pueden ser los problemas vinculados a la imagen corporal por la pérdida de cabello; las náuseas y vómitos que acompañan a la terapia por radiaciones o a la quimioterapia, las cuales suelen provocar fuertes sentimientos de repulsión y una sensación de pérdida de control sobre el propio cuerpo.

En el presente estudio las partes en donde el cáncer puede tener un impacto directo en la función sexual serían vagina, cérvix, útero, ovario, endometrio, vulva, senos y áreas colo-rectales, abordando su tratamiento, manejo y rehabilitación de los trastornos en el deseo sexual, excitación,

orgasmo y resolución en la mujer incluyendo algunas sugerencias prácticas hacia la paciente y su pareja.

## **Oncología Ginecológica**

Los tumores que se incluyen dentro del cáncer ginecológico son los de cérvix, útero, endometrio, ovario, vagina, vulva, colo-rectal y seno. Su tratamiento varía de acuerdo al tipo de tumor y a la etapa del mismo.

La literatura de las dos últimas décadas con respecto al impacto sexual del cáncer ginecológico es vulnerable a críticas de tipo metodológico. Sin embargo, se ha observado que durante los primeros meses después del diagnóstico y tratamiento son el momento en que el deseo y el funcionamiento sexual se ven perjudicados.

Los tumores ginecológicos no han merecido en general gran consideración como elementos que interfieren la vida sexual, pese a que el médico puede observar con cierta frecuencia este aspecto en el paciente. En este grupo de trastornos tan variado pueden surgir dificultades sexuales debidos a la presencia de una enfermedad incapacitante, como resultado de dispareunias derivadas de factores mecánicos, necrosis de los tejidos, infecciones secundarias o intervenciones quirúrgicas y, por último, como consecuencia de aspectos estéticos o psicológicos.

En cuanto al estado de vida sexual de pacientes sobrevivientes de cáncer ginecológico en un largo plazo, la literatura reporta que una proporción significativa de mujeres en este caso experimenta dificultades sexuales permanentes después del tratamiento y que las mujeres con dificultades

sexuales relacionadas al tratamiento en curso desean y se benefician de un orientador sexual. (Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989). Si las mujeres con este tipo de problemática no cuentan con ningún tipo de intervención, la disfunción sexual puede persistir pese a un buen ajuste psicológico y marital post-tratamiento. (Brown, 1972; Dempsey, 1975; Sewell y Edwards, 1980; citados en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989).

Ngan y colaboradores (1994) refieren en un estudio llevado a cabo en mujeres con diferentes problemas asociados con cáncer ginecológico que la mayoría de las parejas casadas mantenían una buena relación marital aunque el 78% redujo o cesó su actividad sexual.

En 1989, Andersen, B. evaluó a mujeres en una etapa temprana de cáncer ginecológico, después de que se les dio su diagnóstico y antes de que iniciaran su tratamiento; posteriormente las volvió a evaluar a los 4, 8 y 12 meses post-tratamiento. Sus resultados reportan que no hubo una interrupción de la conducta sexual global, pero la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyó a causa de la enfermedad. El 30% de las pacientes fueron diagnosticadas con al menos una disfunción sexual. Además, la autora indicó que el primer problema que surge ante el proceso de la enfermedad y su tratamiento en estas pacientes es la frecuencia de las relaciones sexuales, la cual disminuye de un promedio de 9.5 ocasiones por mes a 6-7 ocasiones por mes durante el período post-tratamiento. Las mujeres de este estudio reportaron estar concientes de que a partir de la enfermedad y con el seguimiento de su tratamiento había disminuído su disponibilidad para actividades de tipo sexual con sus parejas y experimentaban el sentirse poco excitadas sexualmente, lo cual lo relacionaban con la recurrencia de problemas como dispareunia y menopausia prematura.

## ○ ***Tumores del Cuello del Útero y del Útero.***

Los tumores malignos en México son la segunda causa de muerte de la población femenina; entre ellos, de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias en México (RHNM), el cáncer cervico-uterino ocupa el primer lugar con respecto a localización con un 23.1% del total registrado. Las cifras señalan que este tipo de cáncer también ocupa la primera posición en la población femenina con el 35.9%. Esta patología afecta a mujeres a partir de la segunda década de vida, siendo el grupo de mujeres cuyas edades fluctúan entre los 35 y 44 años las más afectadas.

En la etiología del cáncer cérvico-uterino intervienen múltiples factores: es predisponente el incremento de la edad; y, promotores, el temprano inicio de la vida sexual, la presencia anterior de dos o más parejas sexuales, la edad temprana en el primer embarazo, tres o más partos precedentes, uno o varios abortos, antecedentes de infecciones genitales y el tabaquismo. Un factor inductor o covariable es la presencia de infecciones del cérvix, principalmente por el virus del papiloma humano (VPH), del cual existen actualmente más de 70 subtipos identificados en el tracto genital, de los cuales, los tipos 16 y 18 son de alto riesgo en proporciones que varían de 40 a 90% para el desarrollo del cáncer cérvico uterino invasor.

La presencia de tumores benignos o malignos del útero o del cuello causan en ocasiones dispareunia o se interfieren en la fisiología de la excitación sexual; estas disfunciones sexuales pueden llegar a ser síntomas indicadores, junto con otros síntomas, los que pueden llevar a la mujer a tener una consulta médica especializada y/o a practicarse exámenes como el papanicolaou para detectar y atender el origen del malestar de manera oportuna. Sin embargo, tal y como Vincent y colaboradores (1975) reportan, en muchas ocasiones la disfuncionalidad sexual es raramente referida por la paciente. En su estudio,

este autor encontró que el 80% de pacientes con cáncer cervical deseaba más información acerca de sexo, no obstante, el 75% también dijo que no mencionarían dicho interés por sí mismas (Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989); éste hallazgo enfatiza la necesidad del personal para tomar la iniciativa en discusiones del impacto sexual que el tratamiento implica, previniendo además el que la atención médica se posponga de manera que el diagnóstico sea tardío y la enfermedad incurable.

Una vez que se ha detectado y diagnosticado un cáncer de este tipo, la terapia de radiación y las técnicas quirúrgicas son los procedimientos habitualmente empleados (frecuentemente de manera simultánea). Cuando la vejiga o el recto han sido invadidos por el carcinoma, se utilizan técnicas quirúrgicas suprarradicales, la evisceración pélvica total y la evisceración anterior (salvando el recto pero extirpando todas las demás estructuras pélvicas, incluyendo la vejiga y la vagina) las cuales no son compatibles con la continuidad de la función sexual, sin embargo, aunque se utilicen medidas quirúrgicas menos drásticas, pueden evidenciarse profundos efectos en la actividad sexual como resultado de los cambios orgánicos originados.

La histerectomía de Wertheim extirpa el tercio superior de la vagina y el útero, de modo que la longitud de la vagina queda considerablemente reducida y la elasticidad funcional de ésta puede quedar todavía más disminuída debido a la cicatrización; la reanudación del coito en tales circunstancias debe realizarse con gran cuidado.

En tales circunstancias es importante considerar como lo mencionan Lederberg, M. y Massie, M. (1993), la preparación psicológica de la mujer para una menopausia prematura y ante la esterilidad, las cuales se asocian a la quimioterapia; así como para el funcionamiento sexual alterado que resulta de la cirugía ginecológica, tanto por motivos médico-físicos como psico-

emocionales; lo cual ofrece grandes ventajas en la disminución de las inevitables reacciones adversas.

Dentro de la respuesta emocional que se presenta, el temor constituye un factor importante en las dificultades coitales que siguen a la radiación o a la cirugía en el tratamiento del carcinoma del cuello del útero. En ciertos casos, se observa como un temor a la recurrencia de la enfermedad (Kolodny, R. C., Masters, W. H., Johnson, V. E., 1985) o una prevención de la pareja ante el posible daño que pueda causar a la mujer, mientras que a veces, con menor frecuencia, es el temor del hombre el que se encuentra presente ante la fantasía de contraer él mismo un cáncer. Existen otras razones psicológicas que pueden limitar también el interés y las respuestas sexuales, ya que como Seibel (1980) (citado en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989) menciona, algunas pero no todas las disfunciones sexuales pueden atribuirse a fibrosis, estenosis vaginal y disminución de lubricación asociada a radioterapia; es por ello que en todos los casos, una adecuada evaluación de la historia sexual previa al tratamiento será un dato de interés para el posterior consejo a la paciente.

Algunos datos sobre la incidencia de disfuncionalidad sexual en mujeres con cáncer cervical son referidos por Cull, A. en 1993, quien refiere haber estudiado una muestra de 83 mujeres exitosamente tratadas por cáncer cervical con cirugía o radioterapia. Este autor observó que en el 73% de mujeres sexualmente activas, el funcionamiento sexual post-tratamiento fue significativamente menor que el recuerdo subjetivo del funcionamiento sexual premórbido.

De acuerdo al tipo de tratamiento empleado, algunos autores han reportado una mayor incidencia de disfunción sexual después de radioterapia que de cirugía. (Decker y Schwartzman, 1962; Abitbol y Davenport, 1974;

Vincent, 1975 y Seibel, 1982; citados en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989). A este respecto, Abitbol y Davenport (citados en Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985) refieren que de acuerdo a sus observaciones los efectos de la terapia por radiación son más perjudiciales que los de la cirugía ya que 22 de las 28 mujeres de su estudio tratadas mediante radiación presentaron o una cesación completa de la actividad sexual (25%), o un notable descenso de la frecuencia de actividad sexual (53.6%), en comparación con las 2 mujeres entre 32 (6.3%) que presentaron esas características después del tratamiento quirúrgico de carcinoma en el cuello del útero. Además, una tercera parte de la mujeres que recibieron terapia combinada de radiación y de cirugía presentaron una frecuencia menor de actividad sexual aunque, ninguna informó de ninguna cesación completa. Una característica importante es que en casi todos los casos de trastornos sexuales informados en este estudio, se apuntaba una notable distorsión anatómica pélvica y vaginal.

Los tratamientos para los cambios que se presentan en la vagina, los cuales, como ya se ha dicho, son inducidos por la cirugía y la radioterapia, deben proporcionar a las pacientes educación, apoyo e información sobre el uso de lubricantes. Algunas de las recomendaciones esenciales en estos casos es intentar llevar a cabo la relación sexual en diferentes posiciones tratando de maximizar la comodidad de la mujer; la posición que la ubica a ella encima de su pareja le ofrece un mayor control sobre el momento y el grado de la penetración, lo cual a su vez le ayuda a sentirse menos ansiosa y responder más fácilmente. Un régimen de dilatación vaginal usado con regularidad, con el apoyo de dilatadores vaginales, es fácilmente aprendido y practicado y puede ser de gran ayuda a la mujer con estenosis moderada en combinación con lubricantes. Resulta importante también, atender y adecuar el tiempo previo a la relación sexual y permitir una respuesta de excitación completamente desarrollada, ya que no es inusual que se vea disminuida por el tratamiento.

## ○ *Tumores en los Ovarios.*

El cáncer de ovario en México es una neoplasia muy frecuente, no obstante, altos porcentajes de este tipo de cáncer se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad debido a las características asintomáticas propias de la enfermedad. La información más reciente (1994) muestra que el cáncer de ovario se colocó en quinto lugar como causa de mortalidad por tumores malignos.

De acuerdo con el RHNM, el cáncer de ovario ocupó el décimo lugar respecto a la localización general y tercera posición en la población femenina, lo que corresponde al 2.2% del total registrado. Es un cáncer frecuente en las mujeres; puede aparecer desde la niñez y su incidencia aumenta conforme avanza la edad, siendo el mayor número de casos reportado el que corresponde a personas en el intervalo de 40 a 44 años de edad.

En cuanto a su etiología, se ha observado que la infertilidad, el uso de estimulantes de la ovulación, talcos y duchas vaginales son factores descritos como de riesgo, así como la historia familiar, donde la probabilidad de padecer este tipo de cáncer es menor de 2% cuando no hay antecedentes familiares, pero aumenta a 7% cuando dos o más parientes cercanos (madre o hermana) se han visto afectadas. Dentro de los factores ambientales se ha observado que una dieta rica en grasa se asocia con un incremento en el riesgo de padecer cáncer de ovario epitelial; y, dentro de factores endocrinos, la menarca temprana, la menopausia tardía y la nuliparidad se asocian con un incremento en el riesgo.

El carcinoma del ovario es particularmente problemático porque su diagnóstico no suele realizarse hasta que el curso de la enfermedad ya está relativamente avanzado. En general, los tumores ováricos no interfieren la actividad sexual; entre las excepciones a esta afirmación se encuentran las



siguientes condiciones: 1) el rompimiento de un quiste ovárico puede causar dolor abdominal agudo o hemorragia intra-abdominal; 2) la torsión de un ovario que contenga un quiste o un tumor puede provocar dolor abdominal intermitente crónico y dispareunia; 3) en raras ocasiones, algunos tumores ováricos producen andrógenos y, por consiguiente, un estado de defeminización seguida de masculinización, cuyos signos son el hirsutismo, la calvicie temporal, la hipertrofia del clítoris, el ahuecamiento de la voz, la atrofia de las mamas y un modelo masculino de desarrollo muscular, y 4) el carcinoma de los ovarios puede producir ascitis, con las correspondientes dificultades mecánicas, o diversas anomalías endócrinas, con efectos metabólicos que provoquen trastornos en la capacidad de respuesta o en el interés sexual. Ciertos tipos de tumores ováricos, pueden ir acompañados de infertilidad, amenorrea, obesidad e hirsutismo, lo que condiciona un conjunto de rasgos que suelen ejercer un efecto perjudicial en la autoestima y en la propia imagen de la mujer, además de centrar sus ansiedades en los problemas reproductivos (Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985).

El tratamiento para el cáncer de ovario implica escisión quirúrgica o "remoción" del tumor, lo cual generalmente incluye histerectomía y ooforectomía, seguida de quimioterapia periódica durante al menos un año de seguimiento. En estos casos, el deseo sexual puede disminuirse durante un largo período mientras la salud se va recuperando, además de que la cirugía induce la menopausia y la pérdida de la posibilidad de reproducirse.

Por otro lado, las mujeres con cánceres ováricos que hayan desarrollado metástasis, pueden ser tratados mediante quimioterapia antineoplásica tras cirugía. En éste tipo de pacientes, aunque el uso de quimioterapia puede mejorar notablemente las posibilidades de supervivencia, los síntomas de la enfermedad principal y los efectos secundarios de la quimioterapia producen problemas de tratamiento de enorme magnitud en todos los niveles, y la

sexualidad no es una excepción. Además, Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., (1985) refieren que si en el tratamiento de estos casos se emplean altas dosis de testosterona, debe advertirse que la libido puede verse aumentada, aun cuando la enfermedad esté muy extendida. Es por ello que el médico que atiende a pacientes de esta categoría debe estar conciente del hecho de que, pese a la enfermedad metastásica y el temor a la muerte, algunos pacientes pueden continuar deseando la actividad sexual y requerir consejos que les ayuden a tratar los problemas físicos que puedan surgir, así como que se les anime y se les de "permiso" para que estén totalmente seguros de que es correcto tener deseo y práctica sexual.

Sobre la incidencia de disfunciones sexuales en pacientes con cáncer de ovario son escasos los estudios que se han llevado a cabo. Un reporte que está a nuestro alcance fue publicado en 1994 por Thranov, I. y Klee, M., que interesados en establecer la prevalencia de actividad sexual en pacientes con cáncer ginecológico (endometrio, cervical y ovario) encontraron lo siguiente: el 74% de las pacientes y 42% de sus parejas tenían poco o ningún deseo de relaciones sexuales, no obstante, el 54% de las pacientes eran sexualmente activas. Entre las pacientes sexualmente activas el 40% experimentó dispareunia. Finalmente, de todas las pacientes con una pareja, sólo el 22% expresaron estar insatisfechas con su vida sexual o con la falta de la misma.

## ***Cáncer en otras Areas Ginecológicas***

El RHNM, refiere el 1% como neoplasias en otros órganos genitales femeninos del total registrado; ocupando el duodécimo sitio en la población femenina con un porcentaje del 1.5%.

## **○ Tumores en el Endometrio.**

Es poco lo que se ha estudiado con respecto al cáncer de endometrio. Esta patología manifiesta un incremento de incidencia en los años perimenopáusicos, observándose primordialmente en mujeres entre los 55 y 66 años de edad.

Los datos sugieren que la estimulación estrogénica continua del endometrio se vincula con su etiología. De acuerdo a este punto de vista, la estimulación estrogénica podría disminuir o incrementar mediante fuentes endógenas (p.ej. anovulación; y, estrona periférica, la cual es muy alta en mujeres obesas y postmenopáusicas) y fuentes exógenas (p.ej. terapia de remplazo estrogénico). Su tratamiento generalmente consiste de histerectomía abdominal total y salpingo-ooforectomía bilateral, radioterapia o una combinación con terapia hormonal.

En relación al cáncer de endometrio son pocos los estudios que se han hecho sobre el impacto sexual que produce, sin embargo, reportes no publicados de Auchincloss, S. (1989) indican una incidencia de disfunción sexual comparable con otros tipos de cáncer ginecológico, con 75% de mujeres que refieren dificultades sexuales después de haber sido tratadas por cáncer de endometrio y 33% que refieren haber cesado totalmente su vida sexual después del tratamiento.

## **○ Tumores de la Vulva.**

El carcinoma epidermoide o epitelioma espinocelular de la vulva es raro, aparece principalmente en mujeres postmenopáusicas y comprende el 95% o

más de las enfermedades malignas de la vulva. Datos publicados por Andersen, B. en 1993 reportan que epidemiológicamente la edad promedio de un carcinoma *in situ* y la enfermedad invasiva temprana es de 48 años, mientras que la media de edad en mujeres con enfermedad invasiva es de 65 años para mujeres de raza blanca y de 55 para las de raza negra.

En muchas pacientes con carcinoma epidermoide, la leucoplasia de la vulva (cambios en los tejidos que dan una apariencia microscópica distintiva de pre malignidad y que se caracterizan principalmente por unas lesiones en forma de parches de color gris blancuzco, que pueden ser eritematosas o edematosas) precede al desarrollo de un cáncer de vulva. Otras causas menos frecuentes de malignización vulvar son el adenocarcinoma, el carcinoma de células basales y el melanoma maligno.

Aunque la leucoplasia o el carcinoma no invasivo *in situ* pueden tratarse mediante una vulvectomía simple, la mayoría de las enfermedades malignas vulvares deben tratarse mediante vulvectomía radical, la cual remueve los labios mayores y menores, el clítoris y los nodos linfáticos inguinales. Tras esta intervención quirúrgica se utilizan habitualmente injertos de piel laminares; con todo, puede haber dificultades residuales con dispareunia, aunque no haya sido alterada quirúrgicamente la propia vagina. En ciertos casos, la estenosis postoperatoria de la entrada vaginal puede complicar la situación; este estadio puede remediarse habitualmente mediante simples técnicas quirúrgicas correctivas. (Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985). Las pacientes más jóvenes que se someten a injertos laminares tras vulvectomía han logrado con éxito en ocasiones partos vaginales con episiotomía (Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985).

Los efectos sexuales y psicológicos que aparecen ante el cáncer de vulva han sido desafortunadamente poco estudiados. En relación a la respuesta sexual

posterior a los procedimientos empleados hay autores que refieren que ni la respuesta orgásmica ni los aspectos fisiológicos de la excitación sexual sufren merma alguna aunque la intervención incluya la extirpación de una porción de clítoris, que en ocasiones puede quedar afectado por el tumor, mientras que Auchincloss, S. (1989) refiere que las pacientes pueden experimentar cambios en la sensación evocada por la relación sexual y el orgasmo.

Acerca del impacto que provocan las técnicas quirúrgicas radicales en la calidad de vida de pacientes con una enfermedad microinvasiva en la vulva, DiSaia y colaboradores (1979) (citado en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) aportaron observaciones valiosas al comparar los reportes de funcionamiento sexual de dos mujeres atendidas mediante vulvectomía radical con 18 pacientes atendidas con una amplia escisión local. Las pacientes atendidas mediante escisión local reportaron seguir manteniendo la respuesta de orgasmo y otras respuestas sexuales mientras que aquellas mujeres atendidas mediante vulvectomía radical eran en su totalidad anorgásmicas.

En la misma línea de investigación que compara los efectos que tienen en la sexualidad los diferentes tratamientos para el cáncer vulvar, Andersen y colaboradores (1993) reportan no haber encontrado diferencias significativas al contrastar los efectos del tratamiento quirúrgico vs. laser vs. tratamiento combinado. Sin embargo, lo que si se observa claramente es un contraste en la respuesta sexual de mujeres con tumoración *in situ* en comparación con aquellas que padecen una enfermedad invasiva; y aunque los reportes son limitados debido a la poca cantidad de casos estudiados y a que las evaluaciones eran retrospectivas, la tendencia general de datos observados fue consistente con lo siguiente: al menos entre el 30 y 50% de las pacientes llegan a abandonar su vida sexual; y aquellas mujeres que continúan siendo sexualmente activas, el 60-70% tienen múltiples disfunciones sexuales.

Por otro lado, Weimar, S. y colaboradores (1991) (citado en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) llevaron a cabo un estudio longitudinal en 7 mujeres atendidas por cáncer de vulva durante 2 años post-tratamiento. Sus datos mostraron que hubo una reducción notable en la frecuencia de comportamiento sexual en todas las pacientes, así como una interrupción del deseo sexual y excitación durante los primeros 6 meses, con mejorías hacia los 12 meses, las cuales se mantenían estables durante los otros 12 meses. No obstante, el 50% refirió un incremento de sensaciones negativas durante la excitación sexual.

Sobre la respuesta psicológica que los procedimientos ante el cáncer vulvar se evocan Stelman (1984) (citado en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989) señala que los afectos predominantemente observados son sentimientos de carácter depresivo y de aislamiento; y, de manera particular, en las mujeres que abandonan su vida sexual se ha observado que algunos de los factores que contribuyen a ello es la presencia de sentimientos negadores sobre los cambios físico-corporales y dispareunia severa por tener un introito demasiado angosto.

### **○ *Tumores de la Vagina.***

El carcinoma de la vagina es una enfermedad relativamente infrecuente, aunque otros cánceres primitivos pueden extenderse o pueden formarse metástasis en la vagina. Un síntoma tardío del carcinoma vaginal es habitualmente la dispareunia; entre los síntomas que primero aparecen se observan la hemorragia y la supuración vaginales.

El uso de terapia de radiación en el tratamiento del carcinoma vaginal es problemático por diversas razones. Los tumores locales en la mitad externa de

la vagina son difíciles de tratar mediante implantación de radioterapia; la vejiga y el recto pueden sufrir complicaciones post-radiación debido a su proximidad anatómica; los índices de curación son desalentadoramente bajos. Por estas razones se emplea a menudo la cirugía pélvica para el tratamiento de estos cánceres vaginales. Entre las intervenciones más habituales pueden encontrarse la histerectomía radical de Wertheim con vaginectomía y linfadenectomía pélvica, aunque las lesiones extendidas requieren habitualmente técnicas de evisceración pélvica.

Las perspectivas de una continuación de la actividad sexual tras una operación quirúrgica mayor en la vagina son muy pocas. A pesar de que la actividad no coital puede seguir siendo una opción viable, según el estado de salud posterior de la mujer, el coito queda excluido por la extensión de la actividad quirúrgica. Si se ha empleado terapia de radiación, la situación puede verse complicada por vaginitis, proctitis o por formación de fístulas. Además, la reacción tanto de la mujer como del compañero sexual a la propia enfermedad y a las alteraciones de la anatomía genital posteriores al tratamiento pueden producir dificultades sexuales. Sin embargo, en ciertos casos, el estado de la anatomía genital tras la operación puede permitir la reanudación del coito; en tales circunstancias es aconsejable a menudo sugerir el uso de lubricación artificial, dado que la lubricación vaginal suele quedar significativamente disminuida como resultado de las cicatrices y de los cambios en el flujo sanguíneo en lo que quede de la mucosa vaginal. Para estar en posibilidad de dar indicaciones precisas a las mujeres sometidas a tales operaciones es importante que una evaluación exhaustiva de la historia sexual previa y de los sentimientos presentes se realice de manera individual.

Un caso distinto se presenta en las mujeres que tienen la capacidad de realizar el coito; en estas pacientes lo que se ha observado es una queja por la disminución de la excitación sexual y por la pérdida de capacidad de respuesta

orgásmica, aunque no existen en la actualidad estudios que describan la frecuencia con que aparece este fenómeno.

Kolodny, R. C., Masters, W. H., y Johnson, V. E., (1985) señalan que en todos los casos de cáncer vaginal debe prestarse atención a la posibilidad de la creación quirúrgica de una nueva vagina, siempre que esto sea posible, teniendo en cuenta el uso postoperatorio de dilatadores para prevenir la estenosis y el uso adecuado de cremas de composición hormonal y antibiótica.

### ***○ Cáncer Colorectal.***

De acuerdo con el RHNM el cáncer de colon y recto ocupan el decimocuarto y decimosexto sitios con un 1.8% y 1.6% respectivamente; y de acuerdo con la población femenina ocupan el decimotercero y decimocuarto sitio por topografía con 1.4% y 1.2%.

Entre los principales factores de riesgo se encuentran la edad, los antecedentes de enfermedades intestinales y de familiares con padecimientos de cáncer. Actualmente las estrategias de detección temprana de este tipo de cáncer se llevan a cabo mediante pruebas de excremento sangrado, examen recto digital y proctosigmoidoscopia. Dependiendo del sitio del tumor, puede manifestar síntomas o llegar a ser inciertos e incluso pasar desapercibidos. La cirugía es el principal tratamiento de atención y en ocasiones se combina con radioterapia.

Este tipo de cáncer y los efectos de su tratamiento en la respuesta sexual femenina, al igual que en los casos anteriores han sido poco estudiados. Cuando la cirugía se ha llevado a cabo la paciente debe enfrentarse a las



consecuencias psicológicas y prácticas de la colostomía en su funcionamiento sexual siendo la respuesta inicial ante este procedimiento impactante, paralizante o negadora. Sutherland y colaboradores (1952) al estudiar las respuestas psicológicas a la colostomía encontraron que la sexualidad en ambos sexos puede restringirse más allá de las limitaciones físicas que necesariamente la cirugía provoca.

En relación a la respuesta psicológica que el cáncer colorectal provoca se ha detectado la presencia de estados depresivos, pobre imagen corporal y preocupación por gases y mal olor. (Dlin, Periman y Ringold citados en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989). Mientras que Druss (1979) (citado en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989) además de detectar sentimientos de depresión, refirió la presencia de ira sin tener a quien culpar y de estar mutilado, además un profundo temor a convertirse en alguien repugnante o a estar incapacitado para mantenerse limpio y/o asearse.

La incidencia de problemas post-operatorios en las fases de deseo, excitación y orgasmo, así como dispareunia no se han determinado aún para esta población.

### ***○ Cáncer de Seno.***

El cáncer de seno ocupa el segundo sitio respecto a la localización general y femenina después del cáncer cérvico uterino. En 1994, se notificaron un total de 62,725 casos de neoplasias malignas, de las cuales según topografía, el cáncer de mama correspondió a un 10.2% del total. Este padecimiento se reporta desde la segunda década de vida y se incrementa rápidamente hasta

alcanzar sus niveles máximos entre los 40-44 y los 45-49 años; después de la quinta década muestra un descenso paulatino. Además, este tipo de cáncer se colocó en tercer lugar como causa de mortalidad por tumores malignos con una tasa de 6.0 por 100,000 mujeres. (RHNM, INEGI, 1985-1994).

Numerosos estudios han vinculado la incidencia del cáncer de la glándula mamaria con la edad de presentación de la menarquía y el retraso en la aparición de la menopausia; además, se ha observado que un mayor tiempo de duración de los ciclos ovulatorios en la mujer afecta la actividad ovárica y aumenta el riesgo de cáncer mamario. La paridad y la edad del primer nacimiento son otros factores hormonales endógenos que influyen en el riesgo de cáncer de la glándula mamaria; siendo las mujeres nulíparas quienes tienen mayores probabilidades de desarrollarlo en comparación con mujeres multíparas. Otros factores que han sugerido una posible relación con este tipo de cáncer son la alta ingesta de grasa animal y el uso de anticonceptivos orales, siendo estos últimos motivo de grandes estudios, y, aún y cuando el riesgo parece ser menor, su desarrollo depende del tiempo de uso de los mismos. Finalmente, aquellas mujeres con historia familiar de cáncer de mama tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

El tratamiento para el cáncer de mama es inicialmente quirúrgico con una mastectomía radical o simple y lumpectomía con radiación. También puede atenderse por radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal o una combinación de éstas en función del transcurso del padecimiento.

Existen actualmente diversas controversias respecto al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Una de ellas es aquella que intenta dilucidar cual es la técnica quirúrgica correcta que debe emplearse en las paciente con este tipo de cáncer, centrándose la discusión en el cuestionamiento sobre si realmente debe practicarse una mastectomía radical en todas las pacientes o si

esta puede ser remplazada por una mastectomía simple o "lumpectomía" (extirpación del tumor y de parte del tejido que lo rodea, dejando la mama relativamente intacta) en casos de tumores localizados.

Según el tipo de operación efectuada pueden surgir diversas complicaciones que representen limitaciones físicas en el proceso de recuperación. Si hay metástasis, pueden combinarse con la cirugía otras técnicas terapéuticas (entre ellas la terapia por radiación, la quimioterapia, la terapia hormonal o los procedimientos endocrinos ablativos) que en cada caso abren la posibilidad de otras complicaciones, que a su vez pueden crear problemas sexuales. Es por ello que Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1985) refieren que el tipo de operación utilizado en el tratamiento de cáncer de mama puede tener importantes implicaciones en la adecuación sexual post-operatoria de la paciente. Algunos de ellos son los siguientes: si las mujeres son tratadas mediante la administración de andrógenos, puede observarse una virilización y un aumento de la libido; las mujeres tratadas por ooforectomía o hipofisectomía (extirpación de la hipófisis) para inducir una remisión de dichas metástasis llegan a presentar característicamente deficiencia en estrógenos y disminución de la lubricación vaginal, así como atrofia vaginal, que a su vez puede causar con frecuencia dispareunia. (Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985).

Estas controversias mencionadas no pueden ser vistas únicamente a la luz de la atención médica y sexual, sino que debe considerarse también su vínculo con las vivencias psicoemocionales de las pacientes considerando tal y como Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A. (1991) puntualizan, el hecho de que si los tratamientos para el cáncer en general son aversivos, la mastectomía radical puede ser considerado como uno de los más traumáticos y puede provocar en la paciente representaciones distintas a otros tratamientos, debido al simbolismo que este órgano posee, como veremos más adelante. Es por ello

que, volvemos a hacer hincapié en la importancia y necesidad no sólo de realizar estudios más específicos que evalúen entre otras cosas cómo influyen los diferentes tratamientos en la mujer en general sino examinar de manera particular la posición personal de la paciente en su forma de vida e historia específica. Algunos de los aspectos que debieran incluirse son la presencia o ausencia de una depresión de importancia clínica, el modelo de actividad sexual anterior, la naturaleza de la relación entre la pareja y la capacidad general de la paciente para hacer frente a los hechos de la vida.

De no presentarse alguna complicación médica excepcional, la paciente sometida a mastectomía estará físicamente capacitada para reanudar la actividad sexual cuando abandone el hospital. Sin embargo, la determinación de su capacidad psicológica para tal relación comporta muchos factores que deben ser constatados antes de dar instrucciones a la paciente en uno u otro sentido. Inducir a los cónyuges a reanudar la actividad sexual demasiado pronto puede resultar psicológicamente perjudicial para ambos; es por ello que el médico debe mostrarse muy juicioso a este respecto, en lugar de seguir líneas muy rígidas de tratamiento.

## CAPÍTULO II SEXUALIDAD Y CÁNCER

En el capítulo anterior, además de introducirnos al tema de interés mediante la consideración de la aparición de la enfermedad dentro del ciclo de vida y las diferentes áreas que afecta, se describieron también algunos datos epidemiológicos de cada uno de los diferentes tipos de cáncer, ampliamente divididos en cáncer ginecológico y cáncer de seno, así como factores etiológicos, los principales tratamientos y procedimientos específicos que se llevan a cabo y algunos de los efectos que éstos tienen en la vida sexual de las pacientes, documentando en cada caso los resultados de investigaciones que anteceden el presente estudio.

En este capítulo abordaremos de manera más amplia una serie de aspectos de sexualidad y de la respuesta sexual humana, para posteriormente observar la manera en que ésta se ve alterada por la presencia del cáncer y concluir con la descripción de algunas de las propuestas de atención para minimizar el impacto que la enfermedad ejerce en la mujer.

Hablar de sexualidad implica tener presente un conjunto de aspectos, ya que involucra en el individuo tanto sentimientos como actitudes, convicciones, mitos y tabúes de diferente índole los cuales se deben a que la sexualidad se encuentra inmersa en una sociedad e historia cultural que le determinan ciertas normas en la conducta sexual. Sin embargo, debido a su carácter pluridimensional es que cada persona experimentará la sexualidad de manera

distinta, de aquí que autores como Cull, A. (1993) al evaluar el funcionamiento sexual haga referencia del mismo como "recuerdo subjetivo".

Por su parte, Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. C., (1982) refieren a la sexualidad como una dimensión de la personalidad y no exclusivamente como la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica; la cual, debido a su amplitud puede ser estudiada a través de cinco dimensiones: biológica, psicosocial, conductual, clínica y cultural.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) define la sexualidad como el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y socio-cultural que diferencia a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social. (CONAPO, 1982).

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la salud sexual como "la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor" (citado en Alvarez-Gayou, 1986).

Considerando todo lo anteriormente dicho, la sexualidad puede verse como un proceso que comprende un patrón de conducta humana que involucra aspectos anatómicos, fisiológicos, psicológicos y socio-culturales mediante los cuales el individuo conforma su propia personalidad adquiriendo una serie de conocimientos, valores, creencias, actitudes, costumbres, normas y patrones de comportamiento sexual los cuales van a tener inicio desde el momento mismo del nacimiento y que se van transformando en su expresión hasta la muerte.

Debido a la complejidad del proceso, la respuesta sexual humana ha sido una de las manifestaciones de la sexualidad que ha sido ampliamente estudiada, detectando no solo sus componentes sino también las posibles dificultades y problemas que dentro del proceso puedan estar presentes dando lugar a un mal funcionamiento sexual, lo que será tratado en el siguiente apartado.

## **DISFUNCIONES SEXUALES**

Alvarez-Gayou (1986) define a las disfunciones sexuales como alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, las cuales van a provocar molestias y problemas al individuo y/o a la pareja.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-IV (1996) los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual, clasificando las disfunciones sexuales en la mujer de la siguiente manera:

### **➤ Trastornos del Deseo Sexual:**

- a) Deseo sexual hipoactivo.
- b) Trastorno por aversión al sexo.

### **➤ Trastornos de la Excitación Sexual:**

- a) Trastornos de la excitación sexual en la mujer.

➤ **Trastornos del Orgasmo:**

a) Trastorno orgásmico femenino.

➤ **Trastornos Sexuales por Dolor:**

a) Dispareunia.

b) Vaginismo.

Una séptima disfunción sexual que no es considerada por el DSM - IV, sino que es referida por Alvarez-Gayou, J. L. (1986) es la Disritmia, la cual consiste en la insatisfacción de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia de deseo sexual. Los antecedentes de esta disfunción han sido planteados por Kaplan, H. en 1979 (citada en Alvarez-Gayou, J. L. 1986), quien la considera junto con la apatía sexual como disfunciones de la fase de deseo sexual equiparándolas a lo que sería el deseo sexual inhibido o hipoactivo.

El DSM-IV considera como un diagnóstico diferencial a los Trastornos Sexuales debidos a una Enfermedad Médica cuando la disfunción se presenta exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad, siendo necesario para su diagnóstico el contar con pruebas de laboratorio, exploración física e historia clínica; que el trastorno provoque un malestar o dificultad en las relaciones interpersonales; y, ausencia de algún trastorno mental mayor.

Finalmente, el diagnóstico de trastorno sexual puede establecerse con el subtipo de "debido a factores combinados" cuando se considera que la combinación de factores psicológicos y de una enfermedad médica



desempeñan un factor etiológico en el inicio, gravedad, exacerbación y persistencia del trastorno.

Además, existen discrepancias en relación al tiempo de duración sintomática necesario para la asignación del diagnóstico clínico, ya que la Historia Clínica Codificada para la Sexualidad Femenina (Souza, M., Cárdenas, J., Montero, M. y Mendoza, L., 1987) requiere un mínimo de 5 años de presencia del síntoma para determinar que puede diagnosticarse la disfunción; mientras que el DSM - IV hace hincapié en que los criterios diagnósticos no pretenden especificar una frecuencia mínima de las situaciones evaluadas, sino que refiere con las palabras "persistente, recurrente y recidivante" la necesidad de hacer uso de criterios clínicos que consideren factores como la edad de aparición, frecuencia y cronicidad del síntoma, así como el malestar subjetivo y el efecto que tenga sobre otras áreas de actividad del individuo que lo padece. Finalmente, la Clasificación Internacional de las Enfermedades - 10 (CIE - 10) establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses para asignar el diagnóstico de disfuncionalidad sexual.

Hellen Kaplan (1983) (citado en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989) se ha ocupado extensamente en la evaluación y tratamiento de los trastornos sexuales, para ello desarrolló un modelo de entrevista para examinar dichos problemas en pacientes sanos y médicamente enfermos. Esta entrevista contempla ampliamente diferentes aspectos de la sexualidad siendo la respuesta sexual configurada mediante el modelo trifásico de deseo-excitación-orgasmo, el cual es considerado también por Holland, J. y Rowland, J., (1989) para evaluar a los pacientes con cáncer. A diferencia de Hellen Kaplan, Andersen, B. y Elliot, M. (1993) al considerar el estudio del funcionamiento sexual con pacientes con cáncer, tomaron en cuenta las cuatro fases del ciclo de respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo y resolución, con sus

correspondientes disfunciones, siendo poco lo que se ha investigado y aportado en relación a la última fase de resolución.

En relación a la prevalencia de disfuncionalidad sexual existen múltiples reportes en diferentes poblaciones (Masters, W. H., y Johnson, V. E., 1982; Delvin, D. 1985; Nathan, S., 1986 y Spector, I. y Carey, M. 1990), así como de los diversos factores estudiados y que pudieran estar relacionados con la aparición de la disfunción como lo es la edad (Schiavi, 1990); la información teórica (Kinsey, 1982; Kaplan, H. 1982; Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1983 y López, 1983; citados en Ramos, G. 1990); mitos y tabúes (Chiu, J. 1990); comunicación entre la pareja y antecedentes de masturbación (Kelly, 1990) y experiencias sexuales traumáticas durante la adolescencia (McCabe, 1989).

De acuerdo con los datos reportados por Spector, I. y Carey, P. en 1990, al hacer una revisión de 23 diferentes estudios sobre la prevalencia de disfuncionalidad sexual se detecta que la inhibición orgásmica femenina es la dificultad sexual mayormente citada por los autores observándose un intervalo de prevalencia que va desde el 18% (Brancroft & Coles, 1976; citado en Spector, I. y Carey, P. en 1990) al 76% (Frank, 1976; citado en Spector, I. y Carey, P. en 1990), siendo el primero un estudio realizado en una población del Reino Unido y el segundo llevado a cabo en los Estados Unidos.

En relación a los trastornos de la fase del deseo los datos reportan que éste es uno de los problemas que más se presenta en las mujeres y por el cual llegan a solicitar ayuda mostrando una prevalencia del 70% según datos de LoPiccolo y Friedman en 1988 (citados en Spector, I. y Carey, P. en 1990), los cuales muestran un patrón similar comparado con lo detectado por Renshaw (1988) (citado en Spector, I. y Carey, P. en 1990) del 60.2%.

Las investigaciones realizadas para evaluar los trastornos en la respuesta de excitación reportan los siguientes resultados en poblaciones de clínicas de terapia sexual: 51% de acuerdo al reporte de Hawton en 1982; 57% registrado por Frank, E. y 62% según Bancroft, J. y Coles, L., ambos en 1976; datos que se observan significativamente disminuidos en estudios comunitarios que registran para la misma disfunción un 11% (Levine y Yost, 1976), 14% (Schover, 1981) y 48% (Frank, 1978) de las poblaciones estudiadas. (Spector, I. y Carey, P. en 1990).

Finalmente, las proporciones para el vaginismo varían de 12 a 17% en las mujeres que se presentan a las clínicas por problemas de disfunción sexual (Bancroft y Coles, 1976; Hawton, 1982; y Masters y Johnson, 1970); y del 3% (Hawton, 1982) al 5.1% (Renshaw, 1988) para dispareunia en poblaciones clínicas; mientras que en poblaciones comunitarias ésta última varía en una proporción de 8% (Schover, 1981) a 23% (Hite, 1977). (Citados en Spector, I. y Carey, P. en 1990).

Cabe señalar que la revisión que se llevó a cabo de estos estudios permitió someter a evaluación el por qué de las diferencias entre los mismos, atribuyendo al tipo de metodología empleada tales resultados y haciendo hincapié de manera particular a la selección de sujetos y representatividad de la muestra; al tipo de evaluaciones, siendo la entrevista y los cuestionarios de autoreporte los instrumentos comúnmente empleados, de los cuales se considera a la entrevista como un método adecuado ya que permite probar con *más detalle* y exactitud los datos a diferencia de los cuestionarios de autoreporte; y, la clasificación o diagnósticos, tomando en cuenta la importancia de emplear definiciones operacionales mediante criterios objetivos, lo cual plantea un problema en relación a las disfunciones sexuales las cuales implican para su diagnóstico el empleo de *juicios clínicos tal y como lo plantea el DSM-IV (1996)*, no obstante, la propuesta es la delimitación de criterios que

definan la disfunción creando sistemas de clasificación comunes para dar confiabilidad dentro y entre los diferentes estudios.

Si a esto agregamos como se mencionó anteriormente que tanto la sexualidad como su disfuncionalidad se encuentran relacionada con múltiples factores, siendo aquellos de índole histórico-socio-culturales los que pueden marcar grandes diferencias de una población a otra y de persona a persona, resulta de gran importancia observar este tipo de sugerencias en el manejo de las estadísticas y datos precedentes en la realización de comparaciones e inferencias cuando se les toma como punto de referencia.

Es por ello que los siguientes datos resultan de gran valor para el presente estudio ya que refieren la prevalencia de disfuncionalidad sexual en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) el cual fue llevado a cabo en 1994 en una muestra representativa y mediante una entrevista codificada de sexualidad femenina, la cual, entre los diversos aspectos que evalúa, considera a las disfunciones sexuales de acuerdo al DSM-IV.

Lo que Sánchez, C., Morales-Carmona, F., González, G., Souza, M. y Romo, M. (1997) encontraron en la población del INPer fue que el 52% de las pacientes de su estudio tenían al menos una disfunción sexual, siendo la disritmia la disfunción sexual más frecuentemente observada seguida por deseo sexual hipoactivo e inhibición del orgasmo. Además, otro dato interesante es que el promedio de disfunciones sexuales por paciente corresponde a 2.25, con un intervalo que va desde una disfunción con un total de 75 pacientes hasta la presencia de 2 casos que manifestaron tener la 7 disfunciones sexuales evaluadas.

Lo que estos datos nos aportan al presente estudio, es la importancia de considerar que muchos de los problemas sexuales que las mujeres con cáncer

padecen, pudieran ser trastornos ya presentes antes de la enfermedad, siendo el cáncer un "disparador" que permite su explicitación, o bien, una situación que viene a hacerlos en su momento un problema más complejo aún.

En este contexto, el agregar el factor "enfermedad" nos permite suponer que el deseo sexual se verá frecuentemente disminuido o tempranamente perdido independientemente del tipo de enfermedad que se padezca, y que al volver el estado de salud, el deseo sexual se recuperará de manera gradual. En este proceso el cáncer no es una excepción, sin embargo, el significado que un padecimiento como el que éste implica nos plantea una circunstancia diferente a cualquier otra enfermedad.

Tal y como fue descrito en el capítulo anterior, sabemos que la mayoría de las causas orgánicas de este problema se relacionan con los tratamientos que alteran el área genital, los cuales en las circunstancias más complejas llegan a trastornar el soporte hormonal del deseo y las estructuras neurológicas, vasculares y endócrinas, que a su vez influyen sobre cada fase de la respuesta sexual, tanto a nivel médico como al impacto psicológico de la enfermedad. Sin embargo, antes de involucrarnos en la problemática que se desencadena en el ciclo de respuesta sexual en pacientes con cáncer es importante mencionar que en una situación sexual normal en la mujer, el deseo sexual la conduce a un estado de excitación sexual, implicando la lubricación y tumescencia vaginal; y, con una estimulación sexual suficiente y continua, la excitación sexual conduce al orgasmo.

La importancia de señalar esto radica en que, tal y como Kaplan, H. (citada en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989) describe, si un problema en las fases de excitación u orgasmo persiste a través del tiempo, es muy probable la aparición de problemas en fases precedentes. En otras palabras, los problemas en la fase de orgasmo conducen a la aparición de

problemas en la fase de excitación, y esta a su vez, conduce a otra serie de problemas pero en la fase de deseo. Es por ello que los trastornos en la fase de orgasmo son más fáciles de atender; que los problemas en la fase de excitación; y a su vez, que los trastornos de la fase de deseo sean más difíciles aún que los anteriores. Esto es porque, un problema en la fase de orgasmo, generalmente significa una respuesta sana de deseo y excitación; además de que las causas tanto físicas como psicológicas por las cuales se ve perjudicado no son de gran magnitud; mientras que, en contraste con ello, un problema en la fase de deseo tiene una mayor probabilidad de significar o una gran barrera psicológica a la respuesta sexual, un problema físico serio o la presencia de ambos factores simultáneamente, lo cual requerirá de un tratamiento diferente, intensivo y más largo para obtener resultados óptimos.

Una vez señalado esto, nos encontramos en la posibilidad de analizar los problemas que de manera particular se presentan en las pacientes con cáncer en relación al ciclo de respuesta sexual humana, siendo importante tener en mente todo lo que con anterioridad ha sido descrito.

### ➤ ***Problemas en la Fase de Deseo.***

La pérdida de deseo sexual es común en pacientes con cáncer, siendo la ansiedad que el diagnóstico y el tratamiento provocan la principal característica que lo explican. Posterior a ello, se espera que el deseo sexual se recupere gradualmente.

La frecuencia de la pérdida de deseo sexual durante o después del tratamiento por cáncer no ha sido establecida. Sin embargo, de acuerdo a las observaciones y experiencia clínica de Auchincloss (1989), puede decirse que el deseo sexual se disminuye o se pierde durante la fase de tratamiento activo,

mientras que Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1985) y Flores Lozano J. A. (1994) refieren que es posible observar el quebrantamiento del deseo sexual posteriormente a la intervención quirúrgica y a los tratamientos quimioterapéuticos. La explicación que el primer autor ofrece es que en el momento del tratamiento activo las pacientes centran toda su atención en las consecuencias y resultados directos del cáncer, así como en los efectos colaterales del tratamiento y en el estrés emocional que implica, lo cual permite la observación de la evasión de situaciones sexuales, las cuales, con el tiempo, pueden llegar a convertirse en un patrón de comportamiento.

Las pacientes que experimentan pérdida de deseo durante el tratamiento requieren información y apoyo al respecto, mencionando con claridad que lo que les ocurre es normal y que cuando el tratamiento termine, la respuesta sexual gradualmente regresará conforme la salud se recupera y que cualquier problema persistente con la respuesta sexual puede ser atendido aún después de que el tratamiento por cáncer en sí mismo haya terminado.

Otra preocupación que se encuentra presente en muchas pacientes durante su tratamiento se relaciona con el efecto que la pérdida de sexualidad pueda presentarse en su pareja y en el futuro de la relación. Algunas de ellas llegan a sentir que la privación sexual como consecuencia de los tratamientos del cáncer, limita a sus parejas, hecho que les angustia y entristece por lo suponen la pareja está sintiendo.

Otra característica que es común observar durante los meses, e incluso, años de seguimiento posterior al tratamiento, es que las pacientes revelan que nunca reanudaron su vida sexual. Nuevamente, la incidencia de este problema no ha sido evaluado en la mayoría de los cánceres, aunque pareciera ser que para algunas cirugías radicales por cáncer ginecológico, una abstinencia completa de la sexualidad después del tratamiento es aparentemente la norma.

No obstante, de acuerdo con lo que Auchincloss (1989) refiere, la pérdida del deseo post-tratamiento y la evasión sexual es común en mujeres jóvenes sexualmente activas previamente tratadas por cáncer independientemente del tipo de tratamiento efectuado. La explicación que este autor propone es que como la pareja puede no haber tenido relaciones sexuales durante meses, mientras que quien padece el cáncer estaba siendo atendido, puede haber dificultades para "volver a acostumbrarse" nuevamente a la vida sexual una vez que el tratamiento ha sido concluido; mientras que en otras ocasiones, la pérdida de deseo se relaciona con los cambios en la apariencia provocados por el tratamiento, tales como la pérdida de cabello, aumento o disminución de peso, cambios en la piel, cicatrices quirúrgicas, pérdida del seno o de algún otro miembro y presencia de prótesis o aparatos y equipo especiales. Las reacciones que tanto la paciente como su pareja pueden tener inicialmente ante dichos cambios de apariencia son ansiedad, evasión y/o depresión, los cuales impiden la reanudación de la actividad sexual.

La ausencia de deseo sexual puede continuar durante la recuperación psicológica del tratamiento por cáncer. En aquellas pacientes que no cuentan con una pareja sexual y que se están recuperando después del tratamiento, pueden aplazar su vida sexual hasta el momento de haber enfrentado y resuelto exitosamente otros aspectos como el reincorporarse al trabajo, recuperar una apariencia más sana e imaginar cuándo y cómo discutir sobre el tratamiento y las consecuencias del cáncer con una posible pareja; esto le puede llevar a las pacientes 1 o 2 años, y en ocasiones más tiempo, lo cual se profundizará más adelante como parte de la discusión de los aspectos emocionales vinculados al cáncer.

Una complicación más se presenta cuando la evasión sexual actual tiene antecedentes de haber sido un problema en la pareja previo al cáncer, el cual puede exacerbarse con el tratamiento o cuando una preferencia particular o



patrón para hacer el amor se ha visto interrumpido de alguna manera por el cáncer y/o sus consecuencias. De acuerdo con Auchincloss (1989) en las parejas mayores pueden llegar a presentarse problemas más severos para hacer nuevos ajustes en su repertorio y acomodar la realidad al cambio físico después del tratamiento, así como necesitar más apoyo y consejo en esta área.

Un aspecto particular que debe ser considerado cuando se observa la pérdida de deseo sexual posterior al tratamiento de cáncer es la *aversión sexual*, la cual se define como una aversión o evitación extrema de todo contacto sexual genital con la pareja sexual. En el caso de las pacientes con cáncer, son pocos los casos de aversión sexual que han sido descritos, a pesar de que los tratamientos radicales como la mastectomía sin reconstrucción, vulvectomía y exenteración pélvica provocan situaciones de estrés crónico y sentimientos aversivos hacia el cuerpo de la mujer y hacia su sexualidad en general.

El tratamiento de problemas de la fase de deseo puede ser difícil y lento. Si al llevar a cabo una evaluación minuciosa de la sexualidad se detecta que la pareja padece este tipo de problemas y que son persistentes, deben ser referidos a una atención especializada de disfunción sexual.

### ➤ ***Problemas en la Fase de Excitación.***

La fase de excitación sexual en la mujer incluye las respuestas de tumescencia y lubricación vaginal y es mediada por estructuras neurológicas y vasculares y por actividad hormonal. Los criterios psicológicos de este problema enfatizan la ausencia de sentimientos de excitación sexual y placer durante la actividad sexual.

De acuerdo con Andersen, Anderson y DeProsse (1989) (citados en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) la excitación sexual es la fase que más problemas presenta en las pacientes con cáncer pélvico; y además señalan, que este problema no se encuentra relacionado con la ansiedad, sino que lo explican como una capacidad limitada de la paciente para llegar a excitarse y experimentar placer sexual; pero, autores como Auchincloss, S. (1989) afirman que este tipo de dificultades pueden presentarse como resultado tanto de la ansiedad como del resultado del tratamiento (cirugía pélvica, radioterapia o quimioterapia), señalando que lo que ocurre es que la lubricación vaginal sea insuficiente, lo cual a su vez hace que la relación sexual sea dolorosa y por tanto frecuentemente conduce a la mujer a evitar la sexualidad.

Durante el tratamiento de cáncer, la respuesta de excitación en la mujer puede estar disminuida por estrés, fatiga, ansiedad, así como por ingesta de algunos medicamentos. Sin embargo, después del tratamiento, la excitación debería volver gradualmente a su estado normal, a menos que el tratamiento en sí mismo haya afectado las estructuras implicadas en su respuesta.

Algunas de las consecuencias que los tratamientos para combatir el cáncer provocan en esta fase de la respuesta sexual humana son los siguientes:

La *cirugía* y la *radioterapia* en el área de la pelvis pueden llegar a interrumpir las vías neurales y vasculares que controlan la tumescencia y lubricación vaginal; de no ser así en el caso particular de la radioterapia en la zona pélvica puede provocar fibrosis no solo de los nervios y los vasos sanguíneos que apoyan la excitación sino también de la vagina en sí misma, proceso gradual que puede ser prevenido o revertirse en un grado significativo mediante el uso regular de lubricantes y difatadores vaginales.

La pérdida de la función ovárica o adrenalínica puede ocurrir por la *cirugía* o como resultado de la *quimioterapia* o *radiación* en la pelvis; cuando esto ocurre, las mujeres experimentan frecuentemente una pérdida de lubricación y resequedad vaginal, lo cual ocasiona que la relación sexual sea incómoda o dolorosa, además que con el tiempo, la insuficiencia estrogénica provoca cierto grado de atrofia de la mucosa vaginal, que a su vez provoca irritación y hace aún más dolorosa la relación sexual.

Otra posible consecuencia de la *cirugía pélvica* son los cambios anatómicos resultantes posteriores a ella, los cuales pueden presentar dificultades sexuales debido al acortamiento y estrechez de la vagina. Finalmente, debe tenerse en cuenta que algunos *procedimientos ginecológicos radicales* producen respuestas especiales, ya que pueden llevar a la pérdida de estructuras internas o externas conectadas con la respuesta sexual como son los labios menores y mayores, el clítoris, la vagina, el útero y los ovarios. Por ejemplo, las mujeres tratadas por cáncer de vulva con vulvectomía radical experimentan cambios significativos en la fase de excitación, ya que se enfrentan a la pérdida del clítoris y el área genital externa, por lo que necesitarán encontrar formas de estimulación que las haga experimentar placer y sentirse mejor. El resultado de cualquiera de estas condiciones es el que la relación sexual sea dolorosa, lo cual, de no atenderse puede llevar a la mujer a una evasión total de la sexualidad.

La presencia de dolor como consecuencia directa de los tratamientos implica la necesidad de que sea meticulosamente evaluado considerando su naturaleza e inicio, si impide o no la penetración, así como su persistencia durante la relación. Es importante tener esto claro, ya que cuando la vagina está irritada por radiación o insuficiencia estrogénica y no se ha indicado ningún tratamiento médico, o cuando hay cambios en la vagina por cirugía, el dolor persistirá, lo que puede rápidamente destruir el deseo sexual y llevar a la

mujer a una evitación de la sexualidad en su totalidad; es por ello que dada la dificultad del problema y las complicaciones de atenderlo, las principales repercusiones se dan a nivel de pareja, siendo necesario y de suma importancia brindar apoyo sexual dirigiendo en gran parte la atención hacia el manejo del miedo ante el dolor mismo.

En casos como los anteriores, el papel de la pareja es esencial para llevar a cabo los procesos de adaptación necesarios. Uno de los problemas que debe manejarse y que es común observar en las parejas que se encuentran en un estado continuo de ansiedad es que una vez que el tratamiento para el cáncer ha finalizado frecuentemente dedican menos tiempo al preámbulo o juego amoroso previo a la relación sexual por lo que la respuesta sexual de la mujer no se desarrolla de manera completa, percibiendo la relación sexual como algo incómodo en diferentes grados, además, dado que a la paciente le preocupa la posibilidad de llegar a ser una carga para su pareja o llegar a parecerle una mujer dañada que se encuentra aún enferma, le resulta imposible mencionar el miedo que tiene; simultáneamente, la pareja sexual frecuentemente tiene la sensación del cambio pero no sabe como manejar la situación, por lo que opta por apresurar la relación sexual para evitarle a ella cualquier incomodidad, sin embargo, esta dinámica más que favorecer, provoca que con el tiempo ambos lleguen a perder el deseo sexual y a evitar la sexualidad por completo.

Una posibilidad con la que estas pacientes cuentan es el manejo por el cual algunas áreas que previamente no eran experimentadas como sexuales y eróticas puedan llegar a serlo, y otras puedan volverse más sensibles; la finalidad de procesos como estos es que diferentes zonas erógenas lleguen a desarrollarse y erotizarse mediante diferentes tipos de estimulación en áreas donde se encontraba el clítoris, estimulación vaginal u otros sitios de manera que tanto la excitación como el orgasmo puedan alcanzarse.

## ➤ **Problemas en la Fase de Orgasmo.**

La incapacidad de tener un orgasmo o la presencia de cambios en el orgasmo pueden resultar por los efectos tanto físicos como psicológicos del tratamiento de cáncer.

Aunque la anorgasmia en las mujeres es un problema común en la población sana, los problemas con el orgasmo no constituyen una queja clínica frecuente en las pacientes con cáncer. (Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989). Sin embargo, las estructuras neurológicas, vasculares y endócrinas que gobiernan la respuesta de orgasmo son incuestionablemente influenciadas por el tratamiento de cáncer, lo que provoca que se vea directamente afectado. Específicamente, la *cirugía* y la *radiación* llegan a afectar los vasos sanguíneos y los nervios centrales y periféricos que gobiernan el orgasmo, además de que muchos de los fármacos que se emplean de manera conjunta al tratamiento de cáncer pueden llegar a impedir su respuesta. En relación a los efectos que los diferentes agentes de la *quimioterapia* en particular tienen sobre el orgasmo, poco es lo que se sabe.

En relación a la respuesta psicológica que puede provocar este tipo de problemas sabemos que la presencia de estrés, fatiga y ansiedad en cualquier momento de la recuperación puede provocar que el orgasmo se retarde, siendo necesario que en algunos casos la paciente requiera una mayor estimulación y más directa del clítoris para llegar al orgasmo. Además, cualquier tipo de miedo o angustia que la paciente experimente durante la relación sexual puede distraerla y hacer que el orgasmo se dificulte o sea imposible. A este respecto Auchincloss, S. (1989) menciona que las principales preocupaciones de la mujer y que inciden en esta fase de la respuesta sexual están relacionadas con la posibilidad de muerte, el qué tan deseable es para su pareja, las relaciones

interpersonales en general, la respuesta familiar, el trabajo, la economía y finanzas y el miedo al dolor. Estas y otras causas psicológicas, más que las condiciones físicas son probablemente responsables de la disfunción orgásmica en la mujer.

El tipo de evaluación necesaria en este tipo de casos, además de lo ya mencionado con anterioridad, resalta la importancia de identificar el tipo de estimulación mediante la cual cada paciente alcanzaba el orgasmo previamente a la aparición del cáncer, así como la duración del mismo, de manera que se consiga como ya se dijo en el apartado anterior la posibilidad de que diferentes zonas erógenas lleguen a desarrollarse y erotizarse favoreciendo hasta donde sea posible alternativas que le permitan a la mujer alcanzar el orgasmo.

### ➤ ***Problemas en la Fase de Resolución.***

La disfuncionalidad en la fase de resolución no ha sido previamente estudiada ni diagnosticada, de hecho, no existe ningún apartado dentro de las clasificaciones de disfunciones sexuales que considere que algún tipo de disfunción pueda manifestarse. En el caso de las pacientes con cáncer Andersen, B. y Elliot, M. (1993) refieren que la mujer experimenta una interrupción significativa de la respuesta fisiológica en el período post-relación sexual. Desde el punto de vista psicológico, aparece una evaluación negativa de su desempeño y funcionamiento sexual general y/o puede estar presente de manera significativa un dolor intenso o residual ante la relación. Es importante tomar en cuenta estos aspectos para comprender y evaluar objetivamente sus implicaciones.

## OTROS FACTORES QUE INFLUYEN LA RESPUESTA SEXUAL

Además de las consecuencias que el cáncer provoca en la sexualidad de acuerdo al ciclo de respuesta sexual humano, son otros los factores los que también han sido estudiados en esta población y que inciden de manera directa en la sexualidad, los cuales nos aportan diferentes datos en relación a la forma en que repercutirán en la paciente.

Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A. (1991) refieren que al abordar aspectos de sexualidad es importante descartar dos aspectos que son determinantes en su manifestación: la *edad* de la paciente y el *tiempo* de la enfermedad.

En cuanto a la edad se ha dicho que en las pacientes de más de 55 años que presentan cáncer, se produce casi una desaparición de la realización y deseo sexual, las cuales prevalecen en forma de "resignación y espera" que a su vez produce un desplazamiento de las manifestaciones sexuales. Con frecuencia se observa una *desexualización* de la realidad que viene unida con la asociación de la vejez cercana y la idea de muerte, produciendo una *pasivización e inhibición sexual*, dejando a la sexualidad como algo fuera de lugar, fuera de las expectativas legítimas de su edad y de la enfermedad. Sin embargo, esta posición de desexualización conlleva a una sensación de *despersonalización*, porque la sexualidad, que es la vivencia de las sensaciones placenteras, es inherente a la constitución del sujeto.

Mientras que en las pacientes de menor edad, si bien al inicio de la enfermedad hay un *desplazamiento sintomático de la sexualidad*, con el paso de algún tiempo vuelven a su realización, aunque va a existir un remanente de

*temor imaginario* que parece retener sus vivencias, lo que se vincula a la posible reactivación de la enfermedad como consecuencia de cualquier intensificación de las vivencias y de las sensaciones. Además, se ha observado que, el mantener o iniciar una relación de pareja después del tratamiento por cáncer es un agente estresor en mujeres jóvenes.

En relación al *tiempo* de enfermedad, en su inicio, la sexualidad sufre una "suspensión", quedando como "fuera de lugar", en una vivencia agotada de melancolía que en algunos casos puede llegar a tener una aversión tan profunda, que la mujer evita de manera activa cualquier contacto sexual. Con el paso de algún tiempo, la sexualidad puede volver a ocupar un lugar en el deseo de la paciente. (Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A., 1991; y, Flores Lozano, J. A., 1994). En el siguiente capítulo se mencionarán de manera más amplia los diferentes criterios de tiempo que los autores manejan para la recuperación emocional de la paciente.

Otro aspecto que ha sido extensamente estudiado tiene que ver con la *localización físico-corporal* del cáncer ya que tanto la mama como el área genital, se vinculan directamente con las zonas erógenas, con la imagen corporal, la identidad y el funcionamiento sexual. La influencia que estos factores tienen en conjunto en las pacientes con cáncer, es que en el momento mismo de la aparición de la enfermedad se establece una asociación entre la misma y la sensación de pérdida de los intereses personales de deseo y, sobre todo, en lo imaginario de ser deseada; además de que se pone en juego la feminidad y el posible grado de perderla a partir de la enfermedad, es decir, el grado de afección a ser femenina. Estas cuestiones, que se hacen a nivel inconsciente, le suponen a la mujer una serie de dudas con respecto a sus relaciones con los demás, pero sobre todo, en su relación de pareja, cuestionándose tanto el valor que ella le confiere como el que le confíe su pareja a la enfermedad y a su "falla" corporal. Todo lo anterior va a desvirtuar



y a desplazar sintomáticamente la vivencia sexual, produciéndose tal sintomatología de manera conjunta a una serie de manifestaciones psico-emocionales en función de esta falla imaginaria, en la que su elaboración dependerá de la estructura de personalidad de la paciente, del tiempo de enfermedad y de la calidad de las relaciones de pareja y familiares. Aspectos como los que aquí se mencionan serán ampliamente explicados en el capítulo siguiente ya que su comprensión se estructura considerando los significados simbólicos que tanto los senos como el área genital poseen.

En relación a los *tratamientos* se han generado dos grandes líneas de investigación que evalúan su relación con el desempeño de la sexualidad. La primera línea de investigación pretende caracterizar los efectos que las diferentes cirugías provocan en la respuesta sexual, mientras que la segunda, compara los mismos efectos pero entre los diferentes tratamientos.

De acuerdo con Auchincloss, S. (1989) una respuesta generalmente observada en las mujeres con cáncer es que la preocupación de la paciente sobre el impacto del tratamiento en el funcionamiento sexual parece ser menor en el momento del tratamiento mismo, ya que el interés se encuentra justamente en concluirlo; y, parece ser mayor cuando ha terminado, debido a que es en ese momento en el cual los efectos psicológicos experimentados ante el tratamiento de cáncer caen con todo su peso. Además, Dennerstein y cols. (citado en Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985) reportan que los estados de ansiedad pre-operatoria ante la posibilidad de disminuir la sexualidad por la intervención quirúrgica tienen una correlación significativa con la aparición de dificultades sexuales post-operatorias.

En el caso particular del cáncer cérvico-uterino, el cual es el tipo de cáncer más común en las mujeres mexicanas y que generalmente es atendido mediante *histerectomía*, pueden presentarse diferentes alteraciones en la

sexualidad como consecuencia tanto de factores biológicos como psicosociales.

En algunos casos, los problemas sexuales que se presentan después de una histerectomía son una evolución de dificultades que ya existían con anterioridad. Este tipo de casos puede ejemplificarse mediante aquellos en que las mujeres asocian su sexualidad principalmente con la reproducción, ante lo cual experimentarán un descenso en la libido y un debilitamiento de la capacidad de respuesta sexual posterior a la cirugía, ya sea por lo que la pérdida le supone en sus expectativas o porque valora muy poco la actividad sexual no dirigida a la reproducción. Además, esto se complica cuando ante la histerectomía una mujer llega a ser infértil y no tiene satisfecha su paridad lo cual incrementa el sentimiento de culpa que resulta de su enfermedad y de su vida sexual pasada.

Otro tipo de casos se presentan cuando la mujer ha padecido dispareunia como resultado del padecimiento que la ha llevado a ser intervenida, asociando posterior a ello una serie de aspectos negativos respecto a la actividad sexual, lo que la lleva a evitar cualquier tipo de contacto sexual y a sentir mucha angustia ante la posibilidad de que su malestar persista o recurra.

Finalmente, Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1985) mencionan el caso de mujeres que creen que su actividad sexual quedará bruscamente interrumpida a la llegada de la menopausia, en las cuales se presentan dificultades si ante la histerectomía conciben el cese de menstruación como un equivalente de la menopausia.

En ciertas pacientes, la reacción observada ante la histerectomía es totalmente opuesta a lo anteriormente señalado. La mujer que se ve aliviada de una dismenorrea acentuada o que se libera de los síntomas de dispareunia

como resultado de la cirugía puede ver facilitada su capacidad de respuesta sexual. De modo similar, aquellas mujeres que temen un embarazo no deseado o el riesgo de que el cáncer haga metástasis pueden experimentar un aumento de la libido y una mejora en la satisfacción sexual tras someterse a una histerectomía.

Si las mujeres han sido sometidas a *ooforectomía e histerectomía* simultáneamente, pueden empezar a mostrar síntomas post-menopáusicos independientemente de la edad en que se realice la intervención, entre los cuales, la disminución de la lubricación vaginal y los cambios atróficos de la mucosa vaginal son los más propensos a producir incomodidad durante el coito o a representar un impedimento para la actividad sexual. Además, tal y como ya fue mencionado, la excitación sexual puede verse debilitada como causa de la deficiencia estrogénica a pesar de que la libido se muestre inalterada; lamentablemente, de acuerdo a los datos de Dennerstein y cols. (citado en Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985), la terapia post-operatoria de reposición de estrógeno no mejora la libido en los casos en que se encuentra disminuída, ni la capacidad de alcanzar el orgasmo, ni facilita la lubricación vaginal ni el disfrute de la sexualidad, aunque parecería que el remplazo estrogénico podría reducir la aparición de dispareunia. Estos datos han sido corroborados por Utian y cols. (Citado en Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985). Por otra parte, el acortamiento vaginal que la histerectomía produce puede contribuir a la aparición de sentimientos subjetivos en la mujer con relación a que su vagina es "demasiado corta" para poder tener relaciones sexuales, siendo necesario considerar que en ocasiones la presencia de ruptura vascular y nerviosa puede llegar a interrumpir la sensibilidad y la respuesta orgásmica, llevando a los mismos sentimientos incapacitantes, pero con una causa orgánica justificable.

En su investigación Dennerstein y cols. (citado en Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985), estudiaron a 89 pacientes que habían sido sometidas a histerectomía y ooforectomía en las cuales encontraron que el 37% describían un deterioro de las relaciones sexuales tras la operación, mientras que en el 34% la capacidad de respuesta sexual había mejorado. Esto corrobora el hecho de que los antecedentes sexuales inciden de diferente manera en las consecuencias que un procedimiento quirúrgico como este provoca.

En un segundo plano, más no menos importante, se encuentra la reacción de la pareja sexual de la mujer sometida a histerectomía, la cual parece ser un factor determinante y de gran importancia para la adecuación subsiguiente de la sexualidad. Algunos aspectos que pueden observarse a este respecto son los siguientes: Si el compañero sexual identifica la extirpación del útero con la pérdida de la libido o con la disminución de la femineidad, puede comenzar inadvertidamente o propositivamente a evitar la interacción sexual con su pareja; además, aquellos hombres que no comprenden la naturaleza de la anatomía femenina o los resultados funcionales de la histerectomía pueden alojar en su mente muchos conceptos erróneos respecto a la sexualidad posterior a una operación de este tipo; y finalmente, es común observar que los hombres que aparentan indiferencia ante la cirugía pueden sentirse ansiosos o culpables respecto a la posterior actividad sexual con sus compañeras. Estas son algunas de las razones por lo que resulta importante el incluir a la pareja en los diferentes servicios del equipo de salud, sobre todo a aquellas consultas en las que los detalles de la intervención sean explicados, así como en las que se informe y aclaren las posibles consecuencias y opciones sexuales, brindando la oportunidad de aclarar las dudas, temores y mitos que tornan con respecto a tales intervenciones y permitir la explicitación y manejo de los afectos que todo lo anterior provoca.

Ante la presencia de un tumor maligno en los senos, la *mastectomía* es el principal tratamiento técnico-quirúrgico que se lleva a cabo. En relación a este procedimiento, González, R. (1990) lo refiere como un trauma de efectos multifactoriales físicos, psico-sociales y existenciales. De acuerdo con este autor, estos factores van a incidir en todas las áreas de funcionamiento de la paciente, provocando alteración en la imagen corporal (incidiendo en las relaciones sociales, maritales y sexuales), además de que provoca la aparición de alteraciones orgánicas, consecuencia psicológicas por el tipo de tratamiento, así como la presencia continua del fantasma omnipresente de una enfermedad grave llamada *cáncer*. Debido a esta combinación multifactorial es que González, R. (1990) refiere que el padecimiento de cáncer sitúa al paciente en un área intermedia entre la realidad y la fantasía.

Por su parte, Flores Lozano (1994) señala que uno de los aspectos cruciales del patrón de respuesta de la mujer ante la mastectomía va a depender de conceptos relativos sobre sexualidad, feminidad y a valores y cánones sociales; un segundo elemento va a estar relacionado con la respuesta de la pareja sexual; y finalmente, ubica la habilidad y sensibilidad con que el equipo de salud suministre información, apoyo, cuidados y sugerencias específicas en la rehabilitación como aspectos que resultan también de gran importancia.

La agresión física de la cirugía de mama es tal, que origina en la mujer además del miedo a morir y a quedar desfigurada, miedo hacia sí misma, con un componente de extrañeza y vergüenza que la lleva a evitar cualquier tipo de contacto sexual; y, por otro lado, existe un temor a la respuesta de los demás, centrado en el dolor al rechazo en forma de aversión o desprecio, primordialmente de la reacción de la pareja; o del rechazo en forma de "piedad", lo cual la lleva a creer que realmente ha sido disminuida, incompleta y carente de valor, reflejándose todo ello en graves problemas de *autoestima*.

De acuerdo a los datos obtenidos por Lyon (1977) (citado en González, R., 1990) en un estudio llevado a cabo con pacientes mastectomizadas se observó que el 85% de las mujeres expresan dudas sobre su feminidad; el 70%, preocupaciones sobre imagen corporal; el 12%, son incapaces de mirarse en el espejo o mostrarse desnudas ante sus parejas; y el 8% sentían miedo a ser rechazadas. Algunos afectos que se observan ante tales situaciones son la aparición de sentimientos de amargura y resentimiento, timidez y excesiva sensibilidad a la crítica, de los cuales se hablará ampliamente en el siguiente capítulo.

Diferentes autores están de acuerdo en que el comportamiento sexual en la mujer mastectomizada sufre cambios de manera substancial. Entre ellos TARRIER (1984) observó que el 33% de las pacientes con cáncer de mama desarrolla problemas sexuales al sentirse incapaces de superar la pérdida; mientras que Maguire y colaboradores (1978) (citados en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989) encontraron que el 27% de sus pacientes tenían severos problemas sexuales 4 meses después de la cirugía, y que se mantenían de manera moderada o severa en el 33% al año de la intervención. En contraste con lo anterior, Armstrong y Abrahams (1978) (citados en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989), reportan pocos cambios en el funcionamiento sexual después de la mastectomía.

En vista de que se observaban alteraciones en esta área y con la intención de reunir una base sistemática de datos sobre el impacto que ejerce tal intervención en la conducta y actitudes sexuales fue que el Masters & Johnson Institute llevó a cabo un estudio piloto en el cual se examinaron las experiencias de la mujer previas a una mastectomía. En este estudio se encontró que durante el período de 3 meses inmediatamente posterior a la intervención, se apuntaban numerosos cambios en la conducta sexual en

relación a la frecuencia anterior a la mastectomía. Entre ellos se observó que el 49% de las pacientes habían reanudado su actividad sexual en el mes siguiente al abandono del hospital, aunque una tercera parte de las mujeres no volvieron a efectuar el coito hasta los 6 meses después de la hospitalización. El porcentaje de mujeres que experimentaba el orgasmo disminuía tras la mastectomía, de un 61 a un 45%, mientras que el porcentaje de mujeres que no obtenían nunca o rara vez el orgasmo ascendía del 17% anterior a la mastectomía al 40% en los 3 primeros meses posteriores a la intervención. La frecuencia coital también tras la cirugía ya que mientras que un 52% de las pacientes informaban el mantener actividad sexual por lo menos una vez a la semana antes de la intervención, sólo un 35% afirmaban continuar con el ritmo coital anterior durante los 3 primeros meses de recuperación.

Algunas de las conductas que manifestaron un cambio significativo fueron las siguientes:

Las mujeres que antes de la intervención acostumbraban *tomar la iniciativa en la actividad sexual*, evitaban, por lo general, tal conducta tras la mastectomía; aproximadamente más de la mitad de las pacientes optaba a que fuesen sus compañeros sexuales quienes tomaran la iniciativa para la relación sexual.

Además, la frecuencia de la *estimulación de las mamas* como parte de la actividad sexual disminuía significativamente, lo cual nos indica no sólo una evitación del pecho restante por parte del cónyuge o compañero sexual, sino una marcada preferencia por parte de la mujer de no recibir estimulación sexual en las mamas. De acuerdo Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1985) en muchas mujeres ocurre que la estimulación de la mama y del pezón disminuye como causa principal de excitación sexual, lo cual se mantiene a través del tiempo en un promedio de 8 años tras la intervención.

La *posición para la relación sexual* es otra de las conductas que se ve modificada en las pacientes mastectomizadas ya que se ha observado que el número de mujeres que no utiliza nunca la posición de la mujer sobre el hombre en el coito triplica su proporción tras la cirugía, lo que indica que la visión directa de la mama que falta, que se hace más evidente en esta posición, resulta problemática para la mujer, para su compañero o para ambos.

Finalmente, la *desnudez* completa tras la actividad sexual disminuye también considerablemente en la mujer, lo cual puede reflejar la presencia de un sinnúmero de sentimientos inaceptables en ella, así como una falta de aceptación por parte del cónyuge; de cualquier manera, es necesario comprender y evaluar dichos aspectos a profundidad para alcanzar un mayor entendimiento de la respuesta emocional evocada, lo cual se retomará en el siguiente capítulo.

En cuanto a la incidencia de disfuncionalidad sexual asociada directamente a la mastectomía podemos encontrar datos como los que reportó Druss (1969) quien observó que en el 28% de mujeres que habían sido intervenidas mediante esta técnica había disminuido el deseo sexual de manera significativa y que el 21% tenían dispareunia. Además, los resultados referidos por Maguire y colaboradores (1978) (citado en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) señalan que los principales problemas sexuales a nivel de respuesta sexual humana observados en estas pacientes eran la pérdida del deseo sexual y la disminución de la excitación sexual en proporciones que varían entre el 30 y 40%.

Por su parte, Tarrier (1984) (citado en González, R., 1990) señala que el 75% de mujeres mastectomizadas nunca vuelven a una vida normal explicando que los cambios comportamentales que se presentan en estas mujeres a partir de la mastectomía se entienden en virtud de que se produce una disminución



de la eficacia personal, debida a que la paciente pierde confianza en sus habilidades sociales y sexuales.

Finalmente, en los casos en que se lleva a cabo la *exenteración pélvica* debido a la recurrencia invasiva del cáncer y se extirpan tanto el útero como los ovarios, la vagina, las vías urinarias y el recto, no es sorprendente observar el cese total de cualquier tipo de contacto sexual. Andersen y Hacker (1983) (citados en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) reportan que en este tipo de casos el 80-90% de los sobrevivientes abandona su vida sexual, lo cual también es corroborado por Crowther, M. E., Corney, R. H., y Shepherd, J. H. en 1994, extendiendo esta conclusión no solo a los casos de exenteración sino también a todo procedimiento quirúrgico radical que se lleve a cabo.

Estos últimos autores llevaron a cabo un estudio recientemente en el cual encontraron que solo una cuarta parte de mujeres sexualmente activas previamente al tratamiento no tenían disfunción sexual después de vulvectomía radical, histerectomía radical o exenteración, además de que en tres cuartas partes las dificultades sexuales persistían por más de seis meses post-operación, mientras que el 15% nunca reanudó sus relaciones sexuales. De manera más específica, afirman que la pérdida del deseo sexual fue el problema más común y que los factores que incrementaron la probabilidad de disfunción sexual o fracaso en la reanudación de las relaciones sexuales fueron la edad mayor a los 65 años, la falta de armonía marital después de la cirugía y la radioterapia, los cuales se asociaron con dificultades sexuales en el 80% de las mujeres menores de 50 años. En estas pacientes y sus parejas, la perspectiva de finalizar con su vida sexual es tan estresante y generadora de continuos problemas maritales que en muchas ocasiones el resultado de ello es la separación.

La segunda línea de investigación que se había mencionado es aquella que intenta establecer las diferencias entre los principales tratamientos para el cáncer comparando entre sí las alteraciones que provocan en la respuesta sexual. Para ello, Vincent, Greiss y Linton (1975) (citados en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) reunieron a 50 mujeres que padecían cáncer cervical atendidas con radioterapia o que hubiesen sido operadas mediante histerectomía radical y formaron dos grupos en los cuales se controlaban a su vez variables como la edad, escolaridad, estado socioeconómico, situación marital, paridad, raza y etapa de la enfermedad. Estos autores encontraron que la disminución de deseo aparecía en 24% de las pacientes atendidas con radioterapia y en 20% de las pacientes atendidas quirúrgicamente; mientras que la disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales fue reportada por un 29% de pacientes atendidas con radioterapia y por un 33% de aquellas que fueron intervenidas quirúrgicamente. Estos resultados llevaron a los autores a concluir que los porcentajes de alteraciones y disfuncionalidad en la conducta sexual son comparables para las dos opciones principales de tratamiento contra el cáncer cervical.

Por último, un aspecto que también ha sido estudiado y que se ha vinculado con la disfuncionalidad sexual es el que tiene que ver con el momento de la *aparición de la sintomatología* asociada al cáncer. En relación a ello, Harris, Good y Pollack (1982) (citado en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) llevaron a cabo un estudio con mujeres recién diagnosticadas por cáncer en el que detectaron que del 85% de mujeres que se sentían satisfechas con la vida sexual que mantenían previamente a la aparición de los síntomas del cáncer, sólo el 48% referían sentirse de manera similar posterior a ello; además de que, durante el período en que los síntomas surgían, el 50% dejó de tener relaciones sexuales, mientras que el 30% redujo su frecuencia. De aquellas mujeres que se mantenían sexualmente activas, la disminución del orgasmo iba de una proporción del 58% al 15%.

Con base en los resultados observados en el estudio anterior, en 1986, Andersen, Lachenbruch, Anderson y DeProse evaluaron los efectos disruptores de la sexualidad en mujeres con una etapa de cáncer cervical y cáncer de endometrio en comparación a un grupo control de mujeres sanas. Los análisis realizados por estos autores indican que las pacientes con cáncer ginecológico refirieron tener patrones similares de actividad y respuesta sexual previamente a la aparición de signos y síntomas cancerígenos en comparación con las mujeres sanas. Sin embargo, al aparecer los signos y síntomas de la enfermedad (p.ej. fatiga, sangrado post-coital, dolor, etc.) experimentaron problemas sexuales significativos; de manera específica se observó que la frecuencia de disfunciones sexuales incrementó al cuádruple o quintuple de la aparición a la instauración de los signos y síntomas del cáncer.

Lo que estos autores concluyen es que la presencia de síntomas agrava los estados de ansiedad de las pacientes ya que su aparición es atribuida a la posible recurrencia del cáncer y que la relación que las mujeres consideran que ello tiene con los cambios en la frecuencia de relaciones sexuales es el miedo que les provoca sangrados y/o emisiones vaginales, dolor y sobre todo, la ansiedad ante la posibilidad de que la enfermedad se transmita a su compañero sexual.

En resumen, hasta el momento hemos conceptualizado los aspectos que influyen de diferente manera en la sexualidad, además de haber citado algunas definiciones propuestas para esta amplia área del ser humano; se ha señalado también que la principal manifestación de estudio de la sexualidad se ha llevado a cabo mediante la observación del ciclo de respuesta sexual humano, lo cual a permitido realizar una clasificación de las posibles disfunciones que se presentan en cada una de las fases de la respuesta sexual, y que nos ha llevado a considerar a su vez, el análisis de los criterios diagnósticos y diferenciales de cada una de las disfunciones sexuales. Por otra parte, se han

citado algunos datos de la prevalencia de disfuncionalidad sexual y los factores asociados a su aparición tanto en personas que no tienen una enfermedad médica manifiesta como de pacientes con cáncer, y en éstos últimos, se describió y se hizo un análisis amplio de los problemas sexuales que pueden manifestarse de acuerdo al ciclo de respuesta sexual humano. Finalmente, se han revisado diferentes factores que han sido estudiados en pacientes con cáncer y que se ha visto que tienen un efecto directo en las alteraciones de la sexualidad como lo es la edad, el tiempo de enfermedad, la localización del tumor, los tratamientos y la aparición de síntomas propios de la enfermedad.

Para finalizar este apartado, van a describirse algunos planteamientos de atención que autores como Crowther, M. E., Corney, R. H. y Shepherd, J. H. (1994) y otros, proponen como estrategias de tratamiento una vez que se tiene el conocimiento sobre la disfuncionalidad sexual en las pacientes con cáncer.

Ampliamente, son dos estrategias las que se señalan, las cuales serán descritas a continuación:

Primero, *minimizar la mutilación física*. Se propone que en aquellos casos en los cuales el cáncer ginecológico pueda ser manejado, tanto como sea posible, minimizando la mutilación física mediante escisiones locales y preservando la función ovárica, se opte por ello. A pesar de que esta propuesta se ha realizado de manera específica para los casos de cáncer ginecológico, puede ser igualmente aplicada ante la presencia de cáncer mamario. Además, si la elección tiene que realizarse entre dos tratamientos, según Crowther, M. E., Corney, R. H. y Shepherd, J. H. (1994) señalan que la mayoría de los autores están de acuerdo en no recomendar el empleo de radioterapia a mujeres menores de 50 años si la histerectomía radical producirá los mismos resultados.

Conjuntamente a esta propuesta puede señalarse el empleo de cirugías reconstructivas, teniendo en cuenta el supuesto de que el empleo de estas técnicas "reparan" o modifican la percepción de la mujer ante su imagen corporal y la repercusión emocional concomitante a ello.

La realidad es que son pocos los estudios que se han llevado a cabo en relación al empleo de cirugías reconstructivas; sin embargo, parece ser que el valor de este tipo de procedimientos es menos claro para pacientes con cáncer ginecológico que para pacientes con cáncer de mama; además, los reportes se encuentran principalmente vinculados a explicaciones de tipo médico más que al beneficio psicológico que en ellas producen, y aunque lo esperado sería observar una mejor respuesta adaptativa, ello depende de muchos factores los cuales deben ser ampliamente estudiados antes de emitir conclusiones.

En el caso de intervenciones ginecológicas, la reconstrucción vaginal es una posibilidad para algunas mujeres, la cual les permite continuar con su actividad sexual, específicamente con la relación coital, no obstante, es frecuente que muchas dificultades sexuales permanezcan a pesar de la intervención. Auchincloss, S. (1989) señala que la reconstrucción de una neovagina después de vaginectomía ha dejado a algunas pacientes satisfechas, mientras que otras refieren que no lo volverían a hacer otra vez. El procedimiento y la recuperación son tareas arduas y agotadoras y los resultados generalmente no responden a la expectativa deseada.

En relación a la reconstrucción del seno, ésta parece disminuir el impacto psicológico de la pérdida del mismo. Schain, W.S., d'Angelo, T.M., Dunn, M. E., Lichter, A. S. y Pierce, L. J. en 1994 encontraron que las pacientes mastectomizadas reportaban significativamente tener más problemas con sus relaciones sexuales que aquellas mujeres que se encontraban bajo terapia de conservación de seno, sin embargo, aunque la terapia protege a las mujeres a

la conservación de su propio cuerpo no contribuye a que se presente un ajuste sexual más positivo.

La conclusión a la que se llega es que el advenimiento de este tipo de técnicas han mejorado la situación psicológica y adaptativa considerablemente, ya que el conocimiento de la posibilidad de una intervención quirúrgica reconstructiva de la zona afectada tras la mastectomía o tras un procedimiento ginecológico radical, posibilita la minimización de los procesos psicológicos en el transcurso de la rehabilitación.

La segunda estrategia de atención que es esencial en las pacientes con cáncer tiene que ver con la *discusión de aspectos sobre sexualidad y disfuncionalidad* desde el momento mismo de atención preoperatoria y durante la asistencia de seguimiento al tratamiento y el post-tratamiento a pesar de que las pacientes no tomen la iniciativa o no se muestren interesadas en tal comunicación, además de requerir a un equipo de personal entrenado y capacitado en el área oncológica que otorgue la información necesaria a pacientes con este tipo de padecimientos. Es importante considerar en este tipo de diálogos a la pareja sexual, ya que dicha comunicación implicará el conocimiento y educación sobre la anatomía de la mujer, las características particulares de cada paciente y la discusión acerca de técnicas y alternativas sexuales, las cuales en los casos más graves pueden llegar a convertirse en sustitutos permanentes del coito.

En el trabajo realizado por el Masters & Johnson Institute se mostró que sólo 4 de las 60 mujeres del estudio afirmaron haber conversado con el médico o las enfermeras, previamente a la cirugía, acerca de los posibles efectos de la mastectomía sobre la actividad sexual, y que en contraste con lo expuesto, se observó el hecho de que casi la mitad de las mujeres estudiadas indicaron un deseo de haber mantenido conversaciones sobre el tema, aunque creyeran que

era un tema inadecuado, dado que ninguno de los profesionales sanitarios lo había mencionado. Igual proporción es reportada por Crowther, M. E., Corney, R. H. y Shepherd, J. H. en 1994, agregando el hecho de que no sólo eran ellas quienes tenían la necesidad de contar con la información sexual sino que también sus parejas se mostraban interesadas en ello.

Cabe señalar que un punto importante a este respecto es el hecho de que en ocasiones son los profesionales de la salud quienes se han mostrado reacios para aceptar la idea de que la persona con una enfermedad terminal puede tener necesidades o problemas sexuales (Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985) y han dejado al paciente sin el aliado o el recursos adecuados a que dirigirse en demanda de consejo. Es por ello que el equipo de salud debe estar ampliamente capacitado de manera que la información que brinde no solo sea fidedigna, objetiva, clara y confiable sino que se adecue a las necesidades de cada caso en particular.

Esto es debido a que se tiene el conocimiento de que aquellas pacientes que cuentan con conocimientos y técnicas sexuales limitados generalmente padecen más dificultades después de la cirugía y/o el resto de tratamientos. Sin embargo, si los aspectos psicológicos de la relación sexual han sido buenos previamente, la rehabilitación sexual es posible a pesar de los problemas físicos.

Otro aspecto que también se requiere tener en cuenta cuando se otorgue apoyo y orientación es la consideración de que las pacientes más jóvenes pueden necesitar más ayuda en el área de la sexualidad, de manera especial en el caso de las adolescentes ya que este grupo ha tenido menos tiempo para desarrollar un sentido estable de su propia sexualidad, por lo que puede requerirlo más que pacientes adultas. De aquí la necesidad de reiterar la importancia que guarda el llevar a cabo una entrevista profunda de evaluación

de la sexualidad que considere este tipo de aspectos entre otros tantos que ya han sido mencionados anteriormente.

Por otro lado, la presencia de mitos sobre el cáncer requieren una profunda reeducación de la paciente, ya que es muy usual que se preocupen por la creencia de que el cáncer es contagioso, o que la radioterapia las hace "radioactivas", por mencionar algunos ejemplos comunes. Además, las influencia cultural desempeña un importante papel que no debería pasar inadvertido. Por ejemplo, en algunas culturas se percibe a la mujer que ha sido hysterectomizada como un ser devaluado y no útil como pareja sexual, y el hombre que acepta a este tipo de mujeres se le ve dudosamente. (Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989).

Coll, F. J., De las Heras, M., y Navarrete, A. (1991) han observado que en algunas pacientes se da imaginariamente una asociación entre actividad sexual y causa de la enfermedad, así como también, han establecido asociación entre actividad sexual y agravamiento de la enfermedad. Esto se debe a que como el cáncer es un proceso interno (de las células) se asocia a que cualquier variación en las vivencias va a incidir directamente en el proceso cancerígeno, lo cual lleva a la mujer a desplazar en gran medida la expresión emocional y la vivencia sexual.

Finalmente, la carencia de conocimiento respecto al cáncer y a la sexualidad provoca que muchas mujeres continúen teniendo relaciones sexuales por temor a perder el apoyo del cónyuge o a que este acuda a la actividad sexual extramatrimonial para satisfacer su deseo sexual. Al respecto, Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1985) mencionan que es común observar con frecuencia que la persona afectada por una enfermedad oncológica procure la intimidad y tranquilidad de su cónyuge o compañero sexual a pesar de su incomodidad personal.



Este tipo de problemas y la vivencia emocional concomitante a su presencia son expresados de la siguiente manera por Grinker (citado en Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985) quien resume la respuesta que se presenta en la sexualidad de estas pacientes como sigue:

"El temor a que uno pueda quedar expuesto ante el cónyuge como lisiado, disminuido, incompleto o moribundo puede provocar inhibición o abstinencia sexuales. La intimidad y las actividades sexuales pueden verse afectadas por sentimientos de vergüenza y desconcierto. Ciertas mutilaciones pueden convertir la desnudez en un asunto muy doloroso. El desagrado a uno mismo puede desplazarse y proyectarse en el compañero... Puede observarse un aumento en la necesidad de contacto y de reafirmación o, al contrario, una sensación de escándalo ante la insinuación de que el compañero tenga algún interés en la actividad sexual. La falta de autoestima y la sensación relativa de pobreza emocional que se da en los sobrevivientes al cáncer puede llegar a hacer imposible la vuelta a la relación sexual previa a la enfermedad".

## CAPÍTULO III ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER

Existen diversos estudios que nos permiten conocer el efecto que el cáncer y su tratamiento tienen sobre el paciente, sin embargo, no son del todo suficientes para identificar y comprender si la respuesta emocional que se produce evoluciona o cambia en el tiempo. La importancia de definir y reconocer las respuestas psicológicas esperadas ante la enfermedad, así como su magnitud, radica en que su conocimiento nos ubica en la posibilidad de identificar a aquellas pacientes que requieren de una evaluación más fina, lo que a su vez permita tomar la decisión de que sean canalizadas a una atención especializada para que dispongan de apoyo psicológico adicional.

Sin embargo, antes de adentrarnos en el estudio de la respuesta emocional que surge ante el cáncer, se tocarán algunos aspectos referentes a la carga simbólica que tanto los senos como el área genital poseen, para finalmente identificar algunos factores que ponen en riesgo el ajuste a la enfermedad y que por sus características particulares pueden llegar a complicarse provocando algún tipo de trastorno psiquiátrico.

Los genitales y senos están dotados de un gran simbolismo, por lo que su amputación tiene un innegable impacto psicológico, el cual se superpone al propio de la enfermedad, que entre las connotaciones particulares que posee se encuentra su equivalencia con la muerte; de ahí que resulta conveniente el enfatizar la simbología de dichas áreas así como su trascendencia psicológica, ya que de lo contrario no sería posible comprender las repercusiones psíquicas

que se evidencian tras las correspondientes intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos alternativos.

En el caso del cáncer de mama, la mujer mastectomizada se ve confrontada ante una enfermedad grave y a la pérdida de un órgano que está cargado de un simbolismo particular. A diferencia de otros cánceres, la mujer que padece cáncer de mama debe, en la mayoría de los casos, si quiere salvar la vida, perder el pecho, con lo que esto entraña de mutilación y desfiguración. (Asken, 1975; citado en González, R., 1990); es por ello que autores como Taylor, 1977; Meyerowitz, 1981 y Sarrell, 1983 (citados en González, R., 1990) señalen que los efectos de la amputación de los senos sean considerados como los que mayores perturbaciones psicológicas ocasionan.

Ello se debe en gran parte a que en nuestra cultura, los pechos se consideran habitualmente como un símbolo de feminidad y atractivo. Además, las mamas actúan como fuente de nutrición y lazo de unión entre una madre y su hijo o bien como fuente de excitación sexual, siendo este último papel de importancia ya que la mama no solo recibe los estímulos aferentes de la mujer, sino que sirve también como fuente de excitación sexual para el hombre.

Por su parte, Flores Lozano (1994) refiere que algunos sinónimos del seno dentro del contexto del simbolismo psicológico son belleza, erotismo, sexualidad, reproducción y afectividad; y, como función más importante atribuye también a los senos la nutrición filial, lo cual simboliza la maternidad.

Por estas razones, resulta evidente que la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas puede crear numerosos problemas en la posterior adaptación psicosocial, ya que a partir de que estos determinantes se ven destruidos como consecuencia de su amputación, se explica no solo la respuesta psicológica

alterada de la paciente con cáncer de seno sino la presencia futura de numerosas disfunciones sexuales.

Witkin (citado en Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985) y Flores Lozano (1994) describen lo anterior señalando el dolor y el temor que la mujer siente ante el rechazo en torno al hombre con quien se encuentra más íntimamente ligada, siendo importante no solo el rechazo en forma de aversión o de negativa, sino también en forma de compasión o lástima, lo cual implica para la mujer el convencimiento de que ha quedado realmente disminuida con una fantasía significativa de infravaloración al considerarse incompleta.

Por su parte, el cáncer genital abarca una área que también se encuentra embestida de un gran simbolismo, en lo particular el útero y su pérdida conllevan a la mujer a una respuesta psicológica específica debido al sentido ideológico de este órgano.

De acuerdo con Drellich y cols. (citado en Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E., 1985) el útero es considerado como un órgano necesario para el cumplimiento de los roles aceptados normalmente como femeninos, tanto en la vida personal de la paciente como en su calidad de miembro de la sociedad. Además, es un órgano apreciado como lugar de desarrollo de los futuros hijos, como instrumento de limpieza y de pureza, como órgano sexual, como fuente de fuerza, de juventud y atractivo en la mujer y como regulador de la salud general y bienestar del cuerpo.

En muchas ocasiones se ha observado que los estados de ansiedad que acompañan a la pérdida inminente de este órgano tan apreciado son los responsables de los retrasos en el tratamiento del cáncer y de los temores "irracionales" pre-operatorios, además, de que pueden contribuir a que se produzca una prolongada invalidez post-operatoria totalmente

desproporcionada en relación a la pérdida real del tejido. Estas reacciones emocionales se derivan de las creencias que la paciente tiene acerca del efecto que la pérdida del útero puede tener sobre su cuerpo, su vida y su equilibrio general.

A partir de lo anterior, ocurren muchas emociones conflictivas simultáneamente, las cuales se van evidenciando una vez que el diagnóstico de cáncer se explicita, siendo necesario para su comprensión no perder de vista el complejo en el que dicha respuesta se presenta, tratando de integrar cada uno de los aspectos que han sido mencionados con anterioridad de manera que podamos entender el cúmulo de afectos que el cáncer desencadena.

Para ello, la bibliografía refiere diversos estudios que diferencian el suceso patológico a través del tiempo mediante el uso del concepto de *estadios*. Cabe señalar que, aunque los estadios son considerados como una sucesión de etapas que describen diferentes clases de miedos e implicaciones emocionales, no existe acuerdo alguno en cuanto a su definición, refiriendo diferentes criterios, tanto temporales como explicativos.

Lo que los estadios tienen en común es el hecho de que consideran el efecto patológico de la enfermedad como una sucesión de etapas de ajuste a la enfermedad que evolucionan en el tiempo, en lugar de un trauma inicial. El tiempo considerado para el ajuste a la enfermedad también es variable, según el planteamiento de los diferentes autores. Para unos como Bard y Abrams (citados en González, R., 1988) el ajuste a la enfermedad es un período que termina la tercera semana después de la intervención, el cual engloba los síntomas, diagnóstico, hospitalización y convalecencia; mientras que otros autores, como Laxenaire y Lohmann (citados en González, R., 1988) extienden el período de tiempo a un año, teniendo como característica guía, que la paciente haya alcanzado la recuperación física.

Como podemos ver, lo que los autores intentan hacer es establecer una relación entre los acontecimientos y las reacciones que se observan en las pacientes, lo cual les ha permitido distinguir cuatro estadios que abarcan desde el período preoperatorio y diagnóstico -que se caracteriza por sentimientos y fantasías sobre las consecuencias del diagnóstico- hasta el cuarto estadio (al año de la operación), que comprende tanto el período de readaptación a la realidad de la vida como la aceptación de la mutilación.

Dentro de este continuo es característico que desde el momento mismo en que el paciente recibe el diagnóstico de cáncer, las vicisitudes de la enfermedad y del tratamiento asumen un papel central en su existencia y su estado emocional, ya que a partir de ello tendrá que pasar por una serie de crisis o puntos de transición tales como el diagnóstico, el inicio del tratamiento, cambios en la modalidad de tratamiento, recaídas o reincidencias, transición entre la curación y tratamientos de apoyo y enfermedad avanzada o terminal, puntos de transición que requerirán de un control de la angustia y adaptación ante las circunstancias que se presenten, no solo a niveles médicos sino también en el área personal, familiar y social.

En relación a lo anterior Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A. (1991) señalan que dentro de la fenomenología social del cáncer, se sitúa a la enfermedad en paralelo con la muerte, lo que provoca en el paciente el desarrollo de un proceso que por un lado provoca impotencia y sensación de pérdida, con una fuerte vivencia de temor y frustración; y que por otra parte, se asocia a graves efectos corporales que junto con los tratamientos que requiere, provoca rechazo y gran sensación de inseguridad social.

En resumen, lo que intentamos subrayar es la imposibilidad de separar las respuestas emocionales ante el cáncer de los hechos médicos de cada uno de los casos ya que apuntar la naturaleza del mal, la amenaza que representa para

la vida y las reacciones concomitantes de incertidumbre, ansiedad, temor a la muerte, temor a la mutilación, angustia, sentimiento de culpabilidad y disminución de la autoestima es sencillamente reconocer lo evidente.

## **Proceso de la Respuesta Emocional ante el Cáncer**

Lederberg, M. y Massie, M. (1993) plantean que la respuesta generalmente observada en este tipo de pacientes es similar a aquellas que se detectan ante el padecimiento de otras enfermedades que de igual manera amenazan la vida o ante cambios de vida mayores, sin embargo, el siguiente análisis está basado exclusivamente en pacientes con cáncer.

Un momento importante y decisivo es la aparición de la enfermedad y el momento del diagnóstico. Autores como Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A. (1991) mencionan que existe una estrecha relación entre la respuesta personal al momento del diagnóstico y la posición que la paciente va a adquirir durante el curso de la enfermedad; además, es característico de este período en particular que todas las pacientes "intuyan" no solo que algo grave les ocurre sino que detectan incluso qué es lo que padecen. Sin embargo, muy pocas llegan a preguntar con claridad cualquier cosa relacionada con la enfermedad, su desarrollo y su pronóstico, además de evitar leer los informes médicos y resultados de análisis y estudios.

Emocionalmente, a la paciente le preocupa la enfermedad en función del riesgo de muerte y agonía, cuya asociación le produce una sensación de tensión y miedo. La posición en que la mujer se ubica en estos momentos es de magnificación, de intenso miedo, "un querer ignorar", "un no querer saber" sobre la enfermedad por la vivencia angustiosa que le invade y le hace quedar

impotente ante la espera de acontecimientos, tratando de mantener un nivel de consciencia y equilibrio emocional dentro de niveles tolerables así como el miedo ante los tratamientos y sus posibles consecuencias. (Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989; González, R., 1990; Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A., 1991; Lederberg, M. y Massie, M. en De Vita Jr. V. T., Hellman H. y Rosenbor S. 1993; y, Baider, 1984; Dodd, 1984; Andersen, 1984; citados en González, R., 1990).

Es por ello que la enfermedad adquiere un sentido totalizador en el sentir de la paciente ya que lo que está en juego son sus propias sensaciones, las cuales se derivan de lo que a cada una les significa la enfermedad y que son determinantes absolutos en sus vivencias, mientras que lo que ellas perciben en sí mismas es referido como una situación en la que se encuentran con una forma desconocida de pensar y de sentir y que es diferente a como era con anterioridad. Con ello, surgen una serie de preguntas que ponen en duda el sentido de la vida, emergiendo así un caos que relativiza el valor de lo que se ha hecho hasta ese momento.

Posterior al momento del diagnóstico, surge un período en el que sentimientos de ansiedad y depresión se presentan entremezclados y aunque más adelante se aclararán algunos aspectos clínicos y factores de riesgo que deben detectarse, diagnosticarse y merecer una atención especial, es importante señalar que en el contexto del cáncer esta reacción puede considerarse normal.

Durante este periodo lo que podemos observar es que el interés y las preocupaciones de las mujeres se centran en las implicaciones de la enfermedad y en el pronóstico, además de que surgen pensamientos acerca del futuro y una sensación de desamparo; la recuperación de este momento supuestamente se alcanza cuando parece que se ha logrado la curación de la



enfermedad, no obstante, subsisten una serie de problemas residuales tales como el temor a su reaparición, la alteración de la propia imagen, el sentimiento de culpabilidad, la falta de autoestima y los conflictos de pareja que de diferentes maneras continúan influyendo tanto en la sexualidad como en la vida cotidiana de los pacientes una vez que terminan el tratamiento.

La atención y concentración se ven altamente perjudicadas en este momento al igual que los ciclos de alimentación y sueño, presentándose serias dificultades en el dormir, con serios problemas de insomnio y con tendencia a un sueño intranquilo. De acuerdo con Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A. (1991) la paciente asocia fácilmente el hecho de dormir con el hecho de perder la consciencia, con la idea de muerte que se deriva de la asociación directa de la enfermedad y con la posibilidad de avance de la misma, lo cual le significa un no querer perder el control de sus pulsiones vitales manteniendo en todo momento un estado de vigilia con la enfermedad, disponiendo toda su atención en las sensaciones corporales y en la evolución del padecimiento; además de que en la mayoría de las pacientes existe una tendencia a que la actividad onírica aparezca en forma de pesadillas que significa tanto la tensión como la inestabilidad personal que el cáncer les produce.

Es entonces cuando se produce en la paciente una búsqueda de causalidad de la enfermedad en su historia, oscilando esta búsqueda de causas desde accidentes meramente físicos sin importancia hasta cuestiones de orden moral y ético; durante este periodo a las pacientes les es fácil establecer relaciones entre la enfermedad y algún hecho personal de su vida pasada, lo cual da respuestas a las preguntas que se formula: "¿por qué?, ¿por qué a mi?, ¿qué he hecho yo para tener esta enfermedad?", las cuales implican una causalidad y sentimientos de inestabilidad e inseguridad personal, reinterpretando eventos pasados, matizados de culpabilidad en relación a la forma de reeditar su propia historia en el presente.

Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A. (1991) citan este periodo de "desubicación personal" como un momento de ausencia de referentes simbólicos en el que la enfermedad remite a la paciente hacia una sensación de vacío que la hace sentirse en una "distancia especial" con respecto de los demás, marcada por el hecho de considerar a la enfermedad como un límite entre la vida y la muerte; es decir, se ven a sí mismas afectadas por un proceso de enfermedad que les hace sentirse más cerca de la idea de la muerte como límite de existencia, lo que las sitúa en una forma distinta de comprensión y de relación que a su vez provoca una queja constante en relación a que no hay quien entienda lo que les ocurre, lo que piensan y lo que sienten, además de la impotencia de alejar de sí ese algo que ha venido a cambiar su existencia.

En el transcurso de este período crítico, dadas las características mencionadas y la angustia psicológica presente, se observa una dificultad en la paciente para comprender la información, indicaciones y recomendaciones médicas, por lo que resulta importante que el equipo de salud cuente con la disponibilidad de repetir la información y el plan de seguimiento en diversas ocasiones ante una aparente comprensión inadecuada de las mismas.

Posterior a ello aparece una evaluación de la vida que de acuerdo a la edad y estructura personal va a permitir observar una serie de respuestas de diferentes índoles. En relación a la edad, es común que en pacientes de una edad avanzada, de 55 años en adelante, se presente una respuesta de resignación en todo sentido, ya que es frecuente que se establezca una asociación entre la cuestión imaginaria de la edad con la cercanía de la vejez y la muerte, mientras que en las pacientes más jóvenes, se da una respuesta con mayor irrupción de angustia, la cual deriva hacia una posición de mayor implicación en su proceso de enfermedad y tratamiento, logrando el que se

dispongan más frecuentemente hacia una reacción activa que pasiva. (Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A. 1991).

Resulta de gran importancia distinguir la posición que las pacientes adoptan en los diferentes momentos descritos ya que ello va a ser determinante en la evolución de su tratamiento, ya que tal y como Coll, F. J., De las Heras, M. y Navarrete, A. (1991) han demostrado, el estado emocional de la paciente se va a manifestar en diferentes reacciones (siendo frecuente encontrar depresiones, rechazo a los tratamientos, vómitos, etc.) que pueden llegar a entorpecer su evolución, siendo la personalidad de la paciente y los estados emocionales quienes inciden directamente en el sistema inmunológico y neuroendócrino del enfermo.

Una segunda forma de estructurar los estadios es en función de las respuestas que el enfermo da a lo largo de los distintos momentos de la enfermedad, como aparece en los trabajos de Brantner, 1975; Lohmann, R., 1980; Kaufman, A. E., 1984; de Vita, V. T., 1984; Taylor, S. E., 1984; y, Bayes, R., 1985. (citados en González, R., 1988). Estos autores parten de la premisa de que ante la enfermedad cancerosa existe una respuesta universal que toma la forma de estrés la cual varía en el proceso de adaptación a la enfermedad en tres etapas: 1) búsqueda del dominio de la experiencia; 2) intento de controlar la acontecimientos; y 3) retomar el dominio sobre la vida y autoestima siendo necesario para llegar a esta última etapa una redefinición del yo, a lo que según Kaufman A. E. (1984) (citado en González, R., 1988) no todas las personas acceden.

De esta forma se observa que, mientras unos autores describen los acontecimientos que se suscitan ante la enfermedad, otros los asocian con los efectos de la misma, como puede verse en la Tabla 1.

	PRIMERA ESTADIO	SEGUNDO ESTADIO	TERCER ESTADIO
<i>El tiempo (1980)</i>	Diagnóstico	Operatorio y Postoperatorio	Readaptación
<i>De la vida (1983)</i>	Aturdimiento	Depresivo	Asimilación
<i>El tiempo (1984)</i>	Desesperanza		Redefinición e Integración
<i>El tiempo (1985)</i>	Incertidumbre	Sentimientos negativos, miedos ansiedades y depresiones	Indefensión o incapacidad para influir sobre los acontecimientos

**TABLA 1.**

Si bien todos los autores mencionados aceptan que la variable tiempo forma parte del proceso de adaptación a la enfermedad, no ocurre lo mismo en la determinación del tiempo necesario para que el paciente controle los diferentes aspectos de su enfermedad y los asuma; mientras algunos consideran que son necesarios cinco años o más para alcanzar el ajuste a la enfermedad, otros han señalado que la recuperación psicológica se observa entre los seis meses y el año siguiente a la intervención.

Dado que los tiempos reseñados oscilan ampliamente entre seis meses y cinco años, González, R. (1988) considera que la adaptación o ajuste a la enfermedad fluctuará entre uno y tres años y que la variación observada en los tiempos extremos dependerá de un grupo de factores, entre los cuales se encuentran fundamentalmente las características de personalidad, los recursos de afrontamiento que posea el paciente y el soporte social que reciba del medio.

Por su parte, Lederberg, M. y Massie, M. (1993) también están de acuerdo en que la contribución del paciente para la adaptación a la enfermedad se deriva de diversas fuentes. Ellos mencionan que entre los factores más importantes de los cuales se espera una buena adaptación al cáncer se encuentran la estructura de personalidad estable y el que no exista algún trastorno psiquiátrico o historia con problemas psicológicos significativos previamente; este tipo de pacientes enfrentará los hechos, buscará información y seguirá de manera activa y participativa su tratamiento, además de que reaccionarán ante la enfermedad como un cambio; mientras que aquellos que no cuentan con estas características, enfrentarán la situación tratando de evitar las implicaciones de la enfermedad y demorando la toma de decisiones necesarias para un cuidado óptimo. Por ello resulta claramente importante detectar a las pacientes que se encuentran en riesgo mediante los factores que pueden identificarse como predictores de riesgo y vulnerabilidad en el ajuste a la enfermedad.

No obstante lo anterior, existen algunos casos que por sus características pueden llegar a presentar o exacerbar algún problema psiquiátrico, siendo las siguientes algunas de las características que pueden identificarse como facilitadoras de este tipo extremo de trastornos:

\* Presencia de una historia previa de trastornos psiquiátricos tales como alcoholismo, drogadicción, depresión y ansiedad crónica;

\* Evidencia de altos niveles de angustia presente desde el inicio de la enfermedad y de manera persistente en el transcurso de la misma y de manera especial cuando existe una clara evidencia de estrategias de afrontamiento limitadas;

\* Actitudes negativas hacia el equipo de salud y los tratamientos, así como pobres expectativas ante la posibilidad de recuperación;

\* Manifestación de factores médicos que sugieran una alta vulnerabilidad como síntomas difícilmente controlados como el dolor o el insomnio.

Finalmente, cabe señalar que algunos de los factores sociales más importantes que desempeñan un papel en la adaptación del paciente a la enfermedad, son: el estado socioeconómico bajo, la presencia de problemas maritales y familiares, falta de redes sociales de apoyo y la ausencia de afiliación a grupos sociales.

En los pacientes con cáncer la negación es un mecanismo de defensa común que puede presentarse de manera adaptativa a la enfermedad o de manera destructiva. De acuerdo con Lederberg, M. y Massie, M. (1993), hay dos maneras en que la negación se manifiesta:

● La *negación instrumental*: Impide que el paciente se mantenga activo en sus propios intereses lo cual debe confrontarse; y,

● La *negación afectiva*: Le permite al paciente con cáncer mantener un optimismo y una postura esperanzadora mientras va tomando decisiones desde

una perspectiva realista de la situación; en ocasiones esta forma de negación puede estar estimulada y asociada con una actitud de obediencia y una mejor calidad de vida.

Peck y cols. (1972) y Mastrocito, (1974) (citados González, R., 1988) entre otros, consideran que la negación es un proceso temporal que todos los pacientes con cáncer utilizan como defensa en los momentos de mayor estrés, pero que evoluciona a través del proceso de adaptación, siendo el tiempo la variable que permite que la enfermedad se vaya conociendo y por tanto facilite su disminución.

Es importante que el equipo de salud en oncología sea capaz de identificar mediante estos diferentes factores si la respuesta de un paciente se encuentra entre los límites normales o si existe la posibilidad de que llegue a ser patológica. El énfasis que hacemos en ello se debe a que el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer no solo ha sido poco estudiado, sino que frecuentemente se asume que los diferentes síntomas que caracterizan la enfermedad -como la depresión- son "normales" cuando en realidad su severidad y cronicidad persisten aún cuando la enfermedad médica propiamente dicha se encuentra controlada.

En el siguiente estudio, Lederberg, M. y Massie, M. (1993) reportan algunos resultados que determinan la incidencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer, los cuales fueron determinados mediante criterios de diagnóstico en tres diferentes centros de oncología con pacientes hospitalizados. Estos autores detectan que el 53% de los pacientes entrevistados se enfrentan adecuadamente a la enfermedad pese a que muestran algunos signos de estrés; mientras que en el 47% restante se observó al menos un trastorno psiquiátrico diagnosticable. El más común fue el trastorno adaptativo con síntomas ansiosos y depresivos, el cual se presentó

en dos terceras partes de aquellos quienes contaban con una enfermedad psiquiátrica y en una tercera parte del total de pacientes entrevistados. La depresión fue el segundo trastorno más común, observado en el 13% de los pacientes con trastorno psiquiátrico, y en un 4%, el trastorno mental orgánico. Entre los pacientes hospitalizados y pacientes seriamente enfermos se ha observado que la frecuencia de depresión mayor incrementa a 20%, mientras que los trastornos orgánicos mentales, especialmente el delirio, incrementa conforme la enfermedad se agrava, a una frecuencia del 20% en pacientes hospitalizados y a 80% en pacientes terminales.

Lo que estos autores concluyen es que existen seis trastornos que ocurren frecuentemente en pacientes con cáncer, de los cuales, tres de ellos se manifiestan como una reacción directa a la enfermedad, mientras que los otros están relacionados a condiciones previas del paciente y que se ven disparadas o exacerbadas por la enfermedad. Ellos son: Trastornos Adaptativos con síntomas ansiosos, depresivos o ambos; Depresión Mayor y Trastornos Delirantes; y por otra parte, Trastornos por Ansiedad; Trastornos de la Personalidad y Enfermedades Mentales Mayores.

Brevemente describiremos algunas características de tales trastornos:

➤ ***Trastornos Adaptativos con síntomas ansiosos, depresivos o ambos:*** En este tipo de trastorno se manifiestan de manera exagerada síntomas depresivos y de ansiedad mediante respuestas de estrés. La característica primordial es una persistencia inusual e interferencia excesiva con el funcionamiento general del paciente.

➤ ***Depresión Mayor:*** La depresión en pacientes con cáncer siempre tendrá un componente reactivo, sin embargo, los episodios depresivos mayores pueden llegar a presentarse y son sensibles al tratamiento. En muchas



ocasiones se asume que es "normal" que el paciente con cáncer se encuentre deprimido, motivo por el cual, frecuentemente ocurre que casos de depresión mayor no se diagnostiquen ni se atiendan.

Debido a que la depresión se encuentra asociada a una enfermedad médica en este caso, su diagnóstico no puede depender de signos vegetativos tales como la fatiga, insomnio, pérdida de peso o anorexia, sino del complejo de síntomas psicológicos como: humor disfórico, tristeza, sentimientos de desamparo y desesperanza, pérdida de autoestima y sentimientos de inutilidad y culpa, así como deseos de morir. Los pacientes que se encuentran en riesgo son aquellos que además de manifestar los síntomas anteriores, cuentan con una historia de depresión previa a la enfermedad, así como la presencia de dolor incontrolable y las etapas avanzadas y terminales de la enfermedad.

En ocasiones se puede llegar a observar en los pacientes con cáncer ideaciones suicidas, de ser así, es importante llevar a cabo una evaluación minuciosa que como plantean Lederberg, M. y Massie, M. (1993) debe determinar si reflejan un estado depresivo o un deseo de tener el control último de síntomas demasiado intolerables. Por otro lado, Breitbart (1989) señala que algunos factores que indican que un paciente con cáncer se encuentra en riesgo de llevar a cabo un suicidio son: pobre pronóstico y enfermedad avanzada, depresión y desesperanza persistente, dolor incontrolable, delirios, historia de problemas psiquiátricos, antecedentes de intentos suicidas personales y familiares, antecedentes de muertes o pérdidas recientes de pareja, familiares y/o amigos, antecedentes de abuso de alcohol o drogas y ausencia o presencia limitada de redes sociales de apoyo.

En momentos en que la depresión del paciente es intensa, cualquier esfuerzo de atención en el área sexual resulta por demás inútil, ya que bajo estas circunstancias las respuestas de la paciente en relación a la función

sexual están orientadas hacia actitudes hostiles y desesperanzadoras, por lo que es especialmente necesario atender el problema depresivo antes de llevar a cabo cualquier intento de apoyo en el área sexual. Una vez que la depresión haya sido atendida y haya sido disminuida o resuelta, la atención relacionada a la problemática sexual puede iniciarse.

➤ ***Delirio por complicaciones del Sistema Nervioso Central (SNC):*** El delirio es el segundo trastorno psiquiátrico que se presenta en pacientes con cáncer, y se debe a los efectos directos del cáncer en el SNC, a complicaciones indirectas del mismo y a los tratamientos. Postner (citado en Lederberg, M. y Massie, M. en De Vita Jr. V. T., Hellman H. y Rosenbor S., 1993) refiere que del 15% al 20% de pacientes hospitalizados con cáncer tienen anomalías de las funciones cognitivas y que no están relacionadas a la enfermedad estructural, no obstante, pese a su alta incidencia y al igual que en los casos de depresión, los síntomas que manifiestan el trastorno son considerados como propios de la enfermedad y por lo tanto no atendidos.

Distinguir este tipo de problemas tempranamente es importante; algunos de los signos que indican la posibilidad de un delirio y que deben ser minuciosamente evaluados son los siguientes: agitación aguda, problemas en funciones cognitivas, períodos de atención alterada y niveles de consciencia fluctuantes.

➤ ***Trastornos de Ansiedad:*** Los síntomas de ansiedad persistente e incapacitante en pacientes con cáncer generalmente representan el empeoramiento de problemas pre-existentes. Las fobias son la forma más común de miedos anormales y en este caso frecuentemente giran alrededor de la enfermedad, la muerte, el dolor, agujas, claustrofobias o miedo a la soledad. Además, pueden llegar a presentarse de manera precipitada ataques de pánico y los síndromes de ansiedad crónica generalizada se ven severamente

exacerbados. Este tipo de trastorno se puede observar especialmente en pacientes intolerantes a los largos procedimientos de evaluación, por lo que requerirán de manejo psicoterapéutico especial y en algunos casos de medicación específica.

➤ **Trastornos de Personalidad:** Entre los principales trastornos de la personalidad se encuentran la personalidad paranoide, la obsesivo compulsiva, la dependiente, la limítrofe y la personalidad histriónica, las cuales se manifiestan por la exageración de características individuales comunes. En el caso de un paciente con cáncer lo que ocurre es que la enfermedad genera un estado de estrés que exagera las estrategias de afrontamiento maladaptativas que normalmente están presentes en cada paciente y que llegan a ser más problemáticas de como son usualmente durante la enfermedad. Este tipo de trastornos debe atenderse preferencialmente mediante técnicas psicoterapéuticas.

➤ **Enfermedades Mentales Mayores:** La esquizofrenia y el trastorno bipolar maniaco-depresivo son raros en la población en general y por tanto también son poco comunes en los pacientes con cáncer. No obstante el manejo cuidadoso es necesario ya que garantiza la prevención de que síntomas presentes se intensifique dada la situación de estrés que se experimenta por la presencia del cáncer.

Finalmente, una parte que también debe ser considerada por la peculiar respuesta emocional que manifiesta es aquella que comprende a aquellos pacientes que se les denomina como "Sobrevivientes al Cáncer".

Debido a los avances y el éxito obtenido mediante los tratamientos contra el cáncer se ha tenido como consecuencia un rápido crecimiento en la

población de sobrevivientes a largo plazo, muchos de ellos niños y adultos jóvenes con amplias expectativas de vida futura.

Paradójicamente, en este tipo de pacientes se ha observado un incremento de angustia cuando el tratamiento ha sido exitosamente terminado, lo cual ha sido explicado por diferentes autores como una reacción ante la pérdida de la vivencia de estar emocionalmente protegidos, estado que poseen durante el tratamiento activo propiamente dicho, además de que pese a lo exitoso del tratamiento permanece un estado de consciencia de vulnerabilidad a la enfermedad, lo que a su vez provoca que se encuentren preocupados frente a cualquier tipo de incomodidad física. Por otro lado, la angustia se vincula a sentimientos de culpabilidad por lo que les ha ocurrido o de inmenso regocijo ante la sensación de ser especialmente valiosos por continuar viviendo. (Lederberg, M. y Massie, M. en De Vita Jr. V. T., Hellman H. y Rosenbor S., 1993).

La reincorporación a la vida normal puede ser muy difícil para un paciente con fuertes rasgos de dependencia o cuya familia se encuentra extremadamente atenta a las necesidades y capacidades del paciente, además de que es muy probable que las visitas de seguimiento generen la vivencia de miedos ante la posible recurrencia de la enfermedad, presentándose aún y cuando los años transcurran.

El proceso es largo como se ha descrito, por lo que resulta importante que el equipo de salud valore el ajuste del paciente a su vida presente e instaure las medidas de apoyo necesarias tanto en las áreas físicas como psicológicas y sociales.

Algunas conclusiones a las que podemos llegar en el presente capítulo son las siguientes:

- Invariablemente, la alteración orgánica repercute en el estado emocional, lo cual implica la comprensión particular de lo que a cada paciente le significa la enfermedad y sus concomitantes, ya que ello será determinante absoluto en la manera de vivenciar y afrontar el padecimiento.
- La respuesta emocional ante la presencia del cáncer es compleja ya que está condicionada por múltiples factores que requieren ser estudiados, comprendidos y atendidos para finalmente poder otorgar un trabajo asistencial dirigido a las necesidades de las pacientes.
- Es necesario identificar los momentos críticos y de transición conforme se van presentando para brindar asistencia y apoyo, facilitando la adaptación de las pacientes no solo a nivel médico, sino también en las áreas personal, familiar y social.
- Algunos de los factores que han sido identificados por el importante papel que desempeñan en el proceso de adaptación a la enfermedad son los siguientes: edad, tiempo transcurrido a partir del momento del diagnóstico, tipo de tratamiento, estructura de personalidad, antecedentes de problemas psicológicos significativos, problemática marital y familiar, trastornos psiquiátricos, redes sociales de apoyo y ausencia de afiliación a grupos sociales.

## IV LA SITUACIÓN CRÍTICA EN EL MANEJO

A partir de lo anteriormente mencionado y en función de la problemática expuesta, de lo que el cáncer como enfermedad puede desencadenar, surgen algunas preguntas como las que se enuncian adelante: ¿Cómo es que una persona, que atraviesa por una enfermedad que continuamente amenaza la vida, rebasa la situación crítica, mientras que hay quienes no lo consiguen aún *ante situaciones estresantes menores?*, ¿Porqué algunas personas manejan el cambio y consiguen un crecimiento exitoso mientras que otros se rehusan a hacer algo ante las nuevas circunstancias que le afectan?, ¿Cuáles son las principales conductas adaptativas para el manejo de sucesos que trascienden a lo largo de la vida?, y si en todo caso ¿Existen fases o etapas comunes que se experimentan *dada una situación como las descritas?*. Preguntas como estas son planteadas por Moos, R. y Schaefer, J. (1986) junto con una descripción acerca de cómo las personas afrontan situaciones críticas y sus consecuencias.

El interés de abordar aspectos como estos tiene la finalidad de observar si los estilos de afrontamiento guardan alguna relación o si desempeñan alguna función importante en la aparición de disfunciones sexuales en las mujeres con cáncer, ya que si equiparamos la enfermedad como una situación crítica que tiene que atenderse y si identificamos el modelo personal que cada paciente tiene para resolver los eventos críticos que experimenta, nos sería posible a partir de lo que el concepto de afrontamiento expone, extrapolar los recursos que las pacientes generalmente emplean al padecimiento actual, permitiéndonos realizar una serie de inferencias o pronósticos con cierta

exactitud de la manera en que la paciente intentará resolver esta situación, así como el manejo de las dificultades que se le presenten; además, podríamos identificar aquellos casos cuyas características manifiesten que pudieran estar en riesgo y canalizar a dichas pacientes a atención especializada que atienda eficazmente sus necesidades particulares.

Lo anterior se fundamenta sobre la base de diferentes autores que han señalado que los procesos de afrontamiento pueden ser buenos predictores de bienestar futuro (Ferrero, J.; Toledo, M. y Barreto, M. P., 1995), de estrés y adaptación en adultos y niños (Moos, R. y Schaefer, J. 1992), de salud, habilidades, recursos y otros aspectos positivos del funcionamiento humano (Marsella y Dash-Schauer, 1988; citados en Gonzalez-Forteza, C. F.; Romero, M. P.; Morales, F. y Gutierrez, E., 1993) y finalmente de la adaptación al cáncer de mama (Royak, S., 1991). Sin embargo, no se ha descrito el vínculo que pudiera existir entre las respuestas de afrontamiento y la disfuncionalidad sexual, por lo que uno de los objetivos de la presente investigación será el observar si estos aspectos guardan alguna relación de validez predictiva.

Para conseguir lo anterior, dedicaremos el presente capítulo a describir conceptos necesarios dentro de la teoría de crisis y del afrontamiento, así como su papel en la adaptación de una persona a eventos críticos, de manera que ello nos permita identificar el estilo de afrontamiento de cada persona y finalmente integrarlo con las alteraciones de la sexualidad que nos interesan.

Son muchos los investigadores que han considerado la forma en que las personas manejan las circunstancias de vida estresantes, enfatizando primordialmente el empleo que cada individuo hace de sus recursos personales y sociales en el manejo y control del estrés, llevando a cabo acciones específicas que modifican los aspectos problemáticos del medio ambiente.

De acuerdo con Cohen & Lazarus, (1979) (citados en Everly, G. 1989) y Lazarus, R. (1980) (citado en Billings, A. y Moos, R. 1981) el afrontamiento se define como los esfuerzos de una persona, tanto conductuales como *intrapáquicos*, orientados hacia el manejo de las demandas medioambientales, internas y los conflictos que entre ellas surgen. Según la perspectiva de estos autores, el afrontamiento puede ocurrir previo a la confrontación con el evento estresante, en cuyo caso se llama afrontamiento anticipatorio, así como en reacción a un evento crítico en el presente o el pasado. Más adelante, en 1984, Lazarus & Folkman (citados en Everly, G. 1989) definieron el afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos continuamente cambiantes que un individuo emplea para manejar demandas específicas que son evaluadas como excedentes de los propios recursos.

Además, encontramos que algunas de las perspectivas teóricas que han analizado la definición y la medición de los procesos de afrontamiento para comprender las crisis de vida son: la teoría psicoanalítica y la psicología del yo, la *perspectiva del ciclo de vida* focalizada en el desarrollo humano, la teoría evolutiva y modificación adaptativa de la conducta y la perspectiva cultural y socioecológica. En general, lo que estas perspectivas han enfatizado es la necesidad de incluir en un esquema conceptual de los procesos de afrontamiento, sus determinantes y sus efectos.

Por otro lado, la Teoría de la Crisis ha descrito cómo una persona maneja las transiciones de vida, proporcionando un marco conceptual para prevenir el cuidado de la salud mental y la comprensión de crisis severas de vida. (Moos, R. y Schaefer, J. en Moos, R. (Ed.), 1986).

Siguiendo esta línea, habría que señalar que la propuesta que la *teoría de la crisis* propone está dirigida hacia el manejo del impacto de la ruptura de patrones de identidad social y personal y de cómo de manera similar a la



necesidad de una homeostasis fisiológica, los individuos tienen una necesidad de equilibrio psicológico y social. De acuerdo con ello, se acepta que cuando la gente experimenta un evento que altera sus patrones característicos de pensamiento y conducta, emplearán aquellas estrategias de resolución de problemas que le son habituales, hasta que el equilibrio se restablezca.

De acuerdo con esta perspectiva una *crisis* se define como una situación novedosa que al presentarse *abruptamente provoca* que las respuestas habituales del individuo resulten insuficientes, lo cual le conduce a un estado de confusión con sentimientos de miedo, ira o culpa. Debido a que una persona no puede permanecer en un estado de desequilibrio continuo, una crisis es necesariamente auto-limitada y aunque puede ser temporal, alguna resolución debe encontrarse, siendo el nuevo equilibrio una adaptación sana que promueva el crecimiento personal o una respuesta maladaptativa que conlleve diferentes problemas psicológicos. En este sentido, Everly, G. (1989) señala que las estrategias de afrontamiento adaptativas reducen el estrés y por tanto promueven la salud a largo plazo (por ejemplo: el ejercicio, relajación, nutrición adecuada), mientras que las estrategias maladaptativas reducen el estrés a corto plazo pero desgastan la salud a largo plazo (por ejemplo: el abuso de alcohol y drogas, fumar, aislamiento).

Por lo tanto, además de lo anteriormente descrito y para fines del presente trabajo entenderemos que *una crisis es una transición o un momento decisivo que va a tener profundas implicaciones en la adaptación del individuo y sobre su capacidad para enfrentar futuras crisis*, ya que frecuentemente proveen condiciones esenciales para el desarrollo psicológico enriqueciendo los valores y creencias de una persona simultáneamente a la necesidad de nuevas experiencias. Así, este proceso puede promover tanto la integración cognitiva como el crecimiento personal que ayudan al manejo de aspectos problemáticos

de la nueva situación, por lo que "obligan" el desarrollo de nuevas estrategias cognitivas y personales ya que son necesarias para una adaptación eficaz.

Era importante señalar estos aspectos ya que a partir de las diferentes perspectivas teóricas mencionadas y de los elementos que cada una de ellas identifica, Moos, R. (1984), Moos, R. y Schaefer, J. (1986), Moos, R. y Schaefer, J. (1992) y Moos, R. y Billings, A. (1992) integran en un modelo conceptual la relación entre las transiciones y estresores de vida y su funcionamiento como un mediador entre los recursos de afrontamiento personales y medioambientales, por los procesos de afrontamiento, la evaluación cognitiva, así como sus interrelaciones. (Figura 1).

El esquema propuesto por estos autores establece cómo una crisis presenta una serie sucesiva de *tareas adaptativas básicas*, ante las cuales varias *habilidades de afrontamiento* pueden ser aplicadas mediante una *evaluación cognitiva* de su significado en combinación de *factores ambientales y personales*. Este grupo de factores afectan conjuntamente la resolución de la fase inicial de la crisis, el proceso de *valoración-revaloración*, así como la selección de las respuestas de afrontamiento y su efectividad para dar una resolución final al evento, lo cual a su vez puede *alterar a las diferentes áreas* en su totalidad y cambiar así el resultado final. Es por ello que más adelante se describirán cada uno de los diferentes componentes de dicho modelo.

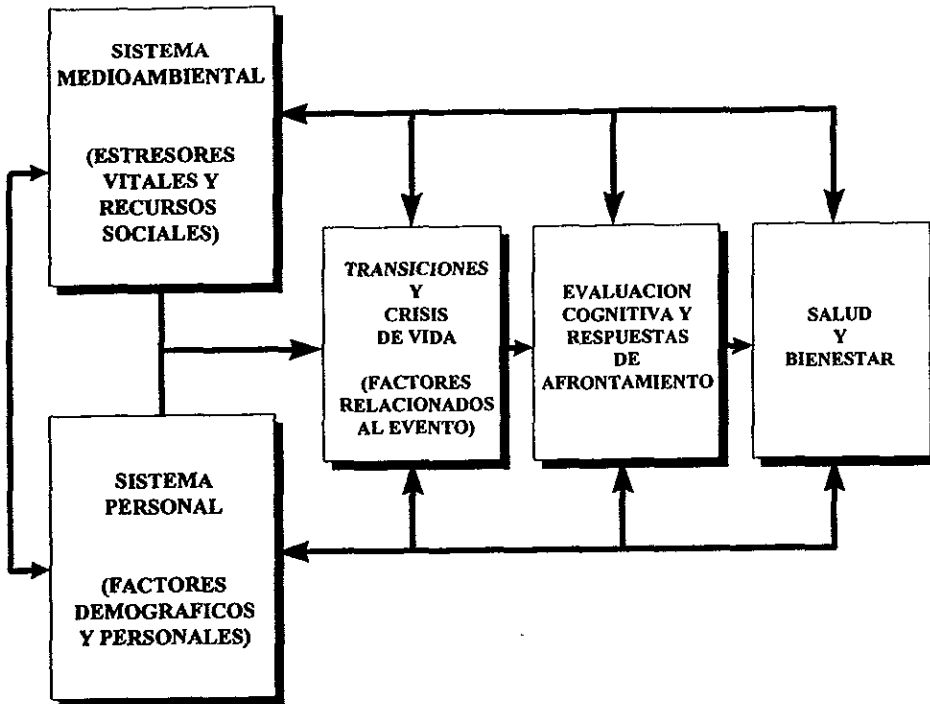


FIGURA 1.

## TAREAS ADAPTATIVAS BASICAS

Quando una crisis se presenta se llevan a cabo una serie de tareas que permiten manejar la situación estresante. Estas tareas pueden dividirse en cinco grupos principales los cuales serán brevemente descritos a continuación:

➤ **Establecer el significado de la situación y comprender su trascendencia a nivel personal.** Inmediatamente después de una crisis, típicamente se presenta una reacción inicial de impacto y confusión para posteriormente hacer consciente la realidad del evento experimentado; es en

este momento cuando una persona trata de asimilar el significado de cada aspecto de la crisis y de sus consecuencias.

➤ **Confrontar la realidad y responder a los requisitos que la situación externa plantea.** Este rubro le implica al sujeto la planeación, reestructuración y toma de decisiones necesarias ante la situación crítica, respondiendo a ellos en lo inmediato para recuperar gradualmente el equilibrio perdido.

➤ **Sostener relaciones con miembros de la familia y amigos así como con otras personas que puedan ser útiles en la resolución de la crisis y sus consecuencias.** Es difícil mantener comunicación con diferentes personas y recibir su apoyo cuando se experimenta un periodo crítico, sin embargo, las relaciones cercanas pueden ayudar a la persona a obtener y clarificar la información necesaria, a tomar decisiones pertinentes y brindar apoyo emocional y consuelo en relación a los problemas presentes.

➤ **Mantener un equilibrio emocional mediante el manejo de sentimientos inquietantes que surjan ante la situación.** Las crisis de vida generan múltiples emociones entre las que se encuentran sensaciones de haber fallado, auto-culpabilidad, tensión, miedo, etc., las cuales se vinculan a lo incierto de la situación; ante ello, es importante mantener la esperanza a pesar de los límites que las circunstancias presenten.

➤ **Preservar una auto-imagen satisfactoria y un sentido de competencia y dominio de sí mismo.** Los cambios en las circunstancias vitales de una persona se mezclan dentro de el concepto de "auto-imagen", los cuales ante una crisis pueden conducir a un cambio de valores personales y conductuales. Un ejemplo de estos casos es el que se observa en algunas personas que

después de haber superado una crisis se proponen ayudar a otras personas que se encuentran bajo las mismas *circunstancias*.

Estos cinco grupos de tareas se encuentran generalmente en cada transición o crisis de vida, pero su importancia relativa varía dependiendo de las características personales del individuo, la naturaleza del estresor y las *circunstancias específicas* de la situación.

## **PRINCIPALES RECURSOS DE AFRONTAMIENTO**

Uno de los rubros que comprende parte del esquema descrito es aquel que se refiere a las respuestas de afrontamiento propiamente dichas, las cuales se componen por los recursos y procesos de afrontamiento a los que les dedicaremos las siguientes páginas.

El término de *Recursos de Afrontamiento* refiere una serie de complejos factores de personalidad, actitudinales, cognitivos y sociales relativamente estables que proporcionan el contexto psicológico para que se expresen las *respuestas de afrontamiento* y que influyen en la manera en que las personas tratan de manejar las transiciones y crisis de vida, las tareas adaptativas ya descritas y que, además de afectar los procesos de *afrontamiento*, se afectan a sí mismos por los resultados de este proceso en su totalidad.

Moos, R. y Schaefer, J. (1986) señalan que estos recursos pueden emplearse individual, consecutivamente o en diferentes combinaciones y que no son inherentemente adaptativos o desadaptativos, ya que las habilidades que son efectivas en una situación pueden no serlo en otra, mientras que las habilidades que pueden ser benéficas dado un uso moderado o temporal,

pueden ser perjudiciales si se depende o se confía exclusivamente en ellas. Lo que es importante enfatizar es que al hablar de *recursos* se destacan aquellos aspectos positivos del afrontamiento describiéndolo como una habilidad que puede enseñarse y manejarse de manera flexible de acuerdo a los requerimientos de la situación.

Algunos de estos recursos son el desarrollo del yo, la autoeficacia y factores relacionados a ella como el sentido de dominio y el control interno, los estilos cognitivos y las habilidades de solución de problemas en general.

### ✓ Desarrollo del yo.

Loevinger (1976) (citado en Moos, R. y Billings, A. 1992) conceptualizó el *desarrollo del yo* como el "rasgo maestro" que abarca un sistema individual de referencia y el proceso a través del cual las experiencias psicológicas y ambientales se integran en un todo coherente. El yo progresivamente se despliega para alcanzar una percepción diferenciada de sí mismo y del mundo social siendo cada paso el representante de una etapa cuantitativamente diferente de organización estructural hasta alcanzar una etapa final la cual es diferente para cada persona.

Como recurso de afrontamiento nos interesa ya que el desarrollo del yo se ha relacionado con patrones de conductas complejas tales como el dar ayuda, empatía e independencia, así como una aproximación global de la maduración y del desarrollo moral, asociándose finalmente con una mayor variedad y efectividad de las respuestas de afrontamiento.

## ✓ Autoeficacia, competencia social y optimismo.

Un segundo rubro que es importante describir por su papel como recurso de afrontamiento es el que tiene que ver con la autoeficacia, la competencia social y el optimismo del individuo.

Dada su importancia, los investigadores de la personalidad han buscado medir aquellos aspectos del autoconcepto que proporcionan recursos personales generales en el manejo de eventos medioambientales adversos; en este sentido, lo que se ha encontrado es que las personas con un alto nivel de *autoeficacia* son más activas y persistentes en sus esfuerzos por manejar situaciones amenazantes, mientras que las personas con niveles bajos son menos activas o tienden a evitar tales situaciones.

De igual manera pero empleando el constructo de control interno y externo Rotter (1966) y Johnson y Sarason (1978) (citados en Moos, R. y Billings, A. 1992) encontraron que la relación entre los cambios recientes de vida y ansiedad y depresión eran mayores en las personas con un control externo al compararlas contra quienes se manejan por un control interno.

Por otra parte, diversos teóricos han definido la *autocompetencia* como un grupo de factores que implican actitudes firmes y favorables (tales como una alta autoestima), un sentido de eficacia personal, confianza interpersonal y una serie de metas reales y de aproximación activa para enfrentarse con el medioambiente.

En relación al *optimismo*, Scheir y Carver (1985 y 1987) (citados en Moos, R. y Schaefer, J. 1992) lo han definido como una disposición o expectativa general del individuo para dar respuestas favorables en situaciones difíciles o ambiguas; generalmente, se le ha asociado con una buena

adaptación física y psicológica, ya que al contrario de las personas pesimistas, los optimistas dependen más de procesos de afrontamiento que fomentan expectativas de respuesta favorables, estrategias persistentes y por ende, mejores resultados en general.

### ✓ Estilos cognitivos.

Los *Estilos Cognitivos* son un Recurso de Afrontamiento que consiste en patrones perceptuales de procesamiento de información habituales y que tienen efectos formativos en los procesos adaptativos y de aprendizaje, caracterizándose como dependientes o independientes de campo. La percepción de una figura por una persona *dependiente del campo* está fuertemente influenciada por el contexto perceptual del ambiente, mientras que aquellos que experimentan una figura separada, independiente y sin influencia del contexto perceptual es designada como *independiente de campo*.

Dentro del modelo que hemos venido explicando, lo que este recurso aporta es que las personas campo-dependientes se encuentran más sintonizadas con su ambiente social por lo que se les percibe como amigables y cálidas, además de que tienen mejores habilidades sociales y tienden a ser más expresivos emocionalmente. En contraste, las personas campo-independientes tienen una identidad bien definida y son más autónomas y sensibles a sus necesidades internas.

El valor adaptativo de cada orientación cognitiva va a depender de la naturaleza de la situación; de esta manera es posible observar que las personas campo-independientes tienden a ser más analíticas y estructuradas en sus pensamientos y están más propensas a ser exitosas en el manejo de situaciones que requieren un análisis lógico y de autoconfianza, mientras que



aquellos que son campo-dependientes utilizan habilidades sociales para resolver sus problemas interpersonales más efectivamente.

En relación a la regulación afectiva (método de afrontamiento centrado en las emociones, como más adelante veremos) se observa que tanto las personas campo dependientes como las independientes experimentan niveles semejantes de estrés ante una situación problemática, sin embargo, aquellas personas que son independientes de campo están más propensas a expresar su enojo y hostilidad directamente contra otros, mientras que aquellos quienes son dependientes de campo expresan tales sentimientos de manera indirecta.

### **✓ Habilidades para la solución de problemas.**

Este tipo de recurso ha sido ampliamente apoyado por las aproximaciones del aprendizaje social, enfatizando no solo su importancia como solución efectiva de un problema, si no también como la posibilidad de mantener una adaptación adecuada.

Son cuatro los elementos clave de la solución de problemas identificados por Spivack, Platt y Shure (1976) (citados en Moos, R. y Billings, A. 1992). Ellos son: reconocer la existencia del problema, definición del problema, generar posibles soluciones y seleccionar la mejor solución después de evaluar las consecuencias de todas las alternativas.

# PROCESOS DE AFRONTAMIENTO

Continuando con la explicación de los componentes del modelo ilustrado en la Figura 1 y dentro del apartado de respuestas de afrontamiento vamos ahora a describir aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que las personas emplean en la interpretación y el manejo de circunstancias estresantes particulares, conocidos como *Procesos de Afrontamiento*.

Existen dos aproximaciones que clasifican los procesos de afrontamiento; una de ellas enfatiza el *método* de afrontamiento que la gente emplea, distinguiendo si las respuestas suponen esfuerzos primordialmente cognitivos, conductuales o evitativos; la segunda aproximación enfatiza el *foco* del afrontamiento como la orientación de una persona y la forma en que actúa en respuesta a un estresor.

A continuación se describirán estas dos clasificaciones, para finalmente hablar del modelo integral de los procesos de afrontamiento propuesto por Moos, R. y Schaefer, J. (1992).

## CLASIFICACION DEL *AFRONTAMIENTO* DE ACUERDO A SU *METODO*

De acuerdo a su método, ésta clasificación describe tres formas básicas de afrontamiento dividiendo las estrategias para resolver los eventos estresantes en conductuales y cognitivas, mientras que un tercer grupo de respuestas intenta evitar el problema reduciendo la tensión emocional asociada con el estresor mediante su evasión. (Lazarus, 1966; Moos, 1977 citados en Billings, A. y Moos, R. 1981).

## ◇ **Afrontamiento Cognitivo Activo.**

Este tipo de afrontamiento refiere básicamente los intentos *activos* para manejar y resolver los eventos estresantes de una manera *cognitiva*, intrapsíquicamente o mediante una redefinición de las demandas presentes para conseguir hacerlas más manejables. Es decir, una persona con este tipo de afrontamiento centrará sus acciones en el análisis, evaluación y revaloración de las amenazas percibidas o provocadas por una situación intentando comprenderlas y asignándoles un significado para finalmente manejar la tensión provocada por la situación; es por ello que a este tipo de afrontamiento también se le denomine afrontamiento centrado en la valoración.

El afrontamiento cognitivo-activo puede dirigirse a una situación concreta, a los aspectos afectivos de un problema o a una combinación de ambos aspectos, pero lo que realmente distingue el que se evalúe cognitivamente un evento estresante es la selección y empleo de las respuestas características de este estilo como son el evaluar el evento mediante un análisis lógico y objetivo, buscar el lado positivo de la situación, tratar de encontrar experiencias pasadas que se asemejen a la situación actual, así como identificar la causa de los problemas poniendo especial atención en aspectos determinantes del evento y ensayar mentalmente posibles acciones y sus consecuencias.

En aquellos casos en que la evaluación cognitiva concluye en una redefinición del evento, es decir, cuando la persona acepta la realidad de su situación y la reestructura para encontrar en ella algo favorable, las respuestas de afrontamiento implican pensamientos que le recuerden a dicho sujeto que las cosas podrían ser peores y que se es afortunado en comparación con otras personas, imaginar situaciones hipotéticas que contengan mayores dificultades

que las que se están experimentando, concentrarse en aspectos que pudieran mejorar la situación, identificar aquellas características personales que puedan ofrecer algún beneficio, considerar el valor y la importancia de lo que el cambio ofrece, pensar en algo bueno que pueda disminuir la crisis, cambiar el sistema personal de valores, establecer prioridades de posibles cambios y considerar los beneficios que la situación amenazante ofrece como pudiera ser la madurez personal.

En general, estas respuestas permiten minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y ayudan a promover el reajuste progresivo de las diferentes áreas alteradas.

#### ❖ **Afrontamiento Conductual Activo.**

Esta forma de afrontamiento involucra todas aquellas acciones que le permitan a la persona eliminar o reducir las demandas que la crisis exige y/o incrementar los recursos necesarios para manejarla. Es decir, este estilo refiere de manera específica a las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, siendo algunas de las respuestas representativas el tratar de conocer más sobre la situación y llevar a cabo acciones para resolverla, hablar con familiares, amigos o profesionistas sobre el problema y elaborar y seguir un plan de acción determinado entre otras respuestas.

#### ❖ **Afrontamiento Evitativo.**

El afrontamiento evitativo se refiere a aquellos intentos que tienen como finalidad evadir enfrentarse al problema en sí mismo, negando o minimizando

la seriedad de una crisis o reduciendo de manera indirecta las tensiones emocionales por medio de conductas que no ofrecen una solución real.

Esta categoría tiene como consecuencia inmediata al evento crítico la negación y la minimización de los afectos; posteriormente, una vez que los eventos han sido aceptados, se les pospone o se les asigna un significado a largo plazo, siendo un caso extremo la supresión consciente de que el evento ha ocurrido.

Algunas de las respuestas que la evitación cognitiva conlleva es la negación de los temores y de la ansiedad que aparece en los momentos de mayor estrés, el intentar olvidar la situación, negarse a creer la realidad del problema haciendo bromas acerca de ella como una fantasía optimista que le permita olvidar tanto el problema como los sentimientos que le provoca. Por sus características, estas habilidades también se han descrito como mecanismos de defensa (negación, aislamiento, desplazamiento, etc.) porque son respuestas de autoprotección ante el estrés o la ansiedad. (Billings, A. y Moos, R. 1981)

Generalmente las habilidades de tipo evitativo no conllevan un valor constructivo, ya que equivalen a un auto-engaño que únicamente alivian temporalmente a la persona de la sobrecarga de ansiedad; y, pese a que en algunos casos pueden proporcionar el tiempo necesario para adquirir otros recursos personales de afrontamiento, es claro que no ayudan a resolver o entender la crisis sino aplazar la resolución del conflicto.

## **CLASIFICACION DEL *AFRONTAMIENTO* DE ACUERDO AL *FOCO***

De acuerdo con su foco el afrontamiento puede organizarse en tres grandes áreas considerando si se centra en el análisis, en el problema o en las emociones vinculadas a una crisis respectivamente, lo cual a su vez categoriza nueve tipos de métodos de afrontamiento, los cuales serán descritos a continuación.

➤ ***Afrontamiento centrado en el análisis:*** Este tipo de afrontamiento trata de entender y encontrar el significado del evento crítico, incluyendo el proceso de evaluación y revaloración que permite modificar el significado de la crisis, así como comprender la amenaza provocada por una situación.

Los métodos particulares de este estilo de afrontamiento son los siguientes:

◆ ***Análisis lógico y preparación mental:*** Este tipo de habilidad abarca el poner atención en los aspectos de la crisis en el momento mismo en que se presenta, convirtiendo un problema aparentemente muy grande en uno pequeño que sea potencialmente manejable y resuelto en experiencias pasadas, ensayando además mentalmente alternativas de acción y sus probables consecuencias. Ampliamente, este tipo de habilidad abarca la capacidad de anticipación.

Un evento crítico es más fácil de manejar si se le encuentra un propósito general o un significado del acontecimiento, creando expectativas con perspectivas a largo plazo lo cual hace que los eventos individuales sean más manejables.

◆ **Redefinición cognitiva:** Esta categoría abarca las estrategias cognitivas mediante las cuales un individuo acepta la realidad de la situación, pero la reestructura encontrando en ella algún factor favorable. Tales estrategias incluyen respuestas como el recordarse a sí mismo situaciones que pudieran ser peores, el compararse con otras personas menos afortunadas, centrándose en los atributos personales que lo ubiquen en ventaja, cambiar valores y prioridades adecuándolos a la realidad y pensar en aquellos aspectos positivos que permitan un crecimiento y desarrollo personal a la vez que disminuya la crisis. Estas percepciones selectivas pueden minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y ayudar a promover el reajuste.

◆ **Evitación cognitiva o negación:** Esta categoría abarca una clase de habilidades dirigidas a negar o minimizar la seriedad de un evento crítico, dirigiéndose inicialmente a la crisis en sí misma, u orientándose hacia las consecuencias inmediatas del evento, negando o minimizando los afectos que ocurren después de una crisis; una vez que el eventos se ha aceptado, pueden dirigirse a darle un significado a largo plazo.

➤ **Afrontamiento centrado en el problema:** El afrontamiento centrado en el problema busca confrontar la realidad de una crisis y sus efectos mediante el manejo de las consecuencias tangibles e intentando construir una situación más satisfactoria. Los métodos que caracterizan este estilo de afrontamiento son los siguientes:

◆ **Búsqueda de información y apoyo:** Este tipo de habilidad abarca la búsqueda de información acerca de la situación crítica y de las diferentes alternativas que pueden llevarse a cabo, así como sus posibles resultados.

Estas habilidades frecuentemente se emplean en combinación con habilidades de análisis lógico.

Las respuestas que caracterizan este tipo de afrontamiento son la búsqueda de apoyo y seguridad en familiares, amigos y profesionales, o mediante la incorporación a grupos especiales dentro de organizaciones o en grupos de personas que experimentaron o padecen algún tipo de crisis específica, los cuales además de proporcionar ayuda e información sobre la forma en que manejaron sus dificultades en situaciones similares, brinda una valiosa fuente de fortaleza para enfrentar momentos difíciles.

◆ *Tomar acciones para solucionar el problema:* Este tipo de habilidades implica la toma de acciones concretas para manejar directamente las crisis y sus consecuencias. Dichas estrategias pueden crear un sentido de competencia y autoestima así como una serie de oportunidades para llevar a cabo acciones efectivas que en circunstancias diferentes pudieran no haberse presentado.

◆ *Identificar beneficios alternativos:* Estas habilidades abarcan los intentos para reemplazar las pérdidas relacionadas con determinadas transiciones y crisis, mediante el cambio de las actividades personales y la creación de nuevas fuentes de satisfacción. Tales respuestas de afrontamiento implican el realizar planes a corto plazo para manejar sus resultados reales en lo inmediato, haciendo las modificaciones medioambientales necesarias que limiten el que dichas metas se consigan.

Una forma efectiva para concluir la situación crítica es ayudar a otras personas con crisis similares; de acuerdo con esto, las personas que han experimentado un evento y que dejan un legado de conocimiento, además de aumentar su autoestima, algunas de ellas dan conferencias, escriben



libros, o llevan a cabo acciones legales como un esfuerzo por cambiar actitudes públicas.

➤ ***Afrontamiento centrado en las emociones:*** Tal y como su nombre lo dice este estilo de afrontamiento se dirige al manejo de los sentimientos provocados por una crisis y al mantenimiento del equilibrio afectivo. Los métodos que lo implican son:

◆ ***Regulación afectiva:*** Estas habilidades abarcan los esfuerzos por mantener la esperanza mediante el control de las emociones, tolerando la ambigüedad de la situación y generalmente evitando tomar acciones inmediatas lo que permite mantener los sentimientos ocultos rígidamente guardados en sí mismo.

◆ ***Descarga emocional:*** Esta clase de respuesta incluye la apertura que da salida a los sentimientos de enojo y desesperación mediante gritos y llanto como protesta ante la noticia de una situación crítica; en algunos casos, la salida de estos afectos es mediante el uso de bromas y "humor negro" con la finalidad de calmar la constante tensión experimentada. Es común observar que muchas personas alternan entre el control emocional y la descarga emocional alternadamente.

◆ ***Aceptación resignada:*** Esta categoría abarca la llegada al límite de la situación crítica, aceptando que las circunstancias no pueden modificarse y sometiéndose a cierta "condena" ante la imposibilidad de cambio. Las estrategias que caen dentro de ésta categoría concluyen ante cualquier situación que nada puede hacerse para cambiarla y aunque no necesariamente excluye las actividades para la solución del problema, ayuda a las personas a aceptar el evento cuando este ocurre.

En general, estas nueve categorías abarcan los tipos más comunes de habilidades de afrontamiento mediante las cuales las personas manejan los cambios de vida; su empleo no es exclusivo sino que requiere de una combinación o secuencia que permite la readaptación del individuo.

## **MODELO INTEGRAL DE LOS PROCESOS DE AFRONTAMIENTO**

A partir de lo anterior y mediante una profunda revisión de lo descrito, Moos, R. y Schaefer, J. (1992), integraron las dos clasificaciones expuestas y desarrollaron un modelo que las resume en dos áreas: aproximación y evitación, las cuales a su vez se dividen en categorías que reflejan el afrontamiento cognitivo y conductual. De acuerdo con ello, la clasificación integral que estos autores proponen es la siguiente:

➔ **Afrontamiento de Aproximación Cognitiva:** Implica el análisis lógico y la revaloración cognitiva de la situación estresante, poniendo atención a cada aspecto en su momento, recordando experiencias pasadas, ensayando mentalmente acciones alternativas y sus posibles consecuencias y aceptando la realidad de la situación reestructurándola para encontrar en ello algo positivo, favorable y de aprendizaje.

➔ **Afrontamiento de Aproximación Conductual:** Requiere la búsqueda activa de apoyo y el llevar a cabo acciones concretas para manejar directamente el problema y sus consecuencias.

➔ **Afrontamiento de Evitación Cognitiva:** Comprende las respuestas que tienen como propósito el negar o minimizar la seriedad de una crisis y/o

sus consecuencias, así como aceptar la situación como es y pensar que sus circunstancias básicas no pueden cambiarse.

➡ **Afrontamiento de Evitación Conductual:** Abarca la búsqueda de recompensas alternas tratando de reemplazar las pérdidas implicadas en ciertas crisis involucrándose en nuevas actividades y creando fuentes alternativas de satisfacción. También implica el desahogo de los sentimientos de enojo y desesperación abiertamente y comportamientos que pueden reducir temporalmente la tensión.

## **DETERMINANTES GENERALES DE LA EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Una vez que hemos descrito las características tanto de los Recursos como de los Procesos de Afrontamiento, corresponde ahora señalar algunos factores que determinan junto con las estrategias mencionadas su efectividad dentro de un proceso adaptativo y de reequilibrio personal. Tales factores se ubican dentro de tres grandes categorías que agrupan separadamente los factores demográficos y personales, los factores relacionados con el evento y las características del medioambiente físico y social. A continuación estas categorías serán brevemente descritas.

✧ **Factores demográficos y personales.** Los factores demográficos y personales incluyen variables como la edad, sexo, raza y nivel socioeconómico, así como madurez emocional y cognitiva, fortaleza yoica y confianza en sí mismo, creencias religiosas y filosóficas y experiencias de crisis y estilos de afrontamientos anteriores. Todos estos factores en conjunto ayudan a definir la crisis psicosocial así como la forma de resolverlos.

De una manera más general, los eventos vitales se relacionan una serie de características relativamente estables de personalidad, por el compromiso del individuo para consigo mismo y por las creencias individuales que posea, lo cual determinará los patrones que definen que eventos son estresantes y por ende la elección del estilo de afrontamiento necesario ante dicha situación.

✧ **Factores relacionados con el evento.** Estos factores abarcan las características de las transiciones de vida o de una crisis tales como el tipo y contexto en el que ocurre el evento. Rees y Smyer (citados en Moos, R. y Schaefer, J. 1986) han identificado cuatro tipos de eventos: a) biológicos (tales como una enfermedad y la muerte), b) psicológico/personales (como casarse), c) físico/ambientales (estar expuesto a un desastre natural) y d) socioculturales (adoptar a un niño). Otros aspectos de los eventos vitales incluyen su *foco* (uno mismo u otra persona), el inicio súbito o su predictibilidad, control, probabilidad de ocurrencia y extensión o amplitud en función de la diversidad de las áreas de la vida que pueden ser afectadas por el mismo evento.

Tales variaciones entre los estresores van a definir la naturaleza de las respuestas de afrontamiento que la persona, los miembros de su familia y las personas involucradas en el evento presenten. Así, aquellas crisis ante las cuales las personas tengan algún control, es más probable que muestren estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución del problema, mientras que aquellos eventos que son esencialmente incontrolables tienden a evocar respuestas de afrontamiento enfocadas de manera cognitiva y emocional; además, cuando resulta imposible cambiar un evento o sus consecuencias, los individuos intentan modificar el significado de la situación y sus sentimientos acerca de la misma, por lo que los estresores inmanejables están propensos a generar una adaptación pasiva y una resignación gradual.

✧ **Factores medioambientales físicos y sociales.** Los aspectos del ambiente físico y social influyen tanto en las tareas adaptativas de la persona como en las estrategias de afrontamiento que van a emplear y sus resultados. El medio ambiente humano abarca las relaciones de las personas, sus familiares y el apoyo y expectativas que puede recibir de la comunidad; dependiendo de la calidad de las relaciones sociales cercanas, la superación de la crisis se verá beneficiada o afectada.

Desde una perspectiva más amplia, la adaptación puede fomentarse mediante los esfuerzos cooperativos de la comunidad. Existen organizaciones comunitarias de auto-ayuda que funcionan como centro para gente que comparte una preocupación común, proporcionando información, guía y esperanza en el manejo de crisis particulares. Contrariamente a lo esperado, en algunos casos, los factores macrosociales o contextuales pueden hacer que el proceso de adaptación sea más difícil, pero en general, tales factores pueden alterar la manera en que la amenaza se valora, así como la elección, la secuencia y la relativa eficacia de las habilidades de afrontamiento.

## **AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION**

Una vez que hemos revisado e integrado los diferentes aspectos que comprenden el modelo del funcionamiento de las transiciones y crisis de vida dentro del cual se encuentran las respuestas de afrontamiento, mencionaremos de que manera influyen en el proceso de adaptación de los seres humanos ante situaciones críticas generales y posteriormente revisaremos lo que en relación a la adaptación al cáncer han realizado diferentes autores.

En general, puede resumirse que las personas que emplean respuestas de afrontamiento de tipo aproximativo (especialmente conductual) tienden a

adaptarse mejor a los eventos críticos y experimentan menos síntomas psicológicos, mientras que aquellos que emplean los tipos de afrontamiento evitativo (especialmente las fantasías y la descarga emocional) tienen mayores dificultades para adaptarse ante una situación estresante.

En relación al afrontamiento cognitivo, Moos, R. y Schaefer, J. (1992) han identificado en diferentes grupos (de adultos sanos, pacientes clínicamente enfermos por diversos problemas, situaciones familiares, etc.) que se asocian con un mejor ajuste marital y ocupacional, así como con altos puntajes de criterios de salud mental tales como productividad y felicidad. Además, estos autores observaron que el empleo conjunto de la búsqueda de información y resolución de problemas son métodos especialmente útiles para manejar estresores crónicos y agudos, como lo es cáncer.

Por otra parte, autores como Levenson, Mishra, Hamer, & Hastillo (1989) y Levine, Warrenburg, Kerns, Schwartz, Delaney, Fontana, y cols., (1987) (citados en Moos, R. y Schaefer, J., 1992) señalan que la evitación cognitiva puede ser una forma efectiva para enfrentarse con estresores a corto plazo como el dolor, donar sangre o diversos procedimientos médicos diagnósticos; y que las respuestas de evitación cognitiva y negación empleadas simultáneamente pueden predecir una mejor respuesta médica durante periodos de hospitalización por enfermedades crónicas cardio-coronarias.

Otra descripción señala que los estresores relacionados a aspectos laborales se asocian con un incremento en el empleo de estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, mientras que los estresores relacionados a la salud se asocian con estrategias enfocadas a las emociones. (Folkman y Lazarus, 1980; citados en Billings, A. y Moos, R. 1981).

Por todo lo anterior se ha visto el papel que el afrontamiento desempeña ante diferentes aspectos comportamentales generales, sin embargo, lo que ahora nos interesa identificar es la manera en que las respuestas de afrontamiento influyen en los pacientes con cáncer y de manera más específica en su sexualidad ya que independientemente de las características que llegan a generarse a partir del padecimiento, resulta de gran importancia el evaluar procedimientos que permitan predecir qué pacientes presentarán mayor problemática psicológica en el futuro desde el momento mismo del diagnóstico, así como el contar con los medios para determinar *a priori* que pacientes recuperarán con sus propios recursos los niveles previos de bienestar y cuáles se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar complicaciones.

Algunos antecedentes que justifican nuestro interés se relacionan con los siguientes estudios:

Autores como Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F. (1993), Arathuzik, M. D. (1991) y Font, A. (1994) han intentado caracterizar las respuestas de afrontamiento que las pacientes con cáncer emplean resumiendo sus resultados como sigue:

Conductualmente existe un acuerdo en que las estrategias más frecuentemente empleadas fueron la inactividad y el aislamiento aunque Font, A. (1994) señala que de acuerdo a su trabajo, la respuesta conductual en estas pacientes es el cumplimiento de las prescripciones médicas. A nivel cognitivo, Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V. y Scheier, M. F. (1993) señalan que la reformulación positiva y el uso de la religión son las respuestas de afrontamiento más comunes mientras que Font, A. (1994) señala que las pacientes no le buscan ningún sentido a la enfermedad y que en general no piensan en problemas de salud. Finalmente, los autores están de acuerdo en

que las reacciones emocionales comúnmente observadas son la negación, la aceptación y la resignación.

A diferencia de la descripción anterior, autores como Weisman y Worden (citados en Moos, R. y Billings, A. 1992), Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V. y Scheier, M. F. (1993), Royak, S. R. (1991), Arathuzik, M. D. (1991) y Ferrero, J.; Toledo, M. y Barreto, M. P. (1995) han identificado en sus diferentes estudios que las pacientes que experimentan menos angustia e incrementan su calidad de vida, han enfrentado el padecimiento mediante estrategias característicamente de aproximación conductual y cognitivo, además de la manifestación libre de las emociones, como son: El rol activo mediante acciones firmes y concretas, la resolución de problemas, la búsqueda de orientación y de guías médicas, el cumplimiento de los tratamientos, la redefinición y reestructuración del estilo de vida y la expresión de las emociones mediante aceptación, optimismo y humor.

Así mismo, los mismos autores señalan que aquellas pacientes que experimentan niveles altos de angustia y menor calidad de vida han enfrentado la enfermedad mediante estrategias de pasividad, sumisión, desvinculación conductual, aislamiento, desesperanza y fatalismo.

Finalmente, existen discrepancias en relación a la negación, ya que mientras Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V. y Scheier, M. F. (1993) ubican este tipo de respuesta dentro de las características que disminuyen la calidad de vida, Ferrero, J.; Toledo, M. y Barreto, M. P. (1995) la asocian positivamente con la percepción de calidad de vida, lo cual puede explicarse mediante la propuesta de Lazarus, R. (1988) (citado en Carreño, J., Morales-Carmona. F. y Martínez, A. 1997) de que el valor constructivo de la negación radica en que ayuda a las personas a que no se abrumen en los momentos más difíciles, proporcionándoles el tiempo necesario para adquirir



otros recursos de afrontamiento; o bien, como Matt, Sementilli y Burish (1988) (citados en Ferrero, J.; Toledo, M. y Barreto, M. P. 1995) explican al señalar que la negación puede ser una de las estrategias más eficaces para afrontar el cáncer por las dificultades que este implica, condicionando su efectividad a que no interfiera con la adherencia al tratamiento.

El último aspecto que nos corresponde señalar se centra en el papel del afrontamiento y la sexualidad, área en la cual Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M. P. (1995) parecen ser los únicos autores que han descrito un posible vínculo entre estas variables en pacientes con cáncer de mama, sin embargo, estos autores mencionan la presencia de "problemas sexuales" sin indicar específicamente a qué se refieren con ello, pero concluyen que el afrontamiento llamado "Espíritu de Lucha", el cual consiste en ver el diagnóstico de cáncer como un reto, ser optimista ante el pronóstico, sentir control sobre la enfermedad y dar respuestas dirigidas a combatir la enfermedad, se asocia con menos problemas sexuales, mientras que el "Fatalismo", caracterizado por una visión del diagnóstico como una amenaza menor, por la aceptación de cualquier pronóstico sin importar cual sea éste y una baja percepción de control, así como el afrontamiento llamado "Desamparo/Desesperanza" cuyas respuestas son se vivir la enfermedad como algo irreparable, el mantener una visión negativa del pronóstico y percibir un bajo control de la enfermedad, se asocian con la presencia de problemas sexuales.

Por todo lo anteriormente dicho y tratando de resumir el presente capítulo la pretensión de este trabajo es explorar las alteraciones de la sexualidad en las pacientes con cáncer así como el identificar los estilos de afrontamiento que estas pacientes muestran.

Como hemos visto los estilos de afrontamiento son respuestas habituales que los individuos emplean ante situaciones críticas, transiciones en el ciclo de vida o problemas específicos de la vida cotidiana, por lo que al surgir el cáncer, se responderá a él con el mismo patrón establecido.

Además, de acuerdo a diferentes autores, los Estilos de Afrontamiento pueden ser buenos predictores de bienestar futuro en un paciente, por lo que nos interesa saber particularmente si también desempeña algún papel en la presencia o no de disfunciones sexuales en las pacientes con cáncer.

La importancia de este trabajo radica en la posibilidad de plantear un modelo predictivo que permita identificar a aquellas pacientes que por sus características de afrontamiento se encuentran en riesgo de generar alguna disfunción sexual, y así proporcionar e incidir terapéuticamente en ello, además de favorecer la adherencia terapéutica al tratamiento y a la calidad de vida en general.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Explorar las alteraciones de la sexualidad conforme al ciclo de respuesta sexual humana asociadas al cáncer ginecológico en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Analizar los diferentes Estilos de Afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico con fines predictivos, pronósticos y de intervención institucional, así como determinar la posible relación con la presencia de alteraciones en la sexualidad conforme al ciclo de respuesta sexual humana.

## **JUSTIFICACION**

Resulta de gran importancia el que los profesionales en oncología evalúen e *identifiquen problemas en el funcionamiento sexual* antes, durante o después del tratamiento médico del cáncer ginecológico, para proporcionar información y apoyo a los pacientes en cuestiones relacionadas con su práctica sexual, de tal manera que sean referidos a profesionales competentes cuya capacitación y experiencia coadyuve en el tratamiento de disfunciones sexuales cuando éstas aparezcan.

Además, es deseable que problemas en la función sexual sean identificados y tratados exitosamente lo más pronto posible de tal forma que la gente que cursa con algún tratamiento oncológico pueda tener una perspectiva realista con la esperanza de una restauración completa de sus interrelaciones con otro ser humano, considerando aspectos biológicos, psicológicos y culturales, que incidan en el bienestar integral de la mujer.

En relación al cáncer, se han propuesto numerosos índices pronósticos de la evolución y gravedad de la enfermedad, sin embargo, llama bastante la atención que para ello no se hallan incluido factores propiamente psíquicos tales como la personalidad, el pensamiento, los mecanismos de defensa psicológicos y las estrategias de afrontamiento de los eventos estresantes, cuya presencia en un proceso oncológico es incuestionable.

De igual forma, el identificar cuales son las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas afectadas por una enfermedad como lo es el cáncer resulta de gran interés no sólo por el importante papel que juega en la adaptación a los problemas y en el mantenimiento de la calidad de vida afectada por el estado de salud, sino también por su posible valor predictivo y pronóstico de diversos problemas psicológicos como lo es la disfuncionalidad sexual entre otros.

## **OBJETIVOS**

○ Explorar y describir las alteraciones de la sexualidad conforme al ciclo de respuesta sexual humana asociadas al cáncer ginecológico en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología.

○ Analizar los diferentes Estilos de Afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico con fines predictivos, pronósticos y de intervenciones institucionales, así como observar si tienen alguna relación con la presencia de *alteraciones en la sexualidad conforme al ciclo de respuesta sexual humana*.

○ Documentar y caracterizar a la población oncológica del Instituto Nacional de Perinatología en las áreas referidas, lo cual ofrece la posibilidad de dar apertura a una amplia e interesante línea de investigación.

○ El reporte final del estudio en su totalidad deberá servir como antecedente para generar un programa de atención institucional psicológica en el INPer, con el fin de brindar una asistencia integral y preventiva de las posibles alteraciones emocionales asociadas con un padecimiento médico, en lo particular de este trabajo con las alteraciones de las pacientes que se someten a una atención por problemas oncológicos.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

### **Variable Poblacional:**

➤ ***Cáncer Ginecológico:*** Todo tipo de cáncer que esté presente en los órganos genitales de la mujer como: *cérvix, útero, endometrio, ovarios, vulva y vagina*, así como el cáncer de seno. El diagnóstico será determinado por la *Clínica de Oncología del Instituto Nacional de Perinatología*.

## **Variables Dependientes:**

### **➤ *Alteraciones de la Sexualidad.***

#### **● *Deseo Sexual Hipoactivo.***

**Definición Conceptual:** Disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual.

**Definición Operacional:** Respuesta afirmativa a la pregunta 38 del Cuestionario de Sexualidad versión para Mujeres.

#### **● *Trastorno por aversión al sexo.***

**Definición Conceptual:** Aversión extrema hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

**Definición Operacional:** Respuesta afirmativa a la pregunta 43 del Cuestionario de Sexualidad versión para Mujeres.

#### **● *Trastorno de la excitación sexual en la mujer.***

**Definición Conceptual:** Incapacidad para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

**Definición Operacional:** Respuesta afirmativa a la pregunta 48 del Cuestionario de Sexualidad versión para Mujeres.

● ***Trastorno orgásmico femenino.***

**Definición Conceptual:** Ausencia o retraso del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.

**Definición Operacional:** Respuesta afirmativa a la pregunta 53 del Cuestionario de Sexualidad versión para Mujeres.

● ***Dispareunia.***

**Definición Conceptual:** Dolor genital asociado a la relación sexual.

**Definición Operacional:** Respuesta afirmativa a la pregunta 58 del Cuestionario de Sexualidad versión para Mujeres.

● ***Vaginismo.***

**Definición Conceptual:** Aparición de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere el coito.

**Definición Operacional:** Respuesta afirmativa a la pregunta 64 del Cuestionario de Sexualidad versión para Mujeres.

● ***Disritmia.***

**Definición Conceptual:** Insatisfacción de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia de deseo sexual.

**Definición Operacional:** Respuesta afirmativa a la pregunta 74 del Cuestionario de Sexualidad versión para Mujeres.

## ➤ ***Estilos de Afrontamiento.***

**Definición Conceptual:** Se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales realistas y flexibles que las personas emplean en la interpretación y el manejo de circunstancias estresantes particulares, dando solución a los problemas y por tanto, reduciendo el estrés. El énfasis está en los procesos utilizados por el individuo para dominar las situaciones conflictivas en la relación con el entorno, distinguiendo si las respuestas suponen esfuerzos primordialmente cognitivos, conductuales o evitativos. (Moos, 1983).

**Definición Operacional:** Se tomarán en cuenta las respuestas obtenidas en la Escala de Respuestas para Enfrentar Sucesos Importantes, la cual es una sección del Cuestionario sobre Salud y Hábitos de Vida de Moos (1983).

### **Variables Atributivas:**

- Edad.
- Escolaridad.
- Clasificación Socioeconómica.
- Estado Civil.
- Ocupación.
- Diagnóstico.
- Etapa de la Enfermedad.
- Tratamiento.



## TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue exploratorio, ex-post-facto, transversal y descriptivo.

Se determina que el estudio es de carácter *exploratorio* en virtud de que es ésta la primera aproximación para estudiar las variables mencionadas en esta población característica; se considera *ex-post-facto* ya que el momento de observación del fenómeno es posterior a que éste ha ocurrido y que ha afectado el presente; es *transversal* ya que las unidades de observación fueron captadas en un único momento de su evolución; y, es *descriptivo* ya que pretende reseñar las características más importantes del fenómeno.

## DISEÑO DE INVESTIGACION

Se trata de un diseño cuasi-experimental, de un solo grupo y con una sola medición.

## MUESTRA

**Sujetos:** La muestra se conformó por 63 pacientes de la Clínica de Oncología del Instituto Nacional de Perinatología que contaban con un diagnóstico médico corroborado de cáncer ginecológico (cérvix, útero, endometrio, ovario, vagina, vulva y seno) y que aceptaron participar de manera voluntaria e informada en la investigación.

**Tamaño de la Muestra:** Se determinó de manera no probabilística mediante la inclusión propositiva de todas las pacientes que acudieran a la Clínica de Oncología, siendo la selección delimitada por tiempo, considerándose 3 meses a partir de la fecha de inicio en el que se incluyeron a todas las pacientes que cumplieran con los requisitos de la investigación y cubriendo una cuota mínima de 50 pacientes.

**Criterios de Inclusión:** Además de cumplir con el diagnóstico médico de cáncer ginecológico considerado como variable poblacional, era necesario que se cubrieran los siguientes criterios:

- Ser de nacionalidad mexicana por nacimiento.
- Sin trastorno psiquiátrico grave, de acuerdo a criterio clínico.
- Sin cursar con debilidad mental, de acuerdo a criterio clínico.
- Sin otros padecimientos sistémicos agregados.
- No ser paciente terminal.

## **ESCENARIO**

La investigación se llevó a cabo en la consulta externa del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

## **INSTRUMENTOS**

### **➤ Cuestionario de Sexualidad (Versión para Mujeres)**

Este cuestionario encuesta a través de 82 reactivos las posibles dificultades sexuales que puede presentar una mujer y que tienen referencia a

la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales editado por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM - IV, 1996); a la Historia Clínica Codificada para Sexualidad Femenina (Souza, M., Cárdenas, J., Montero, M., Mendoza, L., 1987); y a una amplia revisión bibliográfica de evaluación de la sexualidad en pacientes oncológicos. El instrumento puede describirse en tres partes: la primera abarca la ficha de identificación, aspectos generales de la enfermedad e historia gineco-obstétrica; la segunda parte encuesta la evaluación subjetiva de la mujer sobre diferentes aspectos de su conducta sexual antes y después de su diagnóstico; y finalmente, se evalúan las diferentes disfunciones sexuales femeninas. Cabe señalar que este cuestionario no es un instrumento diagnóstico que establezca los criterios de tiempo que necesariamente se requieren para establecer la presencia de una disfunción sexual, lo cual sustenta el que las categorías sean manejadas como alteraciones de la sexualidad que de cualquier forma consideran las etapas de la respuesta sexual.

### ➤ Escala de Respuestas para Enfrentar Sucesos Importantes

Esta escala es una sección del Cuestionario sobre Salud y Hábitos de Vida de Moos, R. (1983). Está compuesta por una serie de opciones de respuestas, con las cuales una persona puede enfrentarse a los problemas o sucesos que considera de importancia, para indicar la frecuencia en una escala de tipo Likert de 3 puntos (1 = no, nunca; 2 = si, a veces; 3 = si, con frecuencia).

La clasificación de estas respuestas de afrontamiento se puede hacer de dos formas: la primera corresponde al método utilizado para enfrentarse al problema que puede ser: a) Cognitivo - Activo; b) Conductual - Activo; y, c) Evitativo. La segunda clasificación se basa en el enfoque que se le de al afrontamiento: a) Análisis Lógico y Preparación Mental; b) Redefinición

Cognitiva; c) Evitación Cognitiva o Negación; d) Búsqueda de Información y Apoyo; e) Tomar Acciones para Solucionar el Problema; f) Identificar Beneficios Alternativos; g) Regulación Afectiva; h) Descarga Emocional; y, por último, i) Aceptación Resignada. La forma de clasificación se hace sumando las opciones de respuesta de afrontamiento afirmativas incluidas en cada clasificación.

Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. y Smith, F. (1989) han empleado este instrumento obteniendo coeficientes de confiabilidad de alfa = .72 para el afrontamiento cognitivo activo, alfa = .80 para el afrontamiento conductual activo y alfa = .44 para el afrontamiento evitativo.

En nuestra muestra el coeficiente de confiabilidad obtenido para el instrumento total fue de alfa = 0.7610 y para cada uno de los factores como sigue: Afrontamiento Conductual Activo, alfa = 0.7026; Afrontamiento Centrado en el Problema, alfa = 0.6961; Afrontamiento de Evitación Cognitiva, alfa = 0.6880; y Afrontamiento Evitativo, alfa = 0.4678.

## PROCEDIMIENTO

**Prueba Piloto:** Previamente a la captura de la muestra se llevó a cabo la aplicación de ambos instrumentos en mujeres del mismo universo muestral, para observar la comprensión de las pacientes hacia los reactivos así como el realizar los ajustes necesarios al Cuestionario de Sexualidad.

La captura de la muestra se llevó a cabo en la consulta externa atendida en la Clínica de Oncología del INPer donde los médicos adscritos refirieron a todas las pacientes diagnosticadas con algún tipo de cáncer, a las cuales se les informó los objetivos de la investigación y en caso de que hubieran aceptado

participar y cubierto con los criterios de inclusión se procedía a la aplicación de los instrumentos.

El Cuestionario de Sexualidad se llevó a cabo entrevistando directamente a la paciente, mientras que la Escala de Respuestas para Enfrentar Sucesos Importantes fue autoadministrado. Ambos instrumentos requirieron un tiempo aproximado de 30 minutos para su aplicación.



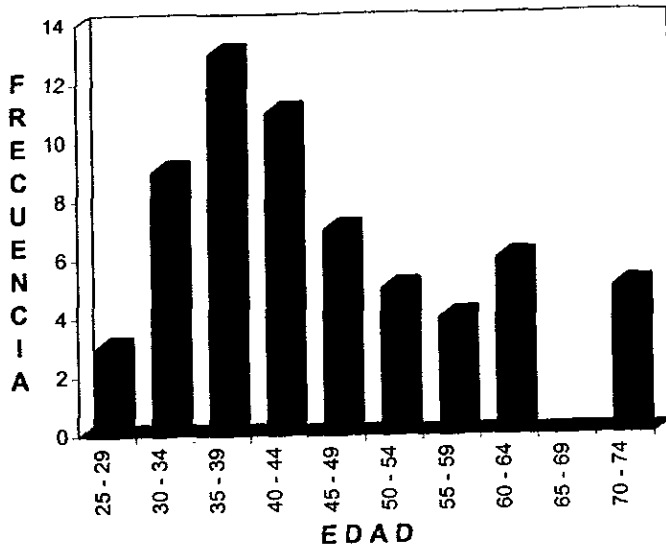
La muestra estuvo constituida por un total de 63 mujeres con diagnóstico médico de cáncer, atendidas en la *Coordinación de Oncología* del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

## **CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

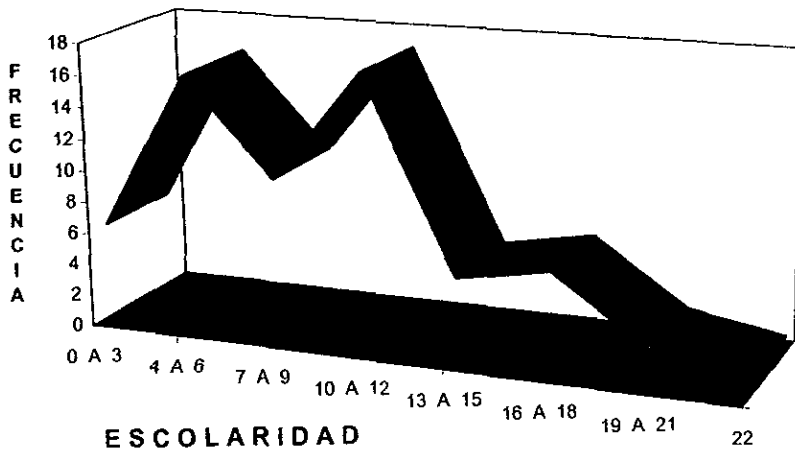
Las características sociodemográficas muestrales fueron las siguientes: La edad promedio fue de 45.51 años, mediana igual a 42 años, una desviación estándar de 12.63 años y un intervalo de edad con valores mínimo y máximo de 25 a 74 años respectivamente. (Gráfica 1).

La escolaridad promedio es de 9.59 años de estudio, con una desviación estándar de 5.01 años. (Gráfica 2).

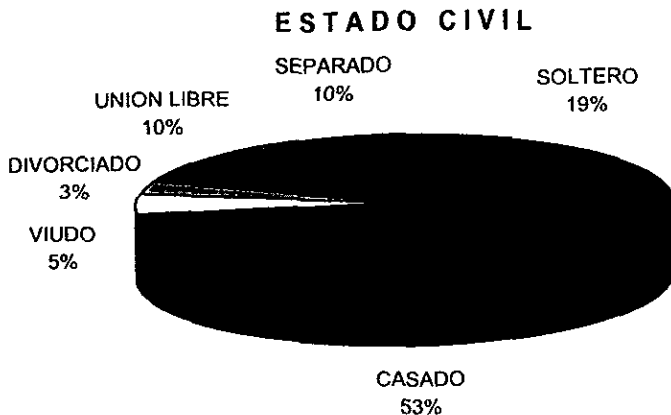
En cuanto al estado civil el 63% contaba con una pareja estable, de las cuales el 53% estaban casadas y el 10% vivían en unión libre; 19% eran solteras; mientras que 10% estaban separadas, 3% divorciadas y 5% habían enviudado. (Gráfica 3). Cabe señalar que al diferenciar si contaban con una pareja sexual, el 70% respondió afirmativamente mientras que en el 30% no era así.



GRAFICA 1.

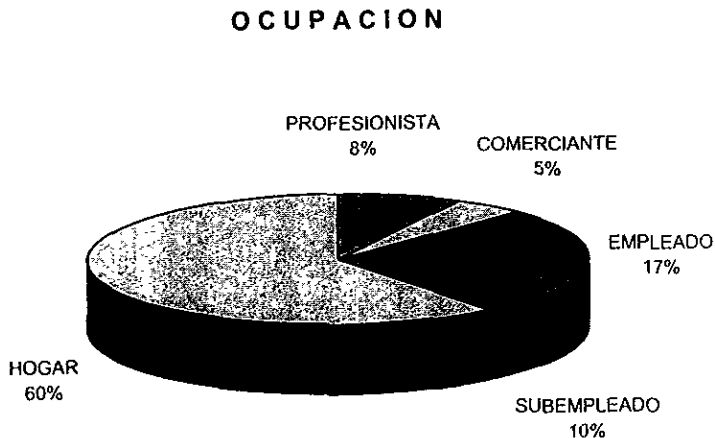


GRAFICA 2.



**GRAFICA 3.**

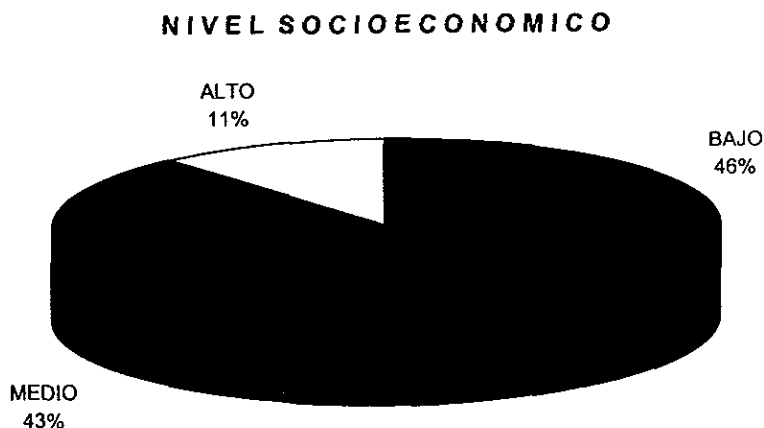
Respecto a la ocupación de las pacientes se observó lo siguiente: el 60% se dedican al hogar, el 17% son empleadas, el 8% profesionistas, el 10% son subempleadas y el 5% comerciantes. (Gráfica 4).



**GRAFICA 4.**



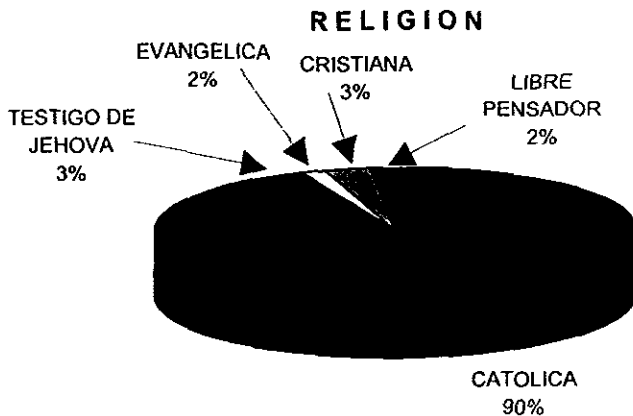
La distribución del nivel socio-económico fue de la siguiente manera: 46% se encontraban dentro de los índices de nivel bajo, 43% dentro del nivel medio y el 11% correspondió al nivel socio-económico alto. (Gráfica 5).



**GRAFICA 5.**

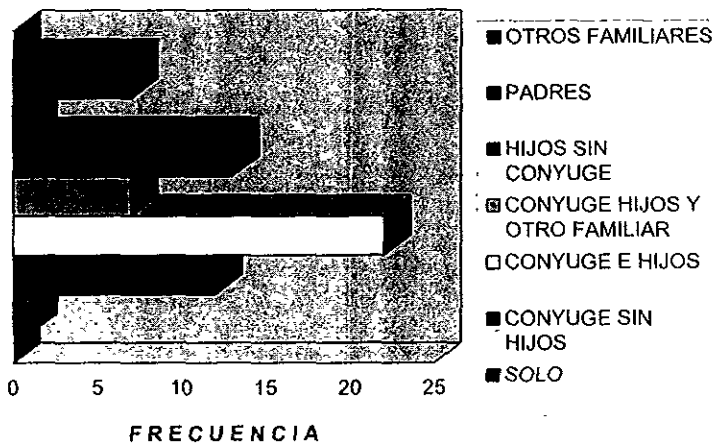
La proporción de religión fue como sigue: el 90% eran Católicas, 8% eran de religión Cristiana, Testigo de Jehová y Evangélica, mientras que el 2% era Libre Pensador (Gráfica 6).

Finalmente, al observar con quién viven las pacientes se observó que el 2% viven solas, el 19% viven con la pareja, el 34% vive con la pareja e hijos, el 11%, además de la pareja e hijos, vive con otro familiar; el 21% vive únicamente con los hijos, el 2% vive con sus padres y el 11% con algún otro familiar (Gráfica 7).



GRAFICA 6.

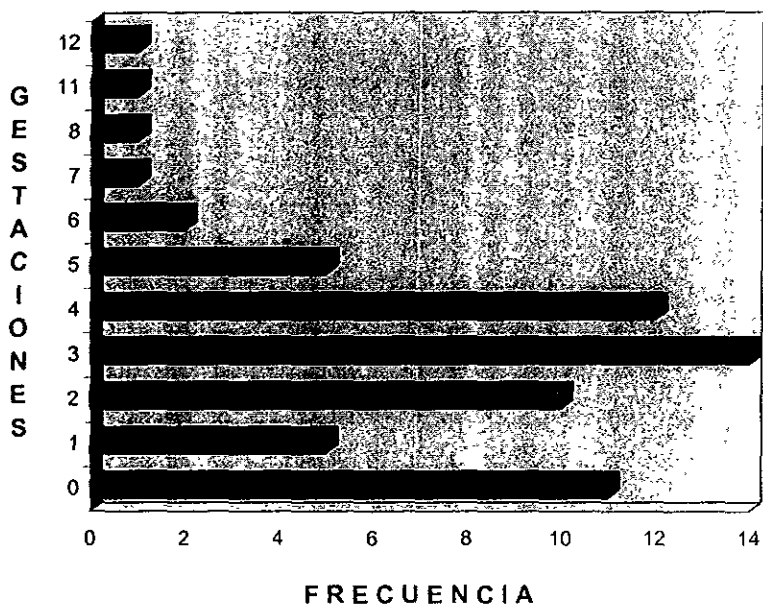
### PERSONAS CON QUIEN VIVE



GRAFICA 7.

## VARIABLES GINECO-OBSTETRICAS

La historia gineco-obstétrica de las pacientes fue como a continuación se describe: En cuanto al número de gestaciones, el 17.5% del total nunca se había embarazado; el 7.9%, ha tenido un embarazo; el 15.9%, dos embarazos; el 22.2%, tres embarazos; 19.0%, cuatro embarazos; 7.9%, cinco embarazos; 3.2%, seis embarazos; y con proporción de 1.6% se encontraron las categorías de 7, 8, 11 y 12 gestaciones respectivamente. (Gráfica 8). Cabe señalar que en el momento de la entrevista tres pacientes, correspondientes al 4.8% del total cursaban con un embarazo, el cual en una de ellas cumplía con las 21 semanas de gestación, mientras que las dos pacientes restantes cursaban la semana 28 de gestación.



GRAFICA 8.

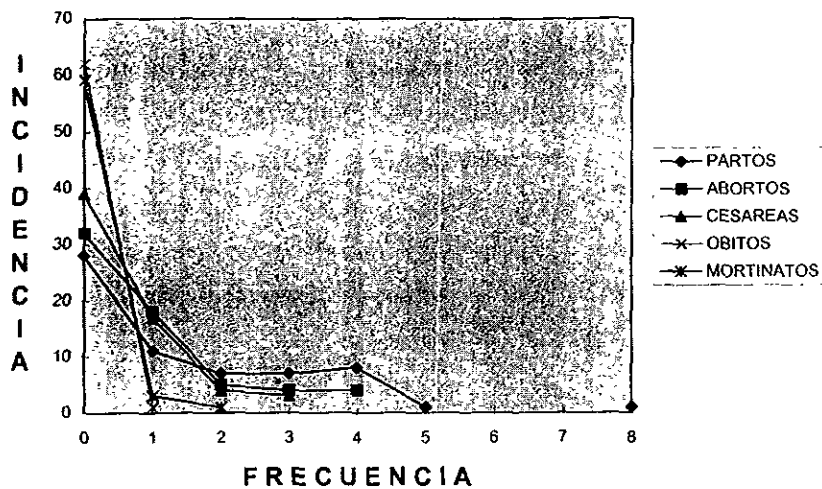
De tales embarazos se observa que no todos llegaron a término teniendo diferentes tipos de resolución como lo es el que fueran partos, cesáreas, abortos, óbitos o mortinatos. De acuerdo con ello se observa que el 44.4% de las pacientes no ha tenido ningún parto; el 17.5% ha tenido uno, el 11.1% ha tenido dos partos, con igual proporción para el grupo de tres partos; 12.7%, han tenido cuatro partos; y finalmente, con una proporción de 1.6% se encuentran los rubros de 5 y 8 partos cada uno. Para facilitar la observación de estos datos en la Tabla 1 se resumen las proporciones correspondientes a cada una de las variables restantes. (Gráfica 9).

FRECUENCIA	PARTOS %	CESAREAS %	ABORTOS %	OBITOS %	MORTINATOS %
0	44.4	61.9	50.8	98.4	93.7
1	17.5	27.0	28.6	1.6	4.8
2	11.1	6.3	7.9		1.6
3	11.1	4.8	6.3		
4	12.7		6.3		
5	1.6				
8	1.6				

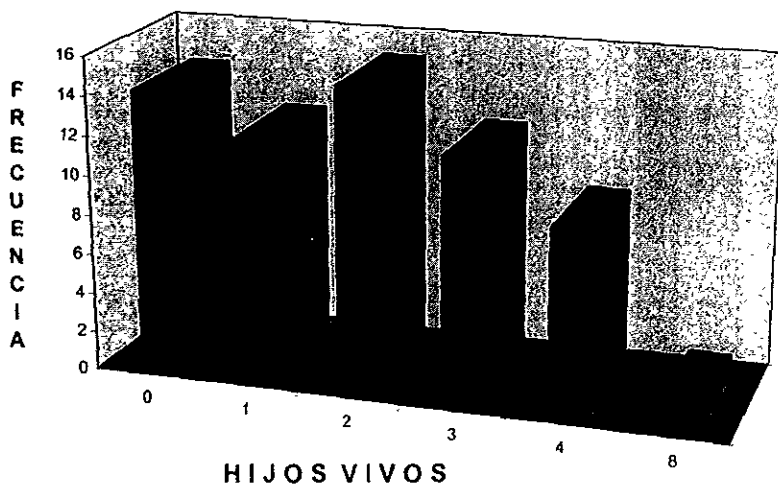
**TABLA 1.**

Respecto al número de hijos vivos el 22.2% no tenían ningún hijo y el 19% tenía un hijo; la proporción más grande fue de 23.8% con dos hijos; el 19.0% tenía tres hijos; el 14.3% cuatro hijos; y con ocho hijos vivos se observó un porcentaje de 1.6%. (Gráfica 10).

## HISTORIA GINECO-OBSTETRICA

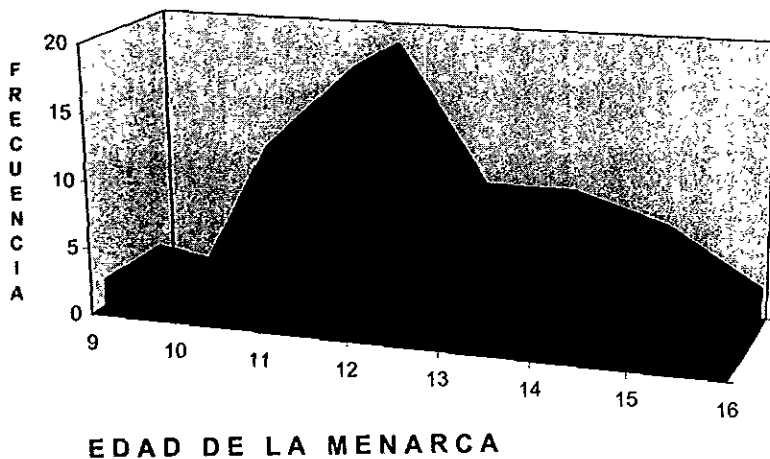


GRAFICA 9.



GRAFICA 10.

La edad promedio de la menarca fue de 12.62 años con una desviación estándar de 1.64 años. En cuanto al ritmo menstrual el 81% de las pacientes refirieron tener ciclos regulares, mientras que el 19% tenía periodos menstruales irregulares. (Gráficas 11 y 12).



GRAFICA 11.

RITMO MENSTRUAL

IRREGULAR  
19%



REGULAR  
81%

GRAFICA 12.

## ASPECTOS DE SEXUALIDAD

Las variables que caracterizan algunos aspectos de sexualidad fueron las siguientes: el 70% cuenta con una pareja sexual estable, mientras que en el 30% no es así. (Gráfica 13).

### PAREJA SEXUAL

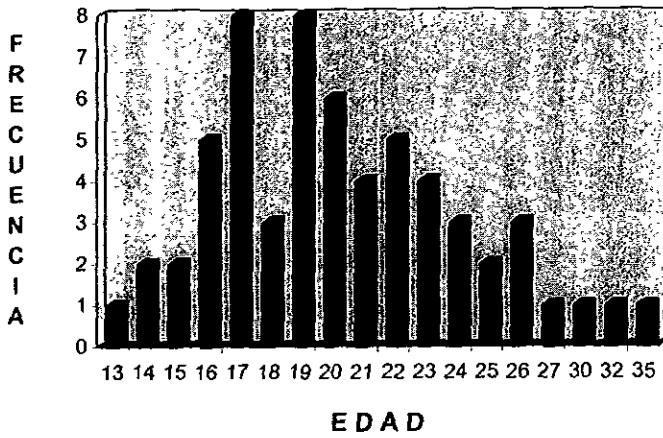


GRAFICA 13.

El promedio de edad de inicio de vida sexual fue de 19.41 años, con una desviación estándar de 6.10 años. Cabe señalar que el 4.8% de mujeres nunca ha tenido vida sexual. (Gráfica 14).

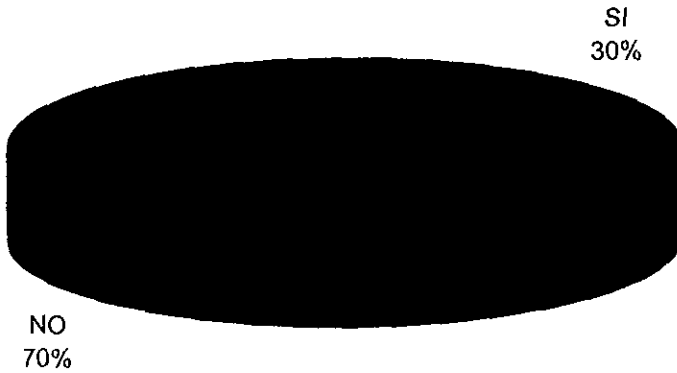
En cuanto al uso de método anticonceptivo se observó que el 30% utiliza algún método y que el 70% no hace uso de ningún tipo de anticoncepción. (Gráfica 15).

### INICIO DE VIDA SEXUAL



GRAFICA 14.

### USO DE METODO ANTICONCEPTIVO



GRAFICA 15.



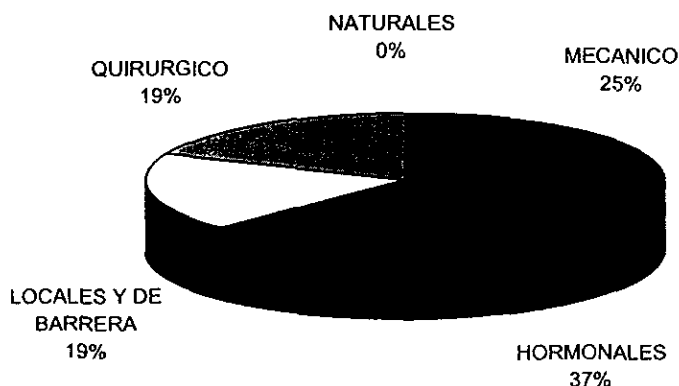
Sin embargo, debido a que muchas de estas pacientes se encuentran en periodo climatérico, lo cual hace innecesario el uso de métodos anticonceptivos, se consideró en el siguiente análisis únicamente a aquellas pacientes que de acuerdo a la edad se ubicarían en un periodo fértil, ubicando la edad máxima de pacientes que utilizan algún anticonceptivo a los 51 años, comprendiendo así de acuerdo al total muestral el que el 71.42% de las pacientes se ubiquen en edad fértil, de las cuales el 36% hacen uso de algún método anticonceptivo y el 64% no utilizan ningún método. (Gráfica 16).



**GRAFICA 16.**

Al analizar el tipo de anticonceptivo empleado se observó que el 37% utilizaban algún método hormonal (pastillas e inyecciones); el 25% usaba métodos mecánicos (dispositivo intrauterino); y el 19% utilizaba métodos quirúrgicos (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) y locales/barrera (óvulos, jaleas y preservativo) respectivamente. Finalmente, ninguna paciente refirió el empleo de métodos naturales (ritmo y coito interrumpido). (Gráfica 17).

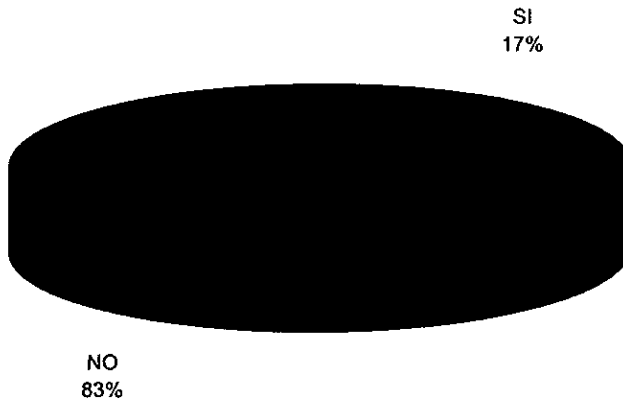
### TIPO DE ANTICONCEPTIVO



GRAFICA 17.

Al cuestionar si las pacientes tenían práctica de masturbación el 17% *respondió afirmativamente mientras que el 83% respondió que no*. De aquellas pacientes que refirieron masturbarse, en el 4.6% se observó una frecuencia menor a una vez al mes; en el 3.2% fue de una vez al mes; en el 4.8% de dos veces al mes; y en el 1.6% se encontraron los rubros de tres y cuatro veces al mes cada uno. (Gráfica 18).

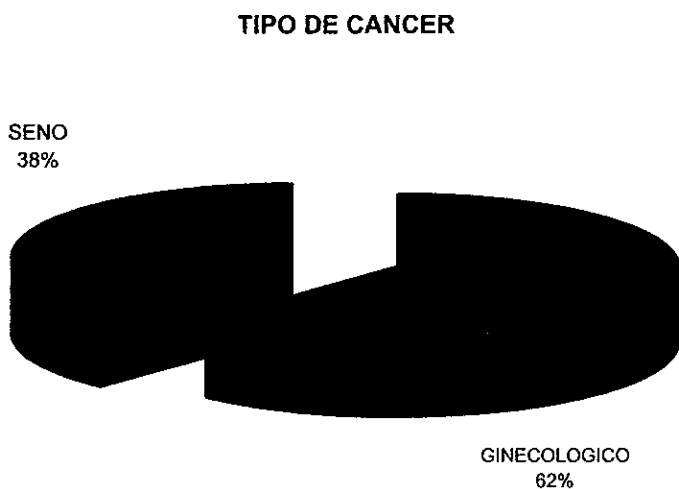
## PRACTICA LA MASTURBACION



GRAFICA 18.

## CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD

En relación al diagnóstico podemos observar que el 62% de la muestra padece algún tipo de cáncer ginecológico y que el 38% tenía cáncer mamario. (Gráfica 19). En las Tablas 2 y 3 podemos identificar el diagnóstico específico de cada grupo así como sus respectivas frecuencias y proporciones. Cabe señalar que 9.5% de la población total contaba con un segundo diagnóstico además del diagnóstico principal anteriormente señalado, datos que se señalan en la Tabla 4.



**GRAFICA 19.**

TIPO DE CANCER	CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CERVICAL	NO CLASIFICADO	1	1.6
	IN SITU	1	1.6
	MICRO INVASOR	4	6.3
	INVASOR	5	7.9
UTERINO	NO CLASIFICADO	3	4.8
	IN SITU	3	4.8
	INVASOR	4	6.3
CERVICO UTERINO	NO CLASIFICADO	6	9.5
	INVASOR	4	6.3
OVARICO	NO CLASIFICADO	3	4.8
	LIMITROFE	3	4.8
	INVASOR	1	1.6
ENDOMETRIAL	NO CLASIFICADO	1	1.6

TABLA 2. CANCER GINECOLOGICO

TIPO DE CANCER	CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SENO	NO CLASIFICADO	11	17.5
	IN SITU	2	3.2
	INVASOR	11	17.5

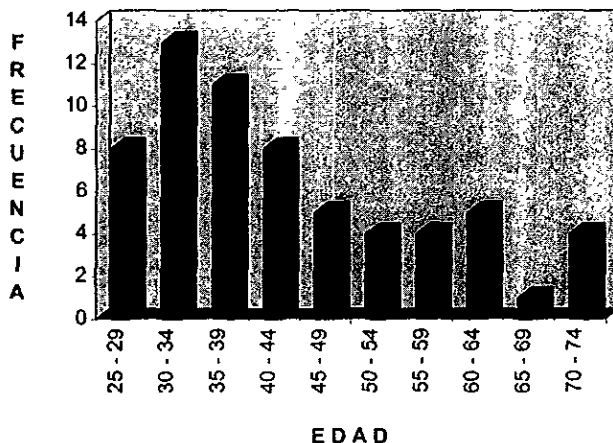
**TABLA 3. CANCER DE SEÑO.**

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	57	90.5
VIRUS DE PAPILOMA HUMANO	3	4.8
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL SEVERA	1	1.6
CANCER OVARICO INVASIVO	1	1.6
CANCER UTERINO	1	1.6

**TABLA 4. DIAGNOSTICO SECUNDARIO.**

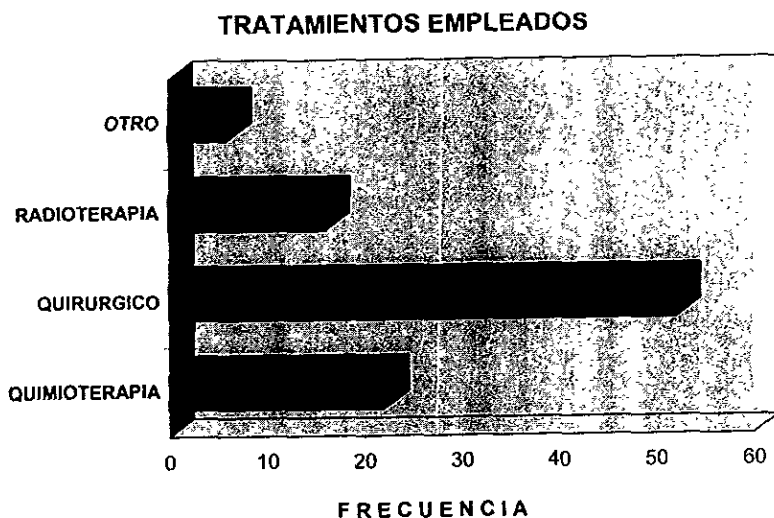
El promedio de edad de las pacientes al momento del diagnóstico fue de 43.05 años, mediana igual a 39 años, una desviación estándar de 13.42 años y con un intervalo de 25 años como valor mínimo y 73 años como edad máxima. (Gráfica 20).

**EDAD DE LA PACIENTE AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO**



**GRAFICA 20.**

En cuanto a los tratamientos empleados se observa que el 82.5% habían sido atendidas quirúrgicamente, el 34.9% recibió tratamientos quimioterapéuticos, el 25.4% recibió radioterapia y el 9.5% había tenido además de los anteriores algún otro tipo de tratamiento. Cabe señalar que los datos mencionados refieren proporciones en relación al total muestral por lo que debemos entender que ellos pudieron haber sido empleados como tratamiento único o en combinación por cada una de las pacientes. (Gráfica 21).



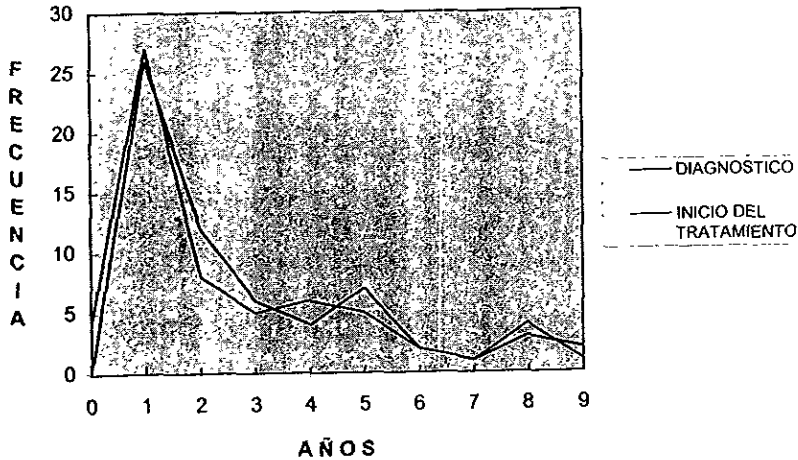
**GRAFICA 21.**

Respecto al tiempo transcurrido a partir del momento en que se les dio el diagnóstico a las pacientes al momento de la entrevista se observó que había pasado un promedio de 2.45 años, mediana igual a 1.25 años, una desviación estándar de 2.43 años, con valores de un mes como mínimo y 9 años como máximo. (Gráfica 22).

En cuanto al periodo de tiempo entre el inicio de los tratamientos al momento de la entrevista se tuvo un promedio de 2.26 años, mediana igual a 1.08 años y una desviación estándar de 2.46 años. El valor mínimo correspondiente al 6% de las pacientes no había recibido ningún tratamiento al momento de la entrevista y el valor máximo transcurrido desde el inicio del tratamiento al momento de la entrevista fue de 9 años. (Gráfica 22).



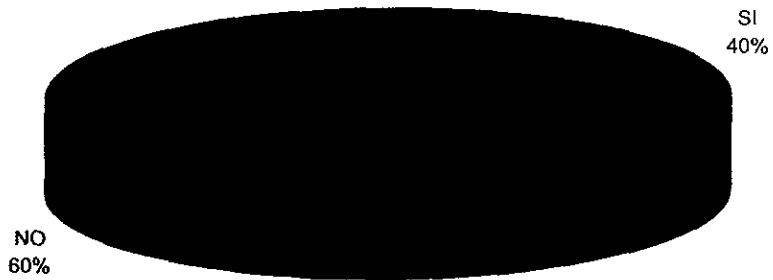
## TIEMPO TRANSCURRIDO AL MOMENTO DE LA APLICACION



**GRAFICA 22.**

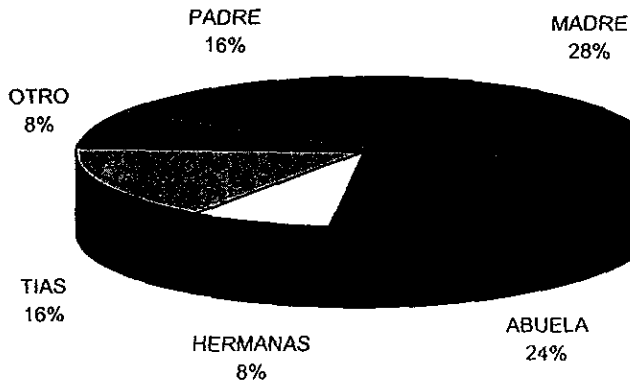
Al explorar los antecedentes oncológicos familiares de las pacientes se detectó que el 40% tenía algún tipo de antecedente con cáncer, de los cuales en el 28% era materno; en el 24% era por parte de las abuelas tanto maternas como paternas; en el 16% se relacionaba con tías; en el 8% con hermanas; el 16% tenía antecedentes paternos y en el 8% se encontraba el antecedente asociado a algún otro familiar. El 60% del total no contaba con ningún antecedente familiar con cáncer (Gráficas 23 y 24).

## ANTECEDENTES FAMILIARES CON CANCER



GRAFICA 23.

## TIPO DE ANTECEDENTE PARENTAL



GRAFICA 24.

## CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD

Con los datos obtenidos mediante este instrumento se llevó a cabo inicialmente el análisis de los reactivos que evaluaban diferentes comportamientos sexuales mediante el empleo de estadística no paramétrica para establecer diferencias entre dos observaciones dependientes antes-después, en el que cada sujeto funcionaba como su propio control, calificadas por la paciente en un corte transversal. Se incluyeron correlaciones de Pearson entre las respuestas de antes y después para aquellos reactivos cuya escala de medición era nominal.

La prueba de rangos de Wilcoxon para pares igualados mostró diferencias estadísticamente significativas en los reactivos que evaluaron el ritmo coital con un valor  $Z = -4.184$  ( $p = 0.000$ ), en la disposición hacia la sexualidad con una  $Z = -4.419$  ( $p = 0.000$ ) y en las condiciones ambientales para la relación sexual con un valor  $Z = -4.225$  ( $p = 0.000$ ).

La prueba de McNemar no mostró diferencias estadísticamente significativas entre la preparación higiénica para la relación sexual antes y después del diagnóstico de cáncer con una  $p = 0.143$ .

Para el resto de los reactivos se obtuvieron correlaciones entre las respuestas de antes y después del diagnóstico, las cuales se reportan en la Tabla 5.

De las 63 pacientes correspondientes al total muestral, 15 de ellas, correspondientes al 23.81% no tenían vida sexual activa mientras que 48 pacientes las cuales constituyen el 72.19% refirió mantener vida sexual.

REACTIVO ANTES - DESPUES	CORRELACION	N	P
Ubicación más frecuente de la relación sexual	0.479	63	0.000
Posición más frecuente para la relación coital	0.441	63	0.000
Horario predominante de la relación sexual	0.568	63	0.000
Quien toma la iniciativa o propone la relación sexual	0.550	63	0.000
Forma en que se propone la relación sexual	0.362	63	0.004
Grado de desnudez para la relación sexual	0.413	63	0.001

**TABLA 5.**

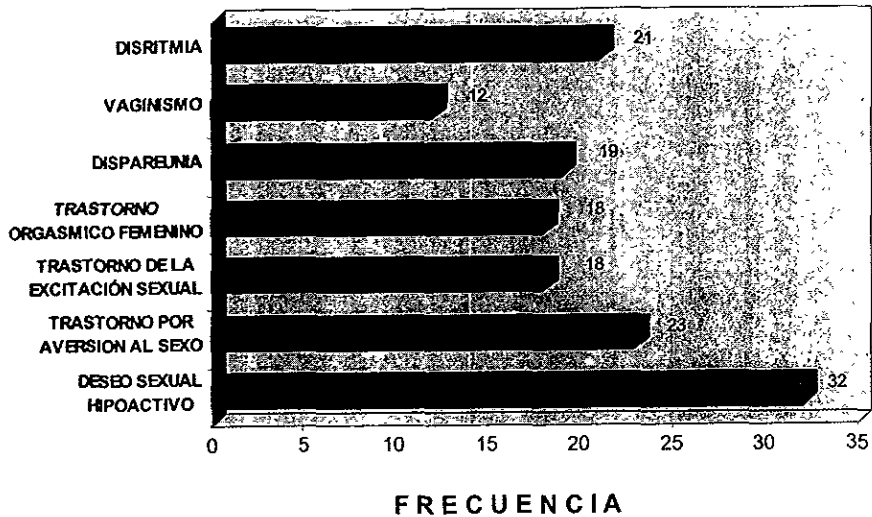
Considerando como N = 48 a aquellas pacientes que refirieron tener vida sexual activa, se observó que previamente a la aparición del cáncer el 62.5% tenía al menos una disfunción sexual y que el 37.5% no tenía ninguna de ellas; y, posterior a la aparición del cáncer encontramos que el 100% de las pacientes presentan al menos una disfunción sexual. Cabe señalar que para considerar la presencia de disfunciones sexuales como consecuencia del cáncer se comparó la edad de la aparición de la disfunción sexual con la edad de diagnóstico de cáncer menos dos años, lo cual, aunque es una medida aparentemente arbitraria, la consideramos importante debido a que en muchas ocasiones pese a que no se ha establecido atención médica continua y un diagnóstico de cáncer propiamente dicho, la enfermedad y sus síntomas se encuentran presentes y en evolución. (Andersen, B. L., Anderson, B. y DeProse, C., 1989; Andersen, B. L. y Elliot, M. L. 1993; y, Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. 1985).

Previamente al cáncer se registraron un total de 81 disfunciones sexuales lo cual equivale a un promedio de 2.7 disfunciones sexuales por paciente; mientras que posterior al cáncer se observaron en total 143 disfunciones sexuales, siendo el promedio de 2.97 disfunciones sexuales por paciente.

La prueba de Wilcoxon para establecer diferencias entre la presencia de disfunciones sexuales previas al cáncer y posterior al cáncer muestra diferencias estadísticamente significativas con una  $Z = -5.213$  ( $p = 0.000$ ).

Al analizar cada una de las disfunciones sexuales por separado encontramos lo siguiente: El 66.66% de las pacientes refirió Deseo Sexual Hipoactivo, siendo el momento de aparición del mismo en el 40.62% previo al cáncer y en el 59.37% posterior al cáncer; el Trastorno por Aversión al Sexo se observó en 47.91% de las pacientes, de las cuales en el 47.82% se había presentado previamente al cáncer y en el 52.17% posterior al cáncer; el Trastorno de la Excitación Sexual se presentó en el 37.5% de mujeres, siendo en el 44.44% de aparición previa al cáncer y en el 55.55% posterior al mismo; de igual manera, el 37.5% reportó Trastorno Orgásmico, con el 50% respectivamente en el momento de aparición tanto previo como posterior al cáncer; Dispareunia fue referida por un 39.58%, de las cuales en el 31.57% el momento de aparición había sido previamente al cáncer, mientras que en el 68.42% se había presentado posterior al cáncer; el 25% de las pacientes presenta Vaginismo, de las cuales el 41.66% refiere su inicio previo al cáncer y en el 58.33% posterior al cáncer; finalmente, la Disritmia fue reportada por el 43.75% de las pacientes, en las que su inicio previo al cáncer era del 47.61% y de inicio posterior al cáncer de 52.38%. (Gráficas 25 y 26).

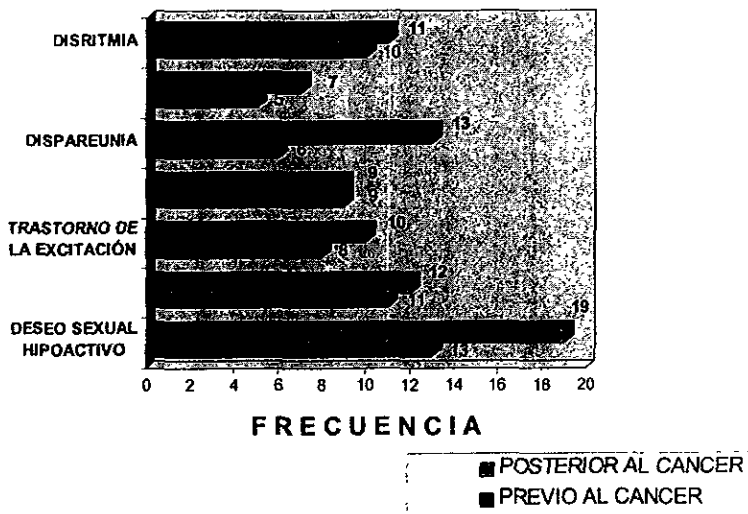
## DISFUNCIONES SEXUALES



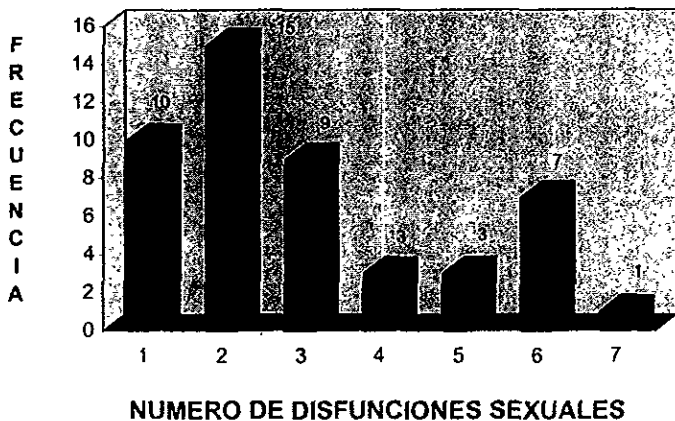
GRAFICA 25.

En cuanto al número de disfunciones sexuales que presentaba cada paciente se puede observar lo siguiente: el 15.9% tenía una disfunción sexual; el 23.8% tenía dos disfunciones sexuales; el 14.3% padece tres disfunciones sexuales; con cuatro y cinco disfunciones sexuales se observan el 4.8% respectivamente; el 11.1% presentan 6 disfunciones sexuales; y el 1.6% presenta las siete disfunciones sexuales. (Gráfica 27).

## MOMENTO DE APARICION DE LA DISFUNCION SEXUAL



GRAFICA 26.



GRAFICA 27.

## ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Para analizar los resultados del presente instrumento se llevó a cabo un Análisis Factorial con una  $N = 132$  correspondientes al total muestral del proyecto general institucional reduciendo el espacio factorial a 5 dimensiones y con el método de Rotación Varimax cuya convergencia fue de 8 iteraciones. Mediante este método 21 reactivos entraron al análisis formando 4 factores claramente diferenciados con 5 reactivos para tres de ellos y un total de 6 reactivos para el Factor 3; mientras que el Factor 5 fue eliminado debido a que correlacionó únicamente con tres reactivos. Con ello podemos explicar el 38.9% de la varianza, siendo el Factor 1 quien explica el 18.2%; el Factor 2, el 8.2%; el Factor 3, el 7.0%; y el Factor 4, el 5.6% de la varianza respectivamente.

El coeficiente de confiabilidad para el instrumento total obtuvo un alfa = 0.7610 y para cada uno de los factores como sigue: Factor 1, alfa = 0.7026; Factor 2, alfa = 0.6961; Factor 3, alfa = 0.6880; y Factor 4, alfa = 0.4678.

Por las características de los reactivos El Factor 1 ha sido denominado Afrontamiento Conductual Activo; el Factor 2, Afrontamiento Centrado en el Problema; el Factor 3, Afrontamiento Evitación Cognitiva; y el Factor 4, Afrontamiento Evitativo.

Los reactivos que resultaron representativos de cada factor y sus respectivas correlaciones pueden observarse en las Tablas 6, 7, 8 y 9.

Posteriormente se llevaron a cabo Correlaciones de Pearson de las puntuaciones factoriales que cada paciente obtuvo mediante el análisis anterior y la presencia/ausencia de cada una de las disfunciones sexuales en tres



diferentes grupos, la muestra total con cáncer, el grupo que no tenía disfunción sexual previamente al cáncer y el grupo que tenía disfunciones sexuales previas al cáncer, cuyos resultados significativos pueden observarse en las Tablas 10, 11 y 12, teniendo en cuenta que su interpretación es de carácter inverso por las características del reactivo.

En la muestra total podemos observar que a mayor empleo de estrategias de Afrontamiento Evitación Cognitiva (Factor 3) se observa un incremento en la Disritmia; y a mayor Afrontamiento Evitativo (Factor 4) es mayor la presencia de disfunciones sexuales tales como Trastorno de la Excitación Sexual, Disritmia y Trastorno Orgásmico.

Por otra parte, en el grupo que no tenía disfunciones sexuales previas al cáncer se detectó que el empleo del Afrontamiento Centrado en el Problema (Factor 2) disminuye el Trastorno Orgásmico y Dispareunia; mientras que en las pacientes con estrategias de Afrontamiento Evitativo y Negación Cognitiva (Factor 4) se incrementa el Trastorno de la Excitación Sexual.

Finalmente, en el grupo que tenía disfunciones sexuales previas al cáncer se observó que el Afrontamiento Conductual Activo (Factor 1) disminuye la presencia de Disritmia.

Al observar cualitativamente las respuestas obtenidas en la Escala de Afrontamiento dividiéndolas de acuerdo al grupo que no tiene vida sexual y a los dos grupos descritos con y sin disfunción sexual previa al cáncer, se pudieron obtener las siguientes descripciones de cada uno de ellos.

<b>FACTOR 1</b>	
<b>AFRONTAMIENTO CONDUCTUAL ACTIVO</b>	
<i>REACTIVOS</i>	<i>CORRELACION</i>
1. Trató de entender mejor la situación.	.66328
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar.	.60949
3. Platicó con un amigo sobre el problema.	.60584
4. Habló con algún profesionista (médico, abogado, sacerdote).	.50436
5. Rezó para encontrar guía o fortaleza.	.53188

**TABLA 6.**

<b>FACTOR 2</b>	
<b>AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA</b>	
<i>REACTIVOS</i>	<i>CORRELACION</i>
11. Elaboró y siguió un plan de acción.	.76205
12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas.	.67121
13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado.	.57001
27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares.	.46915
28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación.	.69785

**TABLA 7.**

<b>FACTOR 3</b>	
<b>AFRONTAMIENTO DE EVITACION COGNITIVA</b>	
<i>REACTIVOS</i>	<i>CORRELACION</i>
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería.	.49610
9. Trató de verle el lado positivo a la situación.	.48594
10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa.	.60716
17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo.	.48433
19. Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor.	.63105
23. Se prometio a si misma que las cosas serían diferentes la próxima vez.	.53861

**TABLA 8.**

<b>FACTOR 4</b>	
<b>AFRONTAMIENTO EVITATIVO</b>	
<i>REACTIVOS</i>	<i>CORRELACION</i>
16. Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad.	.51548
18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.	.52372
20. Se alejó momentáneamente del problema.	.62822
22. En general evitó estar cerca de la gente.	.42402
24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido.	.46551

**TABLA 9.**

<b>GRUPO TOTAL N = 46</b>		
<b>CORRELACION ENTRE:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>P</b>
FACTOR 3 - DISRITMIA	- 0.292	0.049
FACTOR 4 - TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL	- 0.351	0.017
FACTOR 4 - DISRITMIA	- 0.330	0.025
FACTOR 4 - TRASTORNO ORGASMICO FEMENINO	- 0.298	0.044

**TABLA 10.**

<b>GRUPO SIN DISFUNCION SEXUAL PREVIA AL CANCER N = 18</b>		
<b>CORRELACION ENTRE:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>P</b>
FACTOR 2 - TRASTORNO ORGASMICO FEMENINO	0.660	0.003
FACTOR 2 - DISPAREUNIA	0.478	0.045
FACTOR 4 - TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL	- 0.474	0.047

**TABLA 11.**

<b>GRUPO CON DISFUNCION SEXUAL PREVIA AL CANCER N = 28</b>		
<b>CORRELACION ENTRE:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>P</b>
FACTOR 1 - DISRITMIA	0.400	0.035

**TABLA 12.**

El grupo que no tienen vida sexual (N = 14) se caracteriza por mujeres que manejan los eventos estresantes mediante el estilo de evitación cognitiva ya que aunque analizan su problemática y tratan de dar un nuevo significado a la situación experimentada, lo hacen de manera desorganizada y poco objetiva; además, al comparar su situación actual con eventos pasados, lo hacen de manera resignada, considerando que no hay nada que pueda hacerse para cambiar su situación, por lo que se mantienen como espectadoras pasivas del evento y aunque se mantienen cognitivamente dentro del problema no elaboran ni llevan a cabo ningún plan de acción, por lo que la crisis no se resuelve, sino que se pospone.

Por otra parte, a nivel emocional, estas mujeres no niegan la existencia del problema, pero si evitan enfrentarse a él, minimizando y negando la seriedad del evento crítico y sus afectos, no manifiestan sus sentimientos sino que los reprimen resignándose igualmente a ello, por lo que no hay interés alguno de llevar a cabo acciones de solución, ya que les parecen innecesarias. (Tabla 13).

En cuanto al grupo de mujeres que no tenía disfuncionalidad sexual previa al cáncer (N = 18) se observa que emplean un mayor número de recursos particularmente de aproximación cognitiva y conductual, centrándose en el análisis y el problema debido a que son mujeres que analizan su problemática desde una perspectiva lógica, objetiva y organizada, lo cual les permite llevar a cabo una resignificación del evento tratando de encontrarle algo positivo a lo que les ocurre con una actitud favorable al respecto, identifican las causas de su problemática poniendo atención a sus determinantes y ensayan mentalmente posibles respuestas y sus respectivas consecuencias; conductualmente, llevan a cabo una serie de acciones concretas las cuales les permiten dar solución paulatina al problema y a la vivencia misma y, además de reducir o eliminar las demandas que la crisis exige, buscan información y

apoyo, elaboran planes de acción y hablan con familiares, amigos y/o profesionales; a nivel emocional, mantienen la esperanza de manera optimista mediante el control de sus sentimientos los cuales manifiestan gradualmente, sin evitarlos, negarlos o resignándose a ellos. (Tabla 14).

Por su parte, el grupo de mujeres que tenía disfuncionalidad sexual previa al cáncer (N = 28) mostró hacer uso al igual que el grupo anterior de estrategias de aproximación cognitiva y conductual, sin embargo, a diferencia de las mujeres que no tienen disfuncionalidad sexual, éstas pacientes se centran en el análisis y el problema pero de una manera poco objetiva, repentina y precipitada al momento de actuar, y aunque lleven a cabo una serie de acciones concretas para solucionar su problemática, actúan con orientación y perspectiva de que hasta cierto punto es innecesario, manteniendo una actitud fatalista ante los eventos que enfrentan, aceptando resignadamente lo que les ocurre y negándose a identificar y manifestar sus emociones lo que les impide mantener una actitud diferente frente a la situación. (Tabla 15).

Posteriormente se llevó a cabo un análisis discriminante empleando el método directo e incluyendo los reactivos de la Escala de Afrontamiento de Moos como variables independientes para los tres diferentes grupos. El análisis procesó un total de 60 casos que como ya hemos dicho se conforman por aquellas pacientes que no tienen vida sexual (N = 14), para pacientes con vida sexual y sin disfuncionalidad sexual previa al cáncer (N = 18), y mujeres con vida sexual activa y con disfuncionalidad sexual previa al cáncer (N = 28) con el factor de probabilidad *a priori* en proporción de casos para cada grupo.

## MUJERES SIN VIDA SEXUAL ACTIVA (N = 14)

	NO	SI OCASIONALMENTE %	SI CON FRECUENCIA %
1. Trató de entender mejor la situación	7.1	50.0	42.9
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar	7.1	42.9	50.0
3. Platicó con un amigo sobre el problema	42.9	21.4	35.7
4. Habló con algún profesionista (médico, abogado, sacerdote)	57.1	21.4	21.4
5. Rezó para encontrar guía o fortaleza	7.1	28.6	64.3
6. Se preparó para lo peor	71.4	7.1	21.4
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería	28.6	21.4	50.0
8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona	85.7	7.1	7.1
9. Trató de verle el lado positivo a la situación	14.3	7.1	78.6
10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa	21.4	21.4	57.1
11. Elaboró y siguió un plan de acción	35.7	35.7	28.6
12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas	21.4	42.9	35.7
13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado	35.7	14.3	50.0
14. No demostró sus sentimientos	21.4	21.4	57.1

	NO	SI OCASIONALMENTE %	SI CON FRECUENCIA %
15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron	14.3	28.6	57.1
16. Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad	21.4	28.6	50.0
17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo	28.6	28.6	42.9
18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación	42.9	28.6	28.6
19. Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor	14.3	7.1	78.6
20. Se alejó momentáneamente del problema	50.0	21.4	28.6
21. Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo	14.3	7.1	78.6
22. En general evitó estar cerca de la gente	85.7	7.1	7.1
23. Se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez	21.4	21.4	57.1
24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido	50.0	14.3	35.7
25. Lo aceptó, nada se podía hacer	21.4	21.4	57.1
26. Demostró sus sentimientos de alguna manera	28.6	28.6	42.9
27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares	64.3	14.3	2.4
28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación	35.7	28.6	35.7

**TABLA 13.**



**MUJERES SIN DISFUNCIONALIDAD SEXUAL  
PREVIA AL CANCER (N = 18)**

	<b>NO</b>	<b>SI OCASIONALMENTE %</b>	<b>SI CON FRECUENCIA %</b>
1. Trató de entender mejor la situación	0.0	27.8	72.2
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar	11.1	27.8	61.1
3. Platicó con un amigo sobre el problema	22.2	38.9	38.9
4. Habló con algún profesionista (médico, abogado, sacerdote)	44.4	11.1	44.4
5. Rezó para encontrar guía o fortaleza	11.1	22.2	66.7
6. Se preparó para lo peor	50.0	16.7	33.3
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería	5.6	44.4	50.0
8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona	77.8	11.1	11.1
9. Trató de verle el lado positivo a la situación	11.1	27.8	61.1
10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa	22.2	22.2	55.6
11. Elaboró y siguió un plan de acción	33.3	27.8	38.9
12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas	16.7	33.3	50.0
13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado	44.4	33.3	22.2
14. No demostró sus sentimientos	33.3	33.3	33.3

	NO	SI OCASIONALMENTE %	SI CON FRECUENCIA %
15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron	22.2	27.8	50.0
16. Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad	44.4	44.4	11.1
17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo	44.4	16.7	38.9
18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación	22.2	27.8	50.0
19. Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor	22.2	38.9	38.9
20. Se alejó momentáneamente del problema	55.6	27.8	16.7
21. Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo	16.7	22.2	61.1
22. En general evitó estar cerca de la gente	50.0	38.9	11.1
23. Se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez	33.3	38.9	27.8
24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido	33.3	38.9	27.8
25. Lo aceptó, nada se podía hacer	38.9	27.8	33.3
26. Demostró sus sentimientos de alguna manera	22.2	22.2	55.6
27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares	50.0	11.1	38.9
28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación	33.3	33.3	33.3

**TABLA 14.**

**MUJERES CON DISFUNCIONALIDAD SEXUAL  
PREVIA AL CANCER (N = 28)**

	<b>NO</b>	<b>SI OCASIONALMENTE %</b>	<b>SI CON FRECUENCIA %</b>
1. Trató de entender mejor la situación	3.6	28.6	67.9
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar	0.0	39.3	60.7
3. Platicó con un amigo sobre el problema	32.1	17.9	50.0
4. Habló con algún profesionalista (médico, abogado, sacerdote)	32.1	28.6	39.3
5. Rezó para encontrar guía o fortaleza	14.3	21.4	64.3
6. Se preparó para lo peor	35.7	10.7	53.6
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería	17.9	42.9	39.3
8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona	71.4	25.0	3.6
9. Trató de verle el lado positivo a la situación	14.3	35.7	50.0
10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa	14.3	39.3	46.4
11. Elaboró y siguió un plan de acción	25.0	35.7	39.3
12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas	14.3	25.0	60.7
13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado	32.1	35.7	32.1
14. No demostró sus sentimientos	35.7	35.7	28.6

	NO	SI OCASIONALMENTE %	SI CON FRECUENCIA %
15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron	10.7	39.3	50.0
16. Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad	28.6	35.7	35.7
17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo	3.6	39.3	57.1
18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación	28.6	28.6	42.9
19. Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor	14.3	21.4	64.3
20. Se alejó momentáneamente del problema	32.1	35.7	32.1
21. Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo	7.1	32.1	60.7
22. En general evitó estar cerca de la gente	71.4	10.7	17.9
23. Se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez	21.4	32.1	46.4
24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido	28.6	28.6	42.9
25. Lo aceptó, nada se podía hacer	39.3	32.1	28.6
26. Demostró sus sentimientos de alguna manera	10.7	46.4	42.9
27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares	50.0	17.9	32.1
28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación	25.0	25.0	50.0

**TABLA 15.**

A partir de lo anterior se obtuvieron dos funciones discriminantes, de las cuales la primera resultó estadísticamente significativa con una  $p = 0.0003$  explicando el 77.74% de la varianza total; y pese a que la segunda función discriminante no resultó significativa, consideramos importante describirla ya que de acuerdo a los centroides obtenidos se puede observar una tendencia en sus valores en relación con cada uno de los grupos.

A continuación, en las Tablas 16 y 17 se reportan las funciones canónicas discriminantes y sus respectivos centroides para cada uno de los grupos.

<b>FUNCIONES CANONICAS DISCRIMINANTES</b>									
<b>N = 60</b>									
FCN	VALOR EIGEN	% DE VARIANZA	% ACUM.	CORRELACION CANONICA	DESPUES DE LA FUNCION	LAMBDA DE WILKS	CHI CUADRADA	GL	P
					0	.100511	99.941	56	0.0003
1*	3.7787	77.74	77.74	.8892	1	.480313	31.899	27	0.2358
2*	1.0820	22.26	100.00	.7209					

**TABLA 16.**

**CENTROIDES DE LAS FUNCIONES CANONICAS  
DISCRIMINANTES EN LOS GRUPOS**

**N = 60**

GRUPO	FUNCION 1	FUNCION 2
MUJERES SIN VIDA SEXUAL	-3.40641	0.23406
MUJERES CON VIDA SEXUAL Y SIN DISFUNCIONALIDAD SEXUAL PREVIA AL CANCER	-0.69300	-1.50362
MUJERES CON VIDA SEXUAL Y CON DISFUNCIONALIDAD SEXUAL PREVIA AL CANCER	1.25770	0.84958

**TABLA 17.**

De acuerdo con los coeficientes estandarizados de las funciones canónicas discriminantes y los centroides de cada grupo en las funciones podemos decir que la primera función discriminó principalmente entre las mujeres que no tienen vida sexual y aquellas que tenían disfuncionalidad sexual previa al cáncer caracterizando a éstas últimas como mujeres que emplean un estilo de aproximación cognitiva ya que tratan de entender mejor su situación, toman en cuenta varias alternativas de solución e intentan sacar algo positivo del evento al que se enfrentan, además, se centran en el problema mediante la búsqueda de apoyo primordialmente en el cónyuge, familiares y amigos, pero no en profesionistas o grupos de apoyo sociales con experiencias similares, realizan acciones concretas para manejar la crisis pero no planean tales acciones sino que son precipitadas, lo que las hace perder la objetividad del

evento. Finalmente, utilizan la estrategia de descarga emocional ya que pueden identificar sus emociones fantaseando que realmente no son así, mantienen una actitud fatalista, se preparan para lo peor y descargan sus emociones hacia el exterior.

Por ende, el grupo de mujeres que no tiene vida sexual se caracteriza por el estilo de afrontamiento de evitación cognitiva y conductual debido a que sus respuestas tratan de negar o minimizar la seriedad de la crisis y sus consecuencias, no planean ni llevan a cabo ningún tipo de acción y además se resignan a las circunstancias negando los sentimientos que el evento les provoca. (Tabla 18).

Así mismo, aunque la Función 2 no fue significativa, si observamos el dispersigrama de la Gráfica 28 podemos identificar que existe una dispersión diferenciada entre el grupo de mujeres sin disfuncionalidad sexual previa al cáncer y el de mujeres con disfuncionalidad sexual previa al cáncer, lo cual al analizar los coeficientes estandarizados encontramos dos reactivos que de acuerdo con la revisión bibliográfica y los hallazgos anteriormente descritos, pudieran ser los discriminan a los grupos debido a que dichos reactivos se relacionan con el tipo de análisis y aproximación ante la crisis, siendo para el grupo de mujeres que tenía disfuncionalidad sexual previa al cáncer un análisis repentino del problema al momento de atenderlo y la posibilidad de alejarse del problema momentáneamente, características que el grupo de mujeres que no tenía disfuncionalidad sexual previa al cáncer no llevaría a cabo, ya que este grupo se caracteriza por no alejarse del problema y por analizarlo objetiva y constantemente. Lo que es importante señalar, es que aunque estos datos no son significativos estadísticamente, los reactivos que aparentemente discriminan a estos dos grupos se relacionan primordialmente con características sutiles del tipo de aproximación cognitiva que dichas mujeres realizan, así como del manejo que hacen de sus emociones.

**COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE LAS FUNCIONES  
CANONICAS DISCRIMINANTES**

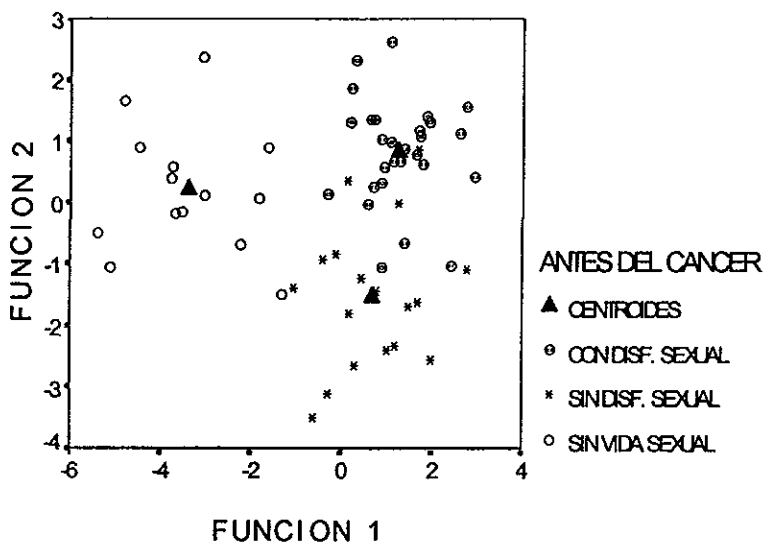
<b>REACTIVOS DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>FUNCION 1</b>	<b>FUNCION 2</b>
1	1.30672	0.25547
2	0.77418	0.13371
3	-0.63499	-0.08818
4	0.56267	-0.31894
5	-0.33851	0.11002
6	1.02881	0.12621
7	0.24039	0.01978
8	1.25574	0.38670
9	-0.03195	-1.15921
10	-0.31702	-0.13565
11	-0.68467	-0.08531
12	1.07265	0.11949
13	-0.63910	0.65238
14	-1.01148	0.14700
15	-0.33413	0.11543
16	-1.17750	0.09021
17	0.47152	1.18394
18	0.12351	-0.47454
19	-0.83056	0.44801
20	0.51411	0.77344
21	-0.51911	-0.46229
22	0.60787	-0.95961
23	0.28472	-0.05514
24	0.76949	0.17886



REACTIVOS DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO	FUNCION 1	FUNCION 2
25	0.04280	0.41246
26	0.14388	-0.48186
27	-0.83967	-0.13153
28	1.73827	0.69811

TABLA 18.

## FUNCIONES CANONICAS DISCRIMINANTES

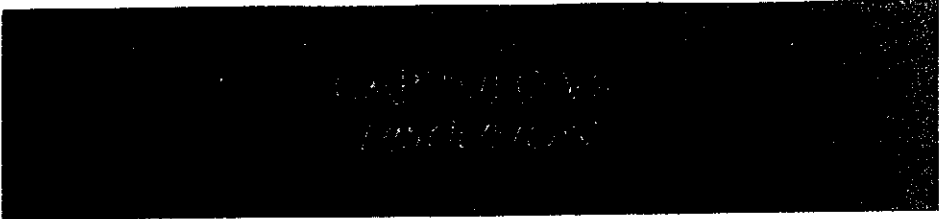


GRAFICA 28.

Finalmente, en la Tabla 19 se muestra el resumen de clasificación de resultados donde se puede observar que la Función 1 permite hacer predicciones correctas con base en el afrontamiento con una exactitud de clasificación del 88.33%.

<b>RESUMEN DE CLASIFICACION DE RESULTADOS</b>				
<b>GRUPO REAL</b>	<b>NO. DE CASOS</b>	<b>GRUPO PREDICHO</b>		
		<b>MUJERES SIN VIDA SEXUAL ACTIVA</b>	<b>MUJERES SIN DISF. SEXUAL PREVIA AL CANCER</b>	<b>MUJERES CON DISF. SEXUAL PREVIA AL CANCER</b>
<b>MUJERES SIN VIDA SEXUAL ACTIVA</b>	14	13 92.9%	1 7.1%	0 0.0%
<b>MUJERES SIN DISFUNCIONALIDAD SEXUAL PREVIA AL CANCER</b>	18	0 0.0%	15 83.3%	3 16.7%
<b>MUJERES CON DISFUNCIONALIDAD SEXUAL PREVIA AL CANCER</b>	28	0 0.0%	3 10.7%	25 89.3%
<b>PORCENTAJE DE CASOS "AGRUPADOS" CORRECTAMENTE CLASIFICADOS: 88.33%</b>				

TABLA 19.



Al analizar la muestra total podemos ver que de las 63 pacientes consideradas 39 de ellas correspondientes al 62% padecen algún tipo de cáncer ginecológico mientras que las 24 mujeres restantes eran atendidas por cáncer mamario conformando el 32% restante de la muestra. Si comparamos estos datos con las proporciones reportadas por el Registro Histopatológico de Neoplasias en México (RHNM) de 73.3% de cáncer ginecológico y 26.7% de cáncer mamario puede observarse que de acuerdo con ellas nuestros datos fluctúan hasta en un 12% incrementando la incidencia de cáncer de mama en nuestra muestra.

A partir de lo anterior y en relación a la edad de las pacientes podemos observar que el promedio de edad al momento de la entrevista fue de 45.51 años, mediana igual a 42 años y desviación estándar de 12.63 años respectivamente; y que el promedio de edad del diagnóstico de cáncer fue a los 43.05 años, mediana igual a 39 años y desviación estándar de 13.42 años. Al considerar la edad en que el cáncer fue diagnosticado y el tipo de cáncer, detectamos que el promedio de edad del diagnóstico de cáncer ginecológico disminuye a 41.08 años, mediana igual a 37 años y desviación estándar de 13.47 años; además, al analizar profundamente los datos de este estrato se detecta que el 17.9% son mujeres de 29 años o menos, que entre los 30 y 39 años de edad se encuentra el 41.1% de ellas, entre los 40 y 49 años están el

33.3% y que el 7.7% restante corresponde a mujeres de 50 años en adelante, siendo la mayor edad encontrada de 70 años.

Por su parte, en aquellas mujeres que eran atendidas por cáncer mamario se observa un incremento en el promedio de edad del diagnóstico al compararlo con el promedio obtenido dentro de la muestra total y con el obtenido en pacientes con cáncer ginecológico, el cual es para estas pacientes de 46.25 años, mediana igual a 42 años y desviación estándar igual a 12.97 años. Así mismo, encontramos únicamente un caso de 26 años de edad cuya proporción es de 4.2%, entre los 31 y 39 años se encontró un 33.3%, de los 40 a los 49 años el 29.2% y finalmente entre los 50 y 73 años se observa un 33.3%.

En relación al cáncer ginecológico, estas observaciones nos corroboran, al igual que lo que el RHNM refiere, la existencia de períodos críticos en los cuales el surgimiento de la patología tiene una mayor posibilidad de presentarse, siendo la cuarta y quinta década de la vida la más proclive para que la enfermedad se manifieste, para posteriormente disminuir su riesgo; no obstante lo anterior, existe la posibilidad de que mujeres muy jóvenes también padezcan este tipo de cáncer, ya que como puede verse, el 43.6% son mujeres menores a los 34 años de edad, lo que contradice la idea popular de que ésta es una enfermedad que solo se presenta en "mujeres grandes". En cuanto al cáncer mamario, existe una diferencia con lo expuesto por el RHNM ya que mientras éste registro plantea que la edad crítica de este tipo de cáncer se ubica entre los 40 y 49 años de edad, nuestros datos muestran que un poco más de la tercera parte (37.5%) son mujeres menores de 39 años y que las dos terceras partes restantes se encuentran distribuidas en proporciones semejantes.

En ambos casos, los datos encontrados crean la necesidad de reeducar a la mujer con relación a la práctica de exámenes ginecológicos periódicos,

particularmente del papanicolaou y el autoexamen mamario para prevenir y atender cualquier manifestación temprana y oportunamente; además, hay que tener en cuenta que en las mujeres jóvenes puede existir la condición que Coll, De las Heras y Navarrete (1991) han observado en relación a la dificultad de mantener o iniciar una relación de pareja después del tratamiento y la presencia de un alto grado de angustia, siendo importante considerar en el manejo de estos casos la necesidad de que sean los profesionales de la salud quienes tomen la iniciativa de transmitir la información y promover el cambio de actitudes.

Finalmente, al corroborar tales datos con el RHNM hacen que el cáncer ginecológico sea un problema de salud, que necesariamente debe abordarse desde las diferentes perspectivas que altera, integrando tal y como habíamos planteado, el contexto médico, psicológico y sociocultural, para promover así el ajuste total del paciente.

Con relación a la escolaridad de las pacientes puede verse que el promedio de 9.59 años de estudio corresponde a un nivel de secundaria terminada; así mismo, la mayoría (63%) mantenía una relación de pareja estable (casadas o en unión libre), lo cual es importante junto con el hecho de contar con alguna pareja sexual para análisis posteriores de aspectos de sexualidad.

En cuanto a la ocupación de las mujeres se observó que el 60% se dedica al hogar y que el 40% restante cuenta con algún trabajo remunerado, lo cual debe considerarse con reservas ya que debido a la etapa de la vida en la que se encuentran muchas de estas mujeres han dejado su vida productiva.

En lo que se refiere al nivel socioeconómico puede decirse que estamos hablando de un nivel fundamentalmente medio y bajo (89%), sin embargo, hay

que señalar que la asignación de tal nivel corresponde a los criterios de los institutos nacionales de salud que por sus características particulares pueden *generar sesgos*.

Hay que señalar que los datos reportados de escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y religión son coherentes con los datos registrados en el Anuario Estadístico del Instituto Nacional de Perinatología de 1996, lo cual nos habla de características propias de esta población.

Respecto a las características gineco-obstétricas de la muestra hay que señalar que existe un alto índice gestacional y de natalidad ya que *aproximadamente el 35% de la muestra tiene tres hijos o más*. Por otra parte el 17.5% de las mujeres nunca se han embarazado, dato que tampoco nos sorprende mucho ya que también detectamos que un alto porcentaje de estas pacientes no tienen pareja ni vida sexual.

Hay que tener en cuenta que de acuerdo con el RHNM uno de los factores etiológicos que se han asociado a la presencia de cáncer cervico-uterino es la presencia de tres o más partos, así como el que la nuliparidad es un factor que incrementa el riesgo de padecer cáncer de ovario y cáncer mamario lo cual puede ser un factor importante en la *etiología del padecimiento de nuestras pacientes*, sin embargo, discernir dicho papel es labor que corresponde al ámbito de la medicina mas no debemos dejarlo pasar por alto como un dato que describe a nuestra muestra.

Continuando con nuestras observaciones, una característica que llevó a modificar los métodos de análisis de resultados fue el detectar que una proporción significativa de mujeres no tenían pareja (30%) ni vida sexual activa (23,81%), aspecto importante ya que si reconsideramos que contamos con casos de mujeres muy jóvenes pudiera ocurrir lo que Auchincloss (1989), Coll,

De las Heras y Navarrete (1991) y Flores Lozano, (1994) señalan en cuanto a la dificultad que estas mujeres enfrentan ante la posibilidad de reiniciar una relación de pareja mediante el aplazamiento de su vida sexual, así como la resolución de los múltiples temores que ello implica, cuyos casos más graves llegan a manifestarse mediante una evasión sexual extrema.

En cuanto a la edad de inicio de vida sexual encontramos que existe un inicio temprano ya que el 31.7% de las pacientes inició su vida sexual antes de los 17 años y que casi la mitad de la muestra (48.3%) refiere una edad menor a los 19 años, dato importante dentro de los factores etiológicos del cáncer.

Por otra parte, también se observa un bajo uso de métodos anticonceptivos en mujeres fértiles, ya que el 64% de las mujeres no utilizan ningún método, lo cual dentro de la experiencia institucional es lo esperado.

Respecto a los tratamientos empleados detectamos que la técnica quirúrgica fue la más empleada, lo cual es coherente con lo que el RHNM refiere al señalar que la cirugía es el principal tratamiento de atención del cáncer y que en ocasiones se combina con radioterapia o quimioterapia; así mismo, debido a que los tratamientos son invasivos podemos determinar al igual que Rowland (1989) y Auchincloss (1989) la condición de un estado de estrés crónico en las pacientes, lo cual debe tomarse con reserva debido a que nuestra captura fue de carácter descriptivo sin considerar detalles sobre el mismo. Sin embargo, debido a que sabemos que los diferentes tratamientos contra el cáncer provocan múltiples alteraciones en distintos niveles y de manera particular en la sexualidad de las pacientes como lo describen Seibel (1980), Kolodny, Masters y Johnson (1985), Rowland (1989), Auchincloss, (1989), González (1990) y Andersen y cols. (1993) es posible que una línea de investigación a generarse trate de identificar entre otras cosas la manera en que los tratamientos contra el cáncer contribuyen a que las diferentes

disfunciones sexuales se presenten, así como la *adecuación general* de la paciente post-tratamiento. Finalmente, volvemos a hacer hincapié en la importancia y necesidad de proporcionar apoyo e información para mejorar las condiciones de la mujer examinando de manera específica la posición personal de la paciente en su forma de vida e historia particular.

En cuanto a la presencia de algún antecedente familiar con cáncer detectamos que el 40% de nuestra muestra contaba con algún familiar cercano que había padecido cáncer. Este ha sido un factor que se ha considerado dentro de los estudios etiológicos del cáncer dentro del RHNM y que al igual que algunos datos anteriormente reportados sabemos que *identificar el papel que desempeña es labor que corresponde al ámbito de la medicina.*

Los resultados obtenidos mediante la encuesta de sexualidad nos reportaron tal y como ya habíamos mencionado un alto porcentaje de mujeres que no tenían vida sexual activa (23.81%), característica que evidenció la necesidad de modificar los métodos de análisis considerando en algunos de ellos únicamente a aquellas mujeres que mantenían vida sexual activa (72.19%).

De estas mujeres el 62.5% refieren que *previamente al cáncer tenían al menos una disfunción sexual lo que rebasa por mucho (10.5%) a la prevalencia de disfuncionalidad sexual que Sánchez, Morales-Carmona, González, Souza y Romo (1997) han reportado del 52%; lo mismo puede observarse si comparamos que en nuestros resultados detectamos un promedio de 2.7 disfunciones sexuales por paciente, mientras que éstos últimos autores registran 2.25 disfunciones sexuales por paciente, siendo para ellos la disritmia la disfunción sexual que más se presenta seguida del deseo sexual hipoactivo y el trastorno orgásmico femenino respectivamente, lo que en nuestros*



resultados sería en orden descendente el deseo sexual hipoactivo, el trastorno por aversión al sexo y la disritmia.

Si esos mismos resultados los comparamos con los que LoPiccolo y Friedman (1988) y Renshaw (1988) (citados en Spector, I. y Carey, P. en 1990) reportan, estaríamos de acuerdo junto con ellos en que son los trastornos de la fase del deseo los que con mayor frecuencia se presentan en la mujer. Así mismo, para el trastorno de la excitación sexual, la incidencia obtenida previamente al cáncer puede compararse y aproximarse con lo encontrado por Hawton (1982) (citado en Spector, I. y Carey, P. en 1990).

Sin embargo, lo que nuestros hallazgos muestran es que previamente a que el cáncer se presentara existía un alto número de disfunciones sexuales que son por mucho más altos que lo que autores como Frank (1976), Schover (1981), Hite (1977) (citados en Spector, I. y Carey, P. en 1990); Brancroft & Coles (1976), Hawton (1982), Masters y Johnson (1970), Renshaw (1988) (citados en Spector, I. y Carey, P. en 1990) y Sánchez, Morales-Carmona, González, Souza y Romo (1997) han reportado para cada una de las disfunciones sexuales.

La presencia de altos índices de disfuncionalidad sexual nos habla de un grave problema en la sexualidad de la mujer y en sus diferentes dimensiones las cuales se ven influidas por diversos aspectos entre los que se han descrito la edad, la información relacionada recibida, mitos y tabúes, comunicación con la pareja, antecedentes de masturbación y experiencias sexuales traumáticas durante la infancia y la adolescencia entre otros, lo que crea la necesidad de investigar a profundidad tales aspectos así como el tipo de apoyo necesario para que dicha problemática sea resuelta.

Por otra parte, hay que señalar que nuestros resultados pudieron verse afectados debido a que lo que evaluamos es la percepción o el recuerdo subjetivo de las mujeres como lo describe Cull, A. (1993) ante un evento que se presentó en el pasado y que se refiere en el presente lo que puede sesgar los resultados ya que se matizan por la situación actual, no obstante lo anterior, el tener o no disfuncionalidad sexual previamente al cáncer es una característica suficientemente importante para diferenciar la forma en que estas mujeres afrontan los eventos críticos y en algunos casos incluso el tipo de disfunción sexual que desarrollan.

Un dato importante y sorprendente es que posteriormente al cáncer el 100% de las mujeres tienen al menos una disfunción sexual con un promedio de 2.97 disfunciones sexuales por paciente incrementando estadística y significativamente al compararlo con el promedio de disfuncionalidad sexual previa al cáncer y contrastando con el 30% de mujeres con al menos una disfunción sexual que Andersen (1989) reporta.

Al integrar los resultados obtenidos previa y posteriormente a la aparición del cáncer confirmamos el hecho de que independientemente de la enfermedad, localización, etapa y tipo de tratamiento en muchas mujeres existen múltiples problemas a nivel de respuesta sexual y que a raíz del cáncer éstos se exacerban generando un problema más complejo en donde el padecimiento emerge como un "disparador" que no solo permite su explicitación sino que lo justifica y que puede persistir pese a un "buen" ajuste psicológico y marital tal y como lo describen Brown (1972), Dempsey (1975) y Sewell y Edwards (1980) (citados en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989); mientras que por otro lado, en las mujeres que previamente a la enfermedad tenían una respuesta sexual sin disfuncionalidad ocurre que con el cáncer empiezan a tener una serie de dificultades lo que manifiesta el papel que el padecimiento por sí mismo desempeña en la

problemática presente de ahí que Auchincloss (1989) subraye que el cáncer es una enfermedad devastadora de la sexualidad femenina y que su principal manera de manifestarse es mediante múltiples disfunciones sexuales y alteraciones en los comportamientos sexuales, lo cual deja clara la importancia de analizar cada factor influyente de manera profunda así como comprender el significado simbólico del padecimiento, del sitio afectado y del impacto psicológico para cada una de las mujeres ya que las respuestas observadas pudieran estar siendo afectadas en función directa a la aparición de disfuncionalidad sexual conjuntamente.

Por otra parte, al igual que en los datos referidos previamente al cáncer, las disfunciones sexuales que más detectamos posteriormente al cáncer fueron el deseo sexual hipoactivo, el trastorno por aversión al sexo y la disritmia, lo cual es coherente con Maguire y cols. (1978) (citado en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) y Crowther, Corney y Shepherd (1994) cuando señalan que el principal problema sexual a nivel de respuesta sexual humana observado en estas pacientes es la pérdida del deseo sexual.

Respecto a ello, autores como Andersen, Anderson y DeProsse (1989) (citados en Andersen, B. y Elliot, M., 1993) mencionan que es la excitación sexual la que más problemas presenta en pacientes con cáncer pélvico, sin embargo, lo que nosotros observamos es que su proporción es menor que las disfunciones de la fase del deseo y que la dispareunia, además de que mantiene la misma incidencia que el trastorno orgásmico femenino, aunque hay que señalar, que nuestros datos consideran tanto el cáncer ginecológico como el mamario es evidente la supremacía de los trastornos de la fase del deseo; no obstante la proporción que Maguire y cols. (1978) reportan para el trastorno de la excitación sexual es similar al que nuestros resultados detectan.

Una posible explicación a lo anterior es la propuesta por Auchincloss, S. (1989) cuando señala que cuando la lubricación vaginal es insuficiente de manera que impide que la respuesta de excitación se desarrolle hace que las relaciones sexuales sean dolorosas motivo por el cual la mujer evita la sexualidad; de ahí que la dispareunia y el trastorno por aversión sexual sean disfunciones con una mayor incidencia que el trastorno de la excitación sexual.

Así mismo, otro aspecto que pudiera explicar nuestros hallazgos tiene que ver con el planteamiento que Kaplan (1983) (citada en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989) señala en relación a que la existencia y persistencia de disfuncionalidad sexual en las fases de excitación y orgasmo pueden llevar a la aparición de problemas en las fases precedentes, lo que también se ve reflejado en la disminución de la frecuencia coital ya que si consideramos el tiempo transcurrido del momento del diagnóstico al de evaluación estamos hablando de problemas presentes de larga evolución.

Lo importante al detectar tales datos es que al señalar que es el deseo sexual el que más afectado se encuentra en estas pacientes resulta significativo debido a que si recordamos el planteamiento de Kaplan (1983) (citada en Auchincloss, S. en Holland, J. y Rowland, J. (Eds.), 1989) los problemas en la fase del deseo significan una gran barrera psicológica a la respuesta sexual lo que a su vez nos ubica en la necesidad de emplear un tratamiento intensivo para obtener resultados óptimos.

Continuando con nuestras observaciones, podemos ver que en relación a la dispareunia nuestros datos son prácticamente equivalentes a los reportados por Thranov y Klee en 1994.

A partir de lo anterior llama la atención que pese a que existe un gran número de disfunciones sexuales las mujeres continúan teniendo vida sexual

activa con la consecuente insatisfacción que ello implica, lo cual pudiera entenderse a la luz del temor que la mujer experimenta ante la posibilidad de perder a la pareja o a que éste acuda a una actividad sexual extramarital procurando como Kolodny, Masters y Johnson (1985) señalan la intimidad y tranquilidad del cónyuge pese a su incomodidad personal.

Sin embargo, la sexualidad de la mujer no se ve afectada únicamente por la respuesta sexual humana, sino que también existen una serie de comportamientos sexuales que detectamos que se ven afectados a partir del cáncer, o al menos, que las pacientes las refieren como diferentes de acuerdo a su recuerdo subjetivo.

Entre ellos, detectamos que la disposición hacia la sexualidad se ve disminuida ya que dejan de cooperar y desear todo tipo de contacto sexual, lo cual también ha sido observado por Andersen en 1989. Así mismo las condiciones ambientales para la relación sexual se afectan significativamente para convertirse a partir de la enfermedad en incómodas e insatisfactorias.

También observamos un decremento significativo en el ritmo coital de acuerdo con la frecuencia de relaciones sexuales que mantenían previamente a la enfermedad lo que también ha sido reportado por autores como Vincent, Greiss y Linton (1975) (citados en Andersen, B. y Elliot, M., 1993), Andersen (1989), Kolodny, Masters y Johnson (1985) y Ngan y colbs. (1994).

Por su parte, a diferencia de Masters y Johnson (1985) (citado en Kolodny, Masters y Johnson, 1985) y Lyon (1977) (citado en González, R., 1990) nuestros datos no detectan diferencias en cuanto al grado de desnudez de la mujer al momento de la relación sexual, ya que mientras estos autores refieren la dificultad de mostrarse desnudas ante sus parejas, nosotros encontramos que es un aspecto que no se modifica con la enfermedad.

De igual manera, nuestros resultados muestran que a partir de la enfermedad no existe modificación en la posición en la que se realiza el coito así como el tipo de propuesta y la iniciativa para la relación sexual, comportamientos que Masters y Johnson (1985) (citado en Kolodny, Masters y Johnson, 1985) detectan llegan a ser diferentes a partir de la enfermedad. Además, comportamientos como la preparación higiénica, la ubicación y el horario para la relación sexual tampoco muestran cambios a partir del padecimiento, lo cual, junto con los aspectos anteriores, pudiera ser una dificultad ante ciertas recomendaciones que se llevan a cabo como parte de una terapia sexual que favorece nuevos ajustes ante los cambios físicos reales e imaginarios, en donde, la rigidez resulta ser un grave problema ya que impide el llevar a cabo las sugerencias y los ejercicios prácticos que tienen como finalidad el que la pareja favorezca su práctica sexual mediante la identificación conjunta de las emociones experimentadas, la comunicación continua, la práctica de juego erótico y preámbulo amoroso, identificación y desarrollo de zonas erógenas, sensibilización y diferentes tipos de estimulación por mencionar algunos aspectos.

Por otra parte, llama la atención que además de identificar respuestas características en las pacientes en cuanto a sus condiciones de sexualidad, también se distinguieron de manera particular en función de tal condición al examinar la forma en que estas mujeres afrontan los eventos críticos, es por ello que llevamos a cabo una serie de análisis diferenciando a aquellas mujeres que no tienen vida sexual de las que mantienen una sexualidad activa y a éstas últimas las estratificamos de acuerdo a si previamente al cáncer tenían o no disfuncionalidad sexual, ya que como veremos a continuación, esta característica resultó ser suficientemente importante para diferenciar la forma en que estas mujeres afrontan los eventos críticos y en algunos casos incluso, el tipo de disfunción sexual que desarrollan.

Es por ello que a partir de tales condiciones contrastamos una serie de resultados que han sido expuestos en la literatura relacionada con el tema que nos ocupa, para finalmente describir la propuesta de un modelo que nos permita predecir qué pacientes se encuentran en la posibilidad de recuperarse mediante sus propios recursos y quienes se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar complicaciones y por ende requerir atención especializada, objetivo que motivó gran parte del presente trabajo.

Una de las primeras características que consideramos importante destacar y que ha sido planteada por Moos (1984), Moos y Schaefer (1986) y Moos y Schaefer (1992) tiene que ver con los aspectos descritos sobre los factores relacionados con el evento como un determinante de la efectividad del afrontamiento, en donde si consideramos al cáncer como el evento crítico de carácter biológico como lo clasificarían Rees y Smyer (citados en Moos, R. y Schaefer, J. 1986), podemos señalar que se trata de un evento que es incontrolable, lo cual de acuerdo con estos autores, facilitará que las respuestas de afrontamiento se enfoquen de manera cognitiva y emocional, además de que si se experimenta la imposibilidad de modificar e incidir sobre el padecimiento, las pacientes intentarán cambiar el significado de la situación y sus sentimientos respecto a la misma, siendo los casos menos manejables propensos a generar una adaptación pasiva y una resignación gradual.

Otro factor relacionado con el evento como un determinante de la efectividad del afrontamiento que estos mismos autores plantean tiene que ver con los aspectos demográficos y personales de un individuo, en los que no profundizaremos debido a que sus características ya fueron ampliamente descritas con anterioridad. Sin embargo, cabe señalar que ellas van a permitir definir la crisis psicosocial y la manera de resolverla. Finalmente, un último factor considera los aspectos medioambientales físicos y sociales, los cuales

favorecen la superación del evento en función de la calidad de las relaciones sociales cercanas.

Mencionamos los aspectos anteriores ya que son algunas de las características que de acuerdo a nuestros resultados pueden claramente identificarse, ya que si observamos la caracterización del análisis discriminante y del análisis cualitativo de la escala de afrontamiento podemos identificar que nuestra población afronta característicamente cognitivamente los eventos críticos, lo cual pudiera estar determinado en función directa de las características del evento como lo plantean Moos (1984), Moos y Schaefer (1986) y Moos y Schaefer (1992). Empero, de acuerdo con nuestros resultados existen diferencias que aparentemente no se reflejan únicamente por el tipo de evento ya que detectamos que las mujeres que no tienen vida sexual emplean el estilo de evitación cognitiva, mientras que las mujeres sexualmente activas emplean el estilo de aproximación cognitiva.

Por otra parte, a nivel emocional, ocurre algo similar que con las respuestas de carácter cognitivo, en tanto que detectamos que las mujeres que no tienen vida sexual, además de evitar su emociones, aceptan pasiva y resignadamente su situación, cuyo caso se ubicaría de acuerdo a Moos (1984), Moos y Schaefer (1986) y Moos y Schaefer (1992) en la vivencia de imposibilidad de modificar la situación; mientras que en las mujeres que previamente al cáncer no tenían vida sexual se detectó que emplean tanto la regulación afectiva como la descarga emocional en combinación, de manera que además de identificar su emociones, mantienen el control de las mismas; y, en el caso de las mujeres que previamente al cáncer tenían alguna disfunción sexual, se caracterizan por descargar impulsivamente sus emociones conjuntamente a su aceptación resignada.



Finalmente, al hablar de relaciones sociales, es evidente que no tener vida sexual impone una condición particular que pudiera señalar la dificultad de relacionarse con una pareja, además de que nuestro análisis refleja que estas mujeres son incapaces de pedir apoyo tanto a personas cercanas como a grupos comunitarios, lo cual desde la perspectiva de Moos (1984), Moos y Schaefer (1986) y Moos y Schaefer (1992) esta condición no favorece la superación del evento crítico, mientras que en las mujeres con vida sexual activa, se detecta que cuando enfrentan una situación crítica se apoyan en la pareja, la familia y las amistades, influyendo directamente en la calidad de vida general.

Lo anterior, puede resumirse al igual que Moos (1984), Moos y Schaefer (1986), Moos y Schaefer (1992), Moos y Billings (1992), Weisman y Worden (citados en Moos, R. y Billings, A. 1992), Carver, Pozo, Harris, Noriega y Scheier (1993), Royak (1991), Arathuzik (1991) y Ferrero, Toledo y Barreto (1995) explican, que en general las personas que emplean respuestas de afrontamiento de tipo aproximativo tienden a adaptarse mejor a los eventos críticos, experimentan menos angustia e incrementan su calidad de vida, mientras que aquellos que emplean los tipos de afrontamiento evitativo tienen mayores dificultades para adaptarse ante una situación estresante, experimentan altos niveles de angustia y menor calidad de vida.

Como puede verse, estos resultados empiezan a conformar un conjunto de características que condicionan y señalan algunos factores que están determinando el carácter adaptativo y la efectividad de responder de una manera particular ante el evento crítico, lo cual, es importante no perder de vista de manera que sea posible ir complementando tales aspectos con los que a continuación serán mencionados.

Moos y Schaefer (1992) mencionan que en pacientes crónicos es especialmente útil el empleo de estrategias de tipo cognitivo, lo que está de acuerdo con lo significativo que este tipo de estrategia mostró ser para nuestras pacientes. Sin embargo, de acuerdo a nuestras observaciones pareciera ser que la importancia de tales respuestas radica en la posibilidad de atender la problemática de manera analítica, organizada y objetiva, tarea que es llevada a cabo particularmente por las mujeres que no tenían disfuncionalidad sexual previa al cáncer; mientras que las mujeres que no tienen vida sexual y aquellas que tenían disfuncionalidad sexual previamente al cáncer, evalúan los eventos críticos de manera desorganizada y poco objetiva, y particularmente las últimas, se aproximan a la crisis con una actitud fatalista.

Dentro de la misma perspectiva, Folkman y Lazarus (1980) (citados en Billings, A. y Moos, R. 1981) concluyen que los estresores relacionados a la salud se asocian con estrategias enfocadas a las emociones, pero que de acuerdo con nuestros hallazgos, tal y como señalamos antes, dichas estrategias no son de ninguna manera respuestas exclusivas a este tipo de evento, sino que al igual que Moos y Schaefer (1986), estaríamos de acuerdo en que las respuestas de afrontamiento no son inherentemente adaptativas o *desadaptativas*, sino que son habilidades relativamente estables que pueden manejarse flexiblemente y en combinación, de acuerdo a lo efectivo que en un momento determinado resulten.

Un claro ejemplo de lo anterior lo expone Lazarus (1988) (citado en Carreño, J., Morales-Carmona. F. y Martínez, A. 1997) al señalar el valor constructivo de la negociación para que las personas no se abrumen en los momentos más difíciles de la crisis, tales como el momento de impacto inicial, proporcionando el tiempo necesario para adquirir otros recursos de afrontamiento.

Y ya que tocamos este ejemplo, cabe señalar que en relación a la negación nuestros resultados están de acuerdo con lo expuesto por Carver, Pozo, Harris, Noriega, y Scheier (1993) ya que consideran que este tipo de respuesta disminuye la calidad de vida. De manera particular, nuestras observaciones reflejan que mientras que las mujeres que no tienen vida sexual emplean estrategias de tipo evitativo cognitivo y conductual y de aceptación resignada mediante la negación de sus emociones, las mujeres que previamente al cáncer tenían disfuncionalidad sexual evitan únicamente las emociones, contrariamente a lo que las mujeres que no tenían disfuncionalidad sexual previa al cáncer en quienes se observan respuestas de aproximación.

De esta manera, con los aspectos anteriormente mencionados, más la descripción cualitativa de las respuestas de afrontamiento y los resultados encontrados en el análisis discriminante nos es posible exponer el modelo descriptivo conceptual que proponemos como predictor de disfuncionalidad sexual a partir de los estilos de afrontamiento cuyo esquema puede observarse en la Figura 2.

Como puede observarse, el esquema de la Figura 2 muestra un plano cartesiano que ubica dentro de sus cuadrantes las diferentes respuestas de afrontamiento que característicamente reflejan la condición de sexualidad en las mujeres que estudiamos, marcando de manera muy particular las diferencias que existen entre las tres condiciones que hemos venido describiendo ampliamente: mujeres que no tienen vida sexual, mujeres que tienen vida sexual y que previamente al cáncer no tenían disfuncionalidad sexual y mujeres con vida sexual y con disfuncionalidad sexual previamente al cáncer.

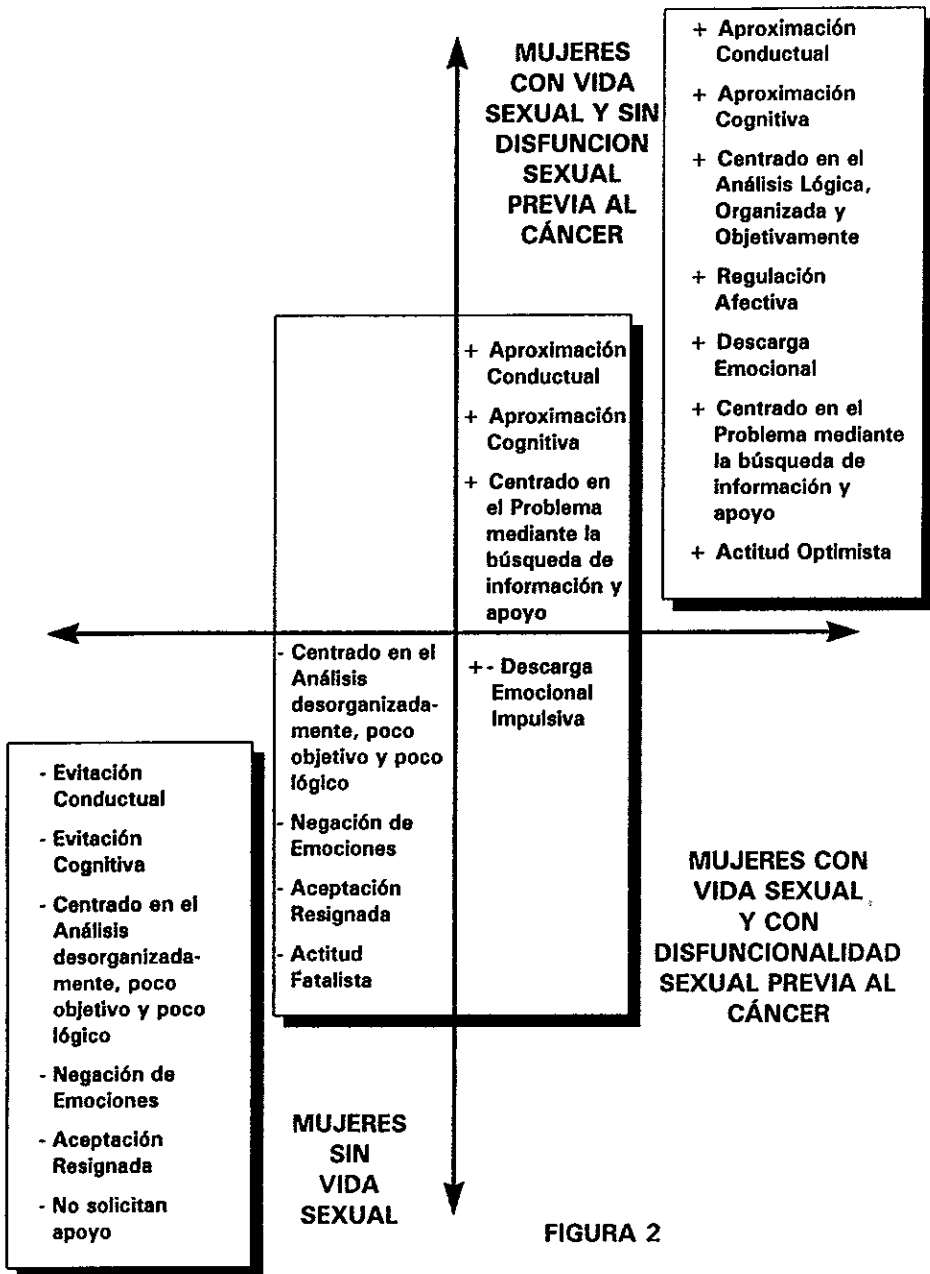


FIGURA 2

El modelo destaca claramente cómo los estilos de afrontamiento diferencian las condiciones de sexualidad, ya que si observamos el cuadrante "positivo-positivo" podemos distinguir que las estrategias de aproximación cognitiva y conductual, la regulación afectiva y la descarga emocional, una actitud optimista, centrarse en el análisis de manera lógica, organizada y objetiva y centrarse en el problema mediante la búsqueda de información y apoyo, caracterizan a aquellas mujeres que tienen vida sexual activa y que previamente al cáncer no tenían ninguna disfunción sexual.

En el extremo opuesto del modelo, dentro del cuadrante "negativo-negativo" observamos estrategias exactamente opuestas a las que se describieron para el grupo anterior, siendo en las mujeres que no tienen vida sexual, el empleo característico de estrategias como la evitación cognitiva y conductual, la negación de las emociones y la aceptación resignada, el centrarse en el análisis desorganizadamente y de manera poco objetiva y lógica, así como la incapacidad para solicitar ayuda y apoyo en momentos críticos.

Por último, una combinación de los cuadrantes "positivo-positivo", "negativo-negativo" y "positivo-negativo", es quien describe a las mujeres que tienen vida sexual activa y que previamente al cáncer tenían disfuncionalidad sexual, cuyo patrón de respuesta corresponde a una combinación de los dos anteriores con estilos de aproximación cognitiva y conductual, centrarse en el problema mediante la búsqueda de información y apoyo, centrarse en el análisis desorganizadamente, poco objetivo y lógico, negación de las emociones, descarga emocional impulsiva, aceptación resignada y actitud fatalista.

De acuerdo con las descripciones hechas, podemos concluir que aquellas mujeres que por sus respuestas de afrontamiento se ubiquen en el cuadrante

“negativo-negativo” (mujeres sin vida sexual) tendrán múltiples problemas en la sexualidad y un mal pronóstico; consecutivamente, con un mejor pronóstico que las anteriores vamos a encontrar a aquellas mujeres que combinan las estrategias dentro de los cuadrantes “negativo-negativo”, “positivo-negativo” y “positivo-positivo” (mujeres con vida sexual y con disfuncionalidad sexual previa al cáncer); mientras que aquellas mujeres que por su afrontamiento se ubiquen dentro del cuadrante “positivo-positivo” (mujeres con vida sexual y sin disfuncionalidad sexual previa al cáncer) serán quienes tengan menos problemas en la sexualidad y el mejor pronóstico y recursos para resolverlos.

La posibilidad de observar la importancia y validez de la propuesta planteada puede identificarse mediante los resultados que la muestra reflejó al evidenciar el impacto que las respuestas de afrontamiento tienen en la sexualidad, mostrando correlaciones significativas cuya variabilidad explicada va desde el 9% hasta el 43%. (Tablas 10, 11 y 12).

Las mejores predicciones muestran que el afrontamiento centrado en el problema, disminuye significativamente el trastorno orgásmico femenino y la dispareunia; mientras que las estrategias de afrontamiento conductual activo disminuyen la disritmia.

También se detectó, aunque con valores correlacionales bajos, que las estrategias de evitación cognitiva incrementan significativamente la disritmia; y que el afrontamiento evitativo aumenta el trastorno de la excitación sexual, la disritmia y el trastorno orgásmico femenino.

Es por ello que consideramos que con el presente modelo descriptivo, nos encontramos ante la posibilidad de identificar mediante las respuestas de afrontamiento la posibilidad de que exista algún tipo de disfuncionalidad sexual y viceversa, así como establecer un pronóstico del riesgo y las complicaciones

que pueden generarse a partir de ello con un padecimiento como lo es el cáncer.

Además, es importante contar con propuestas como estas, debido a que una de las primordiales necesidades de las instituciones, quienes se caracterizan por otorgar servicios de salud a una gran cantidad de personas, es el poder identificar mediante procedimientos sencillos a aquellas mujeres que requieren el uso de un servicio especializado. Así, mediante el modelo descrito, el personal de salud institucional se encuentra en la posibilidad de identificar ante un problema oncológico y mediante las características de tener o no vida sexual y el referir alguna disfuncionalidad sexual, a aquellas pacientes que por tales características es muy probable que tengan modelos de afrontamiento que van a facilitar o dificultar los procedimientos médicos necesarios y en consecuencia directa el bienestar de la paciente.

Una vez que dichos casos se han detectado, el procedimiento a seguir consistiría en referir a tales pacientes al servicio de psicología en donde mediante una entrevista clínica general permita evaluar e identificar el riesgo de la paciente y el tipo de atención necesaria. Además, con los datos expuestos podemos predecir un determinado patrón de afrontamiento, que a su vez manifieste qué pacientes están en la posibilidad de enfrentar el evento crítico con sus propios recursos y recuperar los niveles previos de bienestar y quienes se encuentran en riesgo de desarrollar las diferentes complicaciones mencionadas.

Simultáneamente, lo anterior nos permite llevar a cabo acciones asistenciales que favorezcan las condiciones particulares de cada caso promoviendo la terapéutica psicológica que mejor le funcione a la paciente y favoreciendo aspectos como la adherencia terapéutica, adaptación,

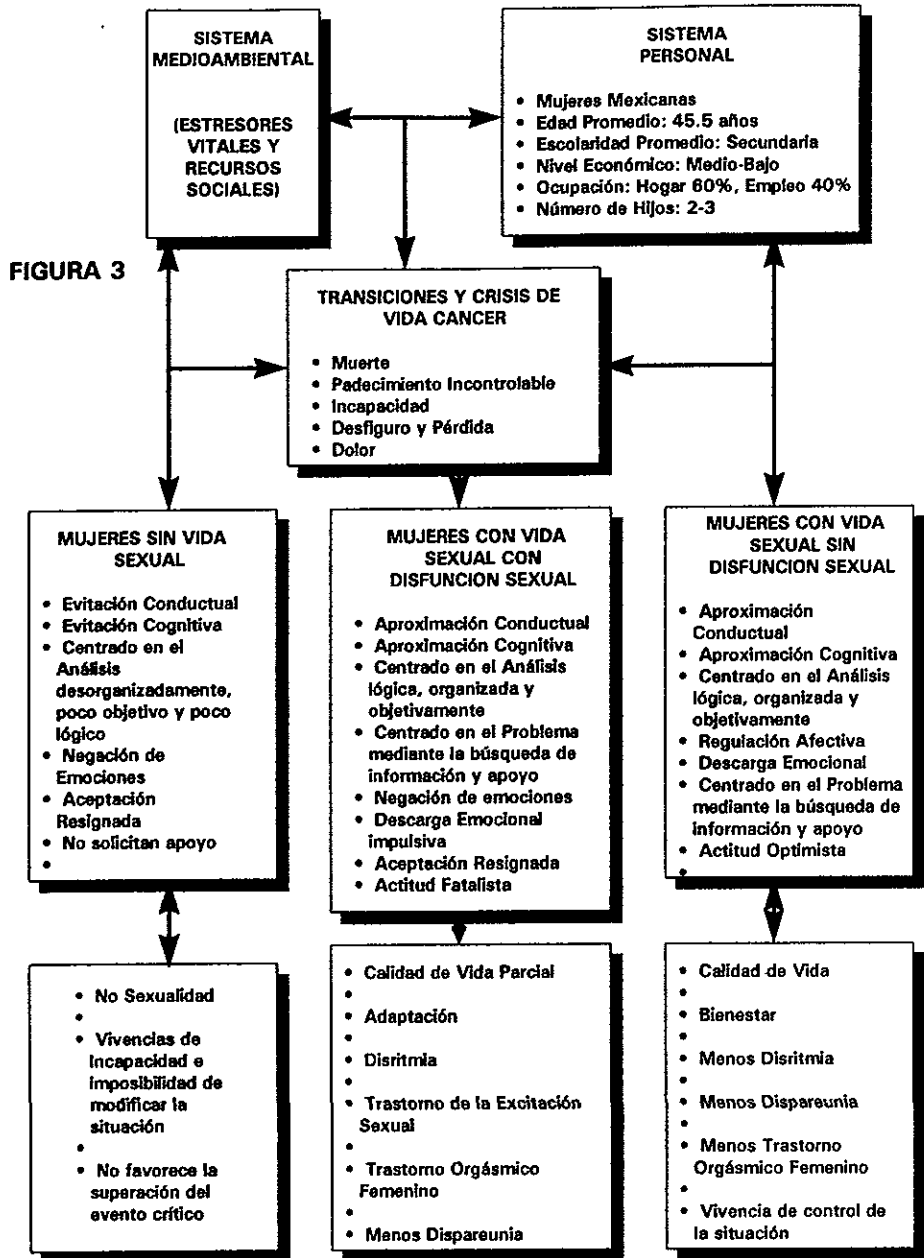
resignificación del evento y su vivencia, manejo del cúmulo de emociones inmersas y el crecimiento personal, por mencionar algunas.

Finalmente, el identificar la contribución y el valor predictivo (obtenido mediante al análisis discriminante con un 88.33% de casos "agrupados" correctamente clasificados) de las respuestas de afrontamiento en la sexualidad de las mujeres con cáncer, fortalece los hallazgos que otros autores han encontrado al predecir aspectos como el bienestar futuro (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995); estrés y adaptación en adultos y niños (Moos y Schaefer, 1992); salud, habilidades, recursos y aspectos positivos del funcionamiento humano (Marsella y Dash-Schauer, 1988) (citados en Gonzalez-Forteza, Romero, Morales-Carmona y Gutierrez, 1993); y, adaptación al cáncer de mama (Royak, 1991).

Para concluir el presente trabajo, se conjuntaron el modelo de afrontamiento propuesto por Moos (1984), Moos y Schaefer (1986), Moos y Schaefer (1992) y Moos y Billings (1992) (Figura 1, Capítulo IV) y el modelo descriptivo conceptual (Figura 2) que hemos propuesto para integrar los hallazgos detectados y mostrarlos integralmente en la Figura 3.

Vale la pena recordar que de acuerdo con Moos (1984), Moos y Schaefer (1986), Moos y Schaefer (1992) y Moos y Billings (1992) para que las respuestas de los individuos sean adaptativas es necesario considerar y comprender la interrelación que existe entre las transiciones y crisis de vida y su funcionamiento como mediador entre los recursos personales y medioambientales y las respuestas de afrontamiento.





Así mismo, hay que señalar que el presente trabajo se abocó al estudio del cáncer como un evento transicional y crítico, con la intención de observar las respuestas de afrontamiento y su vínculo con disfuncionalidad sexual.

En la Figura 3 se muestran algunos de los aspectos que caracterizan al cáncer como evento crítico, enfermedad que inevitablemente confronta a quien lo padece con la posibilidad de morir, situación que se vive como amenazante, incontrolable, incapacitante, dolorosa, etc. Es claro que también hay que considerar la etapa y condición del cáncer, siendo el caso de nuestra muestra, mujeres que no se encuentran en una etapa terminal, donde la amenaza de muerte es en todo sentido real; lo cual es importante debido a que destaca la manera en que lo subjetivo cobra vigencia y matiza la vivencia del individuo.

Posteriormente, en la misma Figura 3 se describen las respuestas de afrontamiento en mujeres con cáncer, donde mostramos que no hay una respuesta única para el evento, sino que por el contrario, detectamos diferentes respuestas de acuerdo a la condición de sexualidad de las mujeres, con patrones característicos entre sí, cuya descripción fue anteriormente expuesta en la Figura 2, observando que respuestas de afrontamiento particulares condicionan el tipo de respuesta adaptativa que finalmente las pacientes van a reestablecer.

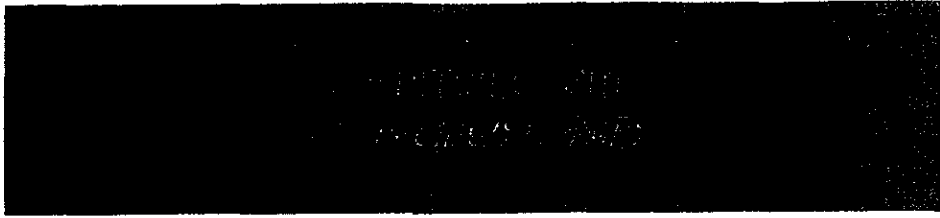
Estas últimas se describen en la parte final del esquema, donde igualmente pueden diferenciarse las condiciones de sexualidad que van a presentarse de acuerdo al evento crítico y a los estilos de afrontamiento, donde vale la pena reiterar, que son condiciones de carácter asociado y no causal, ya que a partir de lo anterior, podríamos equivocadamente concluir que el cáncer es causa inevitable de disfuncionalidad sexual, mientras que éste último esquema nos permite diferenciar el papel que cada sistema desempeña.

Desde esta perspectiva, es necesario contemplar los sistemas personal y medioambiental. Como puede verse en la Figura 3, hemos expuesto algunos de los factores *demográficos* que contemplamos en esta investigación y de los cuales se habló ampliamente al inicio de esta discusión, no obstante, es importante hacer hincapié en aquellos componentes de estructura personal que seguramente también desempeñan un papel importante en la resolución final del evento crítico.

Lo mismo ocurriría en relación al sistema medioambiental, donde se pudieran poner a prueba aspectos que clarifiquen nuestras observaciones, ya que a partir de las estrategias de afrontamiento detectamos que las mujeres que no tienen vida sexual no solicitan apoyo a profesionales o grupos comunitarios, mientras que aquellas que mantienen una vida sexual activa se observa que ante un evento crítico se apoyan de la pareja, familia, amigos y/o grupos, lo que plantea una red social con un soporte diferente; es por ello, que el ubicar el tipo de red social con que las pacientes cuentan y la cercanía, calidez y soporte que éstas brindan debiera ser otra línea de trabajo para investigar.

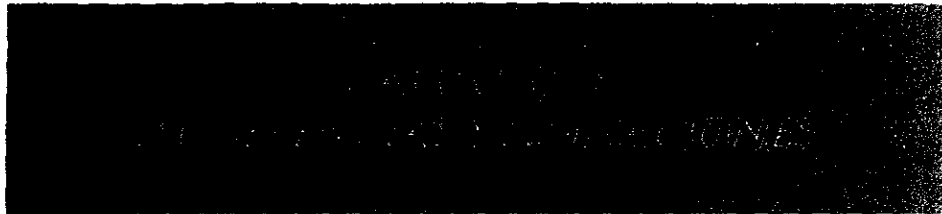
La necesidad e importancia de llevar a cabo estudios como este radica en que para comprender fenómenos complejos y multifactoriales es imperativo contar con modelos que contemplen, en la medida de lo posible, la mayor cantidad de variables que nos permitan observar y entender el tipo de comportamiento de cada uno de los factores incluidos.

Es por ello que resultaría importante considerar para estudios posteriores, la posibilidad de ir generando trabajos de investigación que se orienten al estudio profundo de aquellos aspectos que en el presente trabajo detectamos son significativos, de manera que la comprensión de fenómenos desarrollen el cuerpo de conocimiento en esta área.



- El cáncer ginecológico es un problema de salud que necesariamente debe abordarse desde las diferentes perspectivas que altera, integrando aspectos de carácter médico, psicológico y sociocultural, de manera que se promueva el ajuste total del paciente.
  
- *Es necesario implementar programas que contribuyan a la práctica de exámenes ginecológicos periódicos para prevenir y atender cualquier problema oncológico temprana y oportunamente.*
  
- La evaluación profunda de aspectos de sexualidad debe realizarse rutinariamente como parte de los cuidados oncológicos.
  
- El registro de altos índices de disfuncionalidad sexual indica la presencia de un grave problema en la sexualidad femenina y en sus diferentes dimensiones, lo cual crea la necesidad de investigar a profundidad aquellos aspectos que lo están determinando.
  
- La presencia de cáncer exacerba problemas previos de sexualidad y condiciona la manifestación de múltiples disfunciones sexuales en mujeres que previamente no las padecían.

- Los trastornos de la fase del deseo son los que con mayor frecuencia se presentan en las mujeres tanto previa como posteriormente al cáncer.
- La presencia de disfuncionalidad sexual en las mujeres con cáncer no está determinada únicamente por las características del evento, sino también, por el tipo de afrontamiento de la paciente.
- Las mujeres que emplean respuestas de tipo aproximativo tienden a adaptarse mejor a los eventos críticos, contrariamente a lo que ocurre con aquellas personas que emplean tipos de afrontamiento evitativos.
- Las respuestas de afrontamiento son buenas predictoras de disfuncionalidad sexual en mujeres con cáncer ginecológico.
- Las mujeres que no tienen vida sexual poseen características de afrontamiento y de redes de apoyo que son distintas al resto de las pacientes.
- El pronóstico respecto del modelo de afrontamiento, puede establecerse al reconocer las características de la vida sexual.



El presente estudio deja múltiples preguntas *sin respuesta*, por lo que es necesario implementar otros trabajos de investigación que resuelvan satisfactoriamente las dudas expuestas.

Es importante considerar en estudios futuros la posibilidad de investigar la problemática observada en pacientes oncológicos varones así como en las parejas del paciente con *cáncer*, teniendo en cuenta aspectos socioculturales e interpersonales.


De igual manera es importante también analizar la *respuesta emocional* ante un padecimiento oncológico y la carga simbólica que para el paciente representa.

Finalmente es necesario diseñar trabajos que utilicen otros instrumentos que permitan determinar aspectos precisos que se vinculan con la presencia de disfuncionalidad sexual.

Una limitación metodológica de ésta investigación fue el número de casos capturados, lo cual impide que sus resultados se generalicen a todo tipo de poblaciones. Para fortalecer los hallazgos de este trabajo sería importante poder llevar a cabo estudios que amplíen la muestra de la población estudiada mediante el empleo de un *diseño para muestras ponderadas*, que permita

contar con suficientes casos que se distinguen de acuerdo al tipo de cáncer, etapa de la enfermedad, edad de la paciente, momento de captura, etc., que permitan llegar a conclusiones más amplias, en cuyo caso los tipos de cáncer poco frecuentes, se verían limitados.

Por último, una sugerencia importante consiste en establecer un trabajo interdisciplinario conjunto para el manejo integral del paciente oncológico, que simultáneamente contemple la asistencia, la enseñanza y la investigación. Ello es importante debido a que la Psicología puede aportar respecto del manejo de temores y ansiedades que comparten la paciente y el equipo de salud, favoreciendo el que sean "metabolizados" con la ayuda de técnicas implementadas por el psicólogo.

- 
- Alvarez-Gayou, J. L. (1986). *Sexoterapia Intergral*. Ed. Manual Moderno. México, D. F.
- Andersen, B. L., Anderson, B., DeProse, C. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57 (6), 683-691.
- Andersen, B. L. y Elliot, M. L. (1993). Sexuality for Women with Cancer: Assessment, Theory and Treatment. *Sexuality and Disability*. 11 (1), 7-37.
- Instituto Nacional de Perinatología. Anuario Estadístico del Instituto Nacional de Perinatología. (1996).
- Arathuzik, M. D. (1991). The appraisal of pain and coping in cancer patients. *Western Journal of Nursing Research*. 13 (6), 714-731.
- Auchincloss, S. (1989). Sexual Dysfunction in Cancer Patients: Issues in Evaluation and Treatment. En Holland J. C. y Rowland J. H. (Eds.). *Handbook of Psychooncology*. New York, Oxford University Press. 383 - 413.
- Beckham, J. C., Godding, P. R. (1990). Sexual dysfunction in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 8 (1), 1-16.
- Billings, A. y Moos, R. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 (2) 139-157.
- Breitbart, W. (1989). Suicide in Cancer Patients. En Holland J. C. y Rowland J. H. (Eds.). *Handbook of Psychooncology*. New York, Oxford University Press. 294-299.



- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F. (1993) How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65 (2) 375-390.
- Coll, F. J., de las Heras, M., Navarrete, A. (1991). Repercusiones psíquicas del cancer de mama. Efectos psiquicos de la mastectomia. *Psiquis Revista de Psiquiatria, Psicologia y Psicomatica*. 12 (10). 29-39.
- Crowther, M. E., Corney, R. H., Shepherd, J. H.. (1994). Psychosexual implications of gynaecological cancer. *BMJ*. 308 (6933). 869-870.
- Cull, A., Cowie, V. J., Farquharson, D. I., Livingstone, J. R., Smart, G. E., Elton, R. A. (1993). Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *British Journal of Cancer*. 68 (6), 1216-1220.
- Chiu, J. (1990). *Mitos y Tabúes en la Sexualidad y sus Repercusiones en la Expresión Sexual*. Tesis de Licenciatura. Escuela de Psicología. ENEP Iztacala, UNAM. México.
- Delvin, D. (1985). *Amor y Sexo*. Plaza & Janes Editores. Barcelona, España.
- Everly, G. (1989). The Anatomy And Phisiology of the Human Stress Response. *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. The Plenum Series on Stress and Coping. New York. 15-47.
- Ferrero, J., Toledo, M., Barreto, M. P. (1995). Evaluación Cognitiva y Afrontamiento como Predictores del Bienestar Futuro de las Pacientes con Cáncer de Mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27 (1), 87-102.
- Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de Vida. *Anuario de Psicología*. 61, 41-50.
- Gonzalez, B. R. (1988). Efectos psicologicos de la mastectomia: Influencia del medio. *Psiquis Revista de Psiquiatria, Psicologia y Psicomatica*. 9 (5). 23-32.

- Gonzalez, B. R. (1990). La mastectomía: Altera la personalidad de las personas afectadas?. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 43 (2), 245-255.
- González, C. F., Romero, M. P., Morales, F., Gutierrez, E. (1993). Respuestas de enfrentamientos y su relación con el estado emocional en pacientes obstétricas. Un estudio en México. *Psicopatología (Madrid)*. 13 (1), 17-23.
- Kelly, M., Strassberg, D. y Kircher, J. (1990). Attitudinal and Experiential Correlates of Anorgasmia. *Arch. of Sex. Behavior*. 19 (2), 165-177.
- Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1985). *Tratado de Medicina Sexual*. Ed. Salvat. Barcelona, España.
- Lederberg, M. y Massie, M. (1993). Psychosocial and Ethical Issues in the Care of Cancer Patients. En De Vita Jr. V. T., Hellman H. y Rosenbor S. *Principles and Practice of Oncology*. 2448-2463.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. DSM-IV. (1996). Ed. Masson. Madrid, España.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. C. (1982). *La Sexualidad Humana*. Ed. Grijalbo. Barcelona, España.
- McCabe, M. P. (1989). The Contribution of Sexual Attitudes and Experiences on Sexual Functioning during Childhood and Adolescence to Adult Sexual Dysfunction. *Sexual and Marital Therapy*. 4 (2), 133-141.
- Moos, R., Cronquite, R., Billings, A. y Finney J. (1983). *Health and Daily Living Form Manual*. Social Ecology Laboratory Veterans and Stanford University Medical Center.
- Moos, R. (1984). Context and Coping: Toward a Unifying Conceptual Framework. *American Journal of Community Psychology*. 12. 5-36.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life Transitions and Crises. En Moos, R. H. (Ed). *Coping with life crises: An Integrated Approach*. 3-28.

- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1992). Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures. En Golberger, L. y Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Free Press. 234-257.
- Moos, R. H. y Billings, A. G. (1992). Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Processes. En Golberger, L. y Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Free Press. 212-230.
- Nathan, S. (1986). The Epidemiology of the DSM-III Psychosexual Dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 12 (4), 267-281.
- Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. y Smith, F. (1989). Attitudes to Cancer: Psychometric Properties of Fighting Spirit and Denial. *Journal of Behavioral Medicine*. 12 (4), 341-355.
- Ngan, H.Y., Tang, G. W., Lau, O. W. (1994). Psychosocial study on Hong Kong Chinese with gynecological cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecologic*. 15 (2), 111-117.
- Programa Nacional de Educación Sexual. (1982). *La Educación de la Sexualidad*. Vol. 4. Educación y Sexualidad. Consejo Nacional de Población. México, D. F.
- Ramos, G. (1990). *Paquete de Información sobre Técnicas Conductuales Aplicadas para la Prevención de Problemas Sexuales y en Especial las Disfunciones*. Tesis de Licenciatura. Escuela de Psicología. ENEP Iztacala, UNAM. México.
- Registro Histopatológico de Neoplasias en México, INEGI, 1985-1994. DGE. SSA.
- Rowland, J. H. (1989). Developmental Stage and Adaptation: Adult Model. En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.). *Handbook of Psychooncology*. (pp. 25 - 43). New York, Oxford University Press.
- Royak, S. (1991) Psychological processes in breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 9 (4) 71-89.
- Sánchez, C., Morales-Carmona, F., Gonzalez, G., Souza, M., Romo, M. (1997). Prevalencia y Tipos de Disfunción Sexual Femenina. *Psicopatología (Madrid)*. 17 (4), 174-178.

- Schain, W. S., d'Angelo, T. M., Dunn, M. E., Lichter, A. S., Pierce, L. J. (1994). Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy. Psychosocial consequences. *Cancer*. 73 (4), 1221-1228.
- Schiavi, R., Schreiner, E., Mandeli, J. y Schanzer, H. (1990). Healthy again and Male Sexual Function. *American Journal of Psychiatry*. 147 (6), 766-771.
- Schover, L. R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Monogr. Natl. Cancer Inst.* (16), 177-182.
- Souza, M., Cárdenas, J., Montero, M., Mendoza, L. (1987) Historia Clínica Codificada para la Sexualidad Femenina. *Ginecología y Obstetricia de México*. 55, 277-287.
- Spector, I. y Carey, M. (1990). Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the Empirical Literature. *Achieves of Sexual Behavior*. 19 (4), 389-408.
- Thranov, I., Klee, M. (1994). Sexuality among gynecologic cancer patients. *Gynecologic Oncology*. 52 (1), 14-19.

# ANEXOS

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DIRECCION DE INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD VERSION PARA MUJERES**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del Entrevistador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ día / mes / año                      1. No. de Expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

2. Edad: \_\_\_\_ 3. Sexo: 1. Femenino: \_\_\_\_ 2. Masculino: \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Tipo de paciente: Obstétrica: \_\_\_\_ Ginecológica: \_\_\_\_ Puerpera: \_\_\_\_\_

5. Nivel socioeconómico (INPer): \_\_\_\_\_

6. Estado Civil:    1) Soltero.  
                          2) Casado. \_\_\_\_\_ (años y meses)  
                          3) Viudo. \_\_\_\_\_ (años y meses)  
                          4) Divorciado. \_\_\_\_\_ (años y meses)  
                          5) Unión Libre. \_\_\_\_\_ (años y meses)  
                          6) Separado. \_\_\_\_\_ (años y meses)

7. Escolaridad: \_\_\_\_\_ (años)

8. Ocupación:        1) Profesional.  
                          2) Empresario.  
                          3) Burócrata.  
                          4) Empleado iniciativa privada.  
                          5) Comerciante.  
                          6) Obrero  
                          7) Labores domésticas.  
                          8) Subempleo (eventuales)  
                          9) Desempleado.  
                          10) Maestro.  
                          11) Estudiante.  
                          12) Hogar.  
                          13) Otro, especificar \_\_\_\_\_

9. Religión: \_\_\_\_\_

Motivo por el cual ingresó al INPer: \_\_\_\_\_

10. Diagnóstico:    Principal \_\_\_\_\_  
                          Secundario \_\_\_\_\_

11. ¿Qué edad tenía usted cuando se le dió el diagnóstico? \_\_\_\_\_ años

12. Etapa de la Enfermedad \_\_\_\_\_

13. Sitio afectado \_\_\_\_\_
14. Tratamiento: 1) Farmacológico.  
2) Quirúrgico  
3) Radioterapia.  
4) Otro, especificar \_\_\_\_\_
15. Tiempo del momento en que se dió el diagnóstico al momento de la entrevista: \_\_\_\_\_
16. Tiempo del momento de inicio del (los) tratamiento (s) al momento de la entrevista: \_\_\_\_\_
17. ¿Algún familiar padeció la misma enfermedad? 1) Si. 1b) Quien: \_\_\_\_\_  
2) No.
18. ¿Con quién vive actualmente? 1) Solo.  
2) Cónyuge.  
3) Cónyuge e hijos.  
4) Cónyuge, hijos y otro familiar.  
5) Hijos sin cónyuge.  
6) Otros familiares.  
7) Padres.  
8) Otro, especificar \_\_\_\_\_
19. Historia Gineco-obstétrica: 1) Gestas. \_\_\_\_\_  
2) Partos. \_\_\_\_\_  
3) Abortos. \_\_\_\_\_  
4) Cesáreas. \_\_\_\_\_  
5) Óbitos (muerte fetal). \_\_\_\_\_  
6) Mortinatos (muerte perinatal). \_\_\_\_\_
20. Edad de la paciente en sus diferentes gestaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
21. Número y edad de Hijos Vivos: \_\_\_\_\_
22. Edad de la Menarca: \_\_\_\_\_
23. Ritmo Menstrual: Regular \_\_\_\_\_ Irregular \_\_\_\_\_  
Período/Duración
24. Edad de inicio de vida sexual \_\_\_\_\_
25. ¿Actualmente cuenta con pareja sexual? 1) Si.  
2) No.
26. Ritmo Coital: 1) Antes del diagnóstico: \_\_\_\_\_  
2) Después del diagnóstico: \_\_\_\_\_
27. ¿Utiliza algún Método Anticonceptivo? 1) Si. 1b) ¿Cual? \_\_\_\_\_  
2) No.
28. ¿Practica la masturbación? 1) Si. 1b) Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
2) No.

29. Disposición actual hacia la sexualidad (no es referido exclusivamente al coito):

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) Desea y coopera.	_____	_____
2) Desea y no coopera.	_____	_____
3) No desea y coopera.	_____	_____
4) No desea y no coopera.	_____	_____
5) No procede.	_____	_____

30. Preparación higiénica para la relación sexual:

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) Si.	_____	_____
2) No.	_____	_____

31. Ubicación más frecuente de la relación sexual:

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) En casa.	_____	_____
2) Fuera de casa.	_____	_____
3) Ambos, especificar.	_____	_____
4) No procede.	_____	_____

32. Posición más frecuente para la relación coital:

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) Mujer boca arriba - hombre encima.	_____	_____
2) Hombre boca arriba - mujer encima.	_____	_____
3) Mujer arrodillada y agachada - hombre atrás.	_____	_____
4) Hombre y mujer sentados.	_____	_____
5) Hombre y mujer de pie.	_____	_____
6) Todas sin predominio (2 o más de las anteriores)	_____	_____
7) Otra, especificar.	_____	_____
8) No procede.	_____	_____

33. Horario predominante de la relación sexual:

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) Matutino.	_____	_____
2) Vespertino.	_____	_____
3) Nocturno.	_____	_____
4) Ambos, especificar	_____	_____
5) No procede.	_____	_____

34. ¿Quién toma la iniciativa o propone la relación sexual más frecuentemente?

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) Mi pareja.	_____	_____
2) Solo yo.	_____	_____
3) Ambos.	_____	_____
4) No procede.	_____	_____



35. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) De manera verbal.	_____	_____
2) Paraverbal.	_____	_____
3) Ambas, especificar	_____	_____
4) No procede.	_____	_____

36. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) Cómodas y satisfactorias.	_____	_____
2) Cómodas e insatisfactorias.	_____	_____
3) Incómodas y satisfactorias.	_____	_____
4) Incómodas e insatisfactorias.	_____	_____
5) No procede.	_____	_____

37. La relación sexual se realiza preferentemente:

	Antes del Diagnóstico	Después del Diagnóstico
1) Vestidos.	_____	_____
2) Desnudos.	_____	_____
3) Semivestidos.	_____	_____
4) Ambas, especificar	_____	_____
5) No procede.	_____	_____

Ha usted presentado alguna de las siguientes situaciones?:

38. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual.

1) Si.                      2) No.

39. ¿Desde cuándo?

1) De toda la vida.    2) Adquirido \_\_\_\_\_ (edad)    3) No procede.

40. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

1) Si.                      2) No.                      3) No procede.

41. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

42. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) Ninguno de los anteriores.
- 6) No procede.

43. Aversión extrema hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

- 1) Si.
- 2) No.

44. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido \_\_\_\_\_ (edad)
- 3) No procede.

45. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.
- 2) No.
- 3) No procede.

46. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

47. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) Ninguno de los anteriores.
- 6) No procede.

48. Incapacidad para obtener o mantener la respuesta de lubricación (mojarse o mantenerse húmeda vaginalmente) propia de la excitación, hasta la terminación de la relación sexual.

- 1) Si.
- 2) No.

49. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido \_\_\_\_\_ (edad)
- 3) No procede.

50. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.
- 2) No.
- 3) No procede.

51. ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

52. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) Ninguno de los anteriores.
- 6) No procede.

53. Ausencia o retraso del orgasmo (terminar la relación sexual, experimentar un máximo nivel de placer y posteriormente relajarse y descansar) tras una fase de excitación normal.

- 1) Sí.
- 2) No.

54. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido \_\_\_\_\_ (edad)
- 3) No procede.

55. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) No procede.

56. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

57. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) Ninguno de los anteriores.
- 6) No procede.

58. Dolor genital asociado a la relación sexual.

- 1) Sí.
- 2) No.

59. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .
- 2) Adquirido \_\_\_\_\_ (edad)
- 3) No procede.

60. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.                      2) No.                      3) No procede.

61. ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

62. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) Ninguno de los anteriores.
- 6) No procede.

63. El dolor coital es:

- 1) Al inicio de este, no impide el coito.
- 2) Al inicio de este, impide el coito.
- 3) Durante el coito.
- 4) Al final del coito.
- 5) No procede.

64. Aparición de espasmos involuntarios (se cierre la vagina e impida la entrada del pene) de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere el coito.

- 1) Si.                      2) No.

65. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida . 2) Adquirido \_\_\_\_\_ (edad) 3) No procede.

66. ¿Esta situación le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.                      2) No.                      3) No procede.

67. ¿La situación se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

68. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) Ninguno de los anteriores.
- 6) No procede.

74. Insatisfacción de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual.

- 1) Si.                      2) No.

75. ¿Desde cuándo?

- 1) De toda la vida .   2) Adquirido \_\_\_\_\_ (edad)   3) No procede.

76. ¿Lo anterior le provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales?

- 1) Si.                      2) No.                      3) No procede.

77. ¿Esto se presentó por alguno de los siguientes factores?

- 1) Como efecto fisiológico directo por el uso de algún tipo de sustancia como fármacos, drogas, alcohol, etc.
- 2) Como resultado de una enfermedad médica (física o lesión).
- 3) No, ninguno de los anteriores.
- 4) No procede.

78. Dicho evento la llevó a:

- 1) Consultar a un médico.
- 2) Consultar a otros profesionales.
- 3) Tomar algún medicamento.
- 4) Interferir actividades en su vida cotidiana.
- 5) Ninguno de los anteriores.
- 6) No procede.

79. Ha recibido tratamiento (especificar causa de tratamiento)

- 
- 1) Médico.
  - 2) Quirúrgico.
  - 3) Psicológico.
  - 4) Psiquiátrico.
  - 5) Ambos, especificar
  - 6) Otro, especificar
  - 7) No procede.

80. El tratamiento lo recibió en:

- 1) Consulta externa.
- 2) Hospitalización.
- 3) Ambos, especificar
- 4) Otros, especificar
- 5) No procede.

81. Duración del tratamiento:

- 1) De 1 a 2 consultas.
- 2) De 3 a 5 consultas.
- 3) De 6 a 10 consultas.
- 4) De 11 a 20 consultas.
- 5) De 21 a 30 consultas.
- 6) De 31 a 40 consultas.
- 7) No procede.

Privado \_\_\_\_\_  
Institucional \_\_\_\_\_  
Ambos \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

82. Resultado del tratamiento:

- 1) Se eliminó la sintomatología.
- 2) Se modificó parcialmente la sintomatología.
- 3) La sintomatología continua igual.
- 4) Se agravó la sintomatología.
- 5) No procede.

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Escala de Respuestas de Afrontamiento de Moos**

Escoja algún problema al cual se haya tenido que enfrentar últimamente.

Por favor escriba usted aquí ese problema.

---

---

---

---

---

Indique por favor, cuáles de las siguientes situaciones se acercan más a lo que hizo usted frente al problema.

	NO (1)	SI ocasio- nalmente (2)	SI con frecuencia (3)
1. Trató de entender mejor la situación			
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar			
3. Platicó con un amigo sobre el problema			
4. Habló con algún profesionista (médico, abogado, sacerdote)			
5. Rezó para encontrar guía o fortaleza			
6. Se preparó para lo peor			
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería			
8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona			
9. Trató de verle el lado positivo a la situación			
10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa			

	NO (1)	SI ocasio- nalmente (2)	SI con frecuencia (3)
11. Elaboró y siguió un plan de acción			
12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas			
13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado			
14. No demostró sus sentimientos			
15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron			
16. Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad			
17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo			
18. Trato de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación			
19. Se dijo a si misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor			
20. Se alejó momentáneamente del problema			
21. Supo lo que se tenía que hacer y luchó para lograrlo			
22. En general evitó estar cerca de la gente			
23. Se prometió a si misma que las cosas serían diferentes la próxima vez			
24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido			
25. Lo aceptó, nada se podía hacer			
26. Demostró sus sentimientos de alguna manera			
27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares			
28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación			



29. Si algún familiar de los aquí señalados ha fallecido, favor de anotar la edad que usted tenía cuando ocurrió

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Hermano (a) \_\_\_\_\_

Hijos \_\_\_\_\_

30. Alguna otra persona con la que tuvo una estrecha relación, que haya fallecido

¿Quién? \_\_\_\_\_ Edad de ud. \_\_\_\_\_

31. Si sus padres se prepararon y/o divorciaron, ¿qué edad tenía ud.? \_\_\_\_\_

32. ¿En alguna época de su vida se ha sentido sola o abandonada? si su respuesta es afirmativa ¿qué edad tenía ud.? \_\_\_\_\_

33. ¿Cuándo era niña, con quiénes vivió?

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Abuelos \_\_\_\_\_ Tío \_\_\_\_\_ Otros familiares \_\_\_\_\_

Otros no familiares \_\_\_\_\_

34. Si no vivió con sus padres, ¿A qué se debió?

Separación de sus padres \_\_\_\_\_ Muerte de sus padres \_\_\_\_\_  
Abandono de hogar \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

35. Durante su infancia y adolescencia considera usted que la relación con las siguientes personas fué:

	Buena	Mala	Regular
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Otros _____	_____	_____	_____