



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIO SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

SEXUALIDAD Y CÁNCER CERVICOUTERINO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ITSHEL GUADALUPE QUIROZ GUEVARA

Jurado de examen

Tutora: Dra. María del Socorro Contreras Ramírez

Comité: Mtro. José García Franco

Mtra. Julieta Becerra Castellanos

Lic. Eduardo Arturo Contreras Ramírez

Mtra. Gabriela Carolina Valencia Chávez



MÉXICO, D.F.

ABRIL 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

El que puede cambiar su pensamiento, ya tiene otro pensamiento más. El que puede cambiar sus acciones, ya tiene otro mundo. El que cambia su pensamiento y sus acciones, puede alcanzar su destino.

ODM © 2008

La preocupación por el hombre y su destino siempre debe ser el interés primordial de todo esfuerzo técnico. Nunca olvides esto entre tus diagramas y ecuaciones.

Albert Einstein

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, con paciencia y ánimo me acompañaron en los momentos de crisis y en los momentos de estabilidad. Aprovecho estas líneas para expresar mi gratitud a todas ellas pues han hecho posible que esta Tesis se haya desarrollado y terminado.

A la UNAM y especialmente a la FES Zaragoza por darme la oportunidad de ser parte de ella y sentirme honrada de ser estudiante de tan prestigiosa casa de estudio.

Agradezco a la Dra. María del Socorro Contreras Ramírez por su actitud receptiva a mí propuesta, su confianza, por la paciencia y por la dirección de este trabajo. Al Mtro. José García Franco por su orientación y paciencia ante mi inconsistencia, a la Mtra. Julieta Becerra Castellano por sus generosas instrucciones para ordenar mis ideas y su atenta lectura de este trabajo, a la Mtra. Gabriela Carolina Valencia Chávez por sus comentarios y sus atinadas correcciones y, por último al Lic. Eduardo Arturo Contreras Ramírez por las recomendaciones, el apoyo y el ánimo que me brindó.

Gracias también a mis queridos compañeros Nancy, Mario y Susana, que me brindaron su amistad, me apoyaron y me permitieron entrar en su vida, de convivir dentro y fuera del salón de clase.

A mi familia, especialmente a mis padres, que me acompañaron en esta aventura y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos, que en el transcurrir de estos años a través de su amor y sus enseñanzas, he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Infinitamente les agradezco todo el apoyo que me han brindado para subir este escalón que será el inicio de mi profesión.

Gracias a todos.

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. CREENCIAS, VALORES Y ACTITUDES	10
CREENCIAS	12
• Clasificación.....	12
VALORES.....	14
• Características	15
• Clasificación o jerarquización de los valores	15
• Función	17
ACTITUDES.....	18
• Formación de Actitudes.....	19
• Estructura de la actitud	20
CAPÍTULO II. SEXUALIDAD.....	24
Holones de la Sexualidad	26
• El Holón de la Reproductividad Humana.....	27
• El Holón del Género.....	29
• El Holón del Erotismo	31
• El Holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal.....	35
Tratamientos oncológicos y efectos sobre la sexualidad	37
CAPÍTULO III. CÁNCER CERVICOUTERINO	40
Incidencia	41
Tipos de cáncer cervicouterino	44
Factores de riesgo.....	44
Estadificación	47
Síntomas	47
Tratamiento	49
Estadísticas de supervivencia.....	53
CAPÍTULO IV. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL.....	54
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	54
• Objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	56

• Modelo de Modificación Cognitivo Conductual	58
• Estrategias y Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual	60
• Técnicas conductuales	61
• Técnicas cognitivas	62
TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL	64
• Objetivos de la TREC	68
• Técnicas puramente cognitivas:	69
• Técnicas conductuales	73
• Técnicas emotivas	75
PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES CON CÁNCER	75
• Objetivos de la intervención grupal	77
• Estudios realizados	78
CAPÍTULO V. PROPUESTA DEL PROGRAMA TERAPEUTICO “SEXUALIDAD Y CÁNCER CERVICOUTERINO”	80
METODOLOGÍA	82
CONCLUSIONES	122
REFERENCIAS	128
ANEXOS	134

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que afecta a una gran número de personas, a pesar del avance en el tratamiento de determinados tipos de tumores y de la difusión pública que se hace de ellos, el cáncer aún es considerado como una enfermedad incurable asociada a muerte, daño o desfiguración. El cáncer no es una enfermedad única, bajo esta denominación se agrupan una aglomeración de diferentes procesos clínicos con un comportamiento absolutamente diferente unos de otros, de entre los aproximadamente 150 diferentes tipos se encuentra el cáncer cervicouterino.

El cáncer cervicouterino se ha convertido en un problema importante de salud pública que afecta a mujeres tanto a nivel nacional como a nivel internacional, y trae como consecuencias afecciones en el bienestar físico, psicológico y social de quien lo padece, menguando su calidad de vida.

Al ser un cáncer de tipo ginecológico resulta evidente que la dimensión sexual sea una de las áreas afectadas, no sólo por las secuelas que dejan a su paso la enfermedad y los tratamientos, sino porque afecta un órgano cuyas significaciones individuales y culturales lo relacionan con la maternidad, la feminidad, el erotismo y la sexualidad, por lo que es sorprendente que a pesar de la relevancia que este tema tiene para la calidad de vida en las mujeres, se le ha restado valor y actualmente siga siendo considerada como un tema tabú que resulta difícil de abordar, porque por factores culturales o falta de información causa vergüenza, pudor, pena, temor, aislamiento, ansiedad y sentimientos encontrados; más aún, la sexualidad del paciente con cáncer.

Cualquier enfermedad crónica, sea del origen que sea, pueden afectar la salud sexual por múltiples razones, desde las meramente orgánicas hasta las psicológicas por tanto, también acaba produciendo problemas sociales, laborales, familiares, de pareja y de autoestima; esto, ineludiblemente, afecta la sexualidad.

La sexualidad está presente desde el nacimiento hasta la muerte, pero cuando se habla de ella comúnmente sólo se asocia con el aspecto físico de las personas. Sin embargo, involucra un conjunto de condiciones biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a un ser humano y que lo marcan de manera decisiva en todas las fases de su desarrollo.

Para muchas mujeres que sobreviven a cánceres ginecológicos y a sus tratamientos, la vida después del diagnóstico significa aprender a sobrellevar problemas serios y a largo plazo. Hasta el momento, las investigaciones sobre los efectos de los métodos diagnósticos, del diagnóstico y de los tratamientos en la esfera de la sexualidad humana son insuficientes.

Si bien la sexualidad puede abarcar el erotismo, los vínculos afectivos, el amor, el sexo, el género y la reproducción, no todas estas dimensiones tienen que expresarse. La sexualidad está circunscrita por un contexto histórico y cultural concreto, determinada por las creencias, actitudes y valores y ella, a su vez, repercute en estos.

La sexualidad es una forma de expresión de la personalidad, por lo que las creencias, las actitudes y los valores juegan un papel importante, pues a través de ellas es que se expresa, si las creencias son erróneas, las valoraciones que resulten de ellas serán equivocadas, por ende las actitudes que se formen serán perjudiciales.

Debido a que las creencias, actitudes y valores son conceptos que están estrechamente vinculados con la sexualidad y el cáncer, la necesidad de apoyo psicológico es evidente en esta población, más con la alta incidencia existente el apremio de una intervención que pueda cubrir la demanda sanitaria es importante, por ello una intervención grupal, que a nivel institucional demuestre grandes beneficios en el manejo de alteraciones psicológicas asociadas a eventos médicos, es indispensable.

Valderrama, Carbellido y Trejo (1995) afirman que los tratamientos médicos utilizados imponen cambios tanto en los hábitos de vida como en la percepción de sí mismo y del futuro, generando efectos psicológicos y múltiples esfuerzos para controlarlos, lo que conlleva a la ejecución de unos procesos de adaptación no sólo conductuales sino también cognitivos y afectivos.

Ante esta perspectiva resulta coherente diseñar un programa terapéutico de sexualidad para mujeres que padecen o padecieron cáncer cervicouterino, y ofrecer una propuesta de intervención a partir de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Racional Emotivo Conductual, con el objetivo de generar cambios conducentes a mejorar un área que acompaña al ser humano toda la vida, se han elegido estas corrientes debido a que la aplicación de sus técnicas posibilitan un cambio en de conducta a través de la modificación de las cogniciones, realizando sesiones que permitan dar a conocer información sobre la enfermedad, los tratamientos y las consecuencias físicas y psicológicas de los mismos, y que igualmente permitiera brindar estrategias que posibilitaran un cambio en como estas mujeres perciben y viven su sexualidad.

La estructura temática del presente trabajo está organizada de la siguiente manera:

En el primer capítulo se define y describe el tema de las variables a través de la cuales se ve expresada la sexualidad y que se tendrán en cuenta para evaluar el grado de efectividad del programar: las creencias: la definición, su clasificación y elaboración; los valores: su descripción, sus características, su jerarquización y sus funciones; las actitudes: su definición, su formación, la estructura, sus componentes y las funciones que desempeñan en los seres humanos.

En el segundo capítulo se ofrece una panorámica general de las diferentes definiciones de la sexualidad, así como el Modelo de los cuatro Holones de la Sexualidad Humana propuesto por Rubio (1994), y como el

cáncer y sus tratamientos afectan cada uno de los diferentes holones que conforman la sexualidad según este autor.

Posteriormente en el capítulo tres se expone la información relacionada con la cara más conocida del cáncer cervicouterino; la biológica, aquí se aborda su situación a nivel mundial y nacional, la identificación del virus del Papiloma humano (VPH) como agente necesario, pero no único, para el desarrollo de este padecimiento así como los diferentes tipos de cáncer cervicouterino que existen, el establecimiento de factores de riesgo, el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, sus síntomas y los principales tratamientos para la curación, control y paliación de esta enfermedad.

En el capítulo cuatro se presenta una revisión teórica acerca de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Racional Emotivo Conductual, dentro de este apartado se señala el objetivo que tienen estas terapias en la conducta y a nivel cognitivo de los individuos, también cuáles son las diferentes técnicas y estrategias que manejan, así como la estructura y supuestos fundamentales de ambas corrientes.

En el capítulo cinco se despliega la propuesta del programa terapéutico "Sexualidad y cáncer cervicouterino", el cual está formado por la metodología, el programa y la carta descriptiva del mismo, en éste se plantean los objetivos de cada sesión, la duración y las actividades a desarrollar.

En el apartado que corresponde a las conclusiones, se vincula el marco teórico y la propuesta del programa "Sexualidad y cáncer cervicouterino", así como la importancia de la psicología en la salud integral de las pacientes con cáncer cervicouterino.

Finalmente los anexos, contienen los instrumentos y materiales que sirven como guía para llevar a cabo el programa.

CAPÍTULO I. CREENCIAS, VALORES Y ACTITUDES

Las creencias, los valores y las actitudes, son sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje particulares que descubren y ordenan la realidad. Estas son producciones culturales y sociales que afectan nuestras prácticas, conocimiento y relaciones subjetivas. Las representaciones de una enfermedad son determinantes de los comportamientos culturales con respecto a la misma, en las cuales confluyen un complejo conjunto de conocimientos científicos y populares, los valores y otros elementos culturales, como las creencias y las actitudes, que determinan la reacción general de la sociedad y la particular de cada individuo frente a una enfermedad (Giraldo-Mora, 2009).

Las creencias de las personas sobre el cáncer son muy variadas; el cáncer es asociado entre otras ideas con el fin de la vida sexual. La vivencia de sexualidades limitadas pudiera ser más el resultado de cómo la enfermedad y ella misma se construyen y abordan, que consecuencia directa del proceso de enfermedad.

La imagen de sexualidad que construyen pacientes con cáncer, y que refuerza la perspectiva biomédica más tradicional, continúa partiendo de un enfoque normativo, fragmentado (en fases, aspectos, disfunciones), despojado de sus vínculos con lo psico-socio-cultural, y que eclipsa la gran relevancia de los aspectos vinculares y de intercambio humano presentes en cada expresión sexual. Causando como resultado un conocimiento restringido sobre las sexualidades de personas con enfermedades crónicas, y un proceso de atención en salud poco coherente con las necesidades reales de estos grupos humanos.

Ledón (2011) refiere que alrededor de los diferentes procesos de enfermedad se erigen sistemas de significaciones donde se integran elementos relacionados con su devenir histórico, información más o menos acreditada a la que se ha tenido acceso, creencias personales, experiencias de otras

personas, incluso la propia representación de la vida. Dichos significados pueden involucrar teorías acerca de la causalidad, evolución y pronóstico, suelen sostener una intensa connotación normativa, y lo que es más importante, siempre sostienen una fuerte carga valorativa.

Los juicios de valor que acompañan estas significaciones son automáticamente depositados sobre las personas que viven con estas enfermedades, creándose una visión estereotipada y en mucho desacreditada sobre ellas, y que se resume en etiquetas con pretensiones identitarias tales como: "diabético", "cancerosa", "enferma", etc. Las cargas valorativas y significados que acompañan estas etiquetas no son solamente impuestas desde lo externo sino también asumidas internamente, en tanto el sujeto comparte la cultura que las sostiene (Ledón, 2011).

Llull, Zanier y García (2003), encuentran que al brindar información nueva y acertada con respecto a la enfermedad y su tratamiento se logran modificar las creencias erróneas de forma positiva, facilitando que las pacientes perciban y valoren la enfermedad de una manera realista y generen estrategias de afrontamiento que les permita adaptarse a ella; lo mismo sucede con su sexualidad, las pacientes evidencian cambios positivos al recibir información que les permite modificar su percepción sobre la misma y disipar los temores que se generan a partir de la falta de este tipo de información.

En relación con Llull y sus cols. (2003), Pascau, Pérez, Piret, Viada, Ramos y Silveira (2006) encuentran que el impacto de un diagnóstico y posteriormente el tratamiento oncológico conlleva la alteración del esquema de creencias de las pacientes, en su estudio las mujeres presentaron ideas erróneas con respecto a su propia sexualidad específicamente sobre su maternidad ya que culturalmente se mantienen creencias sobre la estrecha relación entre útero, maternidad y feminidad, lo que causa en la mujer una idea de que la ausencia de útero, es igual a, menos mujer.

A continuación se presenta de manera esquemática, la definición, la función, clasificación y formación de las creencias, los valores y las actitudes.

CREENCIAS

La etimología de la palabra creencia proviene del bajo latino “credentia”, y éste del latín “credens entis”, participio activo de “creyere”: creer. Para la Real Academia de la Lengua Castellana, el significado genérico es el de “firme asentimiento y conformidad con alguna cosa”. Otra definición es el “completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos” (Diccionarios UNESCO de Ciencia Sociales, 1987).

La creencia es lo que se considera verdadero o acertado, son sentimientos capaces de inducir a la acción, que suelen modificar la percepción, la interpretación e integración de las sensaciones y que influyen en la manera de pensar y hacer las cosas (Carrada, 2001 en Acuña y Alemán, 2004).

- **Clasificación**

No todas las creencias que se tienen acerca de un objeto de actitud son de la misma naturaleza. Su clasificación puede efectuarse atendiendo a múltiples criterios, uno de los cuales, el utilizado por Fishbein y Ajzen en 1975, hace referencia al origen de las creencias, en el que se establece que hay tres tipos de creencias (Sánchez, 2003).

A la primera se le llama **creencia descriptiva** y se lleva a cabo a través de la observación directa, se basa en la experiencia resultante de mantener un contacto personal con los objetos y lleva a la adquisición de un número considerable de creencias que se conservan con certeza máxima, al estar validadas continuamente por la experiencia, se trata evidentemente, de una certeza subjetiva, que puede coincidir o no con la realidad objetiva. El segundo

tipo de creencia, son las **creencias indiferenciales**, estas creencias pueden haberse logrado por medio de relaciones previamente aprendidas o mediante el uso de sistemas formales de codificación. El tercer tipo de creencia, son las **creencia informativas**, procede durante los primeros años de vida, básicamente de la familia, y durante las etapas sucesivas, de otras instituciones y grupos sociales como la escuela, el grupo de iguales y los diversos medios de comunicación (Sánchez, 2003).

Rokeach (1960 en Zabala y Rokeach, 1970), habla de una dimensión central-periférica de las creencias, según el autor existen las **creencias primitivas**, sobre las que existe un cien por ciento de consenso por personas fuera del Yo sobre su realidad, por lo que no son susceptibles a controversias, o no existe ninguna persona de referencia fuera del Yo, y por lo tanto el consenso social es de cero. Las creencias que no parecen depender del soporte social y de la presencia de personas de referencia, son las fobias, luciones o alucinaciones. Existen las **creencias periféricas** las cuales se hallan abiertas a controversia, ya que poseen cierto consenso social. Por último existen las **creencias autoritarias** que tienen las personas en autoridades cuyo poder de referencia es para ellas elevado, en consecuencia, todo lo que emana de dichas autoridades pasa a constituir también objeto de creencia para el individuo.

Por su parte Ellis (2002), clasifica a las creencias como racionales e irracionales. Las **creencias racionales** son premisas verdaderas, que pueden ser comprobadas empíricamente y lógicamente, que protegen la vida, son constructivistas por lo cual facilitan el logro de metas, evita problemas con los demás y difícilmente producen emociones negativas, estas no son excesivas o impiden el logro de nuevos objetivos y propósitos. Las **creencias irracionales**, en cambio, son premisas falsas, que no pueden ser comprobadas empíricamente, estas resultan extremistas y absolutas, interpretando la realidad con una mínima información, en las que se responsabiliza a los otros o al ambiente, son catastróficas, ya que cuando algo no es como se planeo,

entonces la situación se considera horrible, producen emociones negativas y son exigencias o demandas que pueden agruparse en tres clases: YO "Debo...", LOS DEMÁS "él debe...", LAS CIRCUNSTANCIAS "la vida debe...".

VALORES

El término valor, tal como se entiende en la filosofía contemporánea, tiene el mismo sentido que la expresión escolástica "ratio boni", lo cual designa aquello por lo cual una cosa es buena. Es por ello que esta expresión beneficia la distinción entre el bien ("ratio boni"), o valor, y los bienes, es decir, las cosas que son buenas, que encarnan un valor. El valor es lo que no deja indiferente, lo que merece ser conocido, sentido, querido o deseado; es decir, aquella cualidad o conjunto de cualidades de una persona o cosa, en cuya virtud es apreciada (Bautista, 2001).

Para Rokeach (1976 en Alandete, 2002), quien ha estudiado en profundidad la relación entre conceptos tan próximos como creencias, actitudes y valores, considera a los valores como las "inclinaciones" respecto a un comportamiento y que sirven de base para la conducta humana. Considera al valor como un tipo de creencia emplazada en el centro del sistema total de creencias de una persona acerca de cómo se debe o no se debe comportar; o también, acerca de algún objetivo en la existencia que es digno de esfuerzo o sacrificio en conseguirlo. Los valores son, por ende, ideales o abstractos independientes de cualquier objeto específico o situación concreta de actitud, los cuales representan las creencias de una persona sobre los modelos ideales de conducta y sobre los últimos fines también ideales.

Alcazar (2000) manifiesta que los valores son criterios o juicios presentes en la sociedad que orientan las normas, actitudes, opiniones y conductas de las personas. Representan el fundamento de las normas por las que la sociedad se rige y son la base a partir de la cual los distintos grupos sociales aceptan o rechazan determinadas actitudes o comportamientos.

La Red Escolar Nacional (2008), desde un punto de vista socio-educativo, considera a los valores como referentes, pautas o abstracciones que orientan el comportamiento humano hacia la transformación social y la realización de la persona, por ser guías que dan determinada orientación a la conducta y a la vida de cada individuo y de cada grupo social. Por otra parte la visión subjetivista considera que los valores no son reales, no valen en sí mismos, sino que son las personas quienes les otorgan un determinado valor, dependiendo del agrado o desagrado que producen, desde esta perspectiva, los valores son subjetivos, dependen de la impresión personal del ser humano.

- **Características**

Los valores son los parámetros de aprobación o rechazo de la conducta individual sus características son las siguientes (Bernal, 2007):

a) Son compartidos: reconocidos por todos los individuos y no dependen de un juicio en particular.

b) Se toman en serio: se asocian con la conservación del bienestar común y satisfacción de necesidades sociales.

c) Implican emociones: los individuos están dispuestos a hacer sacrificios y a luchar por los más altos valores.

d) Se abstraen conceptualmente: suponen un sometimiento o acuerdo entre otras personas.

- **Clasificación o jerarquización de los valores**

No existe una ordenación deseable o clasificación única de los valores. La humanidad ha adoptado criterios a partir de los cuales se establece la categoría o la jerarquía de los valores, ésta jerarquía fluctúa de acuerdo a las variaciones del contexto.

Rokeach (1973 en Alandete, 2002) clasifica los valores en instrumentales o relacionados con modos de conducta y valores terminales o

referidos a estados deseables de existencia (paz, libertad, felicidad, bien común).

Herrera (1989 en Denicia y García, 2005) clasifica los valores de la siguiente manera:

1. Morales: perfeccionan al hombre en sí mismo, en su esencia como persona por ejemplo; justicia, fortaleza, prudencia.
2. Sociales: perfeccionan al hombre en su relación con los demás, por ejemplo; amabilidad, servicio, solidaridad, lealtad, respeto.
3. Intelectuales: perfeccionan al hombre en su aspecto, por ejemplo; conocimiento, sabiduría.
4. Técnicos: perfeccionan al hombre ayudándolo a tener mejores condiciones de vida, por ejemplo; estudio, creatividad.
5. Vitales: perfeccionan al hombre en su aspecto físico biológico, por ejemplo; agilidad, fuerza.

La jerarquía de valores según Scheler (1941, en Cou, 2006): incluye:

- 1) Valores de lo agradable y lo desagradable;
- 2) Valores vitales;
- 3) Valores espirituales: lo bello y lo feo, lo justo y lo injusto, valores del conocimiento puro de la verdad, y
- 4) Valores religiosos: lo santo y lo profano.

Por su parte la Red Escolar Nacional (2008) menciona los siguientes criterios de clasificación de los valores:

- Durabilidad: los valores se reflejan en el curso de la vida. Hay valores que son más permanentes en el tiempo que otros. Por ejemplo, el valor del placer es más fugaz que el de la verdad.
- Integralidad: cada valor es una abstracción íntegra en sí mismo, no es divisible.
- Flexibilidad: los valores cambian con las necesidades y experiencias de las personas.

- Polaridad: todo valor se presenta en sentido positivo y negativo.
- Jerarquía: hay valores que son considerados superiores (dignidad, libertad) y otros como inferiores (los relacionados con las necesidades básicas o vitales).
- Trascendencia: los valores trascienden el plano concreto; dan sentido y significado a la vida humana y a la sociedad.
- Dinamismo: los valores se transforman con las épocas.
- Aplicabilidad: los valores se aplican en las diversas situaciones de la vida; entrañan acciones prácticas que reflejan los principios valorativos de la persona.
- Complejidad: los valores obedecen diversas causas, requieren complicados juicios y decisiones.

Los humanos no saben vivir sin valorar; no se tiene una actitud indiferente y pasiva frente a la realidad, sino que se la siente bella o fea, buena o mala, agradable o penosa, como noble o vil. Se atribuye un valor a una acción cuando se afirma que es buena, se atribuye un valor a una persona cuando se dice que es bella, se atribuye un valor a un objeto cuando se afirma que es útil. Un valor es, pues, una cualidad, una propiedad o una característica que, atribuida a acciones, personas u objetos, justifica una actitud positiva y preferencial hacia ellos.

- **Función**

Los valores, para Rokeach (1973, en Alandete, 2002), ocupan un lugar central en la estructura de la personalidad, permitiendo la comprensión de su dinámica funcional, por lo que cumplen una serie de funciones dinamizadoras del comportamiento, las cuales son:

- a) Ser patrones-guía de la vida, en la medida en que suponen un sistema de preferencias, orientan hacia modos particulares de ser y de vivir.
- b) Ser expresiones idealizadas que pueden satisfacer necesidades, ya que orientan el comportamiento, bien como modos idealizados de conducta –

valores instrumentales-, bien como estados finales de existencia –valores finales.

c) Ser fundamento del comportamiento.

d) Ser mediadores de la percepción del propio “yo” y de los demás.

e) Ser elementos que permiten establecer las bases para el juicio de los demás y su comportamiento, y el de uno mismo.

f) Ser elementos que justifican las influencias que se pretendan ejercer sobre los demás.

g) Ser expresiones para la satisfacción de necesidades, tanto biológicas como culturales, con relación con al hecho de que el ser humano es un ser inacabado, a diferencia del resto de especies.

ACTITUDES

Una actitud según Schellenberg (1993 en Barclay, 2003), es una orientación relativamente duradera hacia un objeto o experiencia. Rodríguez por su parte (1997 en Sánchez, 2003), define a la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente como las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

Para McGuire (1985 en Martínez, 2007) las actitudes son juicios evaluativos -positivos, negativos o neutrales- sobre los objetos del pensamiento.

Por su parte Rokeach (1968 en Alandete, 2002) define la actitud como una orientación o disposición aprendida hacia un objeto o situación, que proporciona una tendencia a responder de manera favorable o desfavorable hacia el objeto o situación. El aprendizaje puede no estar basado en la experiencia personal sino que puede adquirirse a través de aprendizaje observacional e identificación.

Las actitudes han sido consideradas ya sea como preparación mental o como predisposiciones implícitas que ejercen una influencia general y continua en muchas respuestas evaluativas. Las actitudes son, por lo tanto internas, eventos privados cuya existencia se infieren de la propia introspección o de alguna forma de evidencia conductual, cuando se expresan abiertamente en palabras o en obras (Zimbardo, Ebbesen, y Maslach, 1982 en Barclay, 2003).

Summers (1976) menciona cuatro áreas en torno al significado de actitud: Primero: una actitud es una predisposición a responder a un objeto, y no la conducta efectiva hacia él. La disposición a conducirse es una de las cualidades características de la actitud, por lo que se explica más por la vía procesual que por la vía del producto. Segundo: la actitud es persistente, lo que no significa unívocamente que sea inmutable, aunque susceptibles al cambio, la alteración y cambio de las actitudes, especialmente de las que se mantienen con vigor, requiere una fuerte presión. Consecuentemente, la persistencia de las actitudes contribuye a la consistencia de la conducta, lo cual viene a constituir el tercer aspecto de concordancia. Tercero: la actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales. La actitud, como variable latente, da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones, que pueden tomar: la forma de verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento acerca del objeto y de aproximación o evitación del objeto. Y cuarto: la actitud tiene una cualidad direccional, esto no implica tener en cuenta solamente la formación de rutinas de conducta en la forma de consistencia en las manifestaciones, sino que posee una característica motivacional, pues la actitud connota preferencia con respecto a resultados que implican al objeto, que a evaluaciones del mismo o a impresiones positivas neutrales o negativas provocadas por aquél.

- **Formación de Actitudes**

Según Triandis (1974 en Sánchez, 2003), las actitudes de los miembros de los grupos de pertenencia, o a los cuales se aspira pertenecer, se convierten

en guías para el desarrollo de actitudes. También las actitudes son aprendidas mediante la exposición directa al objeto de actitud. Estas actitudes son más intensas, pero sólo una pequeña proporción de ellas se desarrollan por la experiencia directa.

Las actitudes son importantes por dos razones: la primera porque influyen fuertemente en el pensamiento y la forma en que se procesa la información. También porque a menudo las actitudes funcionan como esquemas, marcos cognitivos que poseen y organizan la información sobre conceptos específicos, situaciones o acontecimientos (Wyer y Srull, 1994 en Sánchez, 2003).

Existen tres fuentes de formación de actitudes que son: El aprendizaje social, que es el proceso por el cuál se adquiere la nueva información, nuevas formas de comportamientos o nuevas actitudes a partir de los demás. La comparación social que es el proceso por el cual los individuos se comparan con los demás para determinar si la perspectiva de la realidad alcanzada es o no la correcta. Y por último los factores genéticos que influyen en disposiciones más generales, como la tendencia a experimentar afectos positivos o negativos (George, 1990 en Sánchez, 2003).

- **Estructura de la actitud**

Para comprender la estructura de la actitud es necesario distinguir entre sus componentes y sus funciones. Con base al estudio de las actitudes, se han identificado tres componentes básicos que son: el afectivo, cognoscitivo y conductual.

En el componente **cognoscitivo**, se observa que para que exista una actitud en relación con un objeto determinado, es necesario que exista alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Este componente se constituye de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y la información

poseída sobre el mismo. Muchas veces la representación cognoscitiva que la persona tiene de un objeto es vaga o errónea. Cuando la representación cognoscitiva es vaga, su afecto con relación al objeto tenderá a ser poco intenso; sin embargo, cuando es errónea esto en nada afectará a la intensidad del afecto, el cual será consistente respecto a la representación cognoscitiva que la persona tiene del objeto, corresponda o no a la realidad. La parte cognoscitiva puede ser medida por medio de las respuestas preceptuales, expresiones verbales de la creencia, autoevaluación de creencias o por la cantidad de conocimientos que una persona tiene acerca de un tema (Barclay, 2003; Sánchez, 2003).

El **afectivo** determinado por Fishbein y Raven (en Barclay, 2003), se compone por los sentimientos en favor o en contra de un determinado objeto. Fisiológicamente, la emoción implica principalmente un estado de excitación; se hace positiva o negativa cuando es “interpretada” perceptivamente. Según Zimbardo, Ebbesen y Maslach, (1982 en Sánchez, 2003), la parte afectiva puede ser medida a través de las respuestas del sistema nervioso simpático, expresiones verbales de gusto y disgusto.

En cuanto al componente **conductual**, se forma por las tendencias y acciones hacia el objeto, las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales. Las actitudes crean un estado de predisposición a la acción que, al combinarse con una situación activadora específica, resulta en una conducta. No siempre se registra una absoluta coherencia entre los componentes cognoscitivos, afectivos y relativos a la conducta de las actitudes (Triandis, 1994). Este componente se puede medir con observación directa del comportamiento en situaciones específicas de estimulación (Barclay, 2003; Sánchez, 2003).

Existe una coincidencia en los tres componentes, estos evalúan al objeto. Es preciso decir que para conocer una actitud se requiere conocer estos

tres factores y evaluarlos, ya que una actitud no es directamente observable. Por otra parte, es importante mencionar que las actitudes cambian continuamente, pueden ser favorables o desfavorables hacia el objeto (Martínez, 2007).

Así mismo, parte de su estructura son las funciones que pueden desempeñar las actitudes en la personalidad con relación a sus bases motivacionales y son cuatro (Acuña y Alemán, 2004):

- Función instrumental, adaptativa o utilitaria. Una expresión actual de este enfoque es el de la teoría conductista del aprendizaje. Esencialmente esta función consiste en reconocer el hecho de que la gente se esfuerza en maximizar las gratificaciones del mundo externo y en minimizar lo desagradable.
- Función defensiva del yo. A través de la cual la persona se protege a sí misma de reconocer las verdades básicas sobre sí misma o las duras realidades de su ambiente externo. Este tipo de motivación está dentro de la línea de pensamiento freudiano y neofreudiano. Las personas no sólo tratan de obtener el máximo rendimiento de su mundo externo y lo que éste ofrece, sino que gastan una gran cantidad de energía en aceptarse a sí mismas.
- Función expresiva de valores, en la que el individuo obtiene satisfacciones al expresar actitudes adecuadas a sus valores personales y a su concepto de sí mismo. Esta función es clave en las doctrinas de la psicología del yo que resaltan la importancia de la autoexpresión, del autodesarrollo y la autorrealización. Las personas obtienen satisfacciones por la expresión de actitudes que reflejan sus más apreciadas creencias y su imagen de sí mismo.
- Función cognoscitiva. Función que está basada en la necesidad del

individuo de dotar de una estructura adecuada a su mundo. Las personas necesitan patrones o marcos de referencia para comprender su mundo y las actitudes ayudan a suministrar tales patrones.

Es muy importante tener en cuenta en el proceso de una enfermedad como el cáncer, las creencias y las valoraciones que el paciente hace de su situación, pues influirán de manera fundamental en la actitud que adquiera frente a la nueva etapa de vida que experimenta. Si las creencias que tiene sobre la enfermedad son erróneas, las valoraciones que resulten de ellas serán inadecuadas, por ende las actitudes que se formen serán perjudiciales.

También en relación con la sexualidad juegan un papel fundamental, pues la personalidad, la identidad, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones de la sexualidad, están mediadas por el sistema de creencias, valores y actitudes.

CAPÍTULO II. SEXUALIDAD

Al hablar del término sexualidad, éste se utiliza como sinónimo de procreación, de genitalidad, de relaciones cóitales, de orgasmo, o de cualquier otra dimensión o aspecto concreto de ella. Estos aspectos forman parte de lo entendido por sexualidad, pero en ningún caso puede reducirse a ellos (Fuertes, Soriano y Martínez, 1995 en López, 2004). La sexualidad no es algo aislado y desligado de la vida y de la personalidad de hombres y mujeres, no es solamente una función biológica imprescindible para la supervivencia de un sujeto (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997 en López, 2004).

La sexualidad implica en la mujer tanto como en el hombre, mucho más que la capacidad reproductiva. La sexualidad es un concepto muy amplio que va más allá de lo que comúnmente se entiende por sexual, es el resultado de la combinación de factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales, porque tiene que ver con la constitución, con el comportamiento y las actitudes de la persona, desde el nacimiento hasta la muerte (López, 2004).

Para Woods (1987 en Gamel, Hengeveld & Davis, 2000), la sexualidad es una mezcla de sentimientos y comportamientos de una manera que es única para cada persona. Por ejemplo, la percepción de sí mismo como hombre o mujer; conductas utilizadas para dar y recibir placer sexual, las interacciones con familiares, amigos, compañeros de trabajo y la pareja sexual.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1982) define la sexualidad como el conjunto de manifestaciones y expresiones en los terrenos biológicos, psicológicos y socioculturales que diferencian a los individuos como varón o como mujer de acuerdo a su grupo social, así mismo constituye una dimensión fundamental del ser humano, influye decididamente en su formación y desarrollo, debido a su participación, de manera determinante en la reestructuración de la personalidad y en las diversas relaciones que se

establecen entre los individuos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) la sexualidad se define como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Desde una perspectiva psicosocial, la sexualidad consiste en la organización sexual del individuo, no sólo de su vida sexual sino de su manera de concebir el mundo; siendo producto de aspectos, biológicos y socioculturales (Chávez, 2006). Si bien es cierto que la sexualidad es una experiencia personal e intransferible, ésta ha sido retomada y reorganizada en función de las necesidades de un sistema cultural normativizado y concensuado socialmente (Flores, 1996)

La sexualidad es al mismo tiempo una dimensión esencialmente subjetiva que involucra: deseos, sentimientos, sensaciones, capacidades intelectuales, realización y desarrollo del cuerpo que deben confrontarse con otras realidades externas a los individuos, obstáculos que limitan y condicionan el establecimiento de relaciones íntimas y el libre ejercicio de la sexualidad y que son consecuencia de nuestra estructura social que consiste en la adaptación a las normas, valores, roles y estereotipos (Flores, 1996; Chávez, 2006).

Así mismo Amuchástegui (2001), menciona que la sexualidad es una construcción social y cultural, su expresión y significación se construyen

socialmente en relaciones de poder donde se define lo normal de lo anormal, lo bueno de lo malo en determinados periodos históricos y culturales.

De acuerdo con la perspectiva psicosocial el nivel individual y social siempre están presentes en la sexualidad, así, los factores externos como son el medio ambiente social, la ideología, las creencias, las costumbres, los valores y las condiciones histórico-políticas y económicas de cada sociedad influyen en las creencias, actitudes y conductas de los individuos. De tal forma que la corporalidad y el sexo, los sistemas afectivos, el erotismo y la identidad sexual son los ejes en los que la sexualidad se encuentra organizada, y que interactúan, se combinan y adquieren primacía en diversos momentos del desarrollo individual dentro de contextos sociales. Por tanto, la sexualidad siempre está presente en cada etapa de la vida, inicia desde que nace la persona y continúa durante toda su vida, presentando características especiales en cada una de estas etapas (Chávez, 2006).

Por todo lo anterior se concluye que la sexualidad es una parte fundamental del ser humano que influye decididamente en su función y desarrollo, ya que participa de manera determinante en la restructuración de la personalidad y en las diversas relaciones que establece; se debe comprender al individuo como un ente resultado de la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad se manifiesta en la manera de pensar, sentir y actuar.

Holones de la Sexualidad

En 1945 Bertalanffy propone la Teoría del Sistema General, la cual plantea principios de funcionamiento y características de los sistemas que se encuentran presentes en todos los niveles de jerarquía, por lo tanto, permite el desarrollo de conceptos que tengan aplicabilidad vertical, es decir, que independientemente del nivel de estudio que se elija (biológico, psicológico, social, cultural) las características de los sistemas presentes en un nivel

aparecerán en los otros, la idea central de la Teoría del Sistema General, es que todos los sistemas están formados por elementos en interacción, y que a su vez son sistemas. En 1980, Koestler propuso que se les denominara holones para subrayar el hecho de que son partes constituyentes de un sistema pero que tienen en sí mismos, un alto grado de complejidad e integración ("holos" en griego quiere decir Todo) (Rubio, 1994).

A partir de esta idea, Rubio (1994) propone que la sexualidad es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones sexuales: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal, conceptos que tienen aplicabilidad vertical, pues cada uno tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano.

A partir de la búsqueda, selección, lectura y categorización a continuación se presenta una descripción de cómo afectan el cáncer y sus tratamientos desde la perspectiva dada por la teoría de los Holones de la sexualidad.

- **El Holón de la Reproductividad Humana**

La potencialidad reproductiva es consecuencia directa del hecho de ser seres vivos, está en sí misma en el ciclo de la vida: nacer, crecer, reproducirse y morir.

La reproducción desde el punto de vista biológico es una función cuya finalidad es la continuidad de especies. Esta afirmación es válida para todos los seres vivos. En el ser humano la reproducción comienza por el concepto de los gametos, continúa con la fecundación, y se culmina con la gestación y el parto.

Por su parte la Ecología Reproductiva Humana, disciplina encargada de estudiar la interacción entre los factores biológicos y los procesos sociedad-

ambiente (en el que se incluyen tanto las dimensiones sociales, económicas y culturales como el ambiente físico), considera que la reproducción es un aspecto de la biología humana que responde en gran medida el contexto ecológico en el cual se encuentra el individuo, esta perspectiva evolutiva asume que la fisiología reproductiva humana actual es el producto de la selección natural (Valeggia, 2007; Acevedo, 2008).

Dar una definición de lo que es la reproductividad puede ser muy relativa, Rubio (1994) por su parte la define como: la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjeron, así como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.

El tema de la reproductividad parece ser identificado de inmediato con la condición biológica y es en ese nivel en el que generalmente se estudia, sin embargo, Rubio (1994) señala que la reproductividad humana tiene manifestaciones psicológicas y sociales de la mayor importancia y no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto. Desde el nivel biológico incluye los avances de la ciencia biológica; la posibilidad de definir la composición química de las moléculas que regulan el hecho reproductivo, el descubrimiento de la composición del ácido desoxirribonucleico (DNA), su acomodo en genes, así como su empaquetamiento en los cromosomas, la estructura de los aparatos reproductores, su funcionamiento, las posibilidades de control de la reproducción, así como lograr su ejecución cuando está problematizada. Desde el nivel psicológico, señala la identidad reproductiva y los significados psicológicos de la parentalidad. A nivel social, incluye las significaciones sociales del hecho reproductivo; la institucionalización de las políticas reproductivas, los procesos sociales ante la reproducción humana que son base de los fenómenos demográficos, son expresión, en el plano sociocultural, de la reproductividad.

La sexualidad se ha desarrollado en múltiples niveles de manifestación y

complejidades de organización e integración, como resultado de la necesidad de la especie humana de reproducirse eficientemente. En el caso de las mujeres con cáncer ginecológico, Costelo-Branco (2005) menciona, una de las secuelas de los tratamientos es la pérdida de la capacidad reproductiva.

La tendencia a retrasar el primer embarazo y la incidencia del cáncer cervicouterino en la población femenina en edad fértil, exponen cada vez a más pacientes a las consecuencias de los tratamientos oncológicos sobre la reproductividad y con ella la función de maternidad, que representa una etapa esencial de la existencia de la mujer, considerando que desde el plano social uno de los mitos femeninos principales es el de mujer = madre, por lo que la intervención de los tratamientos oncológicos contrapone a la mujer en ese desempeño (Valladares, 1994), pues la infertilidad se ha llegado a considerar de diversas maneras: como deshonra, como inferioridad, maldición o castigo de dioses, e incluso como causa para la disolución del matrimonio (Díaz y García, 2010).

Otra secuela que afecta éste holón dentro del modelo propuesto por Rubio (1994) para explicar la sexualidad humana, es la menopausia que es percibida por muchas mujeres como el fin de la sexualidad y no solo de la capacidad reproductiva (Costelo-Branco, 2005). La menopausia puede ser provocada por la extirpación quirúrgica de los ovarios, por su destrucción secundaria debido a la quimioterapia o la radiación, o por ser una fase natural de la vida (INC, 2010).

- **El Holón del Género**

El género es definido por Beneria y Roldan (1988 en Córdova 2003) como una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actividades que hacen diferentes a los hombres de las mujeres, mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de características distintivas.

Para Rubio (1994) el género es la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias. Y al igual que los otros holones sexuales, tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio de la naturaleza humana.

Desde un nivel biológico el género tiene su base en el dimorfismo sexual humano (genético, anatómico, neurohormonal y su expresión fisiológica). En el ámbito psicológico destaca la identidad de género, el cual es el marco interno de referencia que permite responder quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos, también los papeles sexuales de masculinidades y feminidades. Desde el nivel social, sobresalen guiones y estereotipos sociales de la masculinidad y la feminidad (machismo, feminismo) y sus variantes probables y posibles (Álvarez, 2007).

La categoría de género permite mostrar que las construcciones mentales se relacionan con construcciones sociales que asignan papeles y responsabilidades específicas a hombres y mujeres en una sociedad, según Córdoba (2003) la apariencia genital es el criterio primario para su asignación.

Los órganos femeninos son imprescindibles en la autoimagen de la mujer, siendo fundamental en su vida social, de relación y de pareja, por lo que pacientes con cáncer cervicouterino tienen que añadir al trauma del cáncer el hecho de verse inutilizada en sus partes más significativas en tanto mujer. Debido a esto es normal que cambien en su comportamiento, presenten problemas en su vida afectiva y familiar e incluso modifiquen sus hábitos en el vestir y en la interacción social.

Vinculado con el anterior punto, es relevante considerar la percepción que tienen las mujeres de su cuerpo como centro origen de su enfermedad, como espacio donde se manifiesta la identidad de género (Valencia, 2010).

Según García y García, Ballesteros y Novoa (2003) en un estudio en el que evaluaron el efecto de una intervención psicológica con énfasis en sexualidad y comunicación en pareja, pacientes con cáncer muestran la creencia de que la enfermedad y el tratamiento han incidido en su aspecto físico, lo que ha provocado un cambio en su autovaloración y en el concepto que manejan acerca de su rol dentro de diversos ámbitos, lo que incide en la forma en que se perciben como mujeres.

- **El Holón del Erotismo**

El erotismo es un elemento de la sexualidad que remite a las experiencias más comúnmente identificadas como sexuales. En algunas mentalidades, sexualidad es erotismo. Cuando se habla de experiencias sexuales, casi siempre se refiere a experiencias en las que se experimentan cambios corporales que han hecho que la experiencia de excitación y orgasmo, sean la manera más eficaz para la operacionalización del concepto de conducta sexual. Se identifica al erotismo con el componente placentero de las experiencias corporales, en las que se presentan los procesos de activación de respuesta genital y corporal (muchos de estos procesos ocurren lejos de los genitales, en el sistema nervioso central).

Por erotismo Rubio (1994) entiende que son: los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

En el nivel biológico del erotismo suelen estudiarse la fisiología de los órganos sexuales y la respuesta sexual humana. En el plano psicológico se presta atención a la identidad erótica, la simbolización erótica, las actitudes ante la virginidad y las experiencias autoeróticas. En el plano social se encuentran los guiones de conducta erótica, las diferencias culturales en los códigos morales, en la aceptación o rechazo de comportamientos sexuales

específicos, la legislación acerca de la conducta sexual, etc.

Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana, propuesta en 1996 por Master y Johnson que consta de 4 fases: deseo (un interés por el sexo que conlleva pensamientos acerca de él y sentimientos de atracción hacia el objeto deseado), excitación (fase en la que se experimenta la activación sexual), orgasmo (clímax sexual) y resolución (retorno del cuerpo al estado de no excitación). Cada una está caracterizada por la experiencia subjetiva, eventos objetivos que pueden ser medidos y por sistemas fisiológicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran. Los tratamientos oncológicos pueden dañar una o más de las fases de la respuesta sexual al afectar emociones, componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, el sistema vascular pélvico y el eje hipotálamo-pituitario-gonadal (Grau, Llantá, Chacón, Fleite, 1999; Die, 2007).

La mayoría de los problemas durante la fase de deseo en los pacientes crónicamente enfermos tienen que ver con la pérdida global de interés en el sexo. Algunos pacientes con cáncer, especialmente mujeres, desarrollan aversión a la actividad sexual con elementos fóbicos. Las causas físicas en pacientes con cáncer incluyen: depresión del sistema nervioso central debido a dolor generalizado y fatiga, demencia difusa o medicación tranquilizante, medicamentos antieméticos y opioides elevan los niveles de prolactina y ello disminuye el deseo sexual. También los trastornos afectivos aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con cáncer, y constituyen causa frecuente de pérdida del deseo sexual en éstos. La pérdida situacional del deseo usualmente indica conflicto marital. El diagnóstico del cáncer puede exacerbar conflictos ya existentes, a veces la pareja pierde el deseo por el paciente a causa de que la intimidad del sexo es dolorosa, también se ha visto aversión en pacientes o su pareja que consideran que el cáncer es contagioso a través del contacto sexual (Grau y cols, 1999; López y Gonzáles, 2005).

Los problemas durante la fase de excitación sexual en la mujer tienen mayor relación con otros trastornos. La falta de excitación sexual y de placer está a veces ligada a problemas físicos tales como menor expansión vaginal y capacidad reducida de lubricación de la vagina. Las dos mayores causas fisiológicas de problemas de excitación en las mujeres con cáncer son: menopausia prematura e irradiación pélvica. Los síntomas de fallo ovárico prematuro y abrupto son más severos que los de la menopausia natural y esto afecta el bienestar de la mujer, al provocar una disminución del deseo sexual. El síntoma de la esfera sexual más sobresaliente es la reducida lubricación y expansión vaginal, con un coito seco y doloroso. La atrofia vaginal puede ser también un factor que provoque irritación uretral recurrente, una fuente frecuente de dispareunia. Además los factores emocionales pueden reducir la excitación sexual, con fallo de la expansión y lubricación vaginal y son causa frecuente de los trastornos de la excitación sexual en la mujer (Grau y cols, 1999).

Los problemas relacionados con el orgasmo son otro tipo de trastorno observado, aunque en menor frecuencia, debido a que la respuesta orgásmica es más resistente al daño, quizás porque los nervios pudendos se encuentran más protegidos que los nervios que constituyen el plexo autonómico pélvico, que es el encargado de las funciones de la fase excitatoria. En las mujeres se ha reportado orgasmo luego de vulvectomía radical (extracción de la vulva en su totalidad) o exenteración pélvica (extirpación del útero, cuello uterino, ovarios, trompas de Falopio, vagina, vejiga, uretra y recto) (Olivares, 2004).

Entre el 33 y el 46 por ciento de las mujeres tienen dificultad en lograr excitación y orgasmo, luego de una histerectomía (extirpación total del útero) sola o con ooforectomía (extirpación de los ovarios). Los mecanismos involucrados pueden ser varios: pérdida de sensaciones antes y durante el orgasmo debidas a contracciones uterinas y estimulación del peritoneo pelviano, producidas por la presión del pene empujando el cuello y los dos tercios superiores de la vagina, por reducción del nivel sérico de andrógenos

ante la ooforectomía o por compromiso vascular de los ovarios a causa de una histerectomía, por reducción de la lubricación al disminuir los estrógenos luego de una ooforectomía y por problemas derivados de efectos locales de la cirugía como el acortamiento de la vagina, tejido cicatrizal en la pelvis o en la cúpula vaginal con dispareunia asociada (Grau y cols, 1999).

Mujeres tratadas por cáncer reportan con frecuencia que a pesar de poder alcanzar el orgasmo necesitan más estimulación que antes. Grau y cols. (1999) encontraron mujeres que después de haber sido sometidas a histerectomía radical (extirpación del útero), cistectomía radical (extirpación de vejiga, útero, ovarios, trompas de Falopio, cuello uterino, pared frontal de la vagina y la uretra) y exenteración pélvica total (extirpación del útero, cuello uterino, ovarios, trompas de Falopio, vagina, vejiga, uretra y recto), mostraron que mantienen la habilidad para tener orgasmo durante el coito, aun cuando la mayor parte de la vagina haya sido removida o reconstruida en su totalidad. Incluso, hay mujeres que sufrieron de coitos dolorosos toda su vida por enfermedades genito-urinarias, y que luego de una histerectomía, notan una mejoría notable en sus relaciones sexuales.

Aproximadamente el 50 por ciento de las mujeres que han tenido cáncer ginecológico sufren de disfunciones sexuales prolongadas. La mayor parte de los cánceres se producen con más frecuencia a medida que aumenta la edad y muchos pacientes tienen antecedentes médicos y cambios fisiológicos propios de la vejez que podrían ya alterar la respuesta sexual. Entre los medicamentos que pueden afectar la función sexual, se encuentran: los quimioterápicos, las hormonas, algunos antibióticos y antiparasitarios, los anticolinérgicos y antisecretorios H₂, los antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos, diuréticos y drogas antihipertensivas, etcétera. Otros productos como los opioides, el alcohol, las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, pueden afectar la respuesta sexual de diferentes modos (López y González, 2005).

- **El Holón de la Vinculación Afectiva Interpersonal**

Ninguna consideración sobre lo sexual puede estar completa sin incluir el plano de las vinculaciones afectivas entre los seres humanos. El desarrollo de vínculos afectivos es resultado de la particular manera en que la especie humana evolucionó.

Para Rubio (1994) la vinculación afectiva implica la capacidad de sentir afectos intensos ante la presencia o ausencia, ante la disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales alrededor de los mismos.

La forma más reconocida de vinculación afectiva, es el amor. Sin embargo, existe una gran gama de vinculaciones, incluso totalmente opuestas al amor. Las personas se vinculan gracias a que los afectos provocados por los otros, son tan intensos como para tratar de mantenerlos o evitarlos. El estudio de las vinculaciones afectivas entre los seres humanos tiene contenidos en todos los niveles en los que los otros holones sexuales se manifiestan. Las bases biológicas de estos fenómenos empiezan a identificarse, cuando menos en lo que se refiere a algunas formas de vinculación afectiva como el amor romántico, el enamoramiento y posiblemente la matriz del vínculo materno-infantil (Valencia, 2010).

Con relación a la vinculación afectiva, una preocupación real y vigente en muchas pacientes con cáncer ginecológico es que enfrentan factores particulares que afectan su calidad de vida; algunos de estos tienen que ver con la relación de pareja (comunicación, relaciones sexuales, expresión de sentimientos), aspectos que se ven alterados a raíz del cáncer, su diagnóstico, la evolución del mismo y su tratamiento.

Para Seifert (2000 en García y cols, 2003) los problemas relacionados con la sexualidad de la mujer y su vínculo de pareja pueden tener dos focos

principales; el primero se relaciona con las consecuencias fisiológicas en el aparato genital femenino debido a la enfermedad y los tratamientos; el segundo se relaciona con los mitos y las creencias que se han originado acerca de la actividad sexual y el rol de la mujer diagnosticada con cáncer de cérvix. Para Seifert la disfunción sexual y la infelicidad conyugal están frecuentemente asociadas.

La aparición de una enfermedad seria en uno de los miembros de la pareja no sólo afecta la vida de esta persona, también puede tener consecuencias para el compañero saludable y para la relación íntima entre el paciente y su compañero. Es aquí donde entra a jugar un papel importante la comunicación, convirtiéndose en facilitadora u obstaculizadora de la dinámica de pareja en circunstancias especiales como lo afronta el paciente con cáncer (Pascua y cols, 2006).

La comunicación es una de las áreas que más atención exige por su implicación sobre las demás áreas de relación. Cuando la pareja no se comunica, su relación se hace vulnerable ante eventos que en condiciones óptimas de comunicación podrían ser enfrentados con mayor solidez. La comunicación es un proceso que cumple dos funciones, en primer lugar, la autorregulación de la relación en cuanto a su papel en la solución de problemas permite estructurar el manejo de situaciones buscando alternativas, implementándolas y evaluando el resultado; la segunda función es la motivacional, que hace referencia a la satisfacción de necesidades emocionales y afectivas (Arias y House, 1998; en García y cols, 2003)

Desde esta perspectiva, el ataque de una enfermedad grave en uno de los miembros de la pareja no sólo afecta la vida de esta persona; también puede tener consecuencias para el compañero saludable y para la relación íntima entre el paciente y su compañero, la comunicación puede ser facilitadora u obstaculizadora de la dinámica de pareja en circunstancias especiales como las que afronta el paciente con cáncer (García y cols, 2003).

Castelo-Branco (2005) consideran que una comunicación adecuada entre los miembros es un requisito fundamental para que la relación de pareja funcione, principalmente porque es la base de la comprensión y ésta resulta imprescindible para convivir con alguien que piense, actúe o se comporte de una manera desigual.

García y cols, (2003) abordaron el tema comunicación para la solución de conflictos en mujeres con cáncer cervicouterino, y encontraron que después de ser diagnosticadas, se presentó una tendencia hacia intentar mejorar la comunicación “siendo un poco más tolerante” y aunque se reportaron cambios, parejas con una buena comunicación afrontaron el proceso con una mejor manera; sin embargo parejas con dificultades previas al diagnóstico perpetuaban sus diferencias a pesar de la situación, haciendo más conflictiva la vida en pareja cuando se suman nuevos problemas.

Por su parte Pelcastre (2007) en su estudio con 130 pacientes con cáncer cervical, identificó que éstas sienten temor a ser abandonadas y a no ser escuchadas no sólo por sus parejas sino también por su red social, familiar y por el personal de salud.

Tratamientos oncológicos y efectos sobre la sexualidad

En raras ocasiones los síntomas relacionados con el tumor maligno por sí mismo interfieren con la función sexual (anemia, anorexia, dolor), más bien los tratamientos (cirugía, radioterapia o quimioterapia) o las alteraciones psicológicas que producen ambos (creencias, impacto emocional, motivaciones, afrontamientos), son responsables (López y González, 2005).

Los avances dentro de la cirugía oncológica han ido produciendo alteraciones sexuales menores en función de la edad del paciente, de su funcionamiento sexual previo, de la localización y del tamaño del tumor, y del tipo y de la amplitud de la resección quirúrgica. En mujeres, la histerectomía

(extirpación total del útero), la resección abdominoperineal (extracción de la sección inferior del colon y el recto), la cistectomía radical (extirpación del útero, cuello uterino, ovarios, trompas de Falopio, vagina, vejiga y uretra), la vulvectomy (extracción de la vulva en su totalidad) y la exenteración pélvica total (extirpación del útero, cuello uterino, ovarios, trompas de Falopio, vagina, vejiga, uretra y recto) constituyen los tratamientos quirúrgicos que producen alteraciones sexuales con mayor frecuencia (Die, 2006). Si bien la histerectomía puede causar dolor, sangrado o una secreción acuosa por algunos días después de la operación, el deseo y la capacidad para tener relaciones sexuales no se ven afectadas por ésta, sin embargo, la visión de la mujer sobre su propia sexualidad puede cambiar llegando a sentir una pérdida emocional debido al final de su vida reproductiva (López, 2004).

Por otra parte los fármacos usados durante la quimioterapia no distinguen las células y tejido sano de aquellos que forman el tumor, lo que provocan en los primeros una serie de efectos secundarios indeseables (las náuseas, vómitos, la mucositis, alteraciones perceptivas del gusto y del tacto, la diarrea y el estreñimiento, los cambios en la imagen corporal: cambios en la textura de la piel, alopecia, cambios en el peso, caída del vello púbico, etc.), que generan un importante sentimiento de asexualidad, sentimiento al que se añade, en el caso de la mujer con cáncer, sequedad vaginal, dispareunia, mayor dificultad para alcanzar un orgasmo y posibles síntomas menopáusicos. Además, la privación de estrógenos puede producir atrofia vaginal, pérdida de elasticidad, encogimiento y adelgazamiento de la vagina, infecciones urinarias más frecuentes y labilidad afectiva, cansancio e irritabilidad (Die, 2006).

Durante la radioterapia, la pérdida de la libido con una reducción significativa de la apetencia sexual, y la ausencia de relaciones sexuales durante la administración del tratamiento e incluso tiempo después, son el resultado de algunos de sus efectos secundarios, así como el cansancio, las náuseas y vómitos, la diarrea y la irritación de la piel irradiada. La disfunción sexual varía en función de la dosis total. La irradiación pélvica produce cambios

en la vagina, estenosis vaginal y fibrosis vascular. La radioterapia puede provocar disfunciones sexuales prolongadas, exámenes vaginales dolorosos, dispareunia e infertilidad. Los cambios producidos por la radioterapia en la función sexual suelen ser lentos y pueden mejorar con el paso del tiempo (Die, 2006).

Por lo anterior se puede observar que el cáncer cervicouterino es una enfermedad que afecta el bienestar de la mujer de diferentes maneras. De acuerdo a la teoría emitida por Rubio se puede concluir que en la mujer diagnosticada con cáncer ginecológico se ven altamente vulnerados los diferentes holones de la sexualidad, ya que no se puede desligar un holón de otro.

Cualquier tipo de cáncer puede producir, por sus síntomas y su impacto psicoemocional y social, cambios en los patrones de funcionamiento sexual, al originar nuevos problemas o exacerbar los preexistentes (Grau y cols, 1999).

En general los tratamientos utilizados para el cáncer cervicouterino conllevan secuelas distintas que dependen de la paciente, del tipo de intervención médica, de la etapa en que se encuentre la enfermedad y la etapa del tratamiento por el que este atravesando

Muchas alteraciones sexuales que resultan del cáncer y de sus tratamientos que alteran la calidad de vida del paciente y sus relaciones de pareja, pasan desapercibidas, a pesar de que probablemente se podrían aliviar o eliminar con el tratamiento médico o psicológico adecuado. Muchas personas consideran que hablar de sexo en la consulta del oncólogo o del cirujano es un tema tabú. Para otras, los problemas sexuales no son importantes cuando los comparan con la enfermedad, en otros casos temen ser juzgados por el profesional sanitario (Die, 2007).

CAPÍTULO III. CÁNCER CERVICOUTERINO

La definición de cáncer deriva del latín “cancrem” que significa cangrejo, bautizado por el médico griego Hipócrates alrededor del año 400 a.C., incluye un grupo de aproximadamente 150 padecimientos que se pueden producir en cualquier parte del cuerpo (Carrasco, 2003).

El cáncer no corresponde a una sola enfermedad, sino a un grupo de procesos de degeneración de células que se pueden producir a partir de cualquier tejido del organismo. La carcinogénesis es el mecanismo a través del cual las células sanas se transforman en cancerosas y comienzan a crecer de forma incontrolada infiltrándose en los tejidos adyacentes mediante los vasos linfáticos y sanguíneos, destruyéndolos (Rubin, 2003).

Por acción de los agentes cancerígenos, la célula normal sufre alteraciones diversas que modifican su ADN, lo que determina una transformación de su mensaje genético. Como consecuencia, la célula cambia de forma y de tamaño, el núcleo se hace más grande y las divisiones celulares se realizan a un ritmo desordenado, mucho más rápido que el normal. Todas las alteraciones sufridas por las células normales hacen que se forme una masa de células extra, un crecimiento (tumor). Esta masa puede ser no cancerosa (benigna) o puede ser cancerosa (maligna) (Tubiana, 1989; Hartman y Loprinzi, 2005).

Dentro de la enfermedad oncológica se encuentra el cáncer cervicouterino, un tipo frecuente de cáncer en mujeres, y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello uterino. El útero es un órgano hueco, en forma de pera invertida, el cuello o cérvix uterino es una abertura que conecta el útero con la vagina (Hartmann y Loprinzi, 2005).

El cáncer cervicouterino crece lentamente, antes de que aparezcan

células cancerosas en el cuello uterino se inicia con cambios precancerosos benignos llamados Displasia Cervical, o Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) durante el cual empiezan a aparecer células anormales que comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes (Hartmann y Loprinzi, 2005; Franco, 2006).

Existen tres grados NIC que se basan en qué tan anormales parecen las células bajo el microscopio:

NIC 1 se refiere a las células con una apariencia levemente anormal.

NIC 2 se refiere a las células con una apariencia moderadamente anormal.

NIC 3 se refiere a células que tienen una apariencia severamente anormal.

NIC 3 también es conocido como carcinoma in situ, las células parecen cancerosas, pero están aún limitadas a la superficie del cérvix sin invadir sus tejidos más profundos. La mayor parte del tiempo, la displasia leve desaparece sin tratamiento. El sistema inmunológico del cuerpo desecha las células alteradas o combate la infección subyacente que desencadena los cambios. En otros casos, esta anomalía marca el primero de una serie de cambios progresivos que llevan al cáncer cervicouterino, un proceso que probablemente se lleva años. El cáncer cervical sigue un camino bien conocido: se inicia como displasia, progresa a carcinoma in situ y finalmente se transforma en cáncer invasor (Hartmann y Loprinzi, 2005).

Incidencia

El cáncer cervicouterino persiste como un problema de salud no resuelto a nivel mundial, ocupa el séptimo lugar entre todas las neoplasias malignas que afectan tanto a hombres como a mujeres y después del cáncer de mama, es el más frecuente en el sexo femenino, la mayor incidencia se reporta en mujeres con edades comprendidas entre los 40 y 50 años (Torres, 2004). Según cifras del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en el 2001 se registraron

108 064 tumores malignos, de los cuales el 35% afectaron a hombres y 65% a mujeres, siendo en mujeres, el área genital la más afectada con un 21.5% (véase fig. 1).

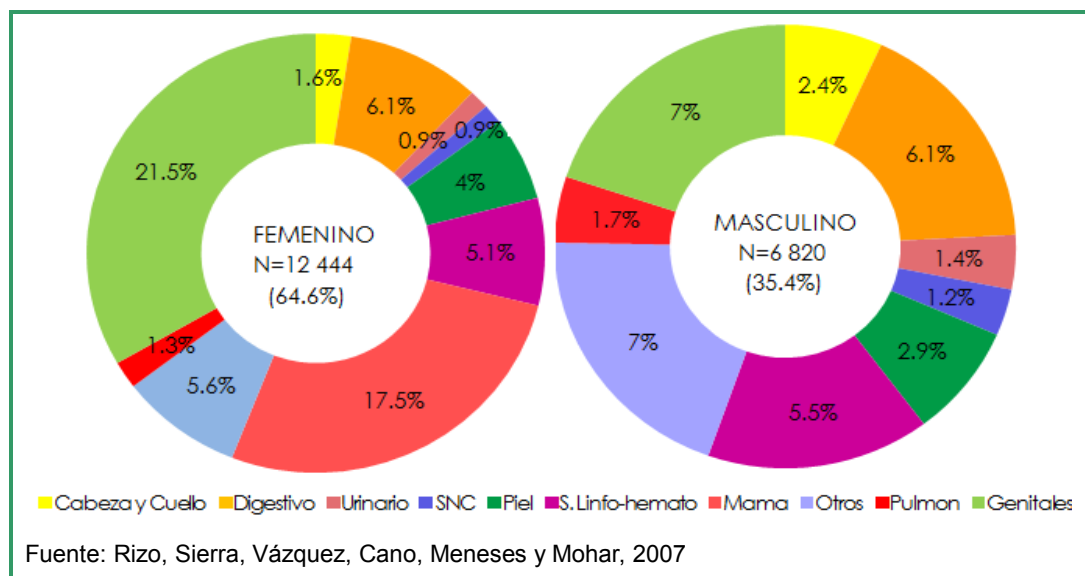


Figura 1. Frecuencias relativas de las neoplasias malignas por sexo.

También se puede observar en la figura 2 que el cáncer de cuello de útero tiene la incidencia más alta dentro de las neoplasias genitales.

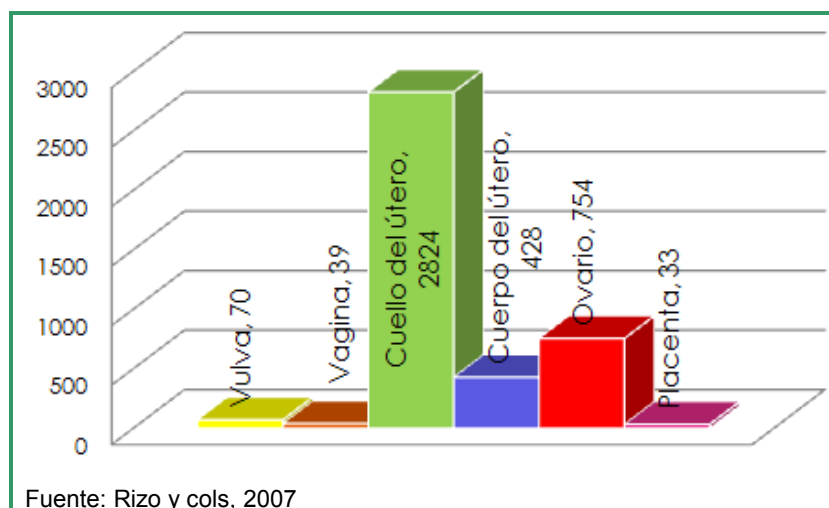


Figura 2. Distribución de neoplasias de órganos genitales femeninos.

Cada año se registran 437,000 nuevos casos por cáncer cervicouterino en el mundo, la mayoría en países en vías de desarrollo, donde los registros

suelen ser incompletos (INEGI, 2009).

México presenta una de las tasas de incidencia más alta en el ámbito mundial, en el año 2002 la OMS estimó que la tasa de mortalidad estandarizada para este tipo de cáncer a nivel mundial es 9.0, y ubico a México por encima, con 14.1. Según el INEGI (2009) y la Secretaria de Salud (SSA) en nuestro país, anualmente se registran 4,000 muertes. En el 2007, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino aumento a 14.3, y por entidad federativa ninguno de los estados de la Republica Mexicana está por de bajo de la media observada a nivel mundial (véase fig.3)

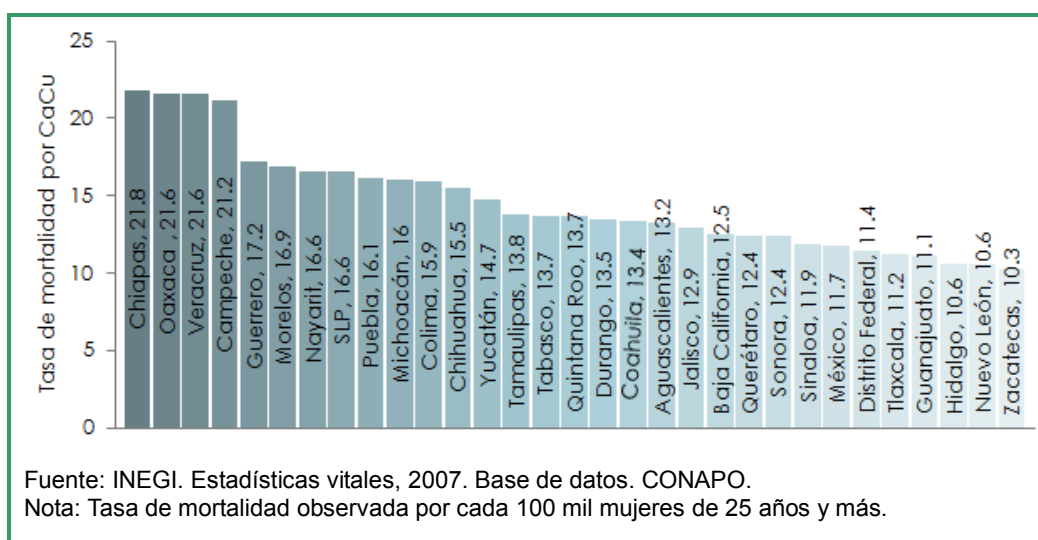


Figura 3. Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa 2007.

Como medida para reducir la incidencia en nuestro país, el Consejo Nacional de Vacunación aprobó la administración de una vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a niñas de nueve a quince años en el 2009, con una eficacia del 95 a 99 por ciento (García, 2010). Esta vacuna es preparada a partir de Partículas Parecidas al Virus (PPV) altamente purificadas, compuestas de la proteína recombinante de la cápside mayor de VPH de los tipos 6, 11, 16 y 18, presentes en el 70 por ciento de los casos de infección. Estas PPV contienen la cápsula proteica responsable de la inducción de la inmunogenicidad y protección. Esta nueva vacuna ha sido evaluada en

estudios clínicos en más de 30,000 mujeres y hombres en diversos países incluyendo México, y ha resultado eficaz en la prevención del cáncer cervicouterino, vaginal y vulvar, así como para las verrugas genitales. La vacuna fue aprobada para su uso desde 2006 por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*) en los E.U.A, la Secretaria de Salud (SSA) de México, la Agencia Europea de Medicamentos (*European Medicines Agency*) entre las principales agencias y países reguladores (Garza, 2007).

Tipos de cáncer cervicouterino

Los cánceres cervicales se dividen en dos tipos principales, nombrados por el tipo de célula dentro del cérvix en donde se inició el cáncer. Los cánceres de células escamosas o **carcinomas escamosos** constituyen el 85 a 90 por ciento de todos los cánceres cervicales, éstos se desarrollan en la parte inferior del cérvix, estas células son delgadas y planas. Los **adenocarcinomas** constituyen el 10 al 15 por ciento de los casos de cáncer cervicouterino y se originan en las células de la porción superior del cérvix, las cuales se encuentran más cercanas al recubrimiento del útero (endometrio) y tienen una apariencia en forma de columna, estos son más difíciles de diagnosticar debido a que se desarrollan más arriba dentro del cérvix y no son detectados fácilmente, pero ambos tipos se tratan usualmente de la misma forma y los índices de supervivencia son similares. Rara vez, las células cancerosas contienen características de ambos tipos, a estos se les llama de células de tipo mixto o carcinomas adenoescamosos (Hartman y Loprinzi, 2005).

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumente las probabilidades de padecer cierta enfermedad, puede haber muchos factores de riesgo y nunca desarrollar la enfermedad. Los factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino están relacionados con características tanto del virus como del

huésped, la Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino (2007, SSA) establece los siguientes factores:

- Edad. La edad promedio en la que se detectan las displasias está entre 25 a 30 años en el caso de NIC 1, 30 a 35 años en el NIC 2, y 40 a 50 años en el caso de NIC 3 o carcinoma in situ, el estadio I entre los 45 a 47 años, el II a los 50 años, el III entre los 52 a 53 años y el IV entre 52 a 58 (Torres, 2004).

- Enfermedades de transmisión sexual. Los estudios epidemiológicos señalan al VPH como un factor causal importante. Hoy existen más de 200 genotipos identificados y cerca de 30 infectan el cérvix uterino. Del 85 a 93% de cánceres cervicales contienen DNA del VPH. Los identificados como virus de alto riesgo son los siguientes: 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52,53, 55, 56 y 58, 59, 66, 68, 73,89; y los de bajo riesgo: 6, 11, 42, 43 y 44, estos últimos vinculados sobre todo con lesiones benignas, como los condilomas (Janicek, Averette 2001 y Price, Sikora 2002 en Hernández, 2009).

- Comportamiento sexual. Pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasadas, acarrear mayor riesgo de contagio (Vargas, 2006). Tener más de 4 compañeros sexuales incrementa el riesgo relativo a 3.6 veces, haber iniciado vida sexual antes de los 16 años incrementa el riesgo 16 veces, (INC, 2003 en Hernández, 2009).

- Inmunosupresión. Alteraciones en el sistema inmune incrementa el riesgo de padecer cáncer, pacientes infectados por VPH tienen mayor riesgo de desarrollarlo. También personas que toman medicamentos inmunosupresores, por ejemplo pacientes con historia de trasplante renal tienen un riesgo relativo de 5.7 veces de padecer la enfermedad (INC, 2003; Janicek y Averette 2001 en Hernández, 2009). Otro ejemplo, es la frecuencia de desarrollar NIC en mujeres infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es de 40 por ciento debido a la inmunosupresión inducida por el VIH, aumenta la

susceptibilidad a las enfermedades oportunistas (Torres, 2004; Silva, Gimenez y Duarte, 2011).

- **Tabaquismo.** Produce cambios en el ADN de las células de la mucosa cervical y disminuye la población de células de Langerhans responsables de la inmunidad del cérvix, por lo tanto favorece tanto la carcinogénesis como la vulnerabilidad del cérvix a las infecciones (Janicek, Averette 2001 y Price, Sikora 2002 en Hernández, 2009).

- **Factores Demográficos.** En México, el riesgo de mortalidad con cáncer cervicouterino es tres veces mayor en el área rural en comparación con el área urbana, esto se vincula con carencias nutricionales, multiparidad, inadecuada atención médica, así como un bajo nivel de escolaridad que se convierte en un factor de riesgo para que las mujeres puedan acceder a la información relacionada con las formas de prevención para la salud (Lazcano, 2005).

- **Factores Ginecológicos.** El riesgo de padecer cáncer cervicouterino aumenta con el número de partos de 1.5 a 5.0 veces en el caso de multiparidad (Torres, 2004). Los traumas obstétricos son originados durante la atención del parto o del aborto, mujeres que tienen su parto antes de los 20 años o que han tenido más de tres partos o abortos tiene mayor riesgo de padecer cáncer, ya que a mayor número de éstos más susceptible es la matriz a la infección por VPH (Guerrero, 2001). También el uso de anticonceptivos orales por más de 10 años incrementa el riesgo relativo a 2.2 veces (Janicek, Averette 2001 y Price, Sikora 2002 en Hernández, 2009).

- **Factores Nutricionales.** La deficiencia de la vitamina A, C, E y folatos pueden ejercer alguna influencia en el desarrollo de algunas neoplasias, incluyendo el cáncer cervicouterino. La vitamina A y sus derivados, particularmente los retinoides, modulan el crecimiento de células epiteliales normales, permitiendo que ocurra la maduración y diferenciación celular, impidiendo la proliferación. Mediante la administración local del ácido retinoico

en pacientes con NIC II, ha logrado regresión completa de las lesiones en 43% de los casos (Torres, 2004).

Estadificación

Para guiar el tratamiento y ofrecer información del cáncer cervical es necesaria su estadificación, para ello es el sistema de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) el más popular. FIGO es un sistema de estadificación clínico, lo cual significa que se basa en el examen físico y resultados de la biopsia (Naranjo y cols, 2007).

El sistema de estadificación FIGO para cánceres invasivos establece los siguientes estadios:

Estadio I	IA: El carcinoma está confinado al cuello uterino, pero sólo puede ser diagnosticado por microscopio (no está clínicamente visible). IB: El carcinoma está confinado al cuello uterino y la lesión es clínicamente visible.
Estadio II	II A: El cáncer se ha expandido más allá del útero, pero no involucra a la pared pelviana. II B: El cáncer se ha extendido más allá del cuello del útero, pero no ha llegado a la pared pelviana o al tercio inferior de la vagina. Existe un obvio compromiso de los parametrios.
Estadio III	III A: El tumor invade el tercio inferior de la vagina, sin extenderse a la pared pelviana. III B: El tumor involucra el tercio inferior de la vagina y se extiende a la pared pelviana donde ocurre una hidronefrosis o un riñón no funciona.
Estadio IV	IVA: El tumor invade vejiga, recto o se extiende más allá de la pelvis. IVB: Metástasis distantes

Síntomas

No hay ninguno síntoma que sea característico del cáncer del cérvix, sin embargo autores como Barber (1992), Harrison (2002), Otto (2002), Coronel-Brizio y Coronel (2005); mencionan que los principales síntomas son: Sangrado anormal, este sangrado puede ser al principio una secreción vaginal clara, acuosa y teñida de sangre, que progresa hasta convertirse en manchas de

sangre y hemorragia franca. Menstruación prolongada o períodos intermitentes, anemia causada por la pérdida crónica de sangre, aumento de flujo vaginal, dolor en el pubis, dolor y sangrado durante el coito. Y en estadios avanzados aparece dolor pélvico, obstrucción uretral, uremia y signos de metástasis a distancia, mal olor, posible dolor en la parte baja de la espalda, las piernas y las ingles, edema en las piernas, dificultad para orinar, urgencia y hematuria (consecuencia de la invasión de la vejiga), tenesmo y sangrado rectal (como consecuencia de la invasión del recto).

Para determinar la causa de los síntomas, es necesario uno o más de los siguientes procedimientos (SSA, 2007; INC, 2010).

- Citología cervical o Papanicolau: Con algodón, un cepillo o una espátula se raspa el exterior del cuello uterino para recoger células.
- Examen pélvico: Examen de la vagina, cuello uterino, útero, trompas de Falopio, ovarios y el recto, con el propósito de identificar cualquier masa, tumor, nódulo o crecimiento anormal.
- Colposcopia: Con una lente con aumento se observan las paredes de la vagina y del cuello del útero.
- Biopsia Quirúrgica: extirpación total o parcial de un área sospechosa a través de una incisión.
- Tomografía Computarizada: Se utiliza un radiógrafo conectado a una computadora para crear una serie de imágenes detalladas de áreas internas del cuerpo.
- Proctoscopia: Se inspecciona visualmente el recto utilizando un tubo iluminado.
- Laparoscopia: Con un diminuto microscopio insertado a través de una pequeña incisión en el abdomen, se observa la zona pélvica.

Estos exámenes son igualmente útiles para determinar la etapa (o grado de avance) de la enfermedad y planificar el tratamiento del paciente.

Tratamiento

Los tratamientos para el cáncer tienen como objetivos la curación, el control y la paliación de la enfermedad. La **curación** hace referencia al periodo libre de enfermedad. En la mayoría de los casos éstos se consideran a cinco años, aunque existen aquellas que se elevan hasta los diez, debido a que existe un riesgo máximo de recurrencia que se considera dentro de los dos años siguientes al tratamiento primario. El tratamiento dirigido al **control** se emplea en los tumores para los cuales no es posible la cura, sin embargo, se intenta a través de éste que la enfermedad no avance al mismo ritmo que si estuviera sin algún tratamiento. Por último está la **paliación** que se aplica cuando la cura es imposible; su finalidad es disminuir los síntomas que provocan al paciente incomodidad (dolor, incapacidad para realizar funciones básicas; dormir, comer, evacuar) y que por lo tanto afectan su calidad de vida (Órnelas, 2007).

El cáncer cervicouterino se trata frecuentemente con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Cualquiera de ellas puede ser utilizada como tratamiento neoadyuvante (primer tratamiento); tratamiento adyuvante (posterior a un primer tratamiento); o como tratamiento concomitante (al mismo tiempo que otro tratamiento) (Órnelas, 2007). A continuación se abordan brevemente cada una de ellas.

Cirugía

La cirugía, es la principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer, durante la intervención quirúrgica se extirpa la totalidad o parte del tumor, incluyendo los tejidos vecinos potencialmente afectados (Rodríguez, 2004). Las mujeres con cáncer cervicouterino pueden ser tratadas con un número de procedimientos quirúrgicos. Estos incluyen los siguientes:

- Procedimientos quirúrgicos menores, que son mínimamente invasores

y pueden usarse para tratar una condición precancerosa y cánceres cervicales en etapas tempranas (Hartman y Loprinzi, 2005).

- a) Procedimiento de excisión electroquirúrgica de asa (LEEP), consiste en la utilización de un instrumento con un asa de alambre con la punta cargada eléctricamente que actúa como un bisturí caliente que permite extirpar el tejido anormal proveniente de las capas superficiales del cérvix.
 - b) Conización en frío, se utiliza un bisturí para extirpar una cuña en forma de cono del tejido del cérvix.
 - c) Crioterapia, comprende la destrucción de las células anormales en la superficie del cérvix mediante su congelación.
 - d) Cirugía láser, se utiliza un haz de luz intensa para destruir las células anormales en la superficie del cérvix.
-
- Histerectomía total. A través de una incisión abdominal (histerectomía abdominal) o a través de la vagina (histerectomía vaginal), se extirpa el útero, incluido el cérvix. Una vez que se ha extirpado el útero, la mujer ya no puede ser capaz de concebir hijos (Hartman y Loprinzi, 2005).
 - Histerectomía radical o histerectomía radical modificada. Se extirpa el útero, el cérvix, algunos tejidos que rodean el útero, los ligamentos de sostén y dos a tres centímetros superiores de la vagina, más cercanos al cérvix, y los nódulos linfáticos cercanos al útero, para determinar si el cáncer se ha diseminado a estos órganos (Torres, 2004).
 - Traquelectomía radical. En esta cirugía, son extirpados el cérvix, la porción superior de la vagina y los nódulos linfáticos de la pelvis. Sin embargo, el útero y otras estructuras reproductivas se conservan en su lugar (Hartman y Loprinzi, 2005).

Radioterapia

La radioterapia, es el tratamiento que persigue la curación del enfermo y la esterilización del tumor, así como la preservación anatómica del órgano afectado con el menor deterioro funcional posible, además de evitar dañar el tejido vecino normal. Consiste en el uso de radiación de alta energía para eliminar las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores, también puede administrarse en combinación con otras terapias como la quimioterapia, llamada entonces quimiorradiación (Rodríguez, 2004; Lazcano, 2005).

La radiación puede usarse para tratar todas las etapas de cáncer cervical, pero en general es el tratamiento primario para los cánceres grandes o los más avanzados que se han diseminado más allá del cérvix a la pared pélvica, vagina inferior y tracto urinario (Hartman y Loprinzi, 2005).

Tradicionalmente, el tratamiento del carcinoma cervical con radiación implica algunas combinaciones de teleterapia o radiación externa y braquiterapia o radiación interna. Se puede recibir sólo una de las formas de radiación para tratar el cáncer o se pueden recibir ambas. Durante la teleterapia, se dirigen rayos X de alta energía hacia el cáncer y un margen pequeño de tejido sano circundante. En cambio en la braquiterapia, la fuente de radiación se coloca dentro del cuerpo (Torres, 2004).

Quimioterapia

El tratamiento de quimioterapia, es la administración de medicamentos anticancerígenos por vena o de forma oral para eliminar las células cancerosas. La quimioterapia es una terapia sistémica, debido a que los medicamentos viajan a través de todo el cuerpo. Puede administrarse para tratar el cáncer antes o después de otros tratamientos, o sola y es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o radioterapia.

Para el cáncer cervicouterino invasor, la quimioterapia se usa en dosis bajas que pueden ser combinadas con radioterapia para aumentar la efectividad de la radiación. Para el cáncer cervical avanzado, que puede o no ser curable, la quimioterapia puede darse en dosis estándar para destruir o controlar el cáncer y tratar sus signos y síntomas (Hartmann y Loprinzi, 2005).

Puede usarse un solo medicamento o una combinación de quimioterapéuticos como el cisplatino, carboplatino, topotecan, 5-fluorouracilo, paclitaxel, ciclofosfamida, ifosfamida e hidroxiaurea, que en el caso de cáncer cervicouterino se administran generalmente por vía intravenosa. Cada agente quimioterapéutico varía en su mecanismo de acción, pero todos tienen en común la capacidad de destruir células, debido a que interfieren en una o más de las secuencias de replicación que presentan. Sin excepción, todos los agentes que se utilizan en la quimioterapia son venenos para la célula; sin especificidad afectan tanto a células malignas como a las sanas (Torres, 2004).

Opciones de tratamiento según la etapa

En seguida se encuentran las opciones de tratamiento según la etapa del cáncer. Hay que tener presente que estos son los lineamientos generales, cada mujer es diferente y cada cáncer es diferente. El médico puede recomendar otro plan de tratamiento según las circunstancias individuales (Hartmann y Loprinzi, 2005).

Etapa	Opciones de tratamiento
Etapa IA	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía. • Radiación interna con o sin radiación externa.
Etapa IB	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía radical. • Histerectomía radical, seguida de radiación más quimioterapia. • Radiación externa e interna con quimioterapia. • Quimioterapia seguida de histerectomía radical.
Etapa IIA	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía radical. • Histerectomía radical, seguida de radiación más quimioterapia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Radiación externa e interna con o sin quimioterapia. • Quimioterapia seguida de histerectomía radical.
Etapa IIB	<ul style="list-style-type: none"> • Radiación externa e interna más quimioterapia
Etapa IIIA y IIIB	<ul style="list-style-type: none"> • Radiación externa e interna más quimioterapia
Etapa IVA	<ul style="list-style-type: none"> • Radiación externa e interna más quimioterapia
Etapa IVB	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia. • Radiación, según sea necesario, para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. • Estudios clínicos de medicamentos anticáncer nuevos o combinaciones de estos.

Estadísticas de supervivencia

La supervivencia está influida por el estadio clínico en que se diagnostica la enfermedad, cuando el cáncer cervicouterino es detectado tempranamente, es altamente tratable, el índice de supervivencia a cinco años es de 80 a 90 por ciento. Si se combinan los índices de supervivencia de las mujeres diagnosticadas en todas las etapas de cáncer cervicouterino, el índice de supervivencia a cinco años, es decir el porcentaje de mujeres que viven cinco años después del diagnóstico inicial, es del 70 por ciento (Hartmann y Loprinzi, 2005; INC, 2010).

Índices de supervivencia a cinco años del cáncer cervical

Etapa	índice de supervivencia a 5 años
Etapa I	Alrededor de 80 – 95 %
Etapa II	Alrededor de 60 – 80%
Etapa III	Alrededor de 30 – 50%
Etapa IVA	Alrededor de 15 – 20%
Etapa IVB	Menos de 5%

Fuente: Hartmann y Loprinzi, 2005

CAPÍTULO IV. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL

El paciente oncológico se enfrenta a una serie de cambios físicos y emocionales desde el momento en que el profesional de la salud le informa su diagnóstico; este conocimiento lo lleva a resignificar muchos de los acontecimientos que ocurren en su diario vivir y a pensar de forma diferente. El cáncer se vive como una amenaza para la vida que requiere que la persona desarrolle actividades de tipo cognitivo y conductual que preserven su integridad física y psíquica.

Desde la óptica de la TCC y la TREC los problemas sexuales se originan principalmente por el mantenimiento de filosofías exigentes y dogmáticas acerca de uno mismo, los demás y la sexualidad; esto es, nuestras actitudes y comportamientos sexuales están influidos de modo considerable por nuestras creencias, pensamientos y percepciones acerca del sexo (McCary, McCary, Álvarez-Gayou, Del Río y Suárez, 1996). La base de muchas de nuestras creencias sexuales, ya sean buenas o malas, correctas o incorrectas procede de la educación que recibimos en etapas tempranas de la vida. Tener conciencia de esto nos obliga a revisar nuestras premisas actuales y a trabajar concientemente en su aceptación o modificación.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual (TCC) goza en el presente de una gran aceptación debido a su gran efectividad y a la permanencia de los cambios obtenidos mediante sus procedimientos clínicos. Un factor vinculado con esta aceptación ha sido el que la TCC se fundamenta en teorías científicas y sus tratamientos han sido validados empíricamente, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado su empleo

(Carrascoza, 2008).

Los orígenes de la TCC se remontan a varias fuentes: a) el Análisis de la Conducta (tanto el condicionamiento clásico como el operante), b) la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social (el aprendizaje observacional, el contexto social, así como el papel de los procesos cognitivos en la determinación de la conducta), c) la Teoría Cognitiva (pensamientos irracionales que influyen los sentimientos y median la vinculación entre los eventos activadores y la conducta), y d) la Entrevista Motivacional (orientada a motivar a la persona al cambio mediante el ingreso al tratamiento) (Carrascoza, 2008).

Para Ruiz (1994 en Carrascoza, 2008), La TCC postula, básicamente, que el ser humano se perturba o tienen problemas emocionales, porque al interpretar en forma errónea la realidad llega a conclusiones equivocadas. Estas conclusiones van a determinar sus emociones y conductas.

El principal propósito de la TCC es proporcionar la ayuda necesaria para que la persona tome conciencia de la combinación de múltiples factores que intervienen en el mantenimiento de una conducta. Esta terapia, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, investigando el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque algunos terapeutas cognitivos ponen más énfasis en el supuesto “Qué tengo que hacer para cambiar”, que en el “Por qué” (Mendoza y Solano, 2007).

Este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, por ello se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas fuera como

parte de la tarea, se desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se le confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, promoviendo finalmente al autocuestionamiento. Y se centra en la resolución de problemas (Mendoza y Solano, 2007).

- **Objetivo de la Terapia Cognitivo-Conductual**

Para la TCC existe la posibilidad de que las construcciones que el individuo hace de su mundo no sean precisamente las correctas, por lo que existiría un patrón de conducta errónea o inadecuada que puede dar origen a síntomas fisiológicos y psicológicos. De ahí que el objetivo de esta terapia consista en cambiar los patrones de pensamiento erróneos por patrones cognitivos adecuados que permitan desenvolverse correctamente al individuo en su medio. Por lo que el tipo de problemas a los que se enfoca la teoría cognitiva sean aquellos en donde el individuo crea una cognición incorrecta que lo llevará a comportarse de manera incorrecta ante su medio (Beck, 2000).

Las distorsiones cognitivas son alteraciones en la forma de ver los hechos, en ocasiones, con el fin de que la realidad sea coherente o se ajuste a nuestras creencias no razonables (Burns, 1980 en Gómez y cols, 2003)

1. Pensamiento Dicotómico: Ver las cosas como blancas o negras, falsas o verdaderas, no dándose cuenta de que estos conceptos son sólo los dos extremos de un continuo.

2. Sobregeneralización: Ver un simple suceso negativo como un modelo de derrota o de frustración que nunca acabará.

3. Abstracción Selectiva: Poner toda la atención en un detalle, sacándolo de su contexto, ignorando otros hechos más importantes de la situación y definiendo toda la experiencia exclusivamente a partir de este detalle.

4. Descalificación de las Experiencias Positivas: No tener en cuenta las experiencias positivas y mantener una creencia negativa sin que esté basada

en la experiencia diaria. No permitir disfrutar sentirse bien, porque piensa después se sentirá mal, por lo que incluso se siente mal por sentirse bien.

5. Inferencia Arbitraria: Ver las experiencias como negativas, exista o no evidencia a favor. Existen dos muy frecuentes:

a) Adivinación del Pensamiento: decidir que los demás están pensando mal de uno sin tener ninguna evidencia de ello.

b) El Error de Adivinar el Futuro: Esperar que las cosas salgan mal, que los sucesos sean negativos, sin permitir la posibilidad de que puedan ser neutrales o positivos.

6. Magnificación y/o Minimización: Magnificar sus errores y los éxitos de los demás. Minimizar sus éxitos y los errores de los otros.

7. Razonamiento Emocional: Asumir que sus sentimientos negativos son el resultado de que las cosas son negativas.

8. "Debería": Intentar mejorarse a sí mismo con "debería...", "tendría que...", "debo...", etc. La consecuencia emocional de estos pensamientos es la culpa, la ira y el resentimiento. Utilizar los "debería" en vez de "me gustaría".

9. Etiquetación: Es una sobregeneralización mayor. Cuando se equivoca se dice "Soy una persona muy estúpida". Cuando no consigue algo que quiere se dice "Soy un perdedor". Se refiere a los sucesos con un lenguaje cargado emocionalmente. Al usar etiquetas se incluyen, o están implícitas, muchas características que no son aplicables a esa persona.

10. Personalización: Verse a sí mismo como la causa de sucesos externos desafortunados o desagradables, de los que el sujeto no es responsable.

Los problemas atendidos por la terapia cognitiva poseen un importante factor conductual tal como que las creencias que el individuo construye basado en sus experiencias ante determinadas situaciones. Por esta razón la terapia cognitiva va encaminada a modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de dichas situaciones, por esto Arieti y Bemporado (1978 en Beck, 2000), mencionan que la terapia cognitiva intenta, explícitamente, inducir al paciente a situarse continuamente en su racionalidad

para corregir su irracionalidad.

- **Modelo de Modificación Cognitivo Conductual**

De acuerdo a Meichenbaum (1977) el cambio de conducta ocurre en tres fases:

1.- Fase de auto-observación; es necesario entrenar al paciente para que por medio de auto registros, cuestionarios o test, observe su conducta y permita identificar el problema y definir los objetivos terapéuticos, puesto que para cambiar la conducta inadaptada, el paciente debe estar primero, conciente de su ocurrencia y de esta manera se le enseñe y pueda interrumpirla.

Existe un mayor éxito en la terapia cuando el paciente logra interrumpir la cadena conductual cuando ésta apenas empieza o aún no cobra fuerza. Esta etapa es importante principalmente por que el cliente puede percibir datos de los cuales no se había dado cuenta, desarrollando de esta manera una óptica diferente sobre sus problemas y la autoobservación permite reconceptualizar el proceso, mediante el interrogatorio el individuo puede redefinir sus problemas visualizando nuevamente la solución.

Durante el tratamiento el terapeuta le presenta al paciente un marco conceptual, lo que le permite comprender sus conductas inadaptadas, fomentando la sensación de esperanza en lugar del desvalimiento.

2.- El comienzo de un nuevo dialogo interno: En esta fase se plantea desarrollar pensamientos y conductas adaptadas, pues al redefinir su problema tiene que aprender nuevas conductas o aplicar las que ya conoce a nuevas situaciones.

Los cambios modificarán tres áreas:

a) Inicialmente la intervención se enfoca en la conducta del paciente, utilizando técnicas de entrenamiento en habilidades sociales

utilizando películas, rol playing, representación imaginaria, resolución de tareas en forma gradual. Al darse cambios en la conducta, se modifican las interacciones ambientales que ocasionan un efecto de onda positivo.

b) El segundo foco de intervención se centra en la actividad autoregulatoria. Se desea cambiar las autodeclaraciones, las imágenes y los sentimientos que intervienen en las cogniciones adaptadas. Cambiando o reduciendo la aparición de perturbadores que intervienen en el enfrentamiento de las situaciones adecuadas.

c) La tercer área de intervención se realiza en las estructuras cognitivas del paciente, las cuales le ocasionan verse como personas indefensas o desagradables, lo cual constituye una percepción inadecuada. Esto lo perjudica, ya que tienen una interpretación inadecuada de si mismos comportándose de una manera desadaptada.

Conforme el tratamiento avanza el paciente desarrolla habilidades adecuadas y remueve pensamientos y sentimientos, el terapeuta lo ayuda a ensayar conductas que le permiten tener una sensación de seguridad en si mismo, lo que frecuentemente hace surgir cambios cognitivos y afectivos.

3.-La tercera etapa del cambio de conducta se centra en las cogniciones y sentimientos del cliente, en lo que se refiere al cambio. Esta etapa tiene como objetivo aprender nuevas destrezas y afianzar el cambio para realizar generalizaciones y mantener los efectos del tratamiento disminuyendo la posibilidad de recaída.

a) Uno de los objetivos es hacer, que el paciente se responsabilice de los cambios de sí mismo, al ser consciente de cuál ha sido el proceso y se dé cuenta de que puede realizar cambios positivos en un futuro.

b) Otro objetivo es mantener el tratamiento al anticipar las recaídas que pueden ocurrir. Esto se realiza al identificar las situaciones de alto riesgo y desarrollar habilidades de enfrentamiento para contrarrestarlas.

El modelo de la TCC esta diseñado para enseñar al cliente a funcionar como un científico personal es decir a: 1) ver sus cogniciones como hipótesis dignas de examinar, 2) ejecutar experimentos personales y recoger datos anómalos y 3) examinar la naturaleza de las creencias irracionales. Este trabajo se realiza en colaboración cliente-terapeuta (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

- **Estrategias y Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual**

Las técnicas cognitivo-conductuales están encaminadas a corregir los errores de percepción de la realidad, producto de cogniciones ilógicas o irreales del mismo paciente y al mismo tiempo lograr efectos que permitan corregir la posibilidad de un resultado positivo en la misma (Caballo, 1991).

Existen diferentes técnicas terapéuticas dentro de la TCC como las habilidades de enfrentamiento, de resolución de problemas, el entrenamiento autoinstructivo y los procedimientos de autocontrol, que ayudan a disminuir las creencias, las expectativas, las autodeclaraciones, las imágenes y las cogniciones, que impiden al paciente a tener una mejor percepción más apropiada y adaptada consigo y con el medio que lo rodea. Ofreciendo diferentes procedimientos para intervenir en la relación cognición-afecto-conducta-consecuencia.

Linn y Garske (1999), mencionan que las características que tienen en común dichas técnicas son:

- Las intervenciones son generalmente activas, tienen un tiempo limitado y son estructuradas.
- Se ayuda al cliente a percatarse de los efectos de las cogniciones y las creencias, mediante la resolución de tareas y las experiencias en vivo.
- Se trabaja para organizar las consecuencias de los experimentos personales, para posteriormente cambiar los sentimientos y pensamientos.

- Finalmente, se puede decir que se trata de un modelo educativo, en el que se proporciona asesoramiento, ejercicios, correcciones, modificaciones de estilo, información actualizada, al mismo tiempo que se demuestra interés, apoyo y ánimo.

La TCC se ha aplicado a nivel de prevención y tratamiento de manera individual, por parejas y en grupos. A continuación se mencionan algunas de las técnicas que se llevan a cabo en esta terapia:

- **Técnicas conductuales**

Programación de actividades: Tiene la finalidad de planificar las actividades a realizar en un periodo de tiempo. Su propósito es ayudar a neutralizar las cogniciones que implican el no poder hacer alguna actividad. Su objetivo es darle al paciente una impresión de eficacia y control (Nezu y cols, 2006).

Autoregistro: Una vez planeadas las actividades el paciente debe registrarlas cada hora, aquí el terapeuta debe preparar al paciente mencionándole que nadie realiza siempre todo lo que se propone y que el sólo realizar cualquier actividad debe ser un logro (Mendoza y Solano, 2007).

Evaluación de la destreza y el placer: Esta técnica se basa en el registro del grado en que se ha dominado una tarea y lo que se ha disfrutado de ella, en una escala determinada. Al evaluar las actividades los resultados pueden diferir, ya que una actividad puede resultar agradable y no fue dominada por completo. El propósito de la evaluación es contrarrestar la cognición de que el placer y la destreza son situaciones opuestas, además de descartar la idea de que el paciente no merece nada placentero mientras sienta no haber hecho nada. Además permite observar la relación entre situaciones y sentimientos que pueden no haber sido tomadas en cuenta en la evaluación (actividades agradables que benefician la destreza) (Prieto, 2004; Nezu y cols, 2006).

Entrenamiento asertivo: Es común que los pacientes muestren déficit o excesos conductuales como falta de asertividad o de habilidades sociales, es por ello que el entrenamiento asertivo trata de moldear respuestas apropiadas y eficaces, una vez identificados las situaciones ante las que el paciente presenta problemas. Aquí el terapeuta toma el papel de la persona con quien tiene problemas y el paciente tiene la oportunidad de practicar las respuestas adecuadas (Psicología Online).

Representación de papeles: El objetivo del entrenamiento es enseñar al paciente cómo afrontar comentarios o conductas específicas de otra persona. Ésta puede aplicarse a situaciones que necesitan una respuesta asertiva o a situaciones que requieren otras habilidades sociales (Caballo, 1991).

- **Técnicas cognitivas**

Registro de los pensamientos disfuncionales: Se instruye al paciente a realizar autoregistros de sus cogniciones, para dar cuenta del flujo de pensamientos y el desfile de imágenes que influyen sobre sus sentimientos y por ende su conducta. En la sesión se deben ejemplificar situaciones en donde se ponga de manifiesto la situación que dispara los pensamientos automáticos negativos y descubrir los lazos entre cognición y emoción. El siguiente paso es refutar los pensamientos automáticos con técnicas cognitivas.

El ensayo cognitivo: Esta técnica es necesaria para lograr ciertos objetivos, pues los pacientes se ven a sí mismos imaginando cómo sería el realizar una cierta actividad sistemática y orientada. La tarea se puede descomponer por pasos, pudiendo visualizar los obstáculos y la posibilidad de realizar la tarea.

Comprobación de la realidad: Se pretende provocar una descripción precisa de una situación en donde se obtenga una perspectiva realista de los acontecimientos haciendo preguntas que lleven a comprobar la realidad.

Técnica de retribución: Se pretende que el paciente explore y considere otras causas posibles en vez de atribuir todos los fracasos a una sola causa. Se deben identificar otros factores implicados por medio de cuestionamientos como ¿Qué pensaría otra persona sobre la situación?

Entrenamiento en la resolución de problemas: Consta de un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales: a) orientación general; es decir la predisposición para resolver los problemas que consta de: I) identificación y reconocimiento de una situación problemática, II) la aceptación de que los problemas son normales e inevitables y III) la expectativa de la propia capacidad para resolver problemas eficazmente. b) definición y formulación del problema; que consta de I) buscar todos los hechos e información disponibles, II) diferenciar la información relevante y objetivo, III) identificar los factores que hacen problemática la información y IV) establecer un objetivo realista en la resolución del problema. c) generación de opciones desde la menos a la más práctica y deseable, d) toma de decisiones sopesando sus consecuencias positivas y negativas potenciales y, con base en esa evaluación diseñar un plan general de solución y e) evaluación de resultados (Nezu y cols, 2006).

Diseño de experimentos: Está técnica tiene la finalidad de que el individuo ensaye actividades que ya no se siente capaz de realizar, porque surgen pensamientos automáticos auto-derrotistas. En este sentido el terapeuta no debe adoptar un modelo directivo, al contrario, debe sugerir que se intente la actividad como un pequeño ejercicio, tratando de que el paciente conciba la actividad como algo que se ha de intentar y con una actitud de ver que sucede. El paciente no debe sentir presión alguna a fin de que tenga éxito y en la próxima sesión se analizará y discutirá las reacciones del cliente, acerca de los logros, dificultades y expectativas.

Modificación de las suposiciones disfuncionales: Los pensamientos automáticos irracionales surgen de unas pocas suposiciones disfuncionales crónicas y muchas veces no verbalizadas. Por ejemplo, la vida tiene que ser

justa o si la gente no aprueba lo que hago no valgo, lo que indica la profundidad e importancia de las suposiciones y de su papel como núcleo de los errores cognitivos que producen un estado de ánimo negativo. El terapeuta puede formarse una idea clara sobre las suposiciones disfuncionales y debe ser prudente al formular hipótesis y en que momento lo dice. Es necesario analizar y discutir las ventajas y desventajas de las suposiciones disfuncionales (Caballo, 1991).

En pocas palabras en el enfoque cognitivo, las técnicas terapéuticas se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas y más funcionales. Por su parte las técnicas derivadas del enfoque conductual proponen un cambio comportamental basado en la creación de nuevas conexiones de estímulos y respuestas que reemplacen a las viejas y menos funcionales asociaciones. La integración de ambos enfoques conduce a una mayor eficiencia terapéutica.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL

Es una terapia cognitivo conductual basada en la concepción de que las cogniciones, emociones y conductas interactúan de manera significativa, y tienen una relación recíproca causa–efecto.

La Terapia Racional Emotiva, nombrada Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) a partir de 1993, fue propuesta por Albert Ellis en 1955, establece que los problemas emocionales son consecuencia de pensamientos desadaptativos, las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan y por esta razón la meta principal de la TREC es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos disfuncionales y reemplazarlos por otros más eficientes, que permitan alcanzar metas con más eficacia. La TREC examina, además de las

diferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Ellis y Dryden, 1987 en Lega, Caballo y Ellis, 2002).

La TREC está basada en el supuesto de que el ser humano nace con un potencial racional (saludable, lógico y constructivo), así como irracional (dañino, absolutista y destructivo) en el pensamiento, las conductas y los sentimientos. A su vez, las personas tienen una predisposición a la autopreservación, a la felicidad, al amor, a comunicarse con otros y crecer, pero también a la autodestrucción, a cometer errores y a la intolerancia. Por lo tanto, la TREC intenta ayudar a los individuos a aceptarse como seres humanos que seguirán cometiendo errores y a la misma vez, que puedan vivir en paz con ellos mismos.

El procedimiento terapéutico de la TREC consta de cuatro grandes fases, que no están claramente delimitadas pudiendo, en ocasiones, entremezclarse: 1) evaluación de los problemas, explicación del esquema A-B-C-D-E y del método terapéutico que se va a seguir; 2) detección de las ideas irracionales y caer en la cuenta de su papel en los trastornos emocionales y conductuales; 3) debate y cambio de las ideas irracionales; y 4) aprendizaje de una nueva filosofía de vida (Ellis y Grieger, 2002).

La TREC parte de las siguientes premisas (Ellis, 1980):

1. Los pensamientos son los principales causantes de nuestras conductas y emociones, así el hombre no es afectado por las cosas o la estimulación ambiental sino por la opinión que tiene de ellas.
2. Las emociones son determinadas por la forma en que la persona se habla a sí misma, es decir de forma racional que significa hablarse en forma madura, lógica, con lo que difícilmente se experimentan emociones negativas, o puede hacerlo de forma irracional que significa, hablarse a sí mismo en forma ilógica, autoderrotista y negativa.

3. Los procesos de pensamiento son aquellos que nos permiten darnos cuenta de cuáles son nuestros propios patrones de pensamiento, por ello podemos identificar patrones no efectivos y cambiarlos por otros más productivos, es decir, podemos sustituir los pensamientos irracionales por otros más racionales.

En la terapia racional emotiva se utiliza un marco A-B-C-D-E, propuesto por Ellis en 1955, para señalar el lugar que ocupan los pensamientos automáticos en el disturbio emocional (Lega y cols. 2002).

- Acontecimientos activantes (A): hace referencia a los eventos activadores del disturbio emocional, a la situación problemática que interpreta la persona. Es una descripción del contexto o agentes con los que la gente tiene problemas, que los bloquea y los hace sentirse fracasados, rechazados o les lleva a experimentar incomodidad (Ellis, 1999).
- Creencias (B): A partir de la interpretación, se desarrollan una serie de creencias sobre el acontecimiento, el punto B. Las creencias o ideas son evaluaciones de la realidad, opiniones e interpretaciones acerca del punto A (Lega y cols, 2002).

Existen dos tipos de creencias las racionales y las irracionales. Las características de cada creencia son las siguientes: Las **creencias racionales** son premisas verdaderas, pues las podemos comprobar empírica y/o lógicamente, que protegen la vida, son constructivistas por lo cual facilitan el logro de mis metas, evita problemas con los demás y difícilmente producen emociones negativas o estas no son excesivas o impiden el logro de nuevos objetivos y propósitos. Las **creencias irracionales**, en cambio, son premisas falsas, que no pueden ser comprobadas empíricamente, estas resultan extremistas y absolutas, interpretando la realidad con una mínima información, en las que se responsabiliza a los otros o al ambiente, son catastróficas, ya que cuando algo no es como uno quiere, entonces la situación se considera

horrible, producen emociones negativas y son exigencias o demandas que pueden agruparse en tres clases: YO "Debo...", LOS DEMÁS "él debe...", LAS CIRCUNSTANCIAS "la vida debe..." (Ellis, 2000; Ellis y Grieger, 2002):

Ellis (2000), agrupa en nueve las creencias básicas:

1.- Tengo que ser amado y aceptado por toda la gente que sea importante para mí.

2.- Tengo que ser totalmente competente, adecuado/a y capaz de lograr cualquier cosa o al menos, ser competente o con talento en algún área importante.

3.- Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, deben ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.

4.- Es tremendo y catastrófico cuando las cosas no van por el camino que a mí me gustaría que fuesen.

5.- La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar o cambiar mis sentimientos.

6.- Si algo parece peligroso o terrible, tengo que estar preocupado por ello y sentirme ansioso.

7.- Es más fácil evitar afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina.

8.- Las personas y las cosas deberían funcionar mejor y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida tengo que considerarlo como terrible y catastrófico.

9.- Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción o tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

Ellis (1999), describe que existen tres imposiciones irracionales, estas son: a) Debo rendir absolutamente, tener éxito en todo, si no es que no valgo como persona; b) Los demás deben absolutamente tratarme amable y justamente, si no lo hacen, son despreciables como personas; y c) Las condiciones que me rodean deben estar absolutamente hechas de manera que yo consiga lo que quiero y evite lo que no deseo, si no, el mundo es un sitio

horrible.

- Consecuencias (C): A partir de las creencias en B se desarrolla las consecuencias o C, las cuales pueden ser emocionales y conductuales (Lega y cols, 2002).

La TREC, hace distinción entre emociones apropiadas y emociones perturbadoras (Ellis 1999), las apropiadas ayudan a las personas y las perturbadoras obstaculizan cualquier capacidad en el intento de alcanzar un objetivo. Así uno de los objetivos de la TREC, está enfocado a cambiar una emoción perturbadora o dañina por una apropiada, aunque ésta sea negativa. En estos términos, es apropiado que una persona sienta preocupación ante un examen, pero si la preocupación es intensa, prolongada o desgasta al individuo, su modificación resulta un objetivo de la terapia

- Debate (D): Este punto consiste en debatir para cambiar una creencia irracional por una más racional utilizando una adaptación del método científico a la vida cotidiana, medio por el cual se cuestionan hipótesis para determinar su validez (Lega y cols, 2002).
- Efectos (E): Son los resultados que la persona desarrolla a partir del punto D, estos son efectos a nivel cognitivo, emocional y conductual más apropiados y funcionales (Lega y cols, 2002).

- **Objetivos de la TREC**

El objetivo principal de la TREC consiste en un cambio filosófico en el paciente, estableciendo patrones de pensamiento más adaptativos, adicionalmente a este objetivo, busca también (Ellis, 1999):

- Enseñar a los pacientes de manera sencilla y clara los conceptos principales de la teoría, para su utilización rápida a nivel terapéutico.
- Que el paciente abandone un sistema de creencias caracterizado por

obligaciones e imperativos, ayudándoles a sentirse mejor.

- Ayudar a la gente a identificar y eliminar sus creencias autoderrotistas, fomentando en ellos la autoaceptación incondicional.
- Motivar a la gente para trabajar en pos de modificar sus molestias y trastornos presentes, adquiriendo nuevas habilidades, lo que significa que serán menos susceptibles en el futuro.
- Enseñar a los pacientes un gran número de métodos cognitivos, emocionales y conductuales, para que los utilice de forma persistente y firme hasta que automáticamente lleguen a rechazar la tendencia a provocarse el trastorno.
- Proporcionar a los pacientes métodos para aceptar y superar las recaídas.
- Ayudar al paciente a centrarse en el presente, identificando como principal causa de su problema los patrones erróneos de pensamiento y no los sucesos pasados.

La TREC utiliza en el curso del proceso terapéutico, diversas técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para detectar los problemas que presenta el cliente, como las que se presentan a continuación (Barthe, 1997; Prieto, 2004; Rosas, 2009):

- **Técnicas puramente cognitivas:**

El entrenamiento en detección de creencias irracionales: Consiste en buscar las creencias irracionales que conducen a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello, se suele utilizar autoregistros en los que se distinguen los acontecimientos activadores (A) que susciten ideas irracionales (B) para que las pueda detectar y darse cuenta de las consecuencias emocionales y de conducta (C) que les acompañan, debatir esas creencias y fomentar las ideas racionales aprendidas durante las sesiones (D), y observar las consecuencias emocionales (E) que estas nuevas ideas racionales traen consigo (Ellis, 1980).

Debate: Es el método preferencial en la TREC, una vez que se han identificado las ideas racionales de las irracionales, se enseña al paciente a utilizar el método científico para cuestionar las ideas irracionales. El debate se compone de dos estrategias básicas, 1) se ayuda a la persona examinar y cuestionar su forma actual de pensar, 2) se desarrollan nuevos y más funcionales modos de pensamiento, internalizando una nueva filosofía (Lega y cols, 2002).

Existen cuatro estilos básicos de debate que pueden ajustarse entre sí:

- a) Socrático: se realizan preguntas enfocadas hacia la carencia de funcionalidad, falta de lógica e inconsistencias empíricas de las ideas irracionales, motivando al paciente a pensar y argumentar por sí mismo.
- b) Didáctico: se realizan explicaciones de tipo didáctico, en etapas elegidas del proceso terapéutico. Es necesario asegurarse que el paciente comprende en su totalidad lo que se le ha explicado.
- c) Chistoso: se trata de realizar una exageración de la idea irracional utilizando el humor, con el objetivo de ayudar al paciente a ver lo poco empírico de lo que está diciendo.
- d) Revelador de sí mismo: su propósito es permitir al paciente que se enfrente a su propia irracionalidad, tomando en cuenta los siguientes puntos: 1) el terapeuta también ha experimentado un problema similar, 2) el terapeuta en alguna época pensó de manera irracional y 3) reemplazó su manera de pensar por una más racional y resolvió el problema.

La TREC, utiliza tres planteamientos básicos en el debate de las ideas irracionales: el planteamiento empírico, donde la meta principal es ayudar al paciente a observar y comprobar la evidencia existente, la veracidad de los hechos y la objetividad de los datos, para comprobar sus ideas irracionales; el planteamiento lógico, donde se ayuda al paciente a reconocer por qué su pensamiento es ilógico, contradictorio e inconsistente, ya que las conclusiones no corresponden a las premisas sobre las que está basado; y el planteamiento pragmático, tiene como objetivo ayudar al paciente a evaluar, de forma

práctica, las consecuencias de continuar pensando irracionalmente.

Técnicas de persuasión verbal: Pretenden, a través del debate entre paciente y terapeuta, determinar la validez de las creencias irracionales que presenta el paciente, adaptando el método científico a la vida cotidiana.

Las más utilizadas según la revisión de Harrel, Beimen y LaPointe (1980 en Barthe 1997), son:

1. Explicación de los fundamentos teóricos de la terapia: Permite acentuar la responsabilidad del cliente en el proceso de cambio. Al aceptar el paradigma teórico de la TREC, el cliente está de acuerdo con el plan terapéutico a seguir, incrementando la posibilidad de un cambio cognitivo más extenso.
2. Análisis y evaluación lógica: Se aplican los principios de la lógica para modificar las ideas irracionales. La discusión puede centrarse en dos aspectos:
 - La validez lógica de la creencia irracional del cliente o premisa básica: Se utilizará un razonamiento deductivo que demuestre que, aunque el razonamiento formal que haga el cliente sea correcto, dado que parte de una premisa falsa, la conclusión puede ser falsa ("La buena madre es aquella capaz de satisfacer todas las necesidades de sus hijos (premisa básica errónea). Ayer no pude dar a mi hija toda la atención que quería. No soy buena madre").
 - La incongruencia que puede manifestar el cliente entre una conducta adaptada y una creencia irracional: Se utilizará un razonamiento inductivo ("Me has contado todas las actividades que realizaste ayer y la última película que viste, ¿Cómo es posible que me digas que nunca te acuerdas de nada?").
3. Reducción al absurdo: Para reducir la creencia irracional al absurdo, el terapeuta asumirá la creencia en cuestión como correcta y la llevará a su extremo lógico, de manera que el absurdo se muestre patente y el cliente vea la necesidad de reformularla.

4. Análisis y evaluación empírica: Se comparará el contenido de la cognición con evidencias empíricas u observaciones de la vida cotidiana de modo que se evalúe el grado de realismo de la cognición.
5. Contradicción con el valor apreciado: El terapeuta pondrá de manifiesto que una creencia particular contradice otra altamente valorada por el cliente ("Eres demasiado inteligente para creer que una persona puede satisfacer todas las necesidades de otra siempre y al cien por cien").
6. Reacción incrédula del terapeuta: Intenta inducir discrepancia en el cliente.
7. Apelar a las consecuencias negativas: El terapeuta especificará las consecuencias negativas que le produce el mantenimiento de una creencia desadaptada y le animará a que las evite, modificando la cognición.
8. Apelar a las consecuencias positivas del cambio: El terapeuta especificará las consecuencias emocionales y conductuales positivas que se seguirán de la adopción de nuevas creencias racionales.
9. Analogía negativa: Asociar sentimientos negativos con la cognición desadaptada.

Precisión semántica: El lenguaje y pensamiento están íntimamente relacionados, se puede afirmar que el pensamiento suele ser un lenguaje interno, así el pensamiento humano se ve distorsionado parcialmente a causa de las imprecisiones del lenguaje y viceversa. Por ello, esta técnica consiste en enseñar al paciente a adquirir precisión semántica y cambiar radicalmente sus creencias irracionales mediante la corrección de su lenguaje. Modificando exigencias y demandas por palabras que denoten preferencias, cambiando términos como horrible o terrible por inconvenientes, realizando calificativos dirigidos al comportamiento y no a la persona en sí y variando palabras como desagradable o frustrante en lugar de insoportable.

Reeducación emocional: propuesta por Maultsby en 1975 es un enfoque que se sigue los principios de la TRE, donde cada cliente pasa por cinco etapas

distintas: (1) comprensión intelectual, o aprender qué pensamientos son los que le llevan al trastorno emocional concreto y aprender los pensamientos racionales que le llevan a los buenos resultados; (2) práctica de transformación, o practicar las comprensiones intelectuales por medio de las imaginaciones racional-emotivas y diversas de la vida real; (3) desacuerdo cognitivo-emotivo, o enfrentarse al desaliento que proviene de sentirse todavía mal a pesar de pensar más racionalmente; (4) comprensión emocional, o reaccionar emotivamente de forma compatible con la forma de pensar racional; (5) formación del rasgo de la personalidad, o desarrollar la forma racional de pensar hasta que se haga algo habitual (Ellis y Grieger, 2002).

Auto-análisis racional: es una de las principales técnicas que utiliza Maultsby (1975 en Ellis y Grieger, 2002) dentro de la reeducación emocional, está compuesta por seis partes: A es la sección de los hechos y acontecimientos. B es la sección de la auto-conversación. C es la sección del sentimiento habitual, sobre el que la persona escribe estas cinco preguntas para pensar racionalmente: (1) ¿Esta forma de pensar es objetiva? (2) ¿Me ayudará esta forma de pensar a salvaguardar mis intereses? (3) ¿Me ayudará esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana? (4) ¿Me ayudará esta forma de pensar a no tener problemas importantes con los demás? (5) ¿Me ayudará esta forma de pensar a sentir las emociones que quiero sentir? Después viene Da, la cámara de comprobación de la sección A. Db es el debate racional de la sección B y E es la forma en que quiero sentir y actuar.

Utilización de la TREC con otras personas: Sugerir a los pacientes que ayuden a sus familiares y amigos a hacer frente a los problemas utilizando la TREC, enseñándoles sus fundamentos teóricos y cómo ponerlos en práctica.

- **Técnicas conductuales**

Relajación: Existen diferentes técnicas de relajación, una de ellas es la Relajación muscular progresiva; la cual consiste en enseñar al paciente a

relajarse por medio de ejercicios simultáneos en los que se tensan y relajan los músculos del cuerpo. Lo que se pretende es que el paciente se concentre y sea consciente de la tensión que se origina en los músculos y sea capaz de liberarse de ella (Prieto, 2004).

Asignación de tareas: Ayuda al paciente a reforzar lo adquirido durante la sesión llevando su nueva filosofía y habilidades al mundo real, además permite identificar el grado de comprensión de los principios básicos utilizados en terapia y permite conocer el progreso del paciente en forma sistemática. Por ello la asignación de tarea en la TREC, forma parte de cada sesión.

Ensayo de conducta/entrenamiento en habilidades sociales: Consiste en representar situaciones en las que el cliente siente malestar emocional o se comporta de forma inadecuada, de modo que emerjan las creencias irracionales, debatirlas y ensayar nuevas creencias racionales adecuadas para cada situación. Una vez que el paciente haya adquirido cierta habilidad en la refutación de ideas irracionales, el terapeuta puede adoptar el papel del cliente y verbalizar creencias irracionales, pidiendo al paciente que adopte el papel del terapeuta, y debata y discuta las creencias que éste manifieste. Cuando el cliente ya sabe como debatir y modificar las creencias inadecuadas, se puede comenzar el entrenamiento en habilidades sociales específicas que aparezcan cómo problemáticas o no aparezcan en el repertorio del sujeto.

Exposiciones a las situaciones temidas: Que los pacientes tengan debates cognitivos en aquellas situaciones reales que les provocan miedos intensos, se enfrenten a ellas, y permanezcan dándose cuenta de que pueden tolerar experiencias incómodas.

Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

Repetición de frases racionales: a modo de autoinstrucciones.

Biblioterapia: Ofrecer la lectura como forma de adquirir conceptos nuevos y cambiar las creencias (Prieto, 2004).

- **Técnicas emotivas**

Imaginación racional emotiva. Se trata de que los pacientes imaginen con gran vivez la ocurrencia de un acontecimiento activador o un hecho desagradable, animándoles a reaccionar con un sentimiento o conducta alterada e intensa (ansiedad, pánico, depresión), haciéndoles experimentar plenamente esa emoción no saludable antes de proceder a enseñarles a mantener la misma imagen pero experimentando un sentimiento negativo pero más saludable (frustración, decepción). Se trata entonces, de sustituir un sentimiento no saludable por otro saludable, aunque éste también sea negativo; pues no se espera que cuando ocurra un momento desagradable las personas se sientan felices (Ellis y Grieger, 2002).

Al emplear métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante, la TREC constituye un enfoque amplio y múltiple, para superar sentimientos y conductas inapropiadas, reflejadas en distorsiones cognitivas del ser humano, que surgen de errores en el procesamiento de información y se trabaja en base a ellas para desadaptarlas de la visión del mundo de las personas. La TREC genera cambios profundos aprendiendo técnicas cognitivas, emotivas y conductuales que puedan manejar en su experiencia diaria de vida.

PSICOTERAPIA GRUPAL EN PACIENTES CON CÁNCER

La psicoterapia de grupo brinda un espacio de reflexión acerca de los problemas vitales comunes que provoca vivir con una enfermedad crónica. La tarea está centrada en el ajuste y cambio de las conductas que no se adaptan

a las nuevas circunstancias que plantea la enfermedad, logrando un mejor manejo social de la misma. El grupo psicoterapéutico proporciona una experiencia grupal de cohesión y apoyo, brindando una oportunidad de intercambio entre iguales. La experiencia de la enfermedad exige revisar viejas creencias y adquirir nuevas habilidades sociales.

La psicoterapia de grupo diseñada específicamente para personas con cáncer, puede ser la mejor intervención psicosocial disponible para un gran número de pacientes. Es altamente efectiva en términos de brindar asistencia para mejorar la calidad de vida e incrementar el conocimiento sobre la enfermedad y los tratamientos (Órnelas, 2007).

Los grupos de psicoterapia tienen beneficios adicionales en forma de apoyo social y de auto-ayuda, disminuyen la sensación de estigma, reducen el aislamiento social y facilitan el aprendizaje de actitudes adaptativas y estrategias de afrontamiento ante el cáncer (Spiegel, 1994).

En comparación con la psicoterapia individual, la terapia de grupo ofrece una serie de ventajas:

1. Apoyo social. Los participantes en un grupo de apoyo pueden tener la posibilidad de crear o aumentar su red de apoyo social, reduciendo el aislamiento al que pudieran estar sometidos tras el diagnóstico de la enfermedad y confrontar los mismos problemas (Bellver, 2007).

2. El apoyo mutuo. Que se produce gracias a la terapia de grupo ofrece lo que se ha llegado a llamar el principio de "Helper-Therapy", en el cual el paciente mejora en autoestima a través de prestar apoyo a los demás y ayuda a aprender actitudes adaptativas entre los miembros del grupo (Spiegel, 1994). Al igual que ofrece la ventaja de practicar las habilidades que se adquieren durante las sesiones.

3. El coste-beneficio. La terapia de grupo permite atender a un número mayor de pacientes con un menor coste económico en el número de profesionales (Bellver, 2007).

4. El costo-tiempo. La eficacia del tiempo es clara cuando hay que enseñar información específica o ayudar a desarrollar ciertas habilidades; y éstas pueden ser presentadas a un grupo dentro de un formato breve de tipo psicoeducativo (Órnelas, 2007).

- **Objetivos de la intervención grupal**

El objetivo principal de la intervención grupal es facilitar la adaptación al hecho de vivir con cáncer (Fawzy, Fawzy y Canada, 2001 en Órnelas, 2007). Los objetivos hacia los que están dirigidos los grupos serán específicamente los que se consideren factores que deterioren la calidad de vida y la salud física de los pacientes. Los temas que generalmente se tratan dentro de un grupo de pacientes con cáncer son: comunicación con los médicos, relaciones sociales (familia, amigos, compañeros de trabajo), afrontamiento ante los tratamientos y efectos de la enfermedad, adaptación para vivir con el diagnóstico de cáncer, aspectos existenciales como la posibilidad de morir, examinar prioridades y cambio de imagen.

Otro de los objetivos prioritarios dentro de las terapias de grupo es destacar el papel activo que tiene cada persona ante su enfermedad, lo que proporciona una sensación de mayor control y dominio de la situación. Uno de los aspectos que aumentan esta sensación es la información y el cómo mejorar el cuidado de la propia salud (Bellver, 2007).

Por su parte de acuerdo con Holland (2003) las metas de estas intervenciones son: reducir los sentimientos de alienación de los pacientes mediante el contacto con otros en situación similar, disminuir la ansiedad ante los tratamientos, asistir a los pacientes para aclararles dudas y proporcionarles

información, y reducir los sentimientos de soledad, indefensión y abandono.

- **Estudios realizados**

Para muchas mujeres que sobreviven a cánceres ginecológicos y a sus tratamientos, la vida después del diagnóstico significa aprender a sobrellevar problemas serios y a largo plazo. Hasta el momento, las investigaciones sobre los efectos del diagnóstico y de los tratamientos en la esfera de la sexualidad humana son escasas.

Forester, Kornfeld y Fleiss (1985) en 1978 diseñaron una psicoterapia de grupo donde se proporcionaba apoyo y educación a los pacientes durante diez semanas. Los resultados arrojaron que los síntomas de distrés emocional y físico de los pacientes que estuvieron en el grupo se redujeron significativamente durante y después del tratamiento comparado con el grupo control. Los pacientes manifestaron que las sesiones fueron el medio que les facilitó afrontar sus emociones.

Otro estudio realizado por Fernández, Alvarado y Jurado, (2003) bajo los lineamientos de la TCC y TREC en pacientes con cáncer de mama que tratadas con quimioterapia, redujeron síntomas (diarrea, dolor, etc.) e incrementaron su respuesta natural de relajación, reportando una mejora en la escala global salud.

Por su parte Bellver (2007) analizó la eficacia de la intervención de la terapia grupal en el estado emocional y la calidad de vida en 91 mujeres con cáncer de mama, donde trabajo autoestima y habilidades de comunicación, y se entreno a las pacientes con técnicas cognitivo-conductuales para manejo de estados emocionales. Los resultados muestran un efecto de mejora estadísticamente significativo de la intervención, que se mantienen tres meses después de la finaliza el grupo.

Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez y García, (2008) evaluaron la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en 38 pacientes de cáncer de mama, y se observaron diferencias significativamente mayores entre las medidas pre y postratamiento en todas las medidas. Además del programa de intervención, los beneficios de la intervención grupal como pueden ser la oportunidad de desahogo en grupo, la cohesión que muestran ya tras la primera sesión y el sentirse comprendidas por otras mujeres que han pasado por el mismo proceso, contribuyeron en la mejora de las puntuaciones medidas.

El tema de psicoterapia grupal enfocada en sexualidad para pacientes con cáncer cervicouterino no dispone literatura especializada, a pesar de constituir una preocupación real y vigente en muchas pacientes con cáncer que la vivencian como consecuencia directa o indirecta de la enfermedad, de los tratamientos y del impacto que ambos generan.

CAPÍTULO V. PROPUESTA DEL PROGRAMA TERAPEUTICO “SEXUALIDAD Y CÁNCER CERVICOUTERINO”

El cáncer afecta el comportamiento sexual de las personas que lo padecen, en una muy alta proporción. Es sinónimo de muerte, de deterioro y de dolor, por lo que muchas personas consideran que los temas sexuales no son importantes cuando los comparan con la enfermedad.

Los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la sexualidad del paciente son numerosos: los síntomas y sus consecuencias, los tratamientos utilizados, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia. Sin embargo la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona enferma.

Se ha elegido el tema de cáncer cervicouterino por ser una de las enfermedades oncológicas más frecuentes entre las mujeres mexicanas, la enfermedad, los tratamientos y el órgano afectado, comprometen significativamente la esfera sexual, área poco atendida que afecta la calidad de vida de las pacientes. Comúnmente sólo se toma en consideración el holón de erotismo, no obstante como anteriormente se ha mencionado la sexualidad no puede ser limitada a la genitalidad, cómo Rubio (1994) ha señalado también involucra, las relaciones afectivas, el género y la reproducción.

Este tipo de neoplasias no sólo afecta la sexualidad del paciente oncológico, también hay unas alteraciones a nivel cognitivo y afectivo, en este caso, Olivares y Hernández (2006) consideran que la escasez de información sobre la sexualidad genera creencias erróneas que inciden en la calidad de vida. El impacto del diagnóstico y posteriormente el tratamiento oncológico

imponen cambios tanto en los hábitos de vida como en la percepción de sí mismo y del futuro, generando procesos de adaptación conductuales, cognitivos y afectivos, que no siempre son acertados y que generan que aspectos psicológicos como que las creencias, actitudes y valoraciones, vinculados estrechamente con la sexualidad, se vean afectadas.

De igual manera Pascau, Pérez, Piret, Viada, Ramos, Silveira, Esteves, Gastón y Torres (2006) señalan que la falta de conocimiento sobre su sexualidad y de una información acertada para afrontar la enfermedad, origina en la paciente con cáncer de cérvix alteraciones a nivel cognitivo, emocional y comportamental, afectando su calidad de vida y provocando que experimente alteraciones emocionales negativas que afectan su autoimagen y autoestima, lo que conlleva a una disminución en el deseo sexual, y a dificultades en su relación de pareja.

Para ello la TCC y TREC son intervenciones que tienen como objetivo modificar distorsiones cognitivas, que surgen de la falta de información y de errores en el procesamiento, y que afecta cómo estas mujeres perciben y viven su sexualidad.

García, García, Ballesteros y Novoa (2003) mencionan que el cáncer cervicouterino reviste una particularidad, debido a su ubicación, dado que afecta directamente el órgano sexual y reproductor femenino, impacta psicológicamente a la mujer. Por consiguiente autores como García y Cols (2003) y Pascau y Cols (2006) y Chávez, Petzelová y Zapata (2009) encuentran que la mujer con cáncer cervical o ginecológico, sufre un mayor impacto en su sistema de creencias y en su sexualidad, con respecto a esta última, evidencian desconocimiento y falta de información.

Por todo esto, García y Cols. (2003), encuentran que al brindar información nueva y acertada con respecto a la enfermedad y su tratamiento se logran modificar las creencias erróneas de forma positiva, facilitando que las

pacientes perciban la enfermedad de una manera realista y por lo tanto generen estrategias que les permita adaptarse al cáncer y su tratamiento; lo mismo sucede con su sexualidad, las pacientes evidencian cambios positivos al recibir información que les permite modificar su percepción sobre la misma y disipar los temores que se generan a partir de la falta de este tipo de información.

Es por esto que la información de los anteriores apartados no sólo fortalece teóricamente la presente tesis, sino que además, permite una mayor comprensión en cuanto a la necesidad de diseñar un programa terapéutico que tenga como propósito generar habilidades que permitan a mujeres con cáncer cervicouterino distinguir y modificar distorsiones cognitivas, que producen creencias, valores y actitudes desadaptativos e influyen en los cuatro holones que conforman la sexualidad humana, utilizando estrategias cognitivas, emotivas y conductuales que le ayuden afrontar los cambios, emocionales y conductuales que le ayuden afrontar los cambios.

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

Con la información recabada se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe un cambio positivo en las creencias, actitudes y valores, de las mujeres con cáncer cervicouterino, que participen en el programa terapéutico “Sexualidad y cáncer cervicouterino”?

Objetivo

Elaborar un programa terapéutico que permita una intervención grupal, breve y eficaz, basado en un modelo Cognitivo Conductual y Racional Emotivo Conductual, para modificar creencias, valores y actitudes en mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer cervicouterino y afectan las cuatro características que componen la sexualidad humana propuestas por Rubio

(erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético y físico).

Tipo y diseño del estudio

Se plantea que el diseño del programa sea de tipo pre-experimental dentro del mismo grupo para contrastar los efectos de la intervención. A través de un diseño pretest- postest. Este diseño exige el conocimiento previo (O1) de los sujetos del estudio antes del tratamiento (X) y su comparación con lo observado (O2) después del tratamiento: O1 X O2.

Población

El programa terapéutico está dirigido a mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino en estadios IA, IB, IIA, IIB y IIIA, en los cuales el cáncer invade el cuello uterino, el útero o el tercio inferior de la vagina, pero sin extenderse fuera de la pared pelviana y los tratamientos estén dirigidos a la curación o al control de la enfermedad, que sean mayores de 18 años y mantengan una relación de pareja estable, que no sufran ningún padecimiento psiquiátrico, que consientan en participar en el programa y no se encuentren bajo algún otro tipo de intervención psicológica, que cuenten con al menos un nivel básico de escritura y lectura. Se recomienda que el grupo que se integre sea entre 10 y 15 mujeres, ya que un número mayor de participantes dificultaría la realización de las dinámicas.

Escenario

La aplicación del programa puede llevarse a cabo en un aula o cuarto de terapia de alguna institución pública o privada, es importante que el lugar sea amplio, este limpio y ventilado, que cuente con una iluminación, sea cómodo, con asientos para todas las participantes y con contactos a la corriente eléctrica.

Variables

V.I: Programa terapéutico

Definición Teórica: (Del lat. *programma*, y este del gr. *πρῶγραμμα*). Es la exposición de un plan de distribución y orden de las partes que han de constituir un trabajo o una enseñanza; lo cual también indica una acción, en el sentido de que es algo que se desarrolla, ejecuta o lleva a cabo. La Real Academia Española define este concepto como: a) Previa declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia u ocasión. b) Proyecto ordenado de actividades, y c) Serie ordenada de operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto (López de la Llave y Pérez-Llantada, 2004).

V. D1: Creencias

Definición teórica: La creencia es lo que se considera verdadero o acertado, son sentimientos capaces de inducir a la acción, que suelen modificar la percepción, la interpretación e integración de las sensaciones y que influyen en la manera de pensar y hacer las cosas (Carrada, 2001 en Acuña y Alemán, 2004).

Definición operacional: Revisión de las Hojas de Registro auto administrado durante el programa, y los cuestionarios ¿Que es una pareja? y Mi pareja ideal, así también el Cuestionario de conocimientos.

V. D2: Valores

Definición teórica: Milton Rokeach (1976 en Alandete, 2002), considera los valores como las "inclinaciones" respecto a un comportamiento y que sirven de base para la conducta humana. También se considera "Valor" a aquellas cualidades o características de los objetos, de las acciones o de las instituciones atribuidas y preferidas, seleccionadas o elegidas de manera libre, que sirven al individuo para orientar sus comportamientos y acciones en la satisfacción de determinadas necesidades. Los valores son guías que dan determinada orientación a la conducta y a la vida de cada individuo y de cada

grupo social (REN, 2008).

Definición operacional: Impresiones que las participantes realicen del contenido de las propias Hojas de Registro, respuestas proporcionadas en el ejercicio de Distorsiones cognitivas y los cuestionarios ¿Que es una pareja? y Mi pareja ideal.

V. D3: Actitudes

Definición teórica: Una actitud según Schellenberg (1993 en Barclay, 2003), es una orientación relativamente duradera hacia un objeto o experiencia. Rodríguez por su parte (1997 en Sánchez, 2003), define a la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente como las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Una actitud es una predisposición a responder a un objeto, y no la conducta efectiva hacia él. Es persistente, lo que no significa unívocamente que sea inmutable. Produce consistencia en las manifestaciones conductuales y tiene una cualidad direccional (Summers, 1976).

Definición operacional: Revisión de la columna C (Consecuencias) de las Hojas de Registro y los cuestionarios ¿Que es una pareja? y Mi pareja ideal.

Procedimiento

Fase I. Diseño del programa terapéutico. Su diseño se llevó a cabo a través de la revisión de bibliografía. Su elaboración se basó en textos teóricos y prácticos acerca del cáncer cervicouterino y sus tratamientos, la sexualidad humana y las terapias Cognitivo Conductuales y la Racional Emotiva Conductual.

Fase II. Captación de mujeres con cáncer cervicouterino.

Fase III. Aplicación del programa "Sexualidad y cáncer cervicouterino" con una duración de 27 horas aproximadamente divididas en 12 sesiones, dos veces a la semana. El programa contiene como elementos principales ejercicios que permiten conocer acerca de su enfermedad y los tratamientos oncológicos a los que se ven sometidas, ejercicios enfocados a distinguir y modificar distorsiones cognitivas, que producen creencias, valores y actitudes desadaptativos e influyen en los cuatro holones que conforman la sexualidad humana y reemplazarlos por otros mas eficientes.

Durante la primera sesión se entregará en forma personal a cada paciente una carta de consentimiento, una ficha de identificación. Los instrumentos que servirán para la valoración pre-test, incluyen un cuestionario de conocimientos sobre los temas que se tratarán en las sesiones formado por treinta preguntas, también se tomarán en cuenta para la valoración pre-test, las hojas de registro diario y el formato de distorsiones de la percepción en el que se valoran su frecuencia. Además los cuestionarios ¿Que es una pareja? y Mi pareja ideal.

Fase IV. Evaluación pos-test. Una vez concluido el programa terapéutico "Sexualidad y cáncer cervicouterino" se inicia la evaluación de sus resultados aplicando el mismas set de instrumentos del pre-test. También se tomarán en cuenta las hojas de registro para comprobar los cambios presentados y el cuestionario que evalúa el programa.

Carta descriptiva

Está propuesta consta de 12 sesiones con una duración de entre dos horas y dos horas con treinta minutos aproximadamente cada sesión, que se llevarán a cabo dos veces a la semana, en una espacio terapéutico donde las pacientes se sienta seguras y en confianza, se sugiere que se un lugar amplio, ventilado con iluminación adecuada y alejada de ruidos que puedan entorpecer el proceso.

- **Sesión 1**

Es fundamental establecer una relación cordial entre las participantes y la terapeuta con el objetivo de crear un ambiente de confianza entre ellos, propiciando el diálogo abierto en las sesiones a lo largo de programa.

1. Presentación del terapeuta y los participantes.

Objetivo: Introducción al programa y presentación de las participantes para que se sientan en un clima de confianza, y se integren en el grupo.

Duración: 20 min.

Desarrollo: Juego de presentación "Repita mi nombre". Primero se pide a los participantes se sienten formando un círculo, de manera que todas puedan ver los rostros de las demás, cada una se presenta diciendo su nombre, quien se encuentre a la derecha continua con la presentación diciendo su nombre y el nombre de la persona que se presento antes. Así sucesivamente hasta que la persona que se encuentra a la izquierda de la primera persona que se presentó dice su nombre y el de todos los demás.

2. Consentimiento informado

Objetivo: Que la participante tenga el conocimiento suficiente de los beneficios del programa terapéutico de manera que le permita hacer una evaluación razonable que sirva a sus objetivos y valores, para poder tomar una decisión libremente.

Duración: 10 min.

Material: Carta de consentimiento informado, bolígrafos.

Desarrollo: Se entregará en forma personal a cada paciente una la carta de consentimiento informado en la que expresa su acuerdo a participar en el programa terapéutico y una ficha de identificación.

3. Ficha de identificación

Objetivo: Recabar los datos básicos de cada una de las participantes.

Duración: 10 min.

Material: Ficha de identificación, bolígrafos.

Desarrollo: A cada participante se le entregara una ficha de identificación con los datos que se solicitan. Indicándoles la importancia de contestar correctamente todos los reactivos y asegurándoles la confidencialidad de dichos datos.

4. Cuestionario de conocimientos

Objetivo: Conocer con cuanta información cuenta cada participante sobre su enfermedad, los tratamientos y los conceptos que se manejarán en el programa.

Duración: 20 min.

Material: Cuestionario de conocimientos, bolígrafos.

Desarrollo: Cada participante contestara el cuestionario la ficha de identificación con los datos que se solicitan. Recalcando la importancia de este, dado que permitirá tener un perfil individual para brindarles retroalimentación de los puntos débiles que hay que fortalecer.

5. Se expondrán brevemente los siguientes temas

Objetivo: Que las participantes conozcan los objetivos del programa y las temáticas a tratar.

Duración: 30 min.

Material: Proyector

Desarrollo:

➤ ¿Qué es la sexualidad?

La sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicológicos, sociales, etc. Que se vive y se expresa a través de pensamientos, creencias, actitudes, valores, conductas, relaciones interpersonales. Ésta se construye a partir de lo que un grupo social entiende y lo que a cada individuo le significa; se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con otros le hacen vivir.

➤ Teoría de los cuatro holones y cómo se ven afectados por el cáncer

cervicouterino

Rubio describe la sexualidad (CONAPO, 1994) como una abstracción y afirma que ésta es el resultado de la integración de cuatro características humanas: la reproductividad, el género, el erotismo, y la vinculación afectiva interpersonal.

Esta teoría explica que cada una de estas características tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio e interactúan unos con otros.

- El Holón de la reproductividad: Se refiere a la posibilidad humana de producir individuos y a las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad, en el caso cáncer cervicouterino la menopausia como motivo de la finalización de la capacidad reproductiva.
- El Holón del género: se define como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las: masculino y femenino. Siendo la identidad de las mujeres con cáncer, es decir la capacidad de sentir, pensar, vivir y reconocerse como mujer un aspecto comprometido.
- El Holón del erotismo: en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana, propuesta en 1996 por Master y Johnson que consta de 4 fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Estas fases pueden ser dañadas por los tratamientos oncológicos.
- El Holón de la vinculación afectiva interpersonal: Se refiere a la capacidad de sentir afectos por el otro ser humano. Como las relaciones de pareja.

Creencias, valores, actitudes y su importancia dentro de la sexualidad

- Las creencias son aquello que se considera verdadero, sentimientos capaces de inducir a la acción, que suelen modificar la percepción, la interpretación influyendo en la manera de pensar y hacer las cosas.
- Los valores son criterios o juicios que orientan las normas,

opiniones, conductas y las actitudes de las personas

- Las actitudes son orientaciones hacia un objeto o situación dotada de una carga afectiva en favor o en contra, que predispone a una acción coherente como las cogniciones, afectos y las conductas.

Cualquier enfermedad crónica, sea del origen que sea, pueden afectar la salud sexual por razones orgánicas y psicológicas, el impacto del diagnóstico y posteriormente el tratamiento oncológico producen alteraciones a nivel cognitivo, emocional, y comportamental, afectando la calidad de vida y generando que aspectos psicológicos como que las creencias, actitudes y valoraciones, vinculados estrechamente con la sexualidad, se vean afectadas.

6. Aclaración de dudas y expectativas

Objetivo: Que las participantes den a conocer las dudas que tengan sobre los objetivos del programa y las temáticas a tratar, y las expectativas que tienen al finalizar el programa.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se resuelven las dudas que las participantes puedan plantear y se hace referencia a que entre las expectativas pueden plantearse algunas son viables y otras no se abordarán durante el programa.

7. Cierre

Material: Anexo "TCC, TREC y CREENCIAS"

Duración: 25 min.

Desarrollo: A nivel grupal se discutirá sobre la importancia de conocer los temas que el programa plantea y de tener la oportunidad de conocer estrategias que les permita mejorar su calidad de vida.

Asignación de tarea: lectura del anexo "TCC, TREC y CREENCIAS" con el objetivo de que las pacientes conozcan en qué consisten los modelos bajo los cuales se realizará el programa y conozcan los diferentes tipos de creencias a los cuales se enfrentarán.

- **Sesión 2**

Los problemas emocionales son consecuencia de pensamientos desadaptativos, las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan, la identificación de sus pensamientos disfuncionales y reemplazarlos por otros más eficientes permite alcanzar metas con más eficacia.

Las creencias irracionales, son dogmáticas o absolutas y se expresan en forma de exigencia, obligación, o necesidad imperiosa; en términos de "debería", "necesito", "tienes que", etc., de tal forma que su no-consecución provoca emociones negativas inapropiadas y desadaptativas como: depresión, cólera, culpabilidad o ansiedad, que interfieren en la persecución y obtención de metas y producen alteraciones emocionales y conductuales.

1. Relajación con imaginación guiada

Objetivo: Preparar la mente y el cuerpo para la dinámica, elevando el nivel de energía y aumentando la duración de la atención plena en el aquí y ahora para una mayor captación de la información

Material: Grabadora, CD con música instrumental suave.

Duración: 30 min.

Desarrollo: La instrucción es: sentada de una forma firme y recta en una silla, con los pies tocando el piso, la espalda bien recargada en el respaldo de la silla, las manos sobre los muslos, cerrando los ojos, la cabeza inclinada ligeramente hacia abajo, en silencio contamos lentamente inhalando "uno", exhalamos "dos", hasta llegar a "diez", ahora piensa en algo que te haya molestado, puede ser cualquier cosa, grande o pequeña, imagina que tienes una varita para hacer burbujas en una mano y una botella con jabón líquido en la otra, imagina que sumerges la varita dentro de la botella, ahora soplas el aro de la varita y empieza a formarse una burbuja enorme, mientras se forma la burbuja imagina como tu sentimiento o preocupación se mete en la burbuja, mira tu burbuja, obsérvala, y mira cómo se aleja llevándose tu preocupación,

déjala ir y siente cómo te despojas de ese sentimiento molesto. Ahora respira profundamente, inhalando por la nariz y exhalando boca, otra vez, percibe cómo te sientes y di, yo puedo confiar en lo que pase y lo que decida es una forma de aprendizaje para mi bienestar, por que soy vida, soy un ser armonioso y equilibrado y puedo con esta situación, soy capaz. Lentamente comienza a moverte y abre tus ojos muy despacio.

Es importante dar un tiempo para comentar ¿cómo se sintieron?

2. Creencias irracionales

Objetivo: Ejemplificar el ABC de Ellis para que las participantes identifiquen y diferencien sus elementos para poder modificarlos.

Material: Anexo “TCC, TREC y CREENCIAS”, hojas de Registro, lápices y gomas para borrar.

Duración: 45 min.

Desarrollo: Retomando la lectura que se asignó como tarea en la sesión anterior, es importante que las participantes comenten, ¿Si el texto fue comprensible?, ¿Si les produce dudas? o si por el contrario identificaron que en su vida cotidiana utilizan algunas de las enunciaciones que están impresas en el texto por ejemplo: “tengo que...”, “debo de...”, se hará hincapié en el marco A-B-C.

Después de comentar la tarea, se formaran parejas de dos personas y a partir del ejemplo dado, deberán identificar los componentes del marco A-B-C y responder la hoja de registro, este procedimiento mostrará cómo están asociados nuestros pensamientos con nuestras emociones y nuestras conductas, en que situaciones e produce y que consecuencias tienen.

Ejemplo: Sara tiene 26 años, ella no es tan delgada como debería ser tampoco es muy alta por lo que no se siente atractiva. Su hermana le presento a un hombre con el que piensa que debería tener una relación. Cuando lo va a conocer estaba muy nerviosa y no presto atención al tiempo por lo que llego

tarde a la cita, esto agravio su nerviosismo y que no dejara de pensar que era torpe y que seguramente él la imaginaría como una persona desconsiderada y poco confiable. Sara estaba tan incómoda que decidió marcharse lo antes posible.

Es importante que las participantes comentan que dificultades encontraron durante la elaboración de la actividad, animando a que compartan sus resultados, como llegaron a ellos y las opciones que podrían usar en una situación similar.

3. El lenguaje de la sexualidad

Objetivo: Desarrollar un adecuado vocabulario que evite que las participantes se inhiban para hacer preguntas por desconocer el nombre técnico correcto.

Material: Hojas y marcadores.

Duración: 35 min.

Desarrollo: Técnica: “Enriquezca su vocabulario”. Se divide al grupo en dos equipos, a cada uno se les entrega una hoja y un marcador, dándoles como tiempo límite 4 min. y alentando la competición se les pide que escriban todos los sinónimos de las siguientes palabras: pene, vagina, tobillo, coito, senos, pestaña, homosexual. Al terminar una persona de cada equipo hará de relator y leerá las respuestas para dar paso a una discusión dirigida a uso de la terminología técnica correcta.

4. Cierre

Material: Anexo “TCC, TREC y CREENCIAS”

Duración: 25 min.

Desarrollo: las participantes intercambiarán sus impresiones acerca de la reestructuración cognoscitiva que realizan al utilizar los registros y como les puede ayudar a identificar las cogniciones y el papel que juegan en la aparición de las emociones y el comportamiento.

Asignación de tarea: A cada participante se le entrega una hoja de registro que rellenara en casa con situaciones en la que tenga que ver con la enfermedad, la pareja, su identidad como mujer, los tratamientos o las secuelas que su cuerpo ha experimentado después del cáncer.

- **Sesión 3**

En la teoría de TREC, las creencias racionales se consideran están en el centro de la salud psicológica y el objetivo principal de la TREC es ayudar a los clientes a cambiar sus creencias irracionales en las creencias racionales, las cuales se consideran coherentes con la realidad, lógicas y conducen a resultados predominantemente saludables para la persona y sus relaciones, así como facilitar su búsqueda de sus objetivos personalmente significativos (es decir, son empíricos, lógicos y funcionales).

Por último, la teoría de TREC plantea que las creencias racionales, es decir, las preferencias, contra la mortificación de creencias, son premisas verdaderas, pues las podemos comprobar empírica y/o lógicamente, protegen mi vida, son constructivistas por lo cual facilitan el logro de mis metas, evita problemas con los demás y difícilmente producen emociones negativas.

1. Ejercicio revitalizante

Objetivo: A través de ejercicios suaves estirar los músculos de la espalda, para fortalecer y revitalizar suavemente todo el cuerpo al tiempo que lo oxigenan.

Material: Colchonetas, Grabadora, CD con música suave

Duración: 30 min.

Desarrollo: La instrucción es:

1. Sentadas en una silla, entrelazamos los dedos y los colocamos en la nuca. En esta posición empujamos la cabeza hacia atrás con cierta fuerza. Con esto relajamos las cervicales.

2. Al acabar, dejamos caer los brazos muertos a los lados. Desde esa

posición y todavía sentados con las piernas abiertas, bajamos los codos hasta tocar las rodillas y vamos dejando caer la cabeza hasta que quede entre las piernas. Mantenemos la posición 10 segundos y volvemos a subir con suavidad. Resulta muy oxigenante.

3. Pasamos a realizar un ejercicio de suelo, colocando una colchoneta frente a una pared. Nos tumbamos en ella y apoyamos los pies en la pared, haciendo un ligero ángulo pero manteniendo las piernas estiradas (sin doblar las rodillas). Tiramos de ellas hacia arriba como si quisiéramos subir por la pared, elevando ligeramente la parte inferior del tronco. Repetimos.

4. Luego, tumbados completamente sobre el suelo con los brazos en cruz, doblamos las rodillas hacia arriba con las piernas juntas y las dejamos caer así, por turnos, a cada lado del cuerpo, hasta que una de las piernas descansa lateralmente sobre el suelo, mientras el torso sigue mirando de frente. Mantenemos 10 segundos en cada posición.

2. Creencias racionales

Objetivo: Presentar las principales características de las creencias racionales y sus efectos.

Material: Tarjetas con cada una de las características, pelotita suave, grabadora, CD con música rítmica, caja de cartón.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Sentadas en círculo, se colocaran las tarjetas con las características de las creencias racionales en una caja que impida verlas, al ritmo de la música las participantes se lanzaran la pelotita, cuando la música se detenga quien tenga la pelotita tendrá que tomar una tarjeta y dar un ejemplo relacionado con la característica impresa en ella.

3. Autoafirmaciones

Las autoinstrucciones, autoafirmaciones o autodiálogo es un diálogo interno que condiciona tanto nuestra conducta como los resultados de la misma. Afirmar significa poner firme o dar firmeza, asegurar o dar por cierta alguna cosa. Las afirmaciones positivas se usan para la visualización y para el

logro de metas, en tanto que las afirmaciones negativas producen resultados negativos.

Las afirmaciones positivas tienen las siguientes características.

Son en primera persona.

Se enuncian en presente.

Son positivas

Son concisas

Son creadoras de algo nuevo

Con la palabra clave de la limitante que se quiere superar (incapacidad por capacidad, inadecuado por adecuado, desmerecimiento por merecimiento, maldad por bondad, ignorancia por sabiduría, culpa por inocencia, lucha por placer, etc.)

Con sentido elevado, que nos invite a repetirla una y otra vez.

Con sentido de permanencia (plena, absoluto, siempre, a cada rato etc.)

Ejemplos:

Me amo a mi mismo pase lo que pase.

Tengo todo lo que necesito para conseguir todo lo que quiero.

Me acepto tal y como soy.

Soy inocente.

Me atrevo a ver mi propio valor

Objetivo: que las participantes conozcan las características de las autoafirmaciones y formulen algunas que puedan incorporar en la vida diaria.

Material: Espejo de preferencia de cuerpo completo.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Cada participante elaborará una autoafirmación y en voz alta la dirá frente a un espejo. Al terminar de cara al grupo la repetirá en voz alta.

4. Cierre

Material: Hoja de registro.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se realizará un intercambio a nivel grupal de las experiencias, destacando las sensaciones, los pensamientos y su conducta, además de las dificultades o facilidades que tuvieron. Y calificaran con una afirmación su experiencia durante la sesión.

Asignación de tarea: A cada participante se le entrega una hoja de registro que rellenara en casa y formularán un ejemplo de una creencia racional e integrarán lo que se ha trabajado en esta sesión en su rutina diaria.

- **Sesión 4**

No sólo los acontecimientos son responsables de cómo nos sentimos o de cómo actuamos, sino que nuestros pensamientos, es decir, la interpretación y el significado que damos a las situaciones, son los que nos hacen sentir de una determinada manera y lo que nos impulsan a actuar en una cierta dirección. Todos tenemos algunos pensamientos que son razonables y beneficiosos, que nos hacen sentir de una forma adecuada para poder actuar y conseguir nuestros objetivos y otros pensamientos no razonables y prejudiciales, que producen emociones desagradables, originan problemas e impiden buscar soluciones a los mismos.

1. Ejercicio Baile libre

Objetivo: liberar tensiones, energizar y desinhibir a las participantes.

Material: Grabadora, CD con músicaailable.

Duración: 15 min.

Desarrollo: La instrucción: vamos a bailar como nos lleve la música moviéndonos de lugar y moviendo todo el cuerpo con total libertad.

2. Revisión de la tarea

Objetivo: Comentar y corregir dificultades en su elaboración.

Duración: 20 min.

Desarrollo: Se conversa con ellas acerca de la ejecución de la tarea, las

dificultades en su realización y se les invita a compartir voluntariamente con las demás algunos de las ideas que escribieron.

3. Distorsiones cognitivas

Objetivo: Que las participantes identifiquen las distorsiones cognitivas, a fin de poderlos enfrentar y superar.

Material: Anexo “Distorsiones de la percepción de la realidad más comunes”

Duración: 30 min.

Desarrollo: Para identificar estas distorsiones a cada participante se le entregara un anexo “Distorsiones de la percepción de la realidad más comunes” en que identificaran las distorsiones que más cometen y valorarán su frecuencia. Al terminar se pedirá a las participantes ejemplos de las distorsiones que comúnmente cometen, y desde una perspectiva realista se cuestionan para de esta manera confrontarlo con la realidad.

4. Sexo y sexualidad

Sexualidad se utiliza como sinónimo de procreación, de genitalidad, de relaciones cóitales, de orgasmo, sin embargo es un concepto muy amplio que va más allá de lo que comúnmente se entiende por sexual.

Objetivo: Que las participantes diferencien estos conceptos que se han utilizado indistintamente.

Material: Papel Bond y marcadores

Duración: 25 min.

Desarrollo: Técnica: “Acróstico”. Se escribe la palabra SEXUALIDAD en sentido vertical y se pide a las participantes que digan palabras que empiecen por cada una de las letras, especialmente aquellas que tengan que ver con sexo, genitalidad o sexualidad.

SEXO: El término “sexo”. Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos

SEXUALIDAD: El término “sexualidad” se refiere a una dimensión

fundamental del hecho de ser un ser humano: incluye al género, el erotismo, la vinculación afectiva y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

5. Collage

Objetivo: Esta actividad ayudará a las pacientes a ampliar el concepto que tiene de lo que la sexualidad significa y cómo lo han interpretado.

Material: Revistas, Resistol, cartulinas, hojas de colores, lentejuelas, diamantina, plumas, marcadores, tarjeta impresa con la definición que la OMS tiene de la sexualidad.

Duración: 40 min.

Desarrollo: Realización de un collage: Se divide el grupo en dos, un equipo elaborará un collage que simbolice sus creencias, actitudes y valores en relación a lo que “ha significado” para ellas la sexualidad. Al otro se le ofrece una tarjeta impresa con la definición de la OMS (2006) “La Sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. Después las participantes mostrarán su trabajo y los compararán, en esta fase se alentará la participación de todas.

6. Cierre

Duración: 25 min.

Desarrollo: Las participantes reflexionaran sobre la importancia de diferenciar correctamente los términos y los elementos que los componen, así

cómo la comparación entre lo que consideran que es la sexualidad, y cuales han sido las distorsiones que la envuelven.

- **Sesión 5**

Cuando algún aspecto de la humanidad es ignorado aparecen los mitos para explicarlos. Los mitos protegen o generan en las personas ansiedad, inseguridad, también transmiten valores y creencias. Alrededor de la sexualidad existen mitos y verdades que se transmiten en todos los contextos en los que nos desarrollamos como personas, el problema es que se dificulta reconocer unos de otros, puesto que los mitos se perpetúan como verdades

Los mitos sexuales son relatos fabulosos con apariencia de realidad, que contienen información sexual equivocada o que carece de valor científico demostrable aunque sean aprobadas por muchas personas.

1. Relajación instantánea

Objetivo: que las participantes aprendan a liberar tensiones a partir de ordenes verbales o afirmación de forma rápida y efectiva.

Duración: 20 min.

Desarrollo: la instrucción es: Póngase cómodo y respire profundamente cinco veces tómese su tiempo para hacerlo... piense en una palabra como: relájate, tranquilo, éxito, paz, una palabra creada por ti, o alguna que conozcas y que te guste. Piense en esa palabra, tome aire, sensualícela, obsérvala en su interior y exhale el aire... es su palabra mágica que le va a dar relajación instantánea cada vez que lo necesite.

Es importante dar un tiempo para que las participantes elaboren otras afirmaciones, y para comentar ¿cómo se sintieron?

2. Mitos

Objetivo: Que las participantes conozcan los mitos y las verdades

alrededor de la sexualidad, así como sus actitudes ante ciertas afirmaciones.

Duración: 35 min.

Materiales: Masking tape, tarjetas.

Desarrollo: Se trazara con masking tape una línea que divida el aula en dos partes. En el piso se coloca del lado derecho una tarjeta con las palabras de acuerdo y del lado izquierdo las palabras en desacuerdo. Serán leídas una serie de frases acerca de la sexualidad y el tendrá que avanzar hacia el lado que represente lo que piensen respecto a cada frase y argumentar su decisión. Cada uno de los argumentos será debatido, el debate se dirigirá a eliminar los mitos que han sido asimilados en su vida.

3. Anatomía y fisiología de la mujer

Objetivo: Que las participantes conozcan la anatomía y fisiología de los órganos genitales femeninos, para una mejor comprensión de su asociación e importancia en el cáncer cervicouterino.

Duración: 30 min.

Materiales: tres rompecabezas de los órganos femeninos.

Desarrollo: Se dividirá al grupo en tres partes, que tendrán menos de 1 minuto para armar y colocar correctamente todas las partes del rompecabezas, cada equipo expondrá su rompecabezas y brevemente explicara las funciones de las partes que lo integran, al final se recompensara al equipo que mas aciertos tuvo.

Genitales externos.

- Vulva: Engloba los genitales externos femeninos, desde el monte de Venus, pasando por los labios mayores, hasta el perineo (espacio entre la vagina y el ano).
- Monte púbico: Es la zona situada sobre el hueso púbico, es una especie de almohadilla de tejido adiposo cubierto por piel y vello púbico. La presión por esta zona produce una estimulación indirecta del clítoris.
- Labios mayores: Son los pliegues de piel que cubren y protegen los labios menores. Formados por tejido adiposo y cubiertos de vello.

- Labios menores: Se encuentran dentro de los mayores y protegen la entrada de la vagina y del meato urinario. Son delgados y no tienen vello. El tamaño y color de éstos varía de unas mujeres a otras.

- Clítoris: Es la parte más sensible y está formado por glándula (la parte visible), capuchón (la piel que lo cubre) y cuerpo (dos brazos internos que rodean la vagina) y se localiza justo por debajo del punto de unión superior de los labios menores. La función de este órgano es producir placer, no tiene ninguna otra.

- Ano: Es la abertura para expulsar las heces de los intestinos. Es una zona muy sensible, ya que está repleta de terminaciones nerviosas, las cuales con una estimulación adecuada, pueden producir placer.

Genitales internos

- Trompas de Falopio, miden de 10 a 12 cm. de largo, desempeñan un papel muy importante en la fecundación del óvulo ya que ésta se lleva a cabo en el interior en la porción cercana al ovario. Permiten el avance de los espermatozoides por el interior hasta encontrarse con el óvulo y finalmente conducir el óvulo ya sea fecundado o no a la cavidad del útero.

- Ovario: Son dos órganos del tamaño y forma de una almendra, que se modifica de acuerdo al momento del ciclo menstrual. En ellas se encuentran los óvulos que se irán liberando cada mes durante toda la edad reproductiva. Son los principales productores de las hormonas femeninas, el estrógeno y la progesterona.

- Útero: Está situado en la pelvis, es también conocido como matriz. Es un órgano hueco, destinada a albergar y proteger al feto. Por delante tiene a la vejiga y por detrás está el intestino delgado y el recto. Su cavidad es triangular, que en el interior arriba y a ambos lados se encuentran unos pequeños orificios, son la desembocadura de las trompas uterinas y en la parte inferior, en el centro, se encuentra otro orificio que es el orificio cervical interno que se continúa con el canal endocervical y es por donde sale la sangre menstrual y también el feto, la placenta y las membranas durante el parto.

- Cuello del útero ó cérvix, esta situado en la vagina, es más corto que el útero, mide 3 cm. Tiene el aspecto de un cilindro y dos orificios: el interno que se continúa con la cavidad uterina y el externo que se aprecia al colocar un espejo vaginal, ambos están unidos por el canal endocervical. Esta zona, es el sitio por excelencia que daña el VPH.

- Vagina: Está entre el útero y la vulva, es el órgano de la cópula, conduce hacia el exterior la sangre menstrual y es el canal de salida durante el parto. En condiciones normales, es un conducto virtual ya que sus paredes se juntan unas con otras. Es aplanada y orientada hacia arriba y atrás, mide entre 7 u 8 cm. De longitud, siendo su pared posterior un poco más larga que la anterior y su ancho promedio es de dos centímetros y medio a tres, aunque hay diferencias de mujer a mujer. Su superficie interna tiene una gran cantidad de arterias y venas recubiertas por su capa mucosa, es rugosa por la presencia de pliegues, lo cual le permite una gran elasticidad.

4. Cuerpo y Placer

Objetivo: facilitar el reconocimiento del cuerpo, su visualización como parte del proceso de desgenitalizar la erótica y el placer.

Duración: 20 min.

Material: Cartulinas, hojas de colores, marcadores y cinta adhesiva.

Desarrollo: Se divide el grupo en dos o cuatro equipos, dependiendo el numero de participantes, cada quipo dibujará una mujer sobre una cartulina, y se las invita a que coloquen etiquetas donde consideren que tiene cada uno de los cuerpos siente placer.

5. Cierre

Duración: 20 min.

Desarrollo: A nivel grupal se comentará cómo se sobredimensiona la importancia de las zonas genitales en el placer erótico y además, también comentaremos que para que esas zonas erógenas efectivamente resulten placenteras no basta con estimularlas, son necesarias más cosas: deseo,

ausencia de miedo, estar relajada, etc.

Asignación de tarea: se le pedirá a cada participante que identifique en su vida diaria los mitos de la sexualidad que escucha y observa y los registre en una hoja que entregará

- **Sesión 6**

1. Regala una sensación

Objetivo: Sensibilización corporal, cómo parte integral de la sexualidad.

Material: Distintos objetos capaces de ofrecer sensaciones variadas en su contacto con el cuerpo, grabadora, CD con música de diferentes ritmos.

Duración: 20 min.

Desarrollo: Se divide al grupo en dos partes iguales. Los que van a recibir las sensaciones se colocan en postura cómoda, con los ojos cerrados, silenciosos y receptivos. Los que regalan sensaciones buscan o se reparten los objetos con qué darlas. Las sensaciones no tienen por qué ser necesariamente agradables. Los que regalan sensaciones van pasando por distintos objetos de manera que todos tengan ocasión de percibir las diferentes experiencias. Después se invierten los lugares.

2. ¿Qué es el cáncer cervicouterino?

Objetivo: que las participantes conozcan más sobre su enfermedad.

Duración: 30 min.

Material: Proyector, laptop.

Desarrollo: Se expondrá brevemente acerca del cáncer cervicouterino y los tratamientos principales.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad en la cual las células sanas del cuello uterino se convierten en cancerosas y comienzan a crecer de forma incontrolada infiltrándose en los tejidos adyacentes mediante los vasos linfáticos y sanguíneos, destruyéndolos. Crece lentamente, se inicia con

cambios precancerosos benignos llamados Displasia Cervical, o Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) donde aparecen células anormales que comienzan a crecer y se diseminan al cuello uterino y a las áreas circundantes. Existen tres grados NIC que se basan en que tan anormales parecen las células: NIC 1 se refiere a las células con una apariencia levemente anormal. NIC 2 se refiere a las células con una apariencia moderadamente anormal. NIC 3 se refiere a células que tienen una apariencia severamente anormal, también conocido como carcinoma in situ. Esta anomalía marca el primero de una serie de cambios progresivos que llevan al cáncer cervicouterino, un proceso que probablemente se lleva años. El cáncer cervical se inicia como displasia, progresa a carcinoma in situ y finalmente se transforma en cáncer invasor.

Tipos de cáncer cervicouterino: se dividen en dos tipos dependiendo del tipo de célula dentro del cérvix en donde se inició el cáncer, sin embargo ambos tipos se tratan habitualmente de la misma forma y los índices de supervivencia son bastante similares (Hartman y Loprinzi, 2005).

El VPH es el principal factor de riesgo aunque no el único.

El CaCu tiene cuatro etapas: I El cáncer está confinado al cérvix; II El cáncer se ha diseminado más allá del cérvix pero dentro de la pelvis; III El cáncer se ha diseminado a la vagina, la pared pélvica o los nódulos linfáticos cercanos; IVA El cáncer se ha diseminado a órganos cercanos, y distantes.

Los tratamientos: tienen como objetivos la curación y el control de la enfermedad. El tratamiento dirigido al control se emplea en los tumores para los cuales no es posible la cura, sin embargo, se intenta que la enfermedad no avance al mismo ritmo. Por último está la paliación que se aplica cuando la cura es imposible; su finalidad es disminuir los síntomas que provocan al paciente incomodidad. Los principales tratamientos son: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Cualquiera de ellas puede ser utilizada como tratamiento neoadyuvante (primer tratamiento); tratamiento adyuvante (posterior a un primer tratamiento); o como tratamiento concomitante (al mismo tiempo que otro tratamiento).

En la cirugía: se extirpa la totalidad o parte del tumor, incluyendo los tejidos vecinos potencialmente afectados. Pueden ser utilizados los siguientes

procedimientos quirúrgicos: 1) Procedimientos quirúrgicos menores. Estos son mínimamente invasores y pueden usarse para tratar una condición precancerosa y cánceres cervicales en etapas tempranas. 2) Histerectomía total y radical. 3) Traquelectomía radical.

Radioterapia: Es el tratamiento que persigue la curación del enfermo y la esterilización del tumor, así como la preservación del órgano afectado con el menor deterioro funcional posible. Consiste en el uso de radiación de alta energía para eliminar las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. Hay dos tipos de radioterapia: 1) La teleterapia o radiación externa, durante esta se dirigen rayos X de alta energía hacia el cáncer y un margen pequeño de tejido sano circundante. 2) La braquiterapia o radiación interna. La fuente de radiación se coloca dentro del cuerpo teleterapia o radiación externa

Quimioterapia: es la administración de medicamentos anticancerígenos por vena o de forma oral para eliminar las células cancerosas, que viajan a través de todo el cuerpo. Puede administrarse para tratar el cáncer ya sea antes o después de otros tratamientos, o sola y es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o radioterapia. Puede usarse un solo medicamento o una combinación de quimioterapéuticos.

Después de la exposición se alentara a las participantes a que realicen preguntas y comentarios sobre el tema, buscando contrastarlas con su esquema de creencias y eliminen o modifiquen las falsas creencias, actitudes y valores formados por la falta de información.

3. Si fuera, sería

Objetivo: Dinámica que consiste en crear analogías en torno a la sexualidad, incorporando nuevas experiencias y narraciones sobre las sexualidades y los placeres.

Materiales: Etiquetas.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Sobre etiquetas se escriben diferentes categorías que puedan relacionarse con los sentidos. Algunos ejemplos: sabor, música,

textura, objeto, olor, canción, ropa, color, comida, parte del cuerpo, etc. Cada participante cogerá al menos 2 etiquetas, al azar. La dinámica consiste en realizar las analogías a partir de las categorías nombradas. Ejemplo: “Si la sexualidad fuera “un color”, sería...”. Y explicar la analogía para que todas puedan visualizar las conexiones.

4. Dar y recibir afecto.

Objetivo: Reiterar que la sexualidad no se limita a las relaciones cóitales, también hay otras áreas como las afectivas, los sentimientos, los pensamientos.

Duración: 20 min.

Desarrollo: Sentadas en círculo por quipos de tres o cuatro personas, una por una deberá mencionar tres cualidades o capacidades que reconoce de cada una de las otras personas del equipo, siendo honesto y sin permitir falsas alabanzas al expresar aquello que se valora de forma específica y detallada. Ejemplo: "me agrada el color de tu cabello".

5. Cierre

Duración: 20 min.

Desarrollo: Al terminar si animara a que de forma voluntaria compartan sus sensaciones y que pensamientos y emociones se desataron.

Al cerrar se mencionara la importancia de saber reconocer y aceptar que todos tenemos capacidades y límites así como defectos y cualidades.

- **Sesión 7**

1. Relajación Muscular Progresiva

Objetivo: Tranquilizar las tensiones mediante la conciencia de uno mismo, enfocando la energía hacia objetivos positivos.

Duración: 40 min.

Materiales: Grabadora, CD con música instrumental.

Desarrollo: La instrucción es: Comenzaremos con tres series de

inspiración-espирación

1. **Manos.** Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.
2. **Bíceps y tríceps.** Tensar los bíceps cuidando que no tensemos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
3. **Hombros.** Tirar de ellos hacia atrás y relajarlos.
4. **Cuello.** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
5. **Cuello.** Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no es recomendado).
6. **Boca.** Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.
7. **Lengua.** Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.
8. **Ojos.** Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
9. **Respiración.** Inspira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; expira y respira normalmente durante 15 segundos. Después expira echando todo el aire que sea posible; entonces expira un poco más; respira normalmente durante 15 segundos.
10. **Espalda.** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.
11. **Glúteos.** Ténsalas y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
12. **Muslos.** Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el

estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.

13. **Estómago.** Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.

14. **Pies.** Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

15. **Dedos.** Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

16. **Acabamos con tres series de inspiración-espiración.**

Es importante dar un tiempo para comentar ¿Qué sensaciones tuvieron? ¿Qué les pareció? ¿Cómo se sienten después de realizada la actividad?

2. Tratamientos, secuelas y respuesta sexual humana

Material: Tríptico

Duración: 30 min.

Desarrollo: Sesión en la que las participantes compartan cuales fueron los cambios que advirtieron a partir de su experiencia con la enfermedad y los tratamientos a los que fueron sometidas, con ayuda del tríptico “cambios en la respuesta sexual humana” se revisarán los cambios en la respuesta sexual humana.

Algunas de las alteraciones son:

- **Cirugía:** Si bien la histerectomía puede causar dolor, sangrado o una secreción acuosa por algunos días después de la operación, el deseo y la capacidad para tener relaciones sexuales no se ven afectadas por esta, sin embargo, la visión de la mujer sobre su propia sexualidad puede cambiar llegando a sentir una pérdida emocional debido a la pérdida de su vida reproductiva.
- **Radioterapia:** Pérdida de la libido, cansancio, Náuseas y vómitos, Diarrea, Irritación de la piel irradiada, Cambios en la vagina, Estenosis vaginal, Fibrosis vascular, Dispareunia, Infertilidad. Los cambios producidos por la radioterapia en la función sexual suelen ser lentos y pueden mejorar

con el paso del tiempo.

- **Quimioterapia:** Náuseas, vómitos, mucositis, alteraciones perceptivas del gusto y del tacto, diarrea y estreñimiento, cambios en la textura de la piel, alopecia, cambios en el peso, caída del vello púbico, sequedad vaginal, dispareunia, mayor dificultad para alcanzar un orgasmo, posibles síntomas menopáusicos. Privación de estrógenos, atrofia vaginal, pérdida de elasticidad, encogimiento y adelgazamiento de la vagina, infecciones urinarias más frecuentes y labilidad afectiva, cansancio e irritabilidad.

Para los cambios en la respuesta sexual humana se revisara el tríptico con el mismo título.

3. *Discusión de alternativas y soluciones (retroalimentación)*

Objetivo: Dar a conocer algunas alternativas a las alteraciones y que las participantes usen los conocimientos adquiridos para comprobar su funcionalidad.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se discutirá de forma general el uso de algunas medidas que las participantes puedan adoptar para contrarresten las alteraciones que han presentado y se les invita a compartir voluntariamente algunas de las ideas o sugerencias que sepan o de las cuales hayan escuchado y debatir sobre ellas.

Con preguntas que motiven al paciente a pensar y argumentar por sí mismo, que ayuden a ver lo cierto de lo que está diciendo, si es congruente, si es revelador de sí mismo como: ¿Esa medida es posible? ¿Qué elementos respaldan o apoyan esa información?, ¿Qué tan confiable es esa información?, etc.

4. *Cierre*

Duración: 20 min.

Desarrollo: Se entrega a cada participante una nueva hoja de registro para que continúen con él. Además de realizar en casa una vez al día la

relajación muscular progresiva, al igual que se les explica cómo ejecutar y los beneficios de realizar un ensayo cognitivo en el que integren las soluciones y las alternativas que se comentaron.

- **Sesión 8**

La menopausia produce profundos cambios en el ciclo vital de la mujer, sin embargo no es el fin de la vida sexual. Con el paso de los años la capacidad de respuesta sexual requiere más tiempo y la excitación es menos intensa. Después de la menopausia se precisa más tiempo para conseguir la lubricación vaginal, los orgasmos son más breves, y las contracciones son menos intensas. La fase final de la estimulación también se acorta. Estos cambios son normales y ocurren en la mayoría de las mujeres. La menopausia inducida deriva de una intervención médica que reduce o detiene la secreción hormonal de los ovarios. Estas intervenciones incluyen la cirugía, para extirpar los ovarios o para reducir la cantidad de sangre que reciben, y la quimioterapia o la radioterapia sobre la pelvis para tratar el cáncer.

1. Meditación con respiración natural e imaginación

Objetivo: que las participantes aprendan a focalizar la mente en el aquí y el ahora, elevando el nivel de energía y aumentando la duración de la atención.

Material: Grabadora, CD con música instrumental.

Duración: 30 min.

Desarrollo: La instrucción es: sentada de una forma firme y recta en una silla, con los pies tocando el piso, la espalda bien recargada en el respaldo de la silla, las manos sobre los muslos, cerrando los ojos, la cabeza inclinada ligeramente hacia abajo, en silencio contamos lentamente inhalando "uno", exhalamos "dos", hasta llegar a "diez", volvemos a empezar con "uno" inhalando imagina ahora que estas arriba de una balsa inflable que sube y baja en un suave oleaje del mar dejándose llevar, al estar ahí piensa "mi mente esta tranquila, puedo verme relajada y tranquila, yo puedo hacer mucho por mi y por

los demás por que yo tengo capacidades", "yo puedo pedir porque también necesito en ocasiones apoyo", inhala, exhala (silencio...), "mi mente es mi apoyo y puedo controlarla con mi respiración", inhala, exhala (silencio...), poco a poco muy lentamente, comienza a moverte y abre los ojos suavemente, date cuenta ¿Cómo te sientes? ¿Qué sentiste?

2. ¿Menopausia?

Objetivo: que las participantes identifiquen las creencias, los valores y las actitudes que suscita esta etapa, y determinen si cumplen los criterios, de las ideas racionales o irracionales.

Material: Papel bond, marcadores.

Duración: 40 min.

Desarrollo: Por medio de una lluvia de ideas en una hoja de papel Bond dividida en tres columnas, la primera para las creencias; la segunda para los valores y la tercera para las actitudes, en grupo se hará una lista conforme las participantes expresen las creencia que giran entorno a este concepto, después el valor que asignan a esa creencia y por último las actitudes que promueven.

Creencias	Valores	Actitudes
Sexualidad es lo mismo que penetración	(+) (-) (o)	Lo que piensa Lo que siente Lo que manifiesta

3. El final de una vida fértil

Objetivo: que las participantes adquieran información sobre la menopausia y cómo afecta la fertilidad, que les permita reflexionar y reestructurar las ideas ya establecidas.

Material: anexo "Menopausia: El final de una vida fértil", Papel bond, marcadores.

Duración: 30 min.

Desarrollo: A cada participante se le entregará el anexo "Menopausia: El final de una vida fértil", en la que se explica de manera general la menopausia, la menopausia inducida, las causas y los efectos que producen. Una vez que se finalice la lectura, utilizando los planteamientos básicos del

debate en ideas irracionales se contrastara la información con lo anteriormente escrito en el papel Bond, para modificar las creencias irracionales, las actitudes y los valores, es decir si hay evidencia existente de los hechos y la objetividad de los datos, para comprobar sus ideas irracionales; si pensamiento es ilógico, contradictorio e inconsistente, ya que las conclusiones no corresponden a las premisas sobre las que está basado; y evaluar, de forma práctica, las consecuencias de continuar pensando irracionalmente, a través de preguntas que motiven al paciente a pensar y argumentar por sí mismo, que ayuden a ver lo cierto de lo que está diciendo, si es congruente, si es revelador de sí mismo como: ¿Esa medida es posible? ¿Qué elementos respaldan o apoyan esa información?, ¿Qué tan confiable es esa información?, etc.

4. Cierre

Material: Anexo “¿Qué es una pareja?”

Duración: 30 min.

Desarrollo: en grupo se realizará una reflexión donde se resalte la importancia que tienen las creencias en nuestra vida y cómo cambia la situación cuando se hace un manejo racional vs. irracional de ellas.

Asignación de tarea: A cada participante se le entregará el anexo “¿Qué es una pareja?” para que la elaboren en casa, se les explica la forma de contestarlo y se les informa el término de la sesión y el día y hora de la próxima. También se les pide que continúen con sus registros y practicando relajación.

- **Sesión 9**

Una definición general de pareja puede ser: dos personas, que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común, lo que incluye apoyarse y ofrecerse cosas importantes mutuamente, en un espacio propio que excluye a otros pero que interactúan con el entorno social. Todas las personas cuentan con un conjunto de ideas o premisas ideológicas que intervienen en la relación de pareja. Ideas respecto a qué debe ser una pareja o una relación

interpersonal, cuando dichas ideas son llevadas a la relación de pareja sin estar dispuestos a examinarlas, criticarlas o simplemente contrastarlas con la realidad, entonces, se convierten en fuente de conflictos, malos entendidos e imposibilitan una buena relación.

1. *Sherlock Holmes*

Objetivo: Explorar como interfieren las impresiones que concebimos de los demás.

Material: Tarjetas, marcadores, bolsa negra.

Duración: 30 min.

Desarrollo: La instrucción es: Nunca acabamos de conocer a otro, el conocimiento es un proceso, no un acto. En el que cada persona es como una permanente caja de sorpresas. Siempre es un misterio y una aventura conocer a una persona. En una tarjeta cada participante escribirá cinco fortalezas, después colocara la tarjeta en una bolsa negra y cada una tomara una tarjeta que buscará devolverá su dueño.

2. *¿Qué es una pareja?*

Objetivo: Reflexionar y reevaluar creencias, actitudes y valores entorno a este concepto.

Material: Tareas sesión 8.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Retomando el Anexo “¿Qué es una pareja?” que se realizo cómo tarea las participantes enunciaran las ideas que tienen de lo que es una relación de pareja y cuáles son sus funciones, para posteriormente dividir el grupo en dos equipos, un equipo argumentara a favor de los enunciados y el otro en contra, con la finalidad de promover la reflexión y la crítica a las creencias que giran en su entorno. Posteriormente en conjunto se evaluará qué tipo de creencia es, qué la califica como tal, su valoración y qué tipo de actitud promueve.

3. *Mi pareja ideal*

Objetivo: facilitar el reconocimiento de cómo nuestras percepciones y expectativas están involucradas en nuestras creencias, actitudes y valores.

Material: Anexo “Mi pareja ideal”, lápices y gomas.

Duración: 30 min.

Desarrollo: A cada participante se le entregará la hoja impresa “Mi pareja ideal” al terminar se le pide que voltee la hoja y no la vuelva a ver hasta que se le ordene, entonces se le entrega la hoja “Mi pareja real”, cuando termine se le entrega la hoja “Soy pareja ideal porque soy” para que la conteste, y una vez finalizado se comparan las tres hojas. Se animará a que comparta voluntariamente sus opiniones sobre esta actividad. Se les insta a reconocer “de qué se percataron” realizando este ejercicio.

4. *Yo de doy, yo te pido*

Objetivo: proponer elementos reales o simbólicos que permitan a las participantes reflexionar sobre sí mismas.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se coloca a las participantes en parejas, turnándose cada una de ellas le pide algo que la otra tiene y que a ella le vendría bien tener. Debe ser un aspecto positivo que se le solicita como regalo. Ejemplo: “Yo te pido tu imaginación, tus manos suaves, tus ojos brillantes, tu capacidad de hacer chistes, tu decisión para jugar”. Y se le ofrece algo que tengamos nosotros y que le vendría bien a ella: “Yo de doy mi sensibilidad, mi fantasía, mi capacidad de cambiar de juego”, etc.

5. *Cierre*

Duración: 35 min.

Desarrollo: Se realizará un intercambio a nivel grupal de las experiencias, destacando las sensaciones que tuvieron al realizar la actividad, los pensamientos y las dificultades o facilidades que tuvieron.

- **Sesión 10**

La comunicación es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra, en el cual las sensaciones y las ideas de ambas partes influyen considerablemente en el contenido del mensaje. La manera en que una persona se comunica tiene que ver con los patrones aprendidos, los cuales pueden ser modificados.

1. Toma de conciencia de respiración.

Objetivo: que la participante entre en contacto con su respiración, sus sensaciones y el control que tiene de ella.

Duración: 20 min.

Desarrollo: La instrucción es: Empiece por ponerse cómoda, de pie o sentada, tome conciencia de su respiración, llene de aire sus pulmones, reténgalo unos segundos y expúlselo suavemente mediante un suspiro y lanzándolo con fuerza, a medida que lo vaya realizando, vigile las zonas que en aire recorre en su cuerpo y en cada una de las sensaciones que tiene al realizar este ejercicio.

2. Tipos de comunicación

Objetivo: que las participantes sean conscientes de la importancia que tiene la comunicación verbal y no verbal

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se expondrá de forma breve cuáles son los tipos de comunicación verbal y no verbal y en qué consisten, y la importancia de que ambos sean congruentes.

3. El mensaje del rostro

Objetivo: que las participantes sean conscientes de la importancia de la expresión facial y la involucren de forma congruente a sus cuerpos en la comunicación.

Material: tarjeta de emociones

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se dividirá el grupo en dos equipos que competirán entre si, cada participante tomará una tarjeta que tendrá impresa el nombre de alguna emoción, a través de su lenguaje corporal tendrá que interpretarla para que su equipo adivine, ganará el equipo que más emociones logre identificar.

4. Comunicación de pareja

Objetivo: 1) Las participantes reconozcan los errores en la comunicación. 2) Que sean capaces de entrenar habilidades de comunicación asertiva.

Material: Anexo “Comunicación”

Duración: 40 min.

Desarrollo: A cada participante se le entregara una hoja impresa con los errores en la comunicación de pareja según Wild (1992, en Vanegas, 2000). Después de leer la información en equipo realizarán una lista de errores que haya identificado en su repertorio y a través de la representación de papeles y entrenamiento asertivo las participantes desarrollarán respuestas verbales y conductuales asertivas.

5. Cierre

Duración: 20 min.

Desarrollo: A nivel grupal discutir sobre la importancia de establecer una comunicación adecuada y los factores que influyen para que esta se distorsione.

Asignación de tarea: Cada participante deberá elaborar una lista de errores de comunicación que identifiquen en situaciones de su vida cotidiana y a través de un ensayo cognitivo integre soluciones y alternativas que sean asertivas.

- **Sesión 11**

Los pensamientos automáticos irracionales surgen de unas pocas

suposiciones disfuncionales que muchas veces no son verbalizadas, sino que están en el ambiente, en la televisión, en la forma de crianza y se encuentran tan enraizadas que son el núcleo de otros errores cognitivos que producen un estado de ánimo negativo.

1. La magia de la música

Objetivo: estimular el pensamiento creativo.

Material: Grabadora, CD con diferente tipo música (new age, ritmos africanos, árabes, clásica, etc.) que sea totalmente instrumental.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se pide a las participantes que con los ojos cerrados, muevan su cuerpo al ritmo de los diferentes tipos de música.

2. Soy mujer

Objetivo: Identificar y modificar suposiciones disfuncionales concernientes al género.

Material: Papel bond, marcadores.

Duración: 30 min.

Desarrollo: A través de una lluvia de ideas mencionen todas aquellas creencias previamente aprendidas que están relacionadas con lo que una mujer deber ser y hacer. Después de escribirlas en papel Bond, se trabajara la técnica de modificación de las suposiciones disfuncionales para analizar y discutir las ventajas y desventajas de las suposiciones.

3. ¿Quién soy?

Objetivo: Reconocer la identidad como un componente fundamental de la sexualidad.

Material: Resistol, cartulinas, hojas de colores, lentejuelas, diamantina, plumas, marcadores.

Duración: 50 min.

Desarrollo: Cada participante elaborar una máscara, al terminar de forma general se explicará la utilización y los beneficios de la precisión

semántica, para que cada participante señale al grupo la idea que tienen de ellos mismos.

4. Cierre

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se hará una presentación de cada máscara en la que cada participante mencionará cuales son sus recursos y cualidades y se dará retroalimentación.

Asignación de tarea: Haciendo uso de la precisión semántica, cada participante elaborará una carta con el tema "¿Quién puedo ser...". También se reevaluará nuevamente y los cuestionarios ¿Qué es una pareja? y Mi pareja ideal.

- **Sesión 12**

1. Fortaleza física

Objetivo: que las participantes tomen conciencia de su cuerpo como parte importante de su ser integral.

Material: Grabadora, CD con música suave, velas y cerillos.

Duración: 30 min.

Desarrollo: La instrucción es: De pie, realizar una inhalación suave, lenta y profunda, colóquese en las puntas de sus pies y alargue sus brazos hacia arriba, afloje y repítalo siete veces, reteniendo el aire en los pulmones. Ahora tome una vela, enciéndala y colóquela frente a usted, a una distancia de 20 cm., apáguela soplando, luego vaya alejándola de usted, 50cm., 100 cm., hasta donde sea capaz de apagarla de un soplo. Disfrute de su poder torácico, que es símbolo de su fuerza física. A continuación en posición de firmes inspire durante 10 seg., retenga el aire 10 seg., y exhale otros 10 seg., tome conciencia de que es una persona con mucha energía.

2. Recolección de la tarea

Duración: 20 min.

Desarrollo: En esta sesión se recogerá la carta con el tema sobre

“Quien puedo ser...” y se invitará a que compartan de forma voluntaria el contenido de sus cartas con las demás participantes.

También se recogerá el último registro que servirá para la evaluación.

3. Retroalimentar todo lo vivido durante el programa terapéutico.

Duración: 20 min.

Objetivo: Realizar un síntesis de la riqueza que generaron durante el programa y que les serán útiles en su vida.

Desarrollo: Las participantes discutirán en una mesa redonda lo que antes sabían de la sexualidad y el cáncer cervicouterino y se le pedirá que comenten la experiencia vivida y lo que les apporto el programa.

4. Evaluación

Duración: 40 min.

Objetivo: Identificar los cambios que cada participante con respecto al inicio del programa y verificar el logro de los objetivos planteados e identificar los aspectos que deben ser reforzados, así como valorar el programa y al terapeuta.

Desarrollo: se entregara a cada participante los instrumentos de evaluación, solicitándoles que los contesten de la manera más honesta y de forma individual.

Para la evaluación se tomara en cuenta los registros elaborados desde la primera sesión, así cómo el ejercicio realizado en la sesión tres “Distorsiones de la percepción de la realidad más comunes”. El cuestionario de conocimientos, pues se espera que a mayor información sobre su enfermedad y los conceptos que se manejaron durante el programa, sus creencias estarán mejor sustentadas. De igual manera se aplicara un cuestionario en el que las participantes evaluaran el programa.

5. Dando regalos

Objetivo: que las participantes den retroalimentación a las demás de

una manera constructiva y útil.

Duración: 30 min.

Desarrollo: Se colocará en un recipiente los nombres de las participantes para que cada una tome un nombre. Se les dará unos minutos para que piensen en un regalo imaginario que le darían a la persona cuyo nombre les tocó, después se pedirá a cada participante que de su regalo y diga ¿Cuál es el regalo?, ¿Por qué eligió ese regalo para esa persona?

6. Entrega de certificados

Objetivo: Cerrar el programa a través de la entrega de reconocimientos

Material: Certificados

Desarrollo: Con el fin de ritualizar el término del taller y el comienzo de una nueva fase en la lucha contra su enfermedad se les entrega un certificado en el cual se les recalca la historia de diversos obstáculos que han debido sortear en el transcurso de sus vidas y que les ha permitido desarrollar experiencias y recursos para seguir adelante.

CONCLUSIONES

A pesar de las medidas de prevención, detección, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino que en los últimos años la Secretaría de salud ha implementado, las tasas de incidencia que México presenta continúan siendo de las más altas a nivel mundial, representando la primera causa de mortalidad en mujeres de más de 25 años.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que provoca alteraciones en diversos aspectos de la vida de las mujeres que lo padecen, por ello la valoración debe ser integral, considerando los aspectos físicos, pero también otros aspectos que puedan verse alterados, como el de la sexualidad. Que es un área compleja, multidimensional y dinámica del ser humano, pero que en pacientes con cáncer ha sido un tema de estudio poco frecuente, los libros y las publicaciones se encuentran mayormente dedicadas al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad, ignorando el área sexual pues es un tema que no constituye una preocupación habitual en el tratamiento y rehabilitación oncológica.

Sin embargo la atención no debe centrarse sólo en la salud física, cómo organismos biopsicosociales, las pacientes con cáncer cervicouterino también deben ser tratadas desde un enfoque global e integrador, intentando ampliar la perspectiva existente, al aportar conocimientos y elementos que ayuden en la vida diaria y en su crecimiento personal fortaleciéndolas como mujeres en pleno derecho de ejercer una sexualidad sana.

El cáncer cervicouterino constituye un elemento con un impacto psicológico significativo, resulta inobjetable que modifica el sistema de creencia, actitudes y valores de cualquier mujer que tiene una enfermedad que amenaza un órgano ligado esencialmente a la sexualidad, a la autoimagen, a la

feminidad, a la autoestima y a la capacidad reproductiva.

Las actitudes hacia la sexualidad están influidas de manera considerable por las creencias, pensamientos, percepciones, y las valoraciones ejecutadas de ellas. Cuando se desembocan las actitudes y comportamientos, puede existir un proceso subyacente irracional o mal encausado. En otros casos, puede haber discrepancias, debido a la existencia de un retraso en los cambios de actitud y creencias con respecto a los cambios de comportamiento.

Las creencias, los valores y las actitudes fueron los elementos que se eligieron debido a que conforman una parte fundamental en la expresión de la sexualidad, pero por la falta de información se ven distorsionados, también son elementos que se vinculan al cáncer por ser un padecimiento que desde su diagnóstico conlleva una resignificación de la existencia de quien lo padece.

En conjunto generan en la sexualidad alteraciones a nivel cognitivo, afectivo y comportamental. Las creencias, los valores y las actitudes son elementos que tienen una relación íntima y dependiente, de manera que si alteramos uno de ellos, alteraría también el resto.

El cáncer como enfermedad crónica cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causa un continuo deterioro físico y mental en el individuo que la padece, su abordaje terapéutico e investigativo involucra los nexos entre la variable cognitiva y el proceso de enfermedad, lo que han permitido superar la visión dualista (mente - cuerpo) y reduccionista del modelo biomédico actual, lo cual afianza el importante papel que cumple lo psicológico en su relación con la capacidad de nuestro organismo de mantenerse sano. Este postulado de unidad mente-cuerpo se extiende a la relación de lo psíquico con todo nuestro organismo.

La psicología tiene un rol importante en el suministro del cuidado integral para ayudar a los pacientes a volver a la normalidad después del diagnóstico

de cáncer y su tratamiento, incluyendo la sexualidad. Incorporando en sus prácticas clínicas valoraciones de la sexualidad y direccionando de forma adecuada la percepción de los pacientes sobre su imagen corporal, roles familiares y funciones, relaciones sociales y función sexual.

Esta propuesta brinda estrategias de intervención en la sexualidad de los pacientes con cáncer, además permite reflexionar la concepción que como personal de salud se tiene frente a la sexualidad como sinónimo de sexo y función sexual, y brinda un panorama mucho más amplio de lo que este aspecto implica, como el afecto, las relaciones interpersonales, la autoimagen, autoestima, rol y percepción de la feminidad, tópicos que incluimos diariamente en nuestras prácticas clínicas pero que no los incluimos como parte del desarrollo de la sexualidad del individuo.

Uno de los propósitos que persigue esta propuesta, es contribuir al desarrollo cognitivo-afectivo-conductual de las mujeres con cáncer cervicouterino, a través del desarrollo de estrategias que ayuden a identificar, prevenir, resolver dificultades que afecten la integridad de su sexualidad.

La estructura y contenido de este programa están elaborados para ser aplicados por terapeutas y psicólogos dedicados a la atención oncológica en ambientes donde la atención individual sea poco asequible, por la falta de tiempo o de recursos económicos.

De acuerdo con el objetivo planteado al inicio de esta tesis, se construyó el programa terapéutico “Sexualidad y cáncer cervicouterino”, dirigido a la modificación de las creencias, valores y actitudes, de las mujeres con cáncer cervicouterino. Entre los beneficios con los que cuenta este programa es que realiza un abordaje de los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales, importantes en la vivencia de una sexualidad sana y que este padecimiento se encarga de alterar. La propuesta presenta una nueva forma de relacionarse en el presente y en el futuro, al introducir técnicas que favorecen cambios que

aumenten la calidad de vida, que no se disipen en corto tiempo o sólo sean restringidos a cambios conductuales.

El programa, integra las cuatro características que conforman la sexualidad humana; reproducción, género, erotismo y vinculación afectiva, considerando que sí se toma como base el modelo de los cuatro holones de la sexualidad propuesto por Rubio (1994) permite a los psicólogos realizar un análisis que toma en cuenta diversos aspectos del individuo permitiendo verlo de manera integral, sin estar limitado al área biológica de la sexualidad, sino que defiende la perspectiva bio-psico-socio-cultural como marco de comprensión de las experiencias y procesos de sexualización.

Las sesiones están programadas para impulsar el aspecto activo, directivo y didáctico, a través de técnicas cognitivas, conductuales y emotivas utilizando un enfoque grupal que permita la atención a un número mayor de participantes. La implementación de esta propuesta pretende incidir en el circuito hospitalario reduciendo los tiempos de espera de atención y reducir significativamente el coste económico.

Igualmente cada sesión destaca el papel activo que tiene cada participante en el mantenimiento del bienestar de su sexualidad. Por los elementos psicoeducativos ayuda a las pacientes a afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones, comprensión, y aceptación de su nueva condición y las preocupaciones interpersonales y existenciales.

También existe la ventaja de que al utilizar un enfoque grupal se incrementa la frecuencia general de interacción entre iguales por lo que se reducen los sentimientos de alienación, e influye en el desarrollo y aprendizaje de nuevas habilidades, al posibilitar el intercambio constante de experiencias. El programa funciona como escenario natural, en donde cada una de las participantes aprende, practica, ensaya, perfecciona y generaliza las habilidades adquiridas; también funciona como grupo de ayuda o apoyo mutuo

que permite a estas mujeres ampliar su red de apoyo.

Para el programa se selecciono las modalidades de la terapia cognitivo conductual y la terapia racional emotivo conductual, dado que permite recurrir a acciones de valoración e intervención breve, rápida y eficaz, características convenientes en el abordaje terapéutico de grupos en los que la demanda de atención es elevada.

En la actualidad, el sistema de atención sanitaria no cubre las necesidades psicológicas en el ámbito hospitalario, aunque es indiscutible la correlación entre la salud física y la salud mental, y las repercusiones positivas en los tratamientos médicos de los pacientes atendidos también psicológicamente. El aumento de la expectativa de vida y los grandes desarrollos de la tecnología sanitaria están propiciando que la población, al vivir más años, padezca dolencias y enfermedades con un carácter crónico, razón por la cual las personas pasan una parte importante de sus vidas padeciendo enfermedades y bajo el control más o menos estable y permanente del sistema de atención sanitaria, es por ello impostergable la aceptación del psicólogo como integrante de los grupos de trabajo inter y multidisciplinarios para la salud integral de los propios pacientes y familiares.

La carrera brinda a los futuros psicólogos los conocimientos básicos para el desarrollo profesional, donde resalta la importancia de enseñar al alumno estrategias metodológicas que contengan aplicación científica, clínica, educativa y social; las actividades permiten la obtención de información teórico-experimental. Sin embargo no existe una actividad concreta que exponga los procesos básicos en sexualidad, además de los elementos aislados donde se ve simplificada a disfunciones o trastornos.

La psicología tiene una función amplia en el desarrollo de las investigaciones en sexualidad, evaluando conductas de los individuos, aplicando instrumentos, calificándolos y formando teorías que puedan sustentar

sus hallazgos; diagnosticando padecimientos y proporcionando terapia. Sin embargo es necesaria la integración en su plan curricular de materias y actividades que busquen que los alumnos adquieran conocimientos y desarrollen habilidades para la atención sexual desde un punto de vista multidisciplinario, al igual que la atención especializada a pacientes con enfermedades crónico degenerativas como lo es el cáncer cervicouterino.

La tesis no se pudo realizar empíricamente por la falta de acceso a pacientes diagnosticadas con esta enfermedad, pero se espera que este trabajo sea objeto de otras investigaciones, la identificación última de sus bondades y limitaciones dependen de la prueba empírica, que comprueben su efectividad, para mostrar si las etapas, su secuencia y las acciones propuestas son adecuadas o requieren ajustes.

Aunque esta es una propuesta, se considera que la información que brinda puede contribuir de manera significativa a futuras investigaciones, para apoyar teóricamente temas de investigación e intervención con relación al cáncer de cervicouterino desde la psicología e incentivar a los profesionales de la salud que se dedican al tratamiento del cáncer a incrementar sus esfuerzos terapéuticos más allá de su preocupación por la supervivencia a tener en cuenta la sexualidad como dimensión importante de la calidad de vida.

Como alternativa se propone involucrar a la pareja en todas las etapas a fin de que ellos conozcan las características del padecimiento y las reacciones que provocan para que brinden apoyo más cercano e integral a su pareja, así como usar un modelo de psicoterapia individual que se enfoque sólo en las áreas con mayor afectación.

REFERENCIAS

- Acevedo, P. (2008). Comportamiento reproductivo de un grupo de mujeres latinoamericanas, inmigrantes en España. *Medicina Social*, 3 (2): 1-8.
- Acuña, E. y Alemán, T. (2004). Relación entre las creencias y actitudes de salud y el uso del sector salud en población metropolitana. *Psicología de la salud*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, Edo. de México.
- Alandete, J. (2002). Actitudes religiosas, valores y razonamiento moral. Tesis doctoral en Psicología. Universidad de Valencia, España. Recuperado de: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UV/AVA/100742/ALANDETE.pdf
- Álvarez, J. (2007). Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. *Gaceta Médica Mexicana*. 143 (1): 65-71
- Amuchástegui, A. (2006.06.02). La sexualidad adolescente y el control social. La Jornada Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2006/02/06/Is-Sexualidad.html>
- Barber, M. (1992). *Manual de oncología ginecológica*. México: Mac Graw-Hill.
- Barclay, L. A. (2003). Actitudes y creencias acerca de la menstruación entre mujeres en distintas etapas del desarrollo. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad de las Américas Puebla. México, Puebla.
- Barthe, E. (1997). *Cáncer, enfrentarse al reto*. Barcelona: Robinbook.
- Bautista, J. M. (2001). Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico. *Revista de educación: Universidad de Huelva*. 3, 189-196
- Beck, S. J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bellver, A. (2007) Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 4 (1), 133-142.
- Bernal, Y. (2007). Enfoque sistémico: el modelo de los cuatro holones de la sexualidad humana. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Caballo, V. (1991). *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Editorial Siglo XXI.
- Carrasco I. (2003). Programa de intervención cognoscitivo conductual para el cáncer de mama. Tesis de maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.
- Carrascoza, C. (2008). *La práctica de la Terapia Cognitivo Conductual: Una guía para su aplicación*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM anuario de investigación en adicciones. 9 (1)
- Castelo-Branco, C. (2005). *Sexualidad Humana. Una aproximación integral*.

- España: Medica Panamericana.
- Chávez, E. (2006). Investigación especializada en sexualidad humana: aportaciones del instituto mexicano de sexología. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Chávez, M. Petrzalová, J. y Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarias. Enseñanza e investigación en psicología. 14 (1), 137-151.
- Consejo Nacional de Población (1982). La educación de la sexualidad. Vol. I. México: Porrúa
- Coronel-Brizio, P. y Coronel, P. (2005). Ginecología Oncológica. México: Universidad Veracruzana.
- Cou, C. (2006). Valores humanos. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos15/valores-humanos/html>
- Denicia, L. y García, K. (2005) Conoce tus valores y ejerce tu sexualidad. Propuesta de un taller de sexualidad para adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Díaz, Z. y García, D. (2010). Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad. Revista Cubana de Salud pública. 36 (3)
- Diccionario UNESCO de ciencias sociales (1987) Barcelona: Planeta-Agostini. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/Ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=79379&set=4A2DFF00>
- Die, M. (2007). Sexualidad y oncología: alteraciones en la respuesta sexual tras el cáncer. Contigo: Oncología para el paciente y su entorno. Recuperado de: http://www.seom.org/seomcms/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/psicooncologia.pdf
- Ellis, A. (1999). Una terapia breve más profunda y duradera. España: Paidós.
- Ellis, A. (1913). Terapia racional-emotiva: Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México: Pax.
- Ellis, A. (1980). Terapia racional-emotiva: Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México: Pax
- Ellis, A. (2000). Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted. México: Paidós.
- Ellis, A. y Grieger, R. (2002) Manual de terapia racional-emotiva. España: Desclée de Brouwer.
- Fernández, H., Alvarado, S. y Jurado, S. (2003). Intervención cognitivo conductual breve en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia: evaluación de su efecto en la calidad de vida y en la respuesta de relajación. Recuperado de: www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/investigacion/aap/.../25.DOC

- Flores, P. (1996). Construcción e impacto de aspectos psicosociales en la sexualidad; una propuesta desde la salud mental. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. 1 (2): 27-36
- Forester B., Kornfeld D., Fleiss J. (1985). Psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress. *American Journal of Psychiatry*. 142 (1):22-7
- Franco, C. (2006). Psicooncología: Una propuesta novedosa de atención para pacientes con cáncer. Tesina de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Edo de México.
- Gamel, C., Hengeveld, M. y Davis, B. (2000). Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (5), 678-688.
- García, A. (2010, enero). Perspectivas de las vacunas en el cáncer asociado al VPH. Seminario Internacional; Cáncer cérvico-uterino, mamario y bucal en la mujer: avances y perspectivas, Universidad Autónoma Metropolitana, México, D. F.
- García, D., García, M., Ballesteros, P. y Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Universitas Psychologica*. 2 (2), 199-214
- Garza, R. (2007). Información para Médicos sobre Vacuna contra Virus del Papiloma Humano VPH. Recuperado de <http://www.viruspapiloma.com/vacuna-virus-papiloma-humano-vph-htm>
- Giraldo-Mora, C. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista de salud pública*. 11 (4): 514-525. Recuperado de: www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a03.pdf
- Gomez, A., Plans, B., Sanchez, D. (2003). Cuaderno de terapia cognitivo conductual. España: EOS.
- Grau, J., Llantá, M., Chacón, M. y Fleite, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana de Oncología*. 15 (1): 49-65
- Harrison. (2002). Principios de medicina interna. Vol. 1 México: McGraw-Hill.
- Hartmann, L. y Loprinzi, C. (2005). Clínica Mayo: Guías del cáncer en la mujer. España: Trillas.
- Hernández, M. (2009). Toxicidad aguda y respuesta clínica en pacientes con cáncer cervicouterino etapas clínicas IIB a IIIB tratados con QT y RT Concomitante vs. Radioterapia sola. Tesis de posgrado en la especialidad de Oncología medica. Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.
- Holland, J. (2003). La cara humana del cáncer. España: Herder.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009). Mujeres y Hombres en México 2009. Recuperado de: www.inegi.org.mx
- Instituto Nacional del Cáncer (2010). Factores que afectan la función sexual en

- pacientes con cáncer. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cuidados-medicos-apoyo/sexualidad>
- Lazcano, A. (2005). *Cáncer cervicouterino: Diagnóstico, prevención y control*. México: Panamericana.
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de salud pública*; 37 (4): 488-499. Recuperado de: bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_37_04/spu13411.htm
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo XXI
- Linn, S. J. y Gaske, J. (1999). *Psicólogos contemporáneos*. Barcelona: DDB.
- Llull, D., Zanier, J. y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*. 8 (2), 175-182.
- López de la Llave, A. y Pérez-Llantada, M. (2004). *Evaluación de Programas en Psicología Aplicada*. Madrid: Dykinson.
- López, E. y González, E. (2005). Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. *Oncología*; 28 (3):164-169
- López, M. (2004). *Significados y experiencias de la histerectomía en mujeres*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Edo. de México.
- Martínez, M. (2007). *Creencias sobre una mujer con Histerectomía*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad de las Américas Puebla. México, Puebla.
- McCary, J., McCary S., Álvarez-Gayou, J., del Río, C. y Suárez, J. (1996). *Sexualidad Humana de McCary*. México: Manual Moderno.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior modification*. New York: Plenum.
- Mendoza, L. y Solano, T. (2007). *La terapia cognitivo-conductual como propuesta de intervención para la mujer víctima de violencia conyugal: revisión documental*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F.
- Naranjo, M., Olivares, G. y Alvarado, S. (2007). Castración y su impacto psicológico de la excenteración pélvica en mujeres con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 40(1): 28-31.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R y García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. *Psicooncología*. 5, (1). 93-102
- Nezu, M., Nezu, C., Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 22, 29-48

- Olivares, M. y Hernández, V. (2006). Aspectos cognitivos de la actividad sexual a la enfermedad neoplásica cervical. *Psiconcología*, 3 (1), 59-70.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra: OMS
- Órnelas, R. (2007). *Intervención grupal Cognitivo-Conductual para mujeres con cáncer de mama que reciben radioterapia*. Tesis de maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México; México, D. F.
- Otto, S. (2002). *Enfermería oncológica*. Vol. 1. España: Océano.
- Pascau L., Pérez L., Piret T., Viada C., Ramos M., Silveira J, Esteves D., Gastón Y., Torres O. (2006). Una propuesta de programa de capacitación educativo, preventivo para la educación de la sexualidad de las pacientes operadas de cáncer de mama y útero. *Psicología y humanidades*, 3.
- Pelcastre. B., Tirado, L., Mohar, A. y López, M. (2007). El cáncer de cuello uterino: un estudio cualitativo sobre la subjetividad, la familia, el género y los servicios de salud. *Reproductive Health*. 4, 2-2.
- Prieto, A. (2004). *Psicología oncológica*. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. 2, 107-120
- Psicología Online. *Terapias Racionales y de Reestructuración Cognitiva*. Recuperado de: <http://online-psicologia.blogspot.com/2007/12/terapias-racionales.html>
- Red Escolar Nacional. (2008). *Los Valores, la Moral y la Ética*. Recuperado de: <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema15.html>
- Rizo, P., Sierra, M., Vázquez, G., Cano, M., Meneses, A. y Mohar, A. (2007). Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000-2004. *Revista del instituto Nacional de Cancerología*. 2 (3): 203-284.
- Rodríguez, C. (2004). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer cervicouterino tratadas con braquiterapia en el Instituto Nacional de Cancerología de México*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Rosas, J. (2009) *Taller de Terapia Racional Emotivo-Conductual como intervención para disminuir los niveles de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad, en estudiantes de psicología*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Rubin, P. (2003). *Oncología clínica: enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes*. España: Saunders.
- Rubio, E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana*. En: Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo I. México: Porrúa.
- Sánchez, M. (2003). *Creencias y actitudes acerca de la menstruación en mujeres universitarias y no universitarias*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad de las Américas Puebla. México, Puebla

- Secretaría de Salud (2007). Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. NOM-014-SSA2-1994, México. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>
- Silva, M., Gimenez, M., Duarte, M. (2011). Marcadores de vulnerabilidad al cáncer de cuello uterino en mujeres infectadas por el HIV. *Revista Latino-Am. Enfermagem.* 19 (3). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_08.pdf
- Spiegel, D. (1994). Health caring. Psychosocial support for patients with cancer. *Cáncer*, 74 (4) 14-53.
- Summers, G. F. (1976). *Medición de actitudes*. México: Trillas.
- Torres, A. (2004). *Cáncer ginecológico: diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw-Hill.
- Tubiana, M. (1989). *El cáncer*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Valderrama, I., Carbellido, S. y Trejo, D. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista latinoamericana de psicología*: 27 (1), 73-86.
- Valeggia, C. (2007). Monitoreo de hormonas en el campo: Métodos y aplicaciones en ecología reproductiva. *Revista Argentina de Antropología Biológica* 9 (2):10-18
- Valencia, M. (2010). El cáncer cervicouterino, una mirada desde el interaccionismo simbólico. *Revista electrónica de Psicología Social Poiésis.* 19. Recuperado de www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis.
- Valladares, B. (1994). Revisión teórica sobre los mitos de la maternidad. *Ciencias Sociales.* 65, 67-74
- Zabala, A., Rokeach, M. (1970). La dimensión periférica central de los sistemas de creencias. *Revista latinoamericana de psicología*: 2 (3), 387-398. Recuperado de: redalyc.uaecmx.mx/pdf/80502307.pdf

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a _____ de _____ del 20__

Por medio de la presente doy voluntariamente mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación titulado: "Sexualidad y Cáncer cervicouterino"

El objetivo del estudio es elaborar un programa de intervención grupal, breve y eficaz, para mejorar el comportamiento sexual de mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer cérvico uterino.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en acudir a sesiones semanales de una hora dos veces a la semana.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios, derivados de mi participación en el estudio, y riesgos para mi salud o integridad física.

Los investigadores se comprometen a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. También se me ha informado que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Se me otorga la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de manera confidencial. Así mismo otorgo autorización para la utilización de la información y material derivados de esta investigación con fines de difusión de información médica en futuras publicaciones.

Declaro que estoy satisfecha con la información que he recibido, y que todas mis dudas han sido resueltas.

Acepto:

Nombre y firma del paciente

Psic. Itshel Quiroz Guevara
Autora del programa

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha ___/___/___ día/mes/año

Nombre _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Edad _____ Sexo _____ Religión _____

Estado civil:

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. Soltera | 4. Divorciada _____ (años) |
| 2. Casada _____ (años) | 5. Unión libre _____ (años) |
| 3. Viuda _____ (años) | 6. Separada _____ (años) |

Escolaridad

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. ___ Sin estudios | 3. ___ Enseñanza básica completa |
| 2. ___ Enseñanza básica incompleta | 5. ___ Enseñanza media completa |
| 4. ___ Enseñanza media incompleta | 7. ___ Estudios superiores completos |
| 6. ___ Estudios superiores incompletos | |

Ocupación:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ___ Profesional | 2. ___ Empresario |
| 3. ___ Labores domesticas | 4. ___ Desempleado |
| 5. ___ Subempleo (eventual) | 6. ___ Obrero |
| 7. ___ Hogar | 8. ___ Comerciante |
| 9. ___ Estudiante | 10. Otro, especificar _____ |

Diagnostico _____

Etapa de la enfermedad _____

Tratamientos

1. Quirúrgico 2. Radioterapia 3. Quimioterapia 4. Otro _____

Algún familiar padeció la misma enfermedad: 1. SI 1.b ¿Quién? _____

2. NO

Con quien vive actualmente

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. Sola | 5. Hijos si cónyuge |
| 2. Cónyuge | 6. Otros familiares |
| 3. Cónyuge e hijos | 7. Padres |
| 4. Cónyuge, hijos y otro familiar | 8. Otro, especificar _____ |

Historia Gineco-obstétrica

1. Gestas _____ 2. Partos _____ 3. Abortos _____

Edad de la menarca _____ Edad de inicio de vida sexual _____

Parejas sexuales _____

CUESTIONARIO
“Sexualidad y cáncer cervicouterino”

Nombre: _____ Fecha: _____

1. ¿Son evaluaciones con una carga afectiva hacia un objeto o experiencia?
a) Actitudes b) Valores c) Creencias d) Sensaciones

2. ¿Son sentimientos que modifican la percepción e influyen en la manera de pensar y hacer las cosas?
a) Actitudes b) Valores c) Creencias d) Sensaciones

3. ¿Son parámetros de aprobación o rechazo?
a) Actitudes b) Valores c) Creencias d) Sensaciones

4. ¿Principal factor de riesgo para el cáncer cervicouterino?
a) Ser mexicano b) Virus del papiloma humano (VPH)
c) Mala alimentación d) Fumar

5. ¿Cuántos tipos de cáncer cervicouterino hay?
a) 4 b) 22 c) 70 d) 2

6. ¿Cómo se diferencian los diferentes tipos de cáncer cervicouterino?
a) Tipo de célula b) Color c) Textura d) Dureza

7. ¿Cómo se contagia la infección del VPH?
a) Alimentos contaminados b) Relaciones sexuales c) Transfusión de sangre

8. ¿Qué tipo de menopausia producen los tratamientos contra el cáncer?
a) Menopausia natural. b) Menopausia prematura. c) Menopausia inducida.

9. ¿Son el objetivo de los tratamientos contra el cáncer?
a) Curación, control y paliación.
b) Extirpar, radiar y curar.
c) Cortar, sanar y resecar.

10. ¿Son los tres tipos principales de tratamientos contra el cáncer?
- a) Crioterapia, Biopsia y Braquiterapia.
 - b) Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía.
 - c) Radioterapia, Cirugía y Quimiorradiación.
11. ¿Extirpa la totalidad o parte del tumor?
- a) Quimioterapia b) Cirugía c) Radioterapia d) Hormonoterapia
12. ¿Es consecuencia de los tratamientos contra el cáncer cervicouterino?
- a) Reducción de la lubricación vaginal
 - b) Insuficiencia respiratoria
 - c) Aumento del ritmo cardiaco
 - d) Cambios en la agudeza visual
13. ¿Sitio que daña el VPH alterando las células?
- a) Cérvix b) Trompas de Falopio c) Ovarios d) Monte púbico
14. ¿Es el órgano donde se producen las hormonas femeninas?
- a) Trompas de Falopio b) Útero c) Próstata d) Ovarios
15. ¿Es la hormona femenina?
- a) Norepinefrina b) Testosterona c) Estrógeno d) Dopamina
16. ¿Es el órgano de la copula?
- a) Clítoris b) Cérvix c) Vagina d) Vejiga
17. ¿La función de este órgano es producir placer?
- a) Útero b) Vagina c) Cérvix d) Clítoris
18. ¿Es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual?
- a) Género b) Erotismo c) Reproducción d) Vinculación afectiva

19. ¿Cuál es la primera fase de la respuesta sexual humana?
- a) Resolución b) Meseta c) Excitación d) Orgasmo
20. ¿Cuál es el orden de las respuestas sexuales humanas?
- a) Deseo, Resolución, excitación y orgasmo.
b) Excitación, deseo, orgasmo y resolución.
c) Deseo, Excitación, orgasmo y resolución.
d) Orgasmo, Deseo, excitación y resolución
21. ¿Fase en la que el interés por el sexo conlleva pensamientos y sentimientos de atracción hacia el objeto deseado?
- a) Deseo b) Excitación c) Orgasmo d) Resolución
22. ¿En qué consiste la anorgasmia?
- a) Irritación del ano por la radioterapia
b) Ausencia de orgasmo en el coito
c) La ausencia de himen
d) La primera relación sexual
23. ¿Fase en la que el cuerpo retorna a su estado inicial?
- a) Deseo b) Excitación c) Orgasmo d) Resolución
24. ¿Qué es sexo?
- a) Es tener relaciones genitales
b) Es la división de géneros (hombre – mujer)
c) Son los comportamientos del ser humano
d) El estudio de la sexualidad humana
25. ¿Qué es el coito?
- a) Órgano sexual masculino b) La copula c) Un anticonceptivo d) Besarse

26. ¿Qué es la menopausia?

- a) El fin de la juventud
- b) El fin de la sexualidad
- c) El fin de la menstruación

27. ¿Qué es la sexualidad?

- a) Es mantener relaciones sexuales
- b) Son las diferencias entre el hombre y la mujer
- c) Es un aspecto integrante de la personalidad que abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales
- d) Son las preferencias sexuales

28. ¿A qué hace referencia la genitalidad?

- a) A los órganos sexuales masculinos y femeninos
- b) Al coito
- c) A la información genética de un hombre
- d) A la información genética de una mujer

29. La comunicación es una de las funciones de la sexualidad, pero ¿Cuáles son los tipos de comunicación?

- a) Contacto físico y gestual
- b) Emocional y simbólico
- c) Verbal y no verbal
- d) Hablado y entonación

30. ¿Los mensajes en una buena comunicación deben ser?

- a) Informales
- b) Concretos
- c) Variado
- d) Forzado

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Para la terapia cognitivo-conductual existe la posibilidad de que las construcciones que el individuo hace de su mundo no sean precisamente las correctas, por lo que existiría un patrón de conducta errónea o inadecuada que puede dar origen a síntomas fisiológicos y psicológicos. De ahí que el objetivo de esta terapia consista en cambiar los patrones de pensamiento erróneos por patrones cognitivos adecuados que permitan desenvolverse correctamente al individuo en su medio.

El principal propósito de la terapia cognitivo conductual es proporcionar la ayuda necesaria para que la persona tome conciencia de la combinación de múltiples factores que intervienen en el mantenimiento de una conducta.

Este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, por ello enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas fuera como parte de la tarea, se desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se le confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, promoviendo el autocuestionamiento.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL

La meta principal de la Terapia Racional Emotiva Conductual, es identificar los pensamientos disfuncionales y reemplazarlos por otros más eficientes, que permitan alcanzar metas con más eficacia.

La TREC parte de las siguientes premisas:

1. Los pensamientos son los principales causantes de nuestras conductas y emociones, así el hombre no es afectado por las cosas o la estimulación ambiental sino por la opinión que tiene de ellas.
2. Las emociones son determinadas por la forma en que la persona se habla a sí misma, es decir de forma racional que significa hablarse en forma madura, lógica, con lo que difícilmente se experimentan emociones negativas, o puede hacerlo de forma irracional que significa, hablarse a sí mismo en forma ilógica, autoderrotista, negativa.
3. Los procesos de pensamiento son aquellos que nos permiten darnos cuenta de cuáles son nuestros propios patrones de pensamiento, por ello podemos identificar patrones no efectivos y cambiarlos por otros más productivos, es decir, podemos sustituir los pensamientos irracionales por otros más

racionales.

En la terapia racional emotiva se utiliza un marco A - B - C - D - E para enseñarle a la persona el lugar que ocupan los pensamientos automáticos en el disturbio emocional.

- Acontecimientos activantes (A): hace referencia a los eventos activadores del disturbio emocional, a la situación problemática que interpreta la persona. Es una descripción de la situación o personas con los que la gente tiene problemas. Por ejemplo, manejar en carretera, presentar un examen, ser diagnosticado con una enfermedad grave, caminar por un lugar solitario y oscuro.
- Creencias (B): A partir de la interpretación, se desarrollan una serie de creencias sobre el acontecimiento, el punto B. Las creencias o ideas son evaluaciones de la realidad, opiniones e interpretaciones acerca del punto A.

Existen dos tipos de creencias las racionales y las irracionales.

Racional	Irracional
Son premisas verdaderas, pues las podemos comprobar empírica y/o lógicamente	Son premisas falsas, pues no las podemos comprobar empírica y/o lógicamente
Denotan preferencias	Son exigencias sobre uno mismo ("yo debo" o "yo necesito"), sobre los otros ("él debe" o "tú debes"), sobre el mundo ("el mundo debe" o "la vida debe")
Al ser empíricas y objetivas, se refieren a probabilidades	Son extremistas y absolutas, interpretando la realidad con una mínima información
Son responsables de nuestras conductas	Se responsabiliza a los otros o al ambiente, es decir, son irresponsables
Son constructivistas, permitiendo conservar metas o soluciones.	Son catastróficas, ya que cuando algo no es como uno quiere, entonces la situación se considera horrible
Difícilmente producen emociones negativas	Producen emociones negativas

- Consecuencias (C): A partir de las creencias en B se desarrolla las consecuencias o C, las cuales pueden ser emocionales y conductuales.
- Debate (D): Este punto consiste en debatir para cambiar una creencia irracional por una más racional utilizando una adaptación del método científico a la vida cotidiana, medio del cual se cuestionan hipótesis para determinar su validez.
- Efectos (E): Son los resultados que la persona desarrolla a partir del punto D, estos son efectos a nivel cognitivo, emocional y conductual más apropiados y funcionales.

CREENCIAS BÁSICAS

1. Tengo que ser amado y aceptado por toda la gente que sea importante para mí.
2. Tengo que ser totalmente competente, adecuado/a y capaz de lograr cualquier cosa o al menos, ser competente o con talento en algún área importante.
3. Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, deben ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.
4. Es tremendo y catastrófico cuando las cosas no van por el camino que a mí me gustaría que fuesen.
5. La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar o cambiar mis sentimientos.
6. Si algo parece peligroso o terrible, tengo que estar preocupado por ello y sentirme ansioso.
7. Es más fácil evitar afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina.
8. Las personas y las cosas deberían funcionar mejor y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida tengo que considerarlo como terrible y catastrófico.
9. Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción o tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

IMPOSICIONES IRRACIONALES

- a) Debo rendir en todo y como sea, y hacerlo bien, si no, es que no valgo como persona.
- b) Los demás deben tratarme amable y justamente, si no lo hacen, son despreciables como personas.
- c) Las condiciones que me rodean deben de estar hechas de manera que yo consiga lo que quiero y evite lo que no deseo, si no, el mundo es un sitio horrible.

CATEGORÍAS DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES

- Demandantes: expresan requerimientos absolutos y rígidos, utilizando frases como: "tengo que...", "no debería...", "tienen que...", "debo de...", "necesito..."
- Catastróficas: se resalta en exceso lo negativo de un acontecimiento, utilizando frases como: "es terrible si sucede...", "es horrible que..."
- Baja tolerancia a la frustración, se exagera lo insoportable y se califica como insufrible, por ejemplo: "no puedo soportar que...", "es insoportable..."
- Sobregeneralizan: basándose en pocos datos se sacan conclusiones absolutistas, por ejemplo: "siempre...", "nunca...", "todos...", "nadie..."
- Condenación: se evalúa la valía de ser humano como mala, utilizando frases como: "los demás son malos", "la vida es dura", "soy una idiota".

Nombre: _____

Fecha: _____

HOJA DE REGISTRO

A (Acontecimiento) ¿Qué sucedió?	B (Creencias) ¿Qué me dije?
C (Consecuencias) ¿Qué hice? ¿Cómo me sentí? ¿Cómo respondí?	
<p>¿Esta forma de pensar es objetiva?</p> <p>¿Me ayudará esta forma de pensar a salvaguardar mis intereses?</p> <p>¿Me ayudará esta forma de pensar a lograr mis objetivos hoy y mañana?</p> <p>¿Me ayudará esta forma de pensar a no tener problemas importantes con los demás?</p> <p>¿Me ayudará esta forma de pensar a sentir las emociones que quiero sentir?</p>	
Da (Corrección de A)	Db (Debate de B)
E (Efectos)	
¿Como quiero sentir?	¿Cómo quiero actuar?

Distorsiones de la percepción de la realidad más comunes

Identifica los tipos de distorsiones que cometes. Valora su frecuencia de 0 a 100.

Pensamiento todo-o-nada: Interpretar los eventos y personas en términos absolutos, ser extremista, ver las cosas en blanco o negro sin apreciar las categorías intermedias.....()

Sobregeneralización: ser derrotista. Por un solo hecho negativo que ocurre considerar que siempre saldrá todo igual de mal.....()

Filtro mental: Poner toda la atención en un detalle, sacándolo de su contexto, ignorando otros hechos más importantes de la situación y definiendo toda la experiencia únicamente a partir de este detalle.....()

Descalificar lo positivo: ver nuestros comportamientos positivos como “lo normal”, y pensar que no hay que tenerlas en cuenta. No permitirse disfrutar sintiéndose bien, porque piensa que si se siente bien, después se sentirá mal. Por lo que incluso se siente mal por sentirse bien.....()

Conclusión precipitada: Asumir algo negativo cuando no hay apoyo empírico para ello. Dos subtipos han sido identificados:

- **Lectura de pensamiento** - Presuponer las intenciones de otros...()
- **Adivinación** - Predecir o "profetizar" el resultado de eventos antes de que sucedan.....()

Magnificación o Minimización: Magnificar sus errores y los éxitos de los demás. Minimizar sus éxitos y los errores de los otros.()

Razonamiento emocional: Formular argumentos basados en cómo se "siente" en lugar de la realidad objetiva. Asumir que sus sentimientos negativos son el resultado de que las cosas son negativas. Si se siente mal, esto significa que su situación real es mala.()

“Debería”: Intentar mejorarse a sí mismo con “debería...”, “tendría que...”, “debo hacerlo mejor”, “debo tener una buena razón para decir no”, etc. La consecuencia emocional de estos pensamientos es la culpa, la ira y el resentimiento. Utilizar los “debería” en vez de “me gustaría”.()

Etiquetación: es una evaluación global del ser humano basado en algunos aspectos negativos. La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o con fuertes connotaciones prejuiciosas.....()

Personalización: consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente, de los que el sujeto no es responsable. Cuando se aplica a uno mismo puede producir ansiedad y culpa, y aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecución.....()

“COMUNICACIÓN”

Una comunicación adecuada entre los miembros es un requisito fundamental para que la relación de pareja funcione. Una vez que las personas pueden identificar los errores en su comunicación, podrá empezar a corregirlos y en esa medida su relación de pareja mejorar.

ERRORES EN LA COMUNICACIÓN DE PAREJA

1. Subestimar los sentimientos del otro.

Cuando la esposa dice: “me siento mal hoy” y el esposo responde: “ya te sentirás mejor mañana” o “todo el mundo se siente mal hoy en día”, está subestimando sus sentimientos. La manera de corregir este error es hacerle saber a la pareja que está subestimando los sentimientos.

2. Resolver los problemas del otro demasiado rápido.

Prestarle atención a la pareja es ponerse en el lugar del otro, resolverle los problemas rápidamente da la idea de que sólo se queja.

3. Dar respuestas prefabricadas.

“Todo va a estar bien”, “No te preocupes por eso” son frases que se utilizan con tanta frecuencia que pierden su significado y poco sirven de ayuda.

4. Hacer preguntas cerradas.

Las preguntas cerradas bloquean la comunicación porque se responden con monosílabos o con un simple sí o no. La idea es cambiar la pregunta cerrada por una abierta. En el lugar de pregunta por ejemplo: ¿Te gustó la película? Podría ampliar la comunicación si pregunta, ¿Qué opinas de la película? Igualmente, la pregunta: ¿Te fue bien en la reunión? Podría cambiarse por ¿Qué sucedió en la reunión?

5. Hacer preguntas con una intención oculta.

Uno de los errores de comunicación mas destructivos que cometen las parejas es hacer preguntas con una intención oculta o con un mensaje secreto. Las preguntas que empiezan con ¿No te parece que...? ¿No estarías de acuerdo con que...? contiene intenciones ocultas, indicando lo que el otro debe pensar o la posición que debe asumir.

La comunicación clara es directa, sin mensajes ocultos. Obliga a que el emisor se responsabilice de lo que piensa y que lo diga sin mensajes secretos.

6. No apropiarse de las opiniones propias.

Palabras indefinidas como “uno” en lugar de “Yo” oculta el compromiso con lo que se expresa: “me gustaría que...” “Yo pienso que...”

7. La cotorra.

En algunas parejas uno de los miembros puede hablar mucho más que el otro, y le impide a éste decir una sola palabra. El que siempre está hablando parece

una cotorra: una vez que empieza a hablar nadie puede pararlo, y tampoco es posible evadirsele.

8. Redefinir o cambiar el tema.

Uno de los miembros presenta un nuevo tema sin haber agotado el primero.

COMUNICACIÓN ASERTIVA

Para evitar comunicarse de forma inadecuada, los miembros de la pareja deberán aprender a hacerlo de forma asertiva.

Los mensajes son:

1. **Cortos**; sólo se expresa la demanda esencial.
2. **Concretos**; se hace referencia a un comportamiento concreto que se desea cambie.
3. **Claro**; no hay dobles intenciones ni incongruencia entre lo que se piensa y lo que se dice.

Uso de “Mensajes Yo”

- “Cuando tú...”
(establezca el comportamiento)
 - “Me siento...”
(establezca el sentimiento)
 - “Porque...”
(establezca la consecuencia)
 - “Te pido, por favor, que...”
(establezca la petición)
- Se describe sin condenar el comportamiento de la otra persona.
 - Se describe el propio sentimiento
 - Se describe objetivamente las consecuencias del comportamiento.
 - Se expresa lo que se quiere de la otra persona.



Oraciones incompletas
¿Qué es una pareja?

Responde las preguntas de forma individual la forma más sincera posible

- Una pareja es...
- Lo importante al elegir una pareja es...
- Las tres cosas que garantizan una buena relación de pareja son...
- En una relación no hay nada mas frustrante que...
- La principal característica de una pareja es...

“MI PAREJA IDEAL”

Soy pareja ideal porque soy	Mi pareja ideal es:	Mi pareja real es:
Físicamente	Físicamente	Físicamente
Tipo de familia	Tipo de familia	Tipo de familia
Clase social	Clase social	Clase social
Nivel escolar	Nivel escolar	Nivel escolar
Trabajo	Trabajo	Trabajo
Personalidad	Personalidad	Personalidad
Sexualmente	Sexualmente	Sexualmente

Ciclo de la Respuesta Sexual Humana

Fase		Cambios físicos	Alteraciones por tratamientos
Deseo	Interés por el sexo que conlleva pensamientos y sentimientos de atracción hacia el objeto deseado	No hay cambios visibles en el cuerpo, ya que se trata de un proceso mental	Perdida del interés por el sexo Depresión del Sistema Nervioso Central (dolor y fatiga) Demencia difusa Trastorno afectivos
Excitación	Fase en la que se experimenta la activación sexual	Lubricación vaginal Contracción muscular Aumento de las mamas Aceleración del ritmo cardiaco y respiratorio	Menor expansión vaginal Capacidad reducida de lubricación de la vagina Menopausia prematura Irradiación pélvica Atrofia vaginal Irritación uretral recurrente Dispareunia Factores emocionales que reducen la excitación sexual
Orgasmo	Clímax sexual	Contracciones rítmicas vaginales Contracciones musculares Aumento de la frecuencia cardiaca y respiratorio	Perdida de sensaciones antes y durante el orgasmo debido a contracciones uterinas y estimulación del peritoneo pelviano, producidos por la presión del pene empujando el cuello y los dos tercios superiores de la vagina. Reducción del nivel serico de androgenos y estrógenos Acortamiento de vagina Tejido cicatrizal en la pelvis o en la copula vaginal
Resolución	Retorno del cuerpo al estado de no excitación	Todos los sistemas y los órganos del cuerpo vuelven a su estado inicia de reposo	

La mayor parte de los cánceres se producen con más frecuencia a medida que aumenta la edad y muchos pacientes tienen antecedentes médicos que podrían ya alterar la respuesta sexual. Al igual que el uso de medicamentos como los quimioterápicos, las hormonas, algunos antibióticos y antiparasitarios, los anticolinérgicos y antsecretorios H2, los antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos, diuréticos y drogas antihipertensivas, opioides, el alcohol, las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, pueden afectar la respuesta sexual.

REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS DEL PISO PÉLVICO:

1. Comience por vaciar la vejiga.
2. Apriete los músculos del piso pélvico y contenga a la cuenta de 10.
3. Relaje el músculo completamente a la cuenta de 10.
4. Haga 10 ejercicios, tres veces al día.

Usted puede hacer estos ejercicios en cualquier momento y lugar. La mayoría de las personas prefiere realizar los ejercicios acostado o sentado en una silla.

Precaución: algunas personas creen que pueden acelerar el progreso aumentando el número de repeticiones y la frecuencia del ejercicio. Sin embargo, hacer ejercicio en exceso puede más bien causar fatiga muscular y aumentar el escape de orina.

Si usted siente alguna molestia en el abdomen o en la espalda mientras está realizando estos ejercicios, lo más probable es que lo esté haciendo en forma incorrecta. Algunas personas contienen su respiración o aprietan el tórax mientras tratan de contraer los músculos del piso pélvico. Relájese y concéntrese en contraer sólo estos músculos.

Menopausia *El final de la vida fértil*



TRATAMIENTOS PARA LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

La menopausia comprende un periodo normal y fisiológico en la vida de la mujer que, en general no requiere ningún tratamiento. Cuando los síntomas y la frecuencia e intensidad de los mismos afectan a la vida normal de una mujer, existen distintas medidas para reducir los síntomas:

- Vestirse con ropa ligera y en capas
- Ensayar con técnicas de relajación
- Utilizar lubricantes durante la relación sexual
- La terapia hormonal de estrógenos
- Alimentación equilibrada
- Obtener vitamina D y calcio adecuados de alimentos o suplementos
- Control del peso
- Abandono del consumo de tabaco, el alcohol y los alimentos condimentados
- Control de los niveles de colesterol y glucosa en la sangre, y de la tensión arterial
- Ejercicio físico moderado
- Realizar los ejercicios de Kegel diariamente para fortalecer los músculos de la vagina y la pelvis
- Practicar respiraciones lentas y profundas cada vez que se comience a presentar un sofoco (tratar de tomar 6 respiraciones por minuto)

La menopausia es una fase natural de la vida, no una enfermedad o un trastorno, y por eso no necesita por sí misma de tratamientos específicos. Pero si los efectos se ponen graves y causan problemas, los tratamientos médicos pueden ser un útil alivio.

5

TIPOS DE MENOPAUSIA:

Menopausia natural: es la que ocurre de forma espontánea por el envejecimiento gradual del ovario.

Menopausia prematura: aquella que se produce antes de los 40 años de edad.

Menopausia tardía: la que ocurre después de los 55 años.

Menopausia artificial o inducida: es la provocada por la extirpación quirúrgica de los ovarios o por su destrucción secundaria a mecanismos físicos o químicos (por quimioterapia o radiación).

MENOPAUSIA Y SEXUALIDAD

La menopausia produce profundos cambios en el ciclo vital de la mujer, sin embargo no es el fin de la vida sexual.

Con el paso de los años la capacidad de respuesta sexual requiere más tiempo y la excitación es menos intensa. Después de la menopausia se precisa más tiempo para conseguir la lubricación vaginal, los orgasmos son más breves, y las contracciones son menos intensas. La fase final de la estimulación también se acorta. Estos cambios son normales y ocurren en la mayoría de las mujeres.

Uno de los factores biológicos que alteran la sexualidad es la sequedad vaginal, dado que la capacidad de lubricación se reduce notablemente por la disminución de los estrógenos. El cuerpo del útero y el cuello uterino disminuyen su tamaño y en algunas mujeres provoca contracciones uterinas dolorosas durante y después del orgasmo. Estas molestias disminuyen el deseo sexual.

Causas que provocan la disminución de interés sexual:

- Calidad de la relación y comunicación de la pareja.
- Calidad de vida sexual anterior.
- Grado de fatiga.
- Aburrimiento sexual.
- Presencia de problemas psicológicos.
- Presencia de problemas biológicos como la sequedad vaginal.
- Uso de medicamentos, anti depresivos.

3

El final de la vida reproductora es un período crítico para las mujeres, con implicaciones físicas y psicológicas. La menopausia es un proceso natural que sufren todas las mujeres al superar cierta edad (entre los 40 y los 50a años). En ningún caso se trata de una enfermedad ni de un proceso patológico.

Las ovulaciones, y en consecuencia, las menstruaciones dejan de producirse en un momento determinado de la vida de las mujeres, durante la menopausia.

La menopausia sobreviene a causa de la disminución tanto de los folículos ováricos como de la producción de estrógenos y progesterona. El descenso en los niveles hormonales va acompañado de alteraciones del ritmo del ciclo menstrual o cambios en la cantidad de menstruación y de una serie de cambios:

N eurovegetativos	M etabólicos	Psicológicos
Bochornos Sudoración Palpitaciones Cefaleas Vértigo Zumbido en oídos Hipertensión arterial Opresión precordial	Sequedad vaginal Osteoporosis Atrofia cutánea Propensión para contraer enfermedades urinarias Dolores musculares Dolores articulares	Insomnio Disminución de la libido Depresión Ansiedad Disminución de memoria Lentitud del pensamiento Cambios de humor

En la mayoría de los casos estos síntomas se atenúan con el paso del tiempo, aunque a veces persisten durante años.

SEXUALIDAD E HISTERECTOMIA

La mujer que ha sido sometida a una histerectomía (extirpación del útero) puede sufrir cambios en su conducta sexual. Si se extirpan los ovarios la cantidad de estrógenos disminuye y se favorece la aparición brusca de molestias vaginales. La histerectomía afecta la calidad del orgasmo al desaparecer las contracciones uterinas. A algunas mujeres se perciben menos atractivas y menos deseables, y creen que los hombres las tratan de manera diferente.

La sexualidad después de la cirugía puede mejorar:

- Dando tiempo a que se produzca una cicatrización completa.
- Usando lubricantes e hidratantes vaginales.
- Planteando las relaciones sexuales en el momento del día con menos molestias.
- Buscando los puntos sensibles de la estimulación sexual.
- Pensar sólo en el placer sexual, sin presiones, ni miedos.

EJERCICIOS DE KEGEL

Ayudan a fortalecer los músculos bajo el útero, la vejiga y el intestino grueso. Es muy importante mantener los Abdominales, Glúteos y Muslos relajados mientras realiza los ejercicios.

La próxima vez que usted tenga que orinar, empiece a hacerlo y luego pare. Sienta cómo los músculos de la vagina, vejiga o ano se ponen tensos y suben. Son los músculos del piso pélvico. Si usted los siente apretarse o tensionarse, ha realizado el ejercicio correcto.

Introduzca un dedo en la vagina. Apriete los músculos como si estuviera conteniendo la orina, luego déjela salir. Usted debe sentir que los músculos se tensionan y se mueven hacia arriba y abajo.

MENOPAUSIA INDUCIDA

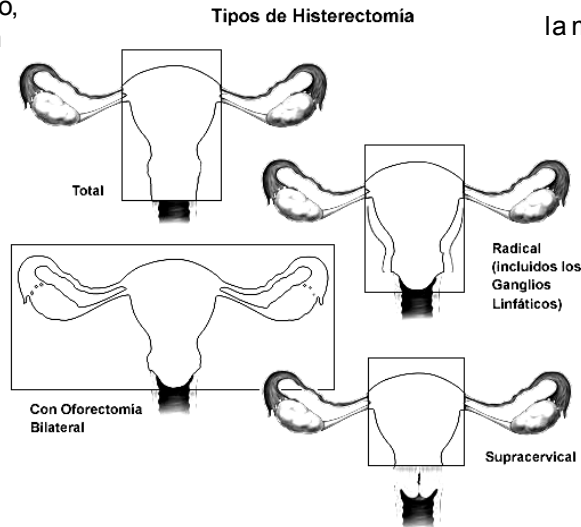
La menopausia inducida deriva de una intervención médica que reduce o detiene la secreción hormonal de los ovarios. Estas intervenciones incluyen la cirugía, para extirpar los ovarios o para reducir la cantidad de sangre que reciben, y la quimioterapia o la radioterapia sobre la pelvis (incluyendo los ovarios) para tratar el cáncer.

La intervención quirúrgica en que se extirpa el útero (histerectomía) no afecta a la cantidad de hormonas mientras los ovarios sigan intactos y, por tanto, no provoca menopausia. Sin embargo la extirpación de ambos ovarios antes de la menopausia natural ocasiona la menopausia inducida.

Los tipos de histerectomía incluyen:

- Histerectomía total

Consiste en la extirpación del útero completo, y el cuello uterino. Este es el tipo más común de histerectomía.



- Histerectomía con salpingo-ooforectomía

Consiste en la extirpación de un ovario o de ambos y en ocasiones las trompas de Falopio, junto con el útero.

- Histerectomía radical

Consiste en la extirpación del útero, el cuello uterino, el tramo superior de la vagina, la mayor parte del tejido que rodea al cuello uterino en la cavidad pélvica, y puede incluir la extracción de los nódulos linfáticos de la pelvis.

- Histerectomía supracervical

(parcial o subtotal)
Extracción del cuerpo del útero sin afectar el cuello uterino

La menopausia inducida también puede ocurrir si los ovarios quedan inactivos a causa de radiación pélvica, quimioterapia u otras drogas.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
“Sexualidad y cáncer cervicouterino”

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Qué me pareció el taller?

¿Qué fue lo que más me gustó del taller?

¿Qué no me agrado o, me gustó menos del taller?

¿Qué aprendí y qué me llevo del taller?

¿Cómo puedo integrar lo que aprendí con mi vida cotidiana?

¿Qué expectativas no se han visto satisfechas?

¿Qué sugerencias propondrías para mejorar?