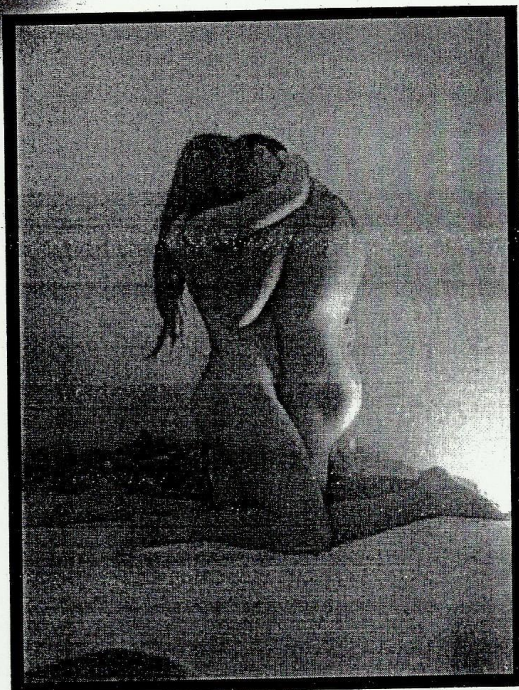




EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL

Rosa María Zapata Boluda



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL

COORDINADORA

ROSA MARÍA ZAPATA BOLUDA.

AUTORAS/ES

(Por orden de aparición en el texto)

ROSA MARIA ZAPATA BOLUDA.
ANTONIO JOSÉ GONZÁLEZ JIMÉNEZ.
MANUEL LUCAS MATÉU.
ROSA MARÍA MARÍN ZAPATA.
ENCARNACIÓN SORIANO AYALA
MARÍA JOSÉ MUÑOZ PARÍS.
INMACULADA FERNÁNDEZ AGÍS.
CARMEN SÁNCHEZ CARRIÓN.
RAQUEL ALARCÓN RODRIGUEZ.
TESIFÓN PARRÓN CARREÑO.
CARMELO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ.
ANA DEL MAR RUÍZ MUÑOZ
MANUEL VARGAS FERNÁNDEZ.
FRANCISCO JOSÉ MALDONADO MARTÍNEZ.
JOSÉ MARÍA PORRAS PASTOR.
MARIA ISABEL GUTIÉRREZ IZQUIERDO.
LAURA C. SÁNCHEZ-SÁNCHEZ.
FRANCISCO MONTESINOS MARÍN.
MARISA B. PÁEZ BLARRINA.
EVA DEL AGUILA MARTÍN.

ALMERÍA, 2008

EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL

COORDINADORA

ROSA MARÍA ZAPATA BOLUDA

AUTORES

(Por orden de aparición en el texto)

ROSA MARÍA ZAPATA BOLUDA

ANTONIO JOSÉ GONZÁLEZ JIMÉNEZ

MANUEL LUCAS MATEU

ROSA MARÍA MARÍN ZAPATA

ENCARNACIÓN SORIANO AYALA

MARÍA JOSÉ MUÑOZ PARRIS

IMMACULADA FERNÁNDEZ AGUIR

CARMEN SÁNCHEZ CARRIÓN

RAQUEL ALARCÓN RODRÍGUEZ

TERCER PARRÓN CARRIÓN

CARMELO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ

ANA DEL MAR RUIZ MUÑOZ

MANUEL VARGAS FERNÁNDEZ

FRANCISCO JOSÉ MALDONADO MARTÍNEZ

JOSÉ MARÍA PUJOS PASTOR

MARÍA ISABEL GUTIÉRREZ LOQUENDO

LAURA C. SÁNCHEZ-SÁNCHEZ

FRANCISCO MONTERO MARÍN

Educación para la Salud Sexual

© del Texto: Rosa Mª Zapata Boluda

© de la Edición: *Sistemas de Oficina de Almería, S.A.*
Almería 2008.

Imprime: Sistemas de Oficina de Almería, S.A.
ISBN (13 DIGITOS): 978-84-96918-11-5
Deposito Legal: AL-672-2008.

ALMERÍA 2008

ÍNDICE		
Presentación		9
Capítulo I	El eje transversal coeducación a través de los documentos curriculares educativos.	11
	Antonio José González Jiménez.	
Capítulo II	Presente y futuro evolutivo del hecho sexual humano.	37
	Manual Lucas Matheu	
Capítulo III	Mitos sexuales en adolescentes	55
	Rosa María Zapata Boluda.	
	Rosa María Marín Zapata.	
Capítulo IV	El Amor y la pareja	65
	Encarnación Soriano Ayala	
	Rosa María Zapata Boluda.	
Capítulo V	Educación sexual	87
	María José Muñoz París	
Capítulo VI	Identidad sexual, diversidad sexual y dimensiones de la sexuación	99
	Inmaculada Fernández Agís	
Capítulo VII	La sexualidad en jóvenes.	119
	El disfrute de la sexualidad	
	Carmen Sánchez Carrión	
Capítulo VIII	Anatomía del aparato genitourinario masculino y femenino	133
	Raquel Alarcón Rodríguez	
	Tesifón Parrón Carreño	
Capítulo IX	Fisiología e higiene sexual y reproductiva humana	153
	Carmelo. J. Gutiérrez González	
Capítulo X	Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos.	169
	Ana del Mar Ruíz Muñoz	
Capítulo XI	Respuesta sexual Humana	177
	Carmelo. J. Gutiérrez González	
Capítulo XII	Disfunciones sexuales más frecuentes.	189
	Carmelo Gutiérrez González	
Capítulo XIII	Conducta sexual humana	205
	Carmelo Gutiérrez González	
Capítulo XIV	Historia de la anticoncepción	225
	Tesifón Parrón Carreño	
Capítulo XV	Planificación familiar	239
	Rosa María Zapata Boluda.	
Capítulo XVI	Métodos anticonceptivos más frecuentes.	249
	Usos, ventajas e inconvenientes.	
	Rosa María Zapata Boluda.	
Capítulo XVII	Anticonceptivos hormonales.	283
	Terapia Hormonal sustitutiva	
	Ana del Mar Ruíz Muñoz	
Capítulo XVIII	Estudio de la pareja estéril	293
	Y Reproducción asistida	
	Rosa María Zapata Boluda.	

Capítulo IXX	Embarazo no deseado y adolescencia. Intervenciones educativas y de promoción de la salud.	301
	Rosa María Marín Zapata. Rosa María Zapata Boluda	
Capítulo XX	Interrupción voluntaria del embarazo	313
	Manuel Vargas Fernández Francisco José Maldonado Martínez José María Porras Pastor	
Capítulo XXI	Infecciones de transmisión genital ITS (Infecciones de transmisión sexual)	333
	Tesifón Parrón Carreño Raquel Alarcón Rodríguez	
Capítulo XXII	Pruebas diagnósticas de prevención del cáncer femenino y masculino	363
	Rosa María Zapata Boluda María Isabel Gutiérrez Izquierdo	
Capítulo XXIII	Pruebas exploratorias y autoexploratorias en la prevención del cáncer masculino y femenino.	373
	María Isabel Gutiérrez Izquierdo Rosa María Zapata Boluda	
Capítulo XXIV	Problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a la mujer	383
	Rosa María Zapata Boluda	
Capítulo XXV	Problemas de salud sexual y reproductiva que afectan al varón	403
	María Isabel Gutiérrez Izquierdo	
Capítulo XXVI	Mujeres, violencia y salud. Agresiones sexuales. Violación	417
	Francisco José Maldonado Martínez Manuel Vargas Fernández	
Capítulo XXVII	Programas de intervención en salud sexual	433
	María José Muñoz París	
Capítulo XXVIII	Educación sexual para mujeres operadas por Cáncer de mama: la importancia de la imagen Corporal	443
	Laura C. Sánchez-Sánchez Francisco Montesinos Marín Marisa B. Páez Blarrina	
Capítulo XXIX	Programa de educación sexual para personas Con esclerosis múltiple	473
	Laura C. Sánchez-Sánchez Eva del Águila Martín	

CAPITULO XXVIII

EDUCACIÓN SEXUAL PARA MUJERES OPERADAS POR CÁNCER DE MAMA: LA IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL.

**LAURA C. SÁNCHEZ SÁNCHEZ
FRANCISCO MONTESINOS MARÍN
MARISA B. PÁEZ BLARRINA**

EDUCACIÓN SEXUAL PARA MUJERES OPERADAS POR CÁNCER DE MAMA: LA IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL.

**Laura C. Sánchez Sánchez
Francisco Montesinos Marín
Marisa B. Páez Blarrina**

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer. En España se diagnostican anualmente unos 16.000 nuevos casos. Se estima que alrededor de una de cada ocho mujeres desarrollará esta enfermedad a lo largo de su vida. Además, se ha observado un aumento en la tendencia entre el 1 y el 2% anual (Ferlay, Bray, Pisani, Parkin, 2004). En la actualidad, la supervivencia a los 5 años se sitúa en nuestro país en torno al 78% (Sant, Aareleid, Berrino, et al., 2003). Todos estos datos nos indican que el número de supervivientes del cáncer de mama está en continuo aumento, lo que conlleva una necesidad creciente de atención de las necesidades psicosociales de este colectivo. Así pues, si se pretende que el tratamiento de la paciente de cáncer de mama sea integral, es necesario abordar las consecuencias psicosociales que se deriven del diagnóstico y los tratamientos, incluyendo por supuesto las posibles dificultades relacionadas con la imagen corporal y las consecuentes repercusiones en la sexualidad.

El cáncer requiere en la mayor parte de los casos un tratamiento médico multidisciplinario. En el caso del cáncer de mama, los tratamientos médicos suelen incluir la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. La cirugía y radioterapia tienen una actuación sobre los tumores local y regional, a diferencia de la quimioterapia, que tiene un efecto sistémico (Die Goyanes y Die Trill, 2003). Lo más habitual es que se utilice la cirugía como tratamiento principal, para extirpar el tumor, acompañada o no de radioterapia, quimioterapia y/o hormonoterapia, según el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La cirugía puede ser de tipo conservador (extirpación parcial de la mama, o de un cuadrante de ésta, o únicamente del tumor) o radical (mastectomía total con linfadenectomía axilar o extirpación de los ganglios linfáticos de la axila) (Die Trill y Die Goyanes, 2003). La tendencia actual es hacia una cirugía cada vez más conservadora, tras comprobarse que en muchos casos se pueden alcanzar los mismos resultados terapéuticos sin necesariamente practicar una cirugía tan agresiva (Fisher, Redmon y Possion, 1989; Veronessi, Saccozzi, del Vecchio, 1981; Baider, Lippman, Swain, 1987; Rose, Olivotto, Cady, 1989). También asistimos cada vez con mayor frecuencia a la práctica de la cirugía reconstructiva, en muchos casos de forma inmediata a la extirpación del tumor.

El diagnóstico del cáncer, implica habitualmente importantes repercusiones a nivel emocional (Weisman, 1979; Andreu, Galdón e Ibáñez, 1991; Holland y Lewis, 2003; Montesinos, 2005). Como es sabido desde hace tiempo, el cáncer de mama está asociado a un incremento en los niveles de ansiedad y depresión, alcanzándose cotas clínicamente significativas en aproximadamente un tercio de las pacientes (Maguire, 1976; Maguire, Lee,

Bevington, Kuchemann, Crabtree y Comell, 1978). Pero además, las consecuencias de los tratamientos, como los cambios físicos tras la cirugía y los efectos secundarios de la radioterapia y en mayor medida de la quimioterapia (sobre todo la alopecia y el cambio de peso), pueden suponer un considerable impacto sobre la autoestima y la imagen corporal y, consecuentemente, sobre la actividad social y especialmente la sexualidad de la paciente y de su pareja (Meyerowitz, 1980; Die Trill y Die Goyanes, 2003).

La importancia de la imagen corporal la ponen de manifiesto algunos estudios que han relacionado ésta con el ajuste y el afrontamiento de la enfermedad, en el sentido de que una mejor imagen corporal está asociada a un mejor afrontamiento de la enfermedad (Pikler y Winterowd, 2003). Así, la imagen corporal y el funcionamiento sexual se han mostrado relacionados con la vitalidad y el funcionamiento físico y social (Mock, 1993). Igualmente, imagen corporal, sentimientos de atractivo sexual y satisfacción sexual están asociados a mejor ajuste psicosocial (Schover, Yetman, Tuaron, Meisler, Esselstyn, Hermann, Grundfest-Broniatowsky y Dowden, 1995; Carver, Pozo-Kaderman, Price, 1998) y calidad de vida (Shimozuma, Ganz, Petersen, Hirji, 1999). De este modo, los cambios en la imagen corporal tras el cáncer de mama y su tratamiento puede tener efectos directos en la sexualidad, la respuesta sexual, los roles sexuales y en las relaciones (Pelusi, 2006).

La insatisfacción con la imagen corporal es una de las consecuencias más frecuentes tras el cáncer de mama (Ganz, Rowland, Desmond, 1998; Ganz, Rowland, Meyerowitz, 1998; Fobair, Stewart, Chang, D'Onofrio, Banks y Bloom, 2006). Algunos autores (Yurek, Farrar y Andersen, 2000) consideran que estos cambios en la imagen corporal a los que los pacientes de cáncer deben hacer frente, son un evento vital estresante que forma parte del proceso de enfermedad. Entre las variables que influyen en el cambio en la imagen corporal en pacientes oncológicos destacan el tipo de cambio físico y su localización (por ejemplo, tipo de cirugía), la reacción del entorno y el apoyo social percibido, la disponibilidad y acceso a los recursos necesarios (como el uso de prótesis o prendas especiales o el acceso a la reconstrucción) y la valoración o significado atribuido a la alteración física, mediado por asunciones y creencias, habilidades de afrontamiento y características de personalidad (Fernández, 2004; Rowland, 1990).

Se ha observado que las percepciones negativas de la imagen corporal en supervivientes de cáncer de mama incluyen insatisfacción con la apariencia, pérdida percibida de feminidad e integridad corporal, negativa a contemplar el propio cuerpo desnudo, sentimientos de pérdida de atractivo, e insatisfacción con las cicatrices de la cirugía (Hopwood, 1993). Según la mayoría de estudios, una buena imagen corporal guarda relación con el reinicio de relaciones sexuales y menor frecuencia de disfunciones sexuales (Carver et al., 1998; Beckman, Johansen, Richardt, 1983; Steinberg, 1985; Pozo, Carver, Noriega, 1992; Ganz, Kwan, Stanton, 2004; Yurek et al., 2000; Lee, Love, Mitchel, 1992; Wolberg, Romsaas, Tanner, 1989; Schain y Fetting, 1994). La pérdida de la mama o la modificación de su aspecto tras la cirugía radical o conservadora pueden alterar la imagen corporal y la identidad de la mujer, aunque dependerá del significado simbólico de la mama, que variará de una mujer a otra (Haber, 2000). En general, el efecto suele ser más relevante en aquellas mujeres que basan en mayor medida

su autoconcepto en sus atributos físicos y que relacionan en mayor medida su atractivo y feminidad con las mamas. Esta alteración de la imagen corporal tras el diagnóstico de cáncer de mama puede guardar relación con la cirugía pero también con los efectos secundarios de la quimioterapia coadyuvante, en especial la alopecia y los cambios en el peso (Die Trill y Die Goyanes, 2003).

Por otro lado, muchos estudios relacionan la mastectomía o cirugía radical con mayor probabilidad de disfunciones sexuales e insatisfacción con la imagen sexual que en el caso de la tumorectomía o cirugía conservadora (Beckman, Johansen, Richardt, 1983; Steinberg, Juliano y Wise, 1985; Ganz, Lee, Sim, 1992; Ganz et al., 1998; Yurek et al., 2000; Lee, Love, Mitchel, 1992; Schain y Fetting, 1994; Taylor, Lamdan, Siegel, 2002; Arora, Gustafson, Hawkins, 2001; Polivy, 1977; Avis, Crawford, Manuel, 2004; Fallowfield, Hall y Maguire, 1990; Taylor, Lamdan, Siegel, Shelby, Hrywna y Moran-Klimi, 2002). Este mayor impacto psicológico en el caso de la cirugía radical se ha encontrado incluso en el caso de que la mastectomía vaya seguida de reconstrucción (Yurek et al., 2000), aunque algunos estudios no han encontrado esta relación (Wolberg, Romsaas, Tanner, 1989; Ashcroft, Leinster, Slade, 1985; Penman, Bloom, Fotopoulos, 1986; Goldberg, Scott, Davidson, 1992; Holmberg, Omne-Ponten, Burns, 1989). La cirugía conservadora también se ha relacionado con mayor placer y frecuencia de caricias durante la actividad sexual (Schover, Yetman, Tuaron, Meisler, Esselstyn, Herman, Grundfest-Broniatowsky y Dowden, 1995). Aunque no se han encontrado diferencias en la adaptación psicológica global en función de si la cirugía ha sido radical o conservadora, algunos estudios han sugerido que la tumorectomía está relacionada con una mayor probabilidad de miedo a la recidiva, aunque los resultados no son concluyentes (Schain y Fetting, 1992; Moyer, 1997; Levy, Heberman y Lee, 1989; De Haes, Nostrom y Welvaart, 1986; Wellisch, DiMatteo y Silverstein, 1989; Kraus, 1999).

Por otro lado, la cirugía reconstructiva es un procedimiento de tratamiento seguro tras la mastectomía por cáncer, sin que haya evidencia de consecuencias oncológicas indeseadas (Malata, McIntosh, Purushotham, 2000), que puede aportar beneficios en términos de imagen corporal y sexualidad (Jacobsen y Holland, 1990; Parker, 2004; Wilkins, Cederna, Lowery, Davis, Kim, Roth, Goldfarb, Izenberg, Houin, Shaheen, 2000) y en el fortalecimiento de la relación afectiva y sexual con la pareja (Grau y Jiménez, 1988). El tipo de procedimiento empleado en la reconstrucción puede tener un efecto diferencial en términos de bienestar psicológico y grado de satisfacción (Wilkins et al., 2000; Alderman, Wilkins, Lowery, Kim, Davis, 2000). La reconstrucción inmediata se plantea como la opción con más futuro, dado que ofrece la ventaja de evitar vivir con las secuelas de la mastectomía, mientras que la diferida puede facilitar el mantenimiento y agudización de problemas emocionales asociados al proceso (Oiz, 2005). No obstante, se han publicado datos que cuestionan el beneficio psicológico de la reconstrucción inmediata versus diferida (Wilkins et al., 2000) e incluso los beneficios de la reconstrucción sobre la calidad de vida y la imagen corporal (Nissen, Swenson, Ritz, Farrell, Sladek, Lally, 2001). En cualquier caso, algunos estudios apuntan que la mayor afectación emocional observada en pacientes que se someten a reconstrucción inmediata puede relacionarse más con el estrés preoperatorio en estas enfermas que con el resultado de la intervención. Esto es, las pacientes que escogen la reconstrucción inmediata son las que sufren

un mayor malestar como consecuencia de la enfermedad y el tratamiento, por lo tanto después de la cirugía seguirán mostrando mayor malestar en comparación con las que no eligen reconstrucción (Roth, Lowery, Davis, Wilkins, 2005). Además las revisiones indican que la reconstrucción inmediata está asociada con mayores tasas de complicaciones (Alderman, Wilkins, Kim, Lowery, 2002). En cualquier caso, el grado de utilización de la reconstrucción inmediata es todavía bajo y está influenciado por variables sociodemográficas (Alderman, McMahon, Wilkins, 2003).

Puede afirmarse que la insatisfacción con la imagen corporal suele agravarse con el transcurso del tiempo durante el primer año tras la cirugía (Bloom, Stewart, Johnston, 1998). Los problemas sexuales ocasionados como consecuencia del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama pueden persistir durante años (Ganz et al., 1998; Ganz, Desmond, Leedham, 2002). Como se ha mencionado, la quimioterapia adyuvante es otro tratamiento que puede contribuir a empeorar el funcionamiento sexual y la satisfacción con la vida sexual (Schover et al., 1995; Arora et al., 2001; Ganz, Kwan, Stanton, 2004), y parece correlacionar con mayor frecuencia de problemas y disfunciones sexuales (Ganz et al., 1998; Ganz, Desmond, Belin, 1999; Pelusi, 2006). Uno de los efectos de la quimioterapia, la menopausia, también se ha relacionado con una sexualidad más deficitaria (Yurek et al., 2000). Igualmente, una de las consecuencias de la menopausia, la sequedad vaginal, predice un mayor impacto de la enfermedad en la sexualidad (Meyerowitz, Desmond, Rowland y Wyatt, 1999), un menor interés sexual (Ganz et al., 1999), una menor frecuencia de relaciones (Ganz et al., 2002), y mayor probabilidad de disfunciones sexuales (Ganz et al., 1999). En cuanto al tratamiento hormonal, que es prescrito a muchas pacientes de cáncer de mama, no existe una evidencia clara de que éste pueda afectar al deseo sexual (Vecino y Urbano, 2003). No obstante, el deseo puede también verse disminuido como consecuencia de la depresión, el estrés asociado al tratamiento o los cambios en la imagen corporal (Die Trill y Die Goyanes, 2003).

En síntesis, tras la cirugía, el pecho puede cambiar su significado y pasar de ser una zona erótica a una zona que le recuerda a la enfermedad, y la mujer puede llegar a sentirse mutilada, avergonzada o diferente, y acabar evitando mantener relaciones sexuales. Entre los problemas descritos más frecuentemente en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a nivel sexual, además de la pérdida de deseo, figuran las dificultades para conseguir excitación sexual, la incapacidad para relajarse y disfrutar, y la sequedad vaginal (Fobair et al., 2006). No es infrecuente que la afectada evite las relaciones sexuales o que aparezcan trastornos sexuales que interfieran en la relación, de manera que las relaciones de pareja se vean bloqueadas debido a los posibles malentendidos, a la ausencia de intercambio afectivo y a la falta de comunicación (Auchincloss, 1990; Die Trill y Die Goyanes, 2003). La frecuencia de problemas sexuales correlaciona también con la dificultad de la pareja para comprender los sentimientos de la paciente (Lasry, Margolese, Poisson, 1987; Ganz, Day, Ware, 1995; Lindley, Vasa, Sawyer, Winer, 1998; Meyerowitz et al., 1999; Fobair et al., 2006; Rowland, 1990), así como con la baja autoestima y la alteración de la imagen corporal (Fobair et al., 2006).

Algunos estudios aportan evidencia acerca del papel de la pareja en la superación de los problemas ocasionados por la cirugía y el cáncer de mama. La satisfacción con la relación sexual tras el diagnóstico guarda relación con haber mantenido relaciones satisfactorias con la pareja anteriormente (Reaby y Hort, 1995), pero también con la comprensión, el apoyo de la pareja (Pelusi, 1997; Holmberg, 2001) y con la salud sexual global de la pareja (Pelusi, 1999). Además, las repercusiones del cáncer de mama y sus tratamientos también afectan al comportamiento sexual de la pareja de la enferma. Es sumamente frecuente encontrar temores, mitos y falsas creencias en la pareja que repercuten en la interacción sexual. En ocasiones es la pareja quien evita mirar la cicatriz y quien elude acariciar esta zona (Wellisch, Jamison y Pasnau, 1978). Esta inhibición puede guardar relación con el miedo de la pareja a causar dolor o malestar a la paciente (Die Trill y Die Goyanes, 2003). En el caso de las parejas lesbianas, hay que añadir la dificultad de que la pareja sana experimente una sensación acentuada de vulnerabilidad a la enfermedad que afecte a la relación y a la propia adaptación psicológica (Die Trill y Die Goyanes, 2003).

Por otro lado, en el caso de las pacientes sin relaciones de pareja estable, se ha descrito la dificultad para el establecimiento de relaciones íntimas tras el diagnóstico de cáncer de mama (Die Trill y Die Goyanes, 2003). El temor al rechazo debido a los cambios físicos como resultado del tratamiento es una de las barreras que han sido detectadas y que interfieren a la hora de iniciar nuevas relaciones (Schover, 1994; Hordern, 2000).

Finalmente, no podemos dejar de mencionar el hecho de que la insatisfacción con la imagen corporal tiene importantes repercusiones en la vida social. La pérdida de la mama, el aumento de peso, la baja autoestima e inseguridad que pueden generar, los pensamientos que comparan "lo que era y lo que soy"... pueden resultar en aislamiento y evitación de actividades sociales, así como un estado de alerta continuo respecto a la propia imagen aun en el caso de que el cambio físico no sea apreciable por los demás (Die Trill y Die Goyanes, 2003; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2004).

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La experiencia del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone un importante impacto sobre la imagen corporal y el intercambio y satisfacción sexual de las afectadas, que puede repercutir en el ajuste psicológico y la calidad de vida. Es frecuente en un elevado porcentaje de afectadas una alteración de la imagen corporal, pérdida del deseo y otras dificultades relacionadas con las relaciones sexuales, con mayor probabilidad cuando la opción de tratamiento quirúrgico ha sido mastectomía en lugar de cirugía conservadora, y cuando la paciente recibe quimioterapia adyuvante. El comportamiento de la pareja parece jugar un papel importante a la hora de superar estas dificultades.

Por tanto, se hace necesario valorar en las mujeres sexualmente activas diagnosticadas de cáncer de mama las posibles dificultades con la imagen corporal, la existencia de disfunciones sexuales y la satisfacción con las relaciones sexuales. Igualmente se hace necesario ofrecer a las afectadas la posibilidad de mejorar estos aspectos mediante intervenciones eficaces que permitan su abordaje.

Si se desea mejorar la dinámica de la relación y facilitar el proceso de reanudación de las relaciones sexuales tras la enfermedad, la consideración del papel de la pareja se hace ineludible.

Por este motivo, la intervención se adaptará a las participantes con la ayuda de la información recogida a través del *Cuestionario de Evaluación de Necesidades* que se propone (ver Anexo 1). El cuestionario consta de dos partes, la primera referida a la autoestima y el reconocimiento del propio cuerpo y la segunda más centrada en la sexualidad y la salud reproductiva.

3. PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

Según el análisis establecido, las necesidades prioritarias de estas pacientes se vinculan, en primer lugar, al esclarecimiento por parte de cada afectada de la importancia concedida a la sexualidad en el marco de las relaciones de pareja y la salud. En segundo lugar, a la aceptación e integración de la nueva imagen corporal. Dicha aceptación incluiría reconciliarse con la imagen, los cambios físicos, cicatrices, limitaciones, etc. de manera que la insatisfacción, los pensamientos de no sentirse atractiva, el temor al rechazo... no funcionen como barreras para retomar la actividad sexual y social, esta última no sólo en pareja. Esta aceptación deberá incluir la totalidad de las reacciones privadas, pensamientos/sentimientos de falta de atractivo, ansiedad, miedo al rechazo, recuerdos sobre la antigua imagen, rabia por los cambios experimentados, etc., al interactuar con la propia imagen corporal, al interactuar con otros y especialmente al mantener relaciones sexuales. Por último, es necesario contemplar la participación de la pareja como punto de apoyo fundamental y objeto de intervención para facilitar la resolución de las dificultades o disfunciones sexuales relacionadas con la enfermedad y los tratamientos.

Está de más añadir que estas necesidades son sólo una propuesta de los autores, que se desprende de la revisión de la literatura efectuada, debiendo de incluir en aplicaciones futuras del programa aquellas temáticas que se extrajeran de la evaluación realizada con el cuestionario.

4. OBJETIVOS

Sobre la base de estas necesidades planteamos los siguientes objetivos generales, específicos y de proceso.

4.1. Objetivos Generales

- Mejorar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama
- Mejorar la salud sexual y la satisfacción con las relaciones sexuales de las mujeres operadas de cáncer de mama
- Facilitar la comunicación entre las pacientes y sus parejas
- Facilitar la integración de la imagen corporal

4.2.Objetivos Específicos

- Crear un espacio de comunicación abierta para que el 100% de los participantes expresen dudas, temores y preocupaciones en torno a la pareja y la sexualidad después de la enfermedad.
- Que el 100% de las mujeres presentes, diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama y sus parejas, obtengan información sobre las consecuencias de la cirugía y tratamientos por cáncer de mama a nivel físico, emocional, de la autoestima y la imagen corporal.
- Lograr que un 90%, como mínimo, de los participantes adquieran estrategias que permitan abordar y superar barreras psicológicas que, tanto las mujeres como sus parejas, tienen respecto del cáncer de mama y las secuelas de la cirugía y los tratamientos.
- Que al menos un 80% de los participantes desarrollen o mejoren habilidades de comunicación y resolución de problemas en el ámbito de la relación de pareja.
- Favorecer en el 100% de las parejas la potenciación de unas relaciones basadas en el respeto mutuo y la igualdad, favoreciendo el establecimiento de relaciones sexuales que superen los patrones tradicionales genitales y basados en el resultado y la ejecución, en pro de una sexualidad integral que considere aspectos emocionales, relacionales, y centrada en el proceso.
- Promover en un 70-80% de los participantes la recuperación de las relaciones sexuales tras la cirugía de mama, si así lo desean.

4.3.Objetivos de proceso

Estos objetivos se apoyan sobre los generales y específicos y definirán las temáticas que se abordan a lo largo de las sesiones:

1. Informar sobre las consecuencias de la cirugía por cáncer de mama a nivel físico, emocional, de la autoestima, y la imagen corporal a mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama y sus respectivas parejas.
2. Promover la aceptación de la nueva imagen corporal abordando las barreras psicológicas que afectan a la sexualidad después de la enfermedad.
3. Desarrollar habilidades de comunicación en la pareja.
4. Potenciar formas alternativas de estimulación y favorecer el juego sexual, promoviendo una actitud de mayor flexibilidad, apertura y creatividad que repercuta en una mayor satisfacción.

5. METODOLOGÍA

Para abordar los contenidos se empleará la siguiente metodología general, aunque se especificarán las técnicas empleadas en cada una de las temáticas:

- Presentación de contenidos teóricos e informativos, con apoyo de medios audiovisuales y entrega de materiales impresos con la información resumida de esos contenidos de las sesiones.
- Dinámicas de grupo (de presentación, de desinhibición, de análisis de la realidad y discusión de contenidos, etc.).
- Ejercicios experienciales de toma de perspectiva y observación de la experiencia privada.
- Técnicas de exposición a los eventos privados vividos aversivamente.
- Role-playing y modelado para el desarrollo de habilidades de comunicación.
- Tareas en casa, para fomentar la práctica, realizar ejercicios que exigen soledad o intimidad y facilitar la generalización de las habilidades aprendidas.

6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

6.1. Recursos humanos:

- Terapeuta con formación en psicología y sexología.
- Especialista en ginecología.
- Personal voluntario para ayudar en la disposición y entrega de materiales, mobiliario, recursos técnicos, etc.

6.2. Recursos materiales:

- Una sala espaciosa, insonorizada, con sillas movibles, mesas de trabajo y pizarra.
- Material fungible.
- Ordenador portátil y proyector para las exposiciones teóricas.
- Equipo de música y diversos CD's para acompañar algunas de las actividades.
- Materiales que faciliten el establecimiento de un contexto propicio para el desarrollo de las distintas actividades (en las informativas: sillas cómodas; en las técnicas de observación y focalización sensorial: colchonetas, quemador de esencias, etc.)

7. DESARROLLO DE LAS TEMÁTICAS

Se sugiere al terapeuta que considere, además de las áreas temáticas que aquí se indican, cualquier otra que no figure en este listado y que haya sido apuntada por las participantes en el cuestionario. Asimismo, se puede eliminar alguna de estas áreas si no resulta de interés para las participantes o no se considera pertinente tras valorar la información recogida en la evaluación. Se recomienda invitar a las parejas a asistir al taller a la primera sesión y, posteriormente, a partir de la cuarta sesión, tras haberlo valorado con las pacientes.

Teniendo en cuenta que el abordaje de los temas relacionados con la sexualidad puede resultar en cierta medida incómodo para alguna o muchas de las participantes, será importante adaptar la progresión de las actividades que a

continuación se señalan, para ir gradualmente aproximándose desde lo lúdico a ejercicios que contribuyan a la aceptación de la imagen corporal, a través de la exposición directa a las barreras psicológicas. La mayoría de técnicas propuestas están basadas en la tradición de la terapia de conducta. Así, muchos de los ejercicios sugeridos están basados en la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958), aunque incorporando la exposición a los eventos internos que funcionan como barreras y que pueden ir asociados al contacto con el propio cuerpo o con la actividad sexual, tal como se propone en terapias novedosas, como la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) (Wilson y Luciano, 2002). De esta terapia se han extraído algunos procedimientos de probada eficacia, como el uso de metáforas, ejemplos, o ejercicios experienciales. Igualmente, se incorporarán al taller dos componentes fundamentales de la ACT, que son: la consideración de los valores de cada participante a la hora de plantear la intervención (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006) y el componente de la exposición a los eventos privados y la toma de perspectiva.

Por último, cabe recordar la importancia de que el terapeuta desarrolle habilidades que le permitan el manejo del grupo, de la comunicación y de la sexualidad, respetando y teniendo presente las peculiaridades de este tipo de colectivo, que exigen un ajuste de las intervenciones generales que suelen formularse en el área de la sexología.

En la primera sesión se trabajará con las mujeres afectadas y sus parejas para proporcionar información sobre las repercusiones del cáncer de mama en la sexualidad y modificar actitudes que dificultan el disfrute de una sexualidad satisfactoria. En la segunda y la tercera participarán únicamente las afectadas y estarán dirigidas a promover la aceptación de la imagen corporal abordando las barreras psicológicas presentes tras la cirugía y tratamientos de la enfermedad. En la cuarta sesión, se incorporará de nuevo a ambos miembros de la pareja en el taller, y tendrá el objetivo de mejorar sus habilidades de comunicación y de esclarecer malentendidos y malas interpretaciones que con frecuencia dificultan el mutuo entendimiento. La quinta y la sexta sesión se centrarán en la reformulación del concepto de sexualidad como algo estrictamente genital y desde esta nueva concepción de la sexualidad más flexible se potenciará la exploración de los sentidos y el uso de las fantasías sexuales como forma de ampliar la perspectiva.

Sesión 1

Objetivo: Informar sobre las consecuencias de la cirugía por cáncer de mama a nivel físico, emocional, de la autoestima y la imagen corporal en la mujer diagnosticada y tratada de cáncer de mama y su pareja.

Contenidos

- Reseña histórico-cultural, discusión grupal y cuestionamiento de los prejuicios que existen en torno al atractivo femenino basado primordialmente en la imagen externa, donde el pecho juega un papel fundamental.
- Información sobre las posibles consecuencias de la cirugía y tratamientos por cáncer de mama sobre la imagen corporal, la autoestima y el comportamiento sexual. Información médica por parte de un especialista en ginecología.

Metodología

- **Presentación del Taller y de los Participantes**

Se propone iniciar la actividad presentando el taller, sus objetivos generales, la metodología que se seguirá, así como los profesionales que participarán. Enmarcado el taller, se sugiere iniciar con alguna dinámica de presentación (por ejemplo, la presentación por parejas) para facilitar que los participantes se sientan cómodos y estén predispuestos a participar en las actividades que se irán proponiendo en el taller (véase, por ejemplo, Francia y Mata, 1999, pp. 169).

- **Información sobre las consecuencias del cáncer de mama**

Breve presentación teórica acerca de las consecuencias del cáncer de mama (aspectos físicos, emocionales, sociales y repercusiones en la sexualidad) a cargo del terapeuta y el ginecólogo. Al final, se puede invitar a compartir su experiencia a las participantes, si lo desean.

- **“Todo lo que siempre quisiste saber sobre sexo y nunca te atreviste a preguntar”**

Se pondrá a disposición de los y las participantes una urna donde cada uno podrá plantear de forma anónima cualquier duda o preocupación en torno a la sexualidad. Estas preguntas (especialmente las más concretas o las más relacionadas con las temáticas que se abordarán en el taller) se irán contestando a lo largo de las sesiones, o trabajando mediante la discusión grupal y otros ejercicios y ejemplos que se introducirán a lo largo del taller.

- **Debate**

Se planteará un debate con las participantes en torno al atractivo de la mujer en esta sociedad y en qué otros fundamentos podría estar basado. A través de la discusión se trabajará el cambio de actitudes.

- **Ejercicio para diferenciar lo que se puede cambiar y lo que no.**

Se destacan aquellas situaciones que quedan bajo control del paciente para imbuirle algo de *sensación de control* sobre su vida (véase a este respecto Báñez et al., 2003). Para ello se formulan preguntas del tipo: “¿puedes cambiar tu nombre?, ¿puedes cambiar el sitio donde naciste?, ¿puedes cambiar el estar o no con tu pareja?, ¿puedes cambiar el hecho de haber padecido cáncer?, ¿puedes cambiar el ir o no a un sitio determinado?, ¿puedes cambiar el tener no tener relaciones sexuales con tu pareja?, etc.”

- **Metáfora del billete de 500€**

Se usará la siguiente metáfora para ejemplificar que el cambio en la imagen corporal tiene una importancia relativa en las relaciones de pareja (incluyendo las relaciones sexuales). Se les cuenta a las participantes una historia en la que podrán ir colaborando con sus respuestas. A continuación el terapeuta comienza la historia: “Tengo aquí un billete de 500 € para quién lo quiera... ¿alguien lo quiere?- en este punto probablemente muchas dirán que lo quieren-. Y si cojo este billete y lo arrugo... ¿alguien lo quiere todavía?-seguramente aún lo querrán-. Pero...y si lo rompo por la mitad ¿aún lo queréis?... y así sucesivamente.” Finalmente se comenta en grupo cómo incluso un objeto como es un billete, lo seguimos queriendo a pesar de los cambios que ha sufrido, porque su valor no cambia, del mismo modo, cuando estamos con nuestra pareja, probablemente la

queramos también aun con todas las transformaciones que le sucedan en el transcurso del tiempo. Así, una mujer sigue teniendo la misma valía aunque su cuerpo haya cambiado, no por ello deja de ser “femenina” o “atractiva”, al igual que un billete no deja de poder usarse para comprar diversas cosas a pesar de que se modifique doblándolo, arrugándolo e incluso partiéndolo por la mitad. Es interesante en este punto dar la palabra a las parejas de las afectadas para que corroboren o discutan esta metáfora.

- **Tarea para casa: lectura de folleto informativo.**

En el folleto se recogerán de forma resumida los contenidos teóricos expuestos en la sesión.

Sesión 2

Objetivo: Promoción de la aceptación de la nueva imagen corporal. Abordaje de las barreras psicológicas de las mujeres con cáncer de mama que afectan a la sexualidad.

Contenidos

- Enmarcar el trabajo a realizar en el contexto de los valores de cada participante, esto es, establecer los valores personales, por ejemplo, la importancia de la pareja, la buena comunicación y salud sexual, como contexto motivacional básico para el fomento de la aceptación de las barreras psicológicas que interfieren en el intercambio sexual.
- Entrenamiento en exposición a las reacciones privadas aversivas relacionadas con la nueva imagen corporal u otros factores que interfirieren en el mantenimiento de unas relaciones sexuales satisfactorias con la pareja.

Metodología

- **Revisión de tareas para casa.**

Se preguntará si leyeron el folleto, se reforzará el seguimiento de las tareas para casa y se aclararán posibles dudas que hayan surgido.

- **Metáfora "El elefante"**

Se iniciará la sesión con esta metáfora para hacer comprender a las mujeres la importancia de la imagen global del cuerpo, no parcial. En primer lugar, se facilitan cartulinas a los participantes, donde aparecerá una parte de un animal (en este caso un elefante, pero seccionado de tal forma que sea prácticamente irreconocible) y se les invita a que adivinen de qué animal se trata. A continuación se les relata una historia de un elefante y seis ciegos, cada uno de ellos trataban de averiguar qué animal tenían frente a ellos, pero como tocaban partes diferentes, pensaban en animales diferentes: por ejemplo, el ciego que tocó la trompa pensó que era una serpiente, el que tocó las patas creyó que era un hipopótamo, etc. Se trata de hacerles ver cómo a veces distorsionamos la realidad, pues tomamos sólo una parte de ella, sin tener en cuenta que es preciso unir las todas para poder componer la totalidad y que todo dependerá de la perspectiva que se tenga. Del mismo modo que no se puede juzgar la “feminidad” ni el “atractivo” de una persona sólo por una parte de su cuerpo, ni tampoco esta parte ha de ser bella o fea *per se*.

- **Trabajando los valores**

Se inicia el trabajo con valores realizando una reflexión individual acerca de la importancia que cada mujer concede a la sexualidad en su vida y en su relación de pareja. Se pedirá a las asistentes que valoren de 1 a 10 la importancia concedida a diferentes aspectos de la sexualidad.

Además, las participantes deberán indicar por escrito cómo les gustaría verse en relación con su propio cuerpo y en sus relaciones sexuales, indicando metas y objetivos concretos por cumplir, esto es, ejemplos de actividades que ahora no realizan o hacen a medias y que les gustaría llegar a realizar.

- **Exposición a eventos internos**

Por último, se realiza un ejercicio de exposición comenzando con una introducción breve que facilite la concentración y procediendo a guiar la exposición a los eventos privados que surgen al tomar conciencia del cuerpo como globalidad y cuando la atención se centra específicamente en la zona afectada.

Se situará a las participantes en una sala tranquila (insonorizada de los ruidos del exterior), con posibilidad de bajar la luz y facilitar las condiciones de concentración y comodidad. Las participantes sentadas en sillas confortables o recostadas en colchonetas, comenzarán centrando su atención en el ritmo de la respiración, en el ritmo cardíaco y en diferentes sensaciones corporales. Después se irán nombrando distintas partes del cuerpo, desde los pies hasta la cabeza, para que se concentren en cualquier sensación, pensamiento o sentimiento que surja en el aquí y ahora de la experiencia... siendo conscientes de qué tipo de sensaciones surgen en cada parte del cuerpo. En este punto se le da la instrucción: "con cada pensamiento, sentimiento...que surja en torno a cada parte de tu cuerpo – especialmente cuando lleguemos al pecho- (tanto si es positivo como negativo) simplemente nóvalo, siendo conscientes de lo que son: pensamientos; obsérvalo, no es necesario que intentes tenerlo ni tampoco evitarlo, sencillamente permítete tenerlo y déjalo estar el tiempo que sea".

Al finalizar el ejercicio, se invita a las participantes a comentar cómo se han sentido, si han conseguido contactar o no con sus propias reacciones y, especialmente, qué pensamientos, sensaciones y sentimientos han aparecido en torno a la parte afectada.

- **Tarea para casa: exposición graduada.**

Se propondrá un ejercicio basado en el sugerido por Cruzado, Olivares y Fernández (1993) para llegar a poder establecer contacto visual con el propio cuerpo y especialmente con la zona del pecho afectado. En el grupo se construirá la jerarquía de situaciones estresantes, por ejemplo, tocar la zona afectada, verse el pecho, colocarse la prótesis, etc., adaptándola a cada caso concreto. Una vez que cada participante ha construido su jerarquía se sugerirá que practiquen diariamente con cada una de las situaciones hasta la próxima sesión, comenzando en la ducha tocando la cicatriz y finalizando con la observación de sí mismas desnudas frente al espejo durante un tiempo prolongado. Se invitará a no abandonar la exposición en cada ocasión, para propiciar la aceptación de los eventos privados aversivos (pensamientos, sentimientos, recuerdos....), que puedan surgir durante la realización de estas actividades. Se propondrá la realización de un autorregistro donde se apunten las reacciones fundamentales al ejercicio.

Sesión 3

Objetivo: Avanzar en la aceptación de la nueva imagen corporal.

Contenidos

Continuar con la práctica en exposición a las barreras psicológicas como una forma de continuar haciendo hueco a la nueva imagen corporal y a los cambios en la vida sexual.

Metodología

- **Revisión de tareas para casa**

Se comenzará la sesión revisando la práctica de la exposición graduada. Se revisarán los ejercicios, reforzando la exposición aunque no se hayan alcanzado todos los objetivos.

- **Ejercicio “Contemos una historia con los pies”**

El objetivo de esta dinámica será desarrollar el ingenio y la expresión corporal, así como ir aceptando (a través de la exposición en vivo) la nueva imagen de su cuerpo. Se repartirán fichas con oraciones, por ejemplo, “me resbalé al pisar una cáscara de plátano”, “hoy caminando se me pegó un chicle en el zapato”, etc. Cada uno de los participantes preparará la manera de contar la historia (con pintura, diferentes zapatos...) y, a continuación, la representará frente a sus compañeros, quienes tendrán que adivinarla.

Una vez que lo hemos hecho con los pies, se pueden escenificar historias con otras partes del cuerpo, para que la participante se vaya desinhibiendo poco a poco y vaya aceptando cada parte de su cuerpo como necesarias para expresarse: primero las manos, la cara, los brazos, las piernas, el trasero...y, por último, el pecho. Al final de la dinámica, es interesante que las participantes comenten en grupo, por turnos, qué han sentido al realizar esta dinámica, especialmente cuando han tenido que elaborar la historia con el pecho y todos la miraban.

- **Ejercicio “el contacto visual” (adaptado de Wilson y Luciano, 2002)**

Con esta actividad se pretende conseguir que las participantes empiecen a tener la experiencia de notar los eventos privados que se pueden derivar del hecho de sentirse observadas, de darse cuenta que la gente les mira el pecho, etc., abriéndose a pensamientos relacionados con lo que el otro pensará de mí, lo mal que me estoy sintiendo, como por ejemplo, “dirán que ya no soy una mujer de verdad”, “me van a rechazar”... u otros posibles, tanto agradables como desagradables.

Se pedirá a las participantes, divididas en parejas, que se miren a la cara la una a la otra durante un par de minutos sin hablar. No se trata de competir a ver quién aguanta más mirando fijamente, sino que se trata simplemente de observarse, si es posible, primero a los ojos (durante un minuto) y después al resto de la cara (otro minuto), notando cualquier pensamiento o sensación corporal que esto traiga sin hacer nada con ello. Una vez finalizada esta actividad, el terapeuta preguntará cómo se han sentido mientras lo hacían e invitará a llevar a cabo el ejercicio nuevamente, pero esta vez teniendo en mente al realizarlo qué pasaría si en todas y cada una de las participantes hubieran surgido los mismos miedos, las mismas dudas...durante la dinámica.

Seguidamente se les pedirá que miren el resto del cuerpo, sin obviar ninguna parte, por supuesto, también el pecho (preferiblemente en último lugar). Este ejercicio cobra importancia desde el momento en que todas las participantes habrán pasado por la misma situación, por lo que se crea un espacio donde la empatía y la confianza de compartir una vivencia facilitarán la actividad, como paso previo a las circunstancias que le sucederán en el futuro con otras personas y en otros contextos.

- **Ejercicio “La caricatura del cuerpo”**

El objetivo de esta dinámica será también la aceptación del esquema corporal utilizando el humor y la creatividad. Se trata de repartir a las participantes papel y lápiz (aunque sería interesante también utilizar otros materiales para enriquecer y hacer más amena la actividad: rotuladores, lápices de colores, acuarelas, etc.), donde tendrán que dibujarse primero vestidas y, después desnudas, en clave de humor, es decir, como una caricatura, esto es, exagerando aquellos rasgos que se consideren más grandes, llamativos o característicos de cada una de las participantes. Después cada una mostrará a las demás participantes su obra y, si lo desea, explicará por qué la hizo así y qué le ha sugerido la actividad.

- **Tarea para casa: exposición graduada (2)**

Se retomará la tarea propuesta en la sesión anterior, animando a las participantes a avanzar en la jerarquía de situaciones, y en caso de que se hubieran expuesto a todas en la sesión anterior, seguir exponiéndose a aquellas que generan un mayor malestar.

Sesión 4

Objetivo: Que tanto las mujeres afectadas como sus parejas mejoren la comunicación.

Contenidos

- Reconocimiento del valor de la comunicación en pareja y de las dificultades derivadas de los bloqueos de la misma.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación en pareja.

Metodología

Hay que indicar que en esta sesión no solamente participan las mujeres sino también sus parejas.

- **Revisión de tareas para casa**

Se volverá a reforzar la adherencia a las instrucciones y la práctica de la exposición, se analizarán dificultades y se sugerirán posibles soluciones.

- **Dar y recibir afecto: “bombardeo intenso”** (adaptado de Fritzen, 1984)

El principal objetivo de esta técnica será facilitar la interacción e introducir, mediante la propia vivencia, las virtudes y los problemas relacionados con dar y recibir afecto. Se trata de que las personas del grupo digan a una persona

que se ha elegido para que sea el foco de atención, todos los sentimientos positivos, cosas que les gusten, que piensen y opinen sobre ella. Esta persona sólo escucha. La intensidad de la experiencia puede variar usando algunas modificaciones. Seguramente la más simple es hacer que la persona-foco de atención no esté en el centro del círculo, sino separada, un poco lejos, y de espaldas al grupo, pero no en el centro sino en un sitio cualquiera, como una más. El impacto es mucho más fuerte si cada uno de los que van hablando se coloca al hacerlo delante de la persona, cara a cara con ella, y le da la mano o le agarra del brazo y le mira a los ojos... Al final se intercambian comentarios sobre lo que se ha experimentado y se reflexiona y lleva a cabo una síntesis sobre las dificultades en dar y recibir afecto.

- **Discusión por grupos: análisis de miedos y deseos.**

Se separará a los participantes por sexos de forma que trabajen los varones por un lado y las mujeres por otro, se les entregará una cartulina con dos columnas y se les pedirá que en grupo reflexionen en torno a los miedos o preocupaciones que creen que tiene el otro miembro de la pareja en relación con su vida sexual y después de la enfermedad; en la columna de al lado tendrán que indicar cuáles son las expectativas y deseos que creen que tienen sus parejas a partir de la enfermedad. Un representante del grupo de las mujeres y otro del grupo de los varones tomará nota, y posteriormente realizará una puesta en común, para comparar las cartulinas de ambos, de forma que se hagan evidentes las diferentes perspectivas y las coincidencias e incongruencias entre las creencias de unos y otros respecto del otro grupo. Esto facilitará la empatía y revelará cómo nuestras propias creencias pueden interferir y bloquear el conocimiento mutuo y cómo una comunicación abierta puede facilitar el acercamiento.

- **Entrenamiento en habilidades de comunicación con la pareja: decir que no y sugerir habilidades.**

A través de la utilización de la metodología habitualmente empleada para entrenar habilidades sociales (role-playing, modelado, feedback, reforzamiento, (ver por ejemplo, Caballo, 1991) se moldearán habilidades tales como el "mensaje yo" y otras competencias necesarias para decir no a una propuesta de la pareja no deseada y sugerir una práctica alternativa. Las situaciones trabajadas en role-playing pueden surgir tanto de las propias inquietudes y ejemplos que hayan aparecido en la dinámica anterior como de situaciones conflictivas que la pareja haya tenido que abordar a partir de la enfermedad.

- **Tarea para casa: Ejercicio "lo que me gusta" y "lo que no me gusta"**

Se pedirá a los miembros de cada pareja que completen en casa por separado el "Inventario de interacción sexual" (Lopiccolo y Steger, 1974, existe una adaptación al castellano de Merino, Jiménez y Sánchez, 1997). A través del cuestionario, cada uno podrá reflexionar acerca de aquellas prácticas que le resultan gratificantes, incluyendo aquellas que aunque nunca se hayan practicado se desearía explorar. Al final, si ambos miembros están de acuerdo, se intercambian los listados y a partir de la lectura de sus respuestas se les invita a que conversen sobre lo que les ha llamado la atención de las respuestas del otro, lo que no les ha llamado la atención, etc.

Sesión 5

Objetivo: Ampliar el concepto de sexualidad y potenciar formas alternativas de comunicación e intercambio sexual.

Contenidos

- Análisis y reformulación del concepto de la sexualidad centrada en la genitalidad y el coito, por un concepto más amplio y flexible.
- Los cinco sentidos como fuente de experiencias sensoriales y sexuales gratificantes, variadas y como medio de comunicación en la pareja.

Metodología

- **Revisión de tareas para casa**

Se reforzarán los esfuerzos de comunicación y sinceridad de los participantes, enfatizando la importancia de reconocer y expresar los deseos abiertamente.

- **Entrenamiento en habilidades sociales (continuación)**

Se proseguirá con este entrenamiento, cuyo objetivo es hacer participar a todos los asistentes, y poder administrar contingencias y feedback individualizado, además se planteará la importancia de la comunicación mediante otros códigos, con otras partes del cuerpo y con diferentes acciones, para mostrar su poder para transmitir sensaciones y mensajes diversos, así como su uso efectivo.

- **Ejercicio “El mural de la sexualidad”**

Se les pide a los participantes del grupo que, de forma individual, anoten en tres papeles diferentes: con qué parte del cuerpo, qué sentimos y qué hacemos cuando expresamos nuestra sexualidad. Una vez realizado esto, se divide al grupo en tres partes y cada uno de los subgrupos recogen las respuestas sobre uno de los tres aspectos que se han trabajado: partes del cuerpo, sensaciones/sentimientos y acciones, intentando hacer un resumen sobre las respuestas de los compañeros. Una vez analizado se exponen las respuestas procurando ampliar y reformular las creencias y afirmaciones que restringen la sexualidad a los genitales, al coito y el orgasmo, proponiendo incorporar más partes del cuerpo, las diferentes funciones de la sexualidad dependiendo de los valores de cada uno y las diversas prácticas que pueden realizarse en los encuentros sexuales.

- **Ejercicio “Explorando nuestros sentidos”**

Todos los participantes se sientan en círculo con los ojos vendados. Se les explica que van a intentar reconocer objetos que se irán proporcionando de uno en uno. Ese reconocimiento será con todos los sentidos menos con la vista (dado que la estamos utilizando continuamente). Al terminar el reconocimiento, pasarán el objeto a la persona que tengan a su izquierda. Quien averigüe o crea saber de qué objeto, sabor, olor... se trata, no puede decirlo en voz alta ni comentarlo con la persona que tienen a su lado. Cuando la ronda de reconocimiento ha terminado, los objetos se quitan de la vista de los participantes y se les destapan los ojos. Se les pedirá que vayan mencionando qué objetos han tocado, qué olores han oído,

qué cosas han saboreado, qué han escuchado... Posteriormente se mostrarán los distintos elementos, para comprobar errores y aciertos.

Para dar un cierre al ejercicio se plantean preguntas del tipo: cómo se han sentido durante la actividad, qué opinan sobre el uso de los sentidos en nuestra vida cotidiana, la importancia de cada sentido en la percepción de la totalidad, etc. Además, se pueden pedir ideas y ejemplos de prácticas que puedan realizar con la pareja para potenciar el uso de los sentidos que menos se emplean.

- **Tarea para casa: Focalización Sensorial I** (adaptado de Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Se explicará el ejercicio a los participantes y sus parejas, y se acompañará la explicación con instrucciones por escrito, recomendando que lo practiquen por lo menos en dos ocasiones antes de la siguiente sesión (véase Anexo 2).

Sesión 6

Objetivo: Potenciar formas alternativas de comunicación e intercambio sexual mediante el uso de las fantasías sexuales.

Contenidos

- Las fantasías sexuales y la posibilidad de compartirlas como vía para potenciar el erotismo, facilitar la excitación y mejorar la comunicación íntima.
- La sorpresa y la creatividad como una manera de romper con la rutina sexual.

Metodología

- **Revisión de tareas para casa**

Al iniciar la sesión se valorará la vivencia de los participantes en la práctica del ejercicio de focalización sensorial I, invitándolos a compartir su experiencia en el grupo, analizando ventajas y resolviendo posibles inconvenientes.

- **Desarrollando nuestra capacidad para fantasear**

Para facilitar la capacidad de fantasear se propone a los participantes la realización de un ejercicio de imaginación. Antes que nada, se advertirá que todo lo que van a imaginar a continuación no lo tendrán que compartir con el grupo (a no ser que así lo deseen), por lo que se podrán permitir pensar todo aquello que quieran y que les resulte más excitante, que esta es una experiencia individual... El ejercicio se inicia con indicaciones generales que permitan la concentración y la desinhibición (luz tenue, sentados cómodamente, ojos cerrados). A continuación, el terapeuta dará algunas instrucciones que faciliten la concentración en sí mismo y la sensación de comodidad, e irá poco a poco induciendo a través de claves la fantasía. Se darán instrucciones del tipo "Imagínate en un lugar que te parezca agradable... Date permiso para imaginar... Una fantasía no es más que eso, un pensamiento... no significa nada más... no significa que haya que hacerlo realidad... Imagina esa situación excitante... qué hay en ese lugar... quién está en él... qué hace/n esa/s persona/s... ¿haces tú algo con esa/s persona/s, con esos objetos... si los hubiera?...".

Al finalizar el ejercicio se pedirá a los participantes que escriban en un papel de forma anónima los elementos (objetos, situaciones, personas, contextos,

actividades, etc.) que han aparecido en esas fantasías. Luego se recogen estos elementos y se hace una lista, para "dar permiso" y potenciar la creatividad en las fantasías, aclarando siempre que las fantasías no tienen por qué ir más allá.

Se debate en grupo qué elementos podríamos incluir en nuestras relaciones sexuales que sean novedosos y/o que estimulen nuestra imaginación, por ejemplo, comprar un juguete nuevo en un sex-shop, utilizar algún alimento para extenderlo por el cuerpo y después saborearlo, etc.

- **Tarea para casa: Focalización Sensorial II** (adaptado de Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Se explicará el ejercicio y se facilitarán instrucciones por escrito (véase Anexo 3), del mismo modo que se hizo con la Focalización Sensorial I, sugiriendo que practiquen por lo menos dos veces en la próxima semana y que empleen este tipo de ejercicios con la frecuencia que consideren oportuna.

- **Valoración en grupo de los resultados obtenidos con el taller**

Se pedirá a los asistentes que valoren lo que les ha podido aportar el taller, qué han aprendido, qué han descubierto de sí mismos o de las otras personas. Asimismo, el terapeuta y los colaboradores también aportarán su visión y valoración del trabajo realizado.

8. CRONOGRAMA

La duración del programa será 6 semanas, con una sesión semanal, de 90 minutos de duración aproximadamente. El taller se puede realizar en el contexto de una asociación de apoyo a afectadas o en un centro sanitario público o privado que contemple la rehabilitación integral de la mujer afectada y tratada por cáncer de mama.

9. EVALUACIÓN

- Al acabar cada sesión se recogerá una breve valoración individual de la jornada por parte de los asistentes, que contemple aspectos positivos, aspectos negativos y sugerencias. Esta evaluación continua de las actividades programadas permitirá al terapeuta ir ajustando las intervenciones al ritmo y necesidades de cada grupo.
- En la última sesión se sugiere realizar una valoración en grupo, comentando abiertamente qué han aprendido en el programa, si se han cubierto o no las expectativas que traían, qué intervenciones han resultado de mayor utilidad, cuestiones pendientes de resolver, nuevas inquietudes, etc.
- Se invita a los participantes a plantear nuevos temas para posibles talleres en el futuro.
- Además se sugiere volver a administrar el Cuestionario de Evaluación de Necesidades que respondieron al inicio.
- Se propone la realización de un seguimiento a los 6 meses, a fin de valorar el nivel de conocimientos transmitidos, así como el cambio de actitudes y hábitos, comprobando qué objetivos se han alcanzado y cuáles no.

Antes de finalizar, merece la pena destacar la importancia que cobra, desde el punto de vista de los autores, la necesidad de aproximarse a la temática que nos ocupa desde una perspectiva lo suficientemente flexible y sensible a las necesidades de las personas como para adaptarse a las peculiaridades que puedan mostrar. No está de más insistir en el deber de respetar la libre elección de las participantes en cada momento, de enmarcar la intervención en los valores de cada individuo, tomando siempre en consideración los aspectos culturales y educacionales, así como sus creencias e ideología. La necesaria cautela permitirá al terapeuta adaptarse al ritmo de cada persona, teniendo en cuenta sus demandas y circunstancias. En este sentido, por ejemplo, la intervención puede variar en función de la generación a la que pertenezcan las participantes, su lugar de residencia, o sus creencias religiosas. Igualmente el lector ha de tomar las técnicas propuestas en este taller como una propuesta que no debe entenderse de forma rígida, ni como un protocolo cerrado, sino como un posible esquema de intervención que debe adecuarse a los usuarios tras haber realizado una evaluación inicial y haber formulado el correspondiente análisis funcional.

En este capítulo se ha presentado una propuesta de taller para abordar las dificultades que pueden surgir en la sexualidad de las pacientes que han recibido tratamiento tras el diagnóstico de cáncer de mama. Urge tomar en consideración la sexualidad de la mujer diagnosticada a la hora de tratar el cáncer de mama. El olvido o la postergación de esta cuestión en el tratamiento de estas pacientes pueden poner de relieve la falta de formación, las dificultades o las barreras de los profesionales. Sin embargo, contemplar la sexualidad como un ámbito que sea sistemáticamente evaluado y tratado contribuirá a completar un abordaje verdaderamente integral que permitirá incrementar la calidad de vida de las pacientes de cáncer de mama sin renunciar a aspectos esenciales que forman parte de la experiencia humana y de la relación con la pareja.

BIBLIOGRAFÍA.

- Alderman, A.K., Wilkins, E.G., Lowery, J.C., Kim, M., Davis, J.A. (2000) Determinants of Patient Satisfaction in Postmastectomy Breast Reconstruction. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 106, 4, 769-776.
- Alderman, A.K., Wilkins, E.G., Kim, H.M., Lowery, J.C. (2002). Complications in Postmastectomy Breast Reconstruction: Two-Year Results of the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 109, 7, 2265-2274.
- Alderman, A. K., McMahon, L., Wilkins, E.G. (2003). The National Utilization of Immediate and Early Delayed Breast Reconstruction and the Effect of Sociodemographic Factors. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 111, 2, 695-703.
- Andreu, Y. Galdón, M.J., Ibáñez, E. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en cáncer de mama. *Psicothema*, 3, 2, 283-296.
- Arora, N.K., Gustafson, D.H., Hawkins, R.P. et al. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: A prospective study. *Cancer*, 92, 1288-1298.

- Ashcroft, J.J., Leinster, S.J., Slade, P.D. (1985). Breast cancer patient choice of treatment: Preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78, 43-46.
- Auchincloss, S. (1990). Sexual Disfunction in Cancer Patients: Issues Evaluation and Treatment. En J. H. Rowland y J. C. Holland (Eds.) *Handbook of psychooncology*. Psychological care of the patient with cancer. (pp. 383 - 413). N. Y.: Oxford University Press.
- Avis, N.A., Crawford, S., y Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
- Baider, J., Lippman, M., Swain, M. (1987). Primary report of the NCI early breast cancer study. A prospective, randomized comparison of lumpectomy and radiation to mastectomy for stage I and II breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 13, 160.
- Báñez, M., Blasco, T. y Fernández, J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de psicología*, 9, 235-246.
- Beckman, J., Johansen, L., Richardt, C. et al. (1983). Psychological reactions in younger women operated on for breast cancer. Amputation versus resection of the breast with special reference to body-image, sexual identity and sexual function. *Dan Med Bull*, 30 (suppl 2), 10-13.
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Johnston, M. et al. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100.
- Caballo, V. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 403-444). Madrid: Siglo XXI.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Price, A.A. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Cruzado, J.A., Olivares, m.E. y Fernández, B. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En D. Macià, F. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- De Haes, H., van Nostrom, M.A. y Welvaart, K. (1986). The effect of radical and conservative surgery on the quality of life of early breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology*, 12, 337-342.
- Die Goyanes, A. y Die Trill, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 41-56). Madrid: Ades.
- Die Trill, M. y Die Goyanes, A. (2003). El cáncer de mama. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 165-184). Madrid: Ades.
- Fallowfield, L., Hall, A., Maguire, P (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 22, 575.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin, D.M. (2004). *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. IARC CancerBase N°5, version 2.0 Lyon IARC Press 2004 <http://www-dep.iarc.fr/>
- Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, 2-3, 169-180.

- Fisher, B., Redmon, C., Possion, R. (1989). Eight years results of randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with and without radiation in the treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 320, 822-828.
- Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J. y Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15, 579-594.
- Francia, A. y Mata, J. (1999). *Dinámica y Técnicas de Grupos*. Madrid: CCS.
- Fritzen, S.J. (1988). 70 *Ejercicios Prácticos de Dinámica de Grupo*. Santander: Editorial Sal Terrae.
- Ganz, P.A., Day, R., Ware Jr. J.E et al. (1995). Base-line quality-of-life assessment in the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Breast Cancer Prevention Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 87, 1372-1382.
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Belin, T.R. et al. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17, 8, 2371-80.
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Leedham, B. et al. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 39-49.
- Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L. et al., (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 376-387.
- Ganz, P.A., Lee, J.J., Sim, M.S. et al. (1992). Exploring the influence of multiple variables on the relationship of age to quality of life in women with breast cancer. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 473-485.
- Ganz, P.A., Rowland, J.H., Desmond, K. et al. (1998a). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 2, 501-514.
- Ganz, P.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E. et al. (1998b). Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results in Cancer Research*, 152, 396-411.
- Goldberg, J.A., Scott, R.N., Davidson, P.M. et al. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *European Journal of Surgical Oncology*, 18, 327-331.
- Grau, J., Jiménez, P.J. (1988). *La sexualidad en el enfermo de cáncer. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria. ICEPSS, 67-89.
- Jacobsen, P. y Holland, J.C. (1990). Psychological Reactions to Cancer Surgery. En J. H. Rowland y J. C. Holland (Eds.) *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. (pp. 117 - 133). N. Y.: Oxford University Press.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama. Manual de tratamiento psicológico*. Madrid: Paidós.
- Holland, J.C. y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder.
- Holmberg, L., Omne-Ponten, M., Burns, T. et al. (1989). Psychosocial adjustment after mastectomy and breast conserving treatment. *Cancer*, 64, 969-974.

- Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29A, 276-281.
- Hayes, S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life*. Oakland: New Harbinger Self-Help Workbook.
- Hordern, A. (2000). Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nursing*, 23, 3, 230-236.
- Kraus, P.L. (1999). Body image, decision making, and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 22, 6, 421-427.
- Lasry, J.C.M., Margolese, R.G., Poisson, R. et al. (1987). Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *Journal of Chronic Disease*, 40, 529-534.
- Lee, M.S., Love, S.B., Mitchel, J.B. et al. (1992). Mastectomy or conservation for early breast cancer: Psychological morbidity. *European Journal of Cancer*, 28A, 1340-1344.
- Levy, S.M., Heberman, R.B. y Lee, J.K. (1989). Breast conservation versus mastectomy: Distress sequelae as a function of choice. *Journal of Clinical Oncology*, 7, 367-375.
- Lindley, C., Vasa, S., Sawyer, W.T., Winer, E.P. (1998). Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 1380-1387.
- Lopiccolo, J. y Steger, J.C. (1974). The sexual interaction inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 585-595.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, C. (1987). *La sexualidad humana*. 3. *Perspectivas Clínicas y Sociales*. Barcelona: Grijalbo.
- Maguire, P. (1976). The psychological and social sequelae of mastectomy. En J.G. Howells (ed.), *Modern perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery* (pp. 390-421). New York: Brunner/Mazel.
- Maguire, G.P., Lee, E.G., Bevington, D.J., Kuchemann, C., Crabtree, R.J. y Comell, C.E. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, 1, 963-965.
- Malata, C.M., McIntosh, S.A., Purushotham, A.D. (2000). Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *British Journal of Surgery*, 87, 11, 1455-1472.
- Merino, V.; Jiménez, F. Y Sánchez, G. (1997). Análisis de la respuesta sexual en la mujer sometida a esterilización tubárica. *Psiquis*, 7, 42-53.
- Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates to breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131.
- Meyerowitz, B., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Wyatt, G.E., Ganz, P.A. (1999) Sexuality following breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Jul-Sep;25(3):237-50.
- Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research*, 42, 153-157.
- Montesinos, F. (2005). *Los significados del cáncer y procedimientos clínicos para promover la aceptación*. Tesis Doctoral. Universidad de Almería.
- Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16, 3, 284-298.
- Nissen, M.J., Swenson, K.K., Ritz, L.J., Farrell, J.B., Sladek, M.L., Lally, R.M. (2001) Quality of life after breast carcinoma surgery. A comparison of three surgical procedures. *Cancer*. Volume 91, Issue 7, 1238 – 1246

- Oiz, B. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28 supl. 2, 19-26.
- Páez-Blarrina, M. B., Luciano, M. C. y Gutiérrez, O. (2005). La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2, 1, 49-70.
- Páez-Blarrina, M. B., Gutiérrez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano, M. C. (2006). ACT y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1, 1-20.
- Parker, P.A. (2004). Breast Reconstruction and Psychosocial Adjustment: What Have We Learned and Where Do We Go from Here? *Seminars in Plastic Surgery*, 18: 131-138.
- Pelusi, J.L. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 8, 1343-1353.
- Pelusi, J.L. (1999). *Cancer survivorship: the other side. The lived experience of partners of long-term breast cancer survivors*. University of Arizona.
- Pelusi, J. (2006). Sexuality and body image. Research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. *AJN*, 106, 3, 32-38.
- Penman, D.T., Bloom, J.R., Fotopoulos, S. et al. (1986). The impact of mastectomy on self-concept and social function: A combined cross-sectional and longitudinal study with comparison groups. *Women Health*, 11, 101-130.
- Pikler, V. y Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology*, 22, 632-637.
- Polivy, J. (1977). Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 77-87.
- Pozo, C., Carver, C.S., Noriega, V. et al. (1992). Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: A prospective study of the first year postsurgery. *Journal of Clinical Oncology*, 10, 1292-1298.
- Rose, M.A., Olivotto, Y., Cady, B. (1989). The long term results of conservative surgery and radiation therapy for early breast cancer. *Archives of Surgery*, 124, 153-157.
- Roth, R.S., Lowery, J.C., Davis, J.M. Wilkins, E.G. (2005). Quality of Life and Affective Distress in Women Seeking Immediate versus Delayed Breast Reconstruction after Mastectomy for Breast Cancer. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 116(4): 993-1002.
- Rowland, J.H. y Holland, J.C. (1990). Breast cancer. En J. H. Rowland y J. C. Holland (Eds.) *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. (pp. 188 - 207). N. Y.: Oxford University Press.
- Rowland, J.H. (1990). Psychological Factors and Adaptation. En J. H. Rowland y J. C. Holland (Eds.) *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. (pp. 58 - 75). N. Y.: Oxford University Press.
- Sant, M. Aareleid, T. Berrino, F. Bielska M. Lasota, P. Carli, M. Faivre, J. Grosclaude, P. Hédelin, G. Matsuda, T. Möller, H. Möller, T. Verdecchia, A. Capocaccia, R. Gatta, G. Micheli, A. Santaquilani, M. Roazzi, P. Lisi, D. and the EURO CARE Working Group (2003). EURO CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94 results and commentary. *Annals of Oncology*, 14, Sup. 5, 61-118.
- Schain, W.S. y Fetting, J.H. (1994). Modified radical mastectomy versus breast conservation: Psychosocial considerations. *Seminars in Oncology*,

- Shimozuma, K., Ganz, P.A., Petersen, L., Hirji, K. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 56, 45-57.
- Schover, L.R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal of National Cancer Institute Monogr.* 16, 177-182.
- Schover, L.R., Yetman, R.J., Tuaron, L.J., Meisler, E., Esselstyn, C.B., Hermann, R.E., Grundfest-Broniatowsky, S. y Dowden, R.U. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. *Cancer*; 75, 1.
- Steinberg, M.D., Juliano, M.A. y Wise, L. (1985). Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. *American Journal of Psychiatry*, 142, 34-39.
- Taylor, K.L., Lamdan, R.M., Siegel, J.E. et al. (2002). Treatment regimes, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among African American breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 505-517.
- Vecino, S. y Urbano, S. (2003). Los trastornos sexuales. En M. Die Trill, *Psico-oncología* (pp. 379-390). Madrid: Ades.
- Veronessi, V., Saccozzi, R., del Vecchio, M. (1981). Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *New England Journal of Medicine*, 305, 611.
- Weisman, A.D. (1979). *Coping with cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Wellisch, D., DiMatteo, R. y Silverstein, M. (1989). Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: Lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics*, 30, 365-373.
- Wellisch, D., Jamison, K.R. y Pasnau, R.P. (1978). Psychological aspects of mastectomy II. The man's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 135, 543-546.
- Wilkins, E.G., Cederna, P.S., Lowery, J.C., Davis, J.A., Kim, H.M., Roth, R.S., Goldfarb, S., Izenberg, P.H., Houin, H.P., Shaheen, K.W. (2000). Prospective Analysis of Psychosocial Outcomes in Breast Reconstruction: One-Year Postoperative Results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 106(5):1014-1025.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wolberg, W.H., Romsaas, E. P., Tanner, M.A. et al. (1989). Psychosexual adaptation to breast cancer surgery. *Cancer*, 63, 1645-1655.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Yurek, D., Farrar, W. y Andersen, B.L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 697-709.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

ANEXO 1 CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Nombre: _____

Te pedimos que contestes con sinceridad a las siguientes preguntas. Tus respuestas nos servirán para poder conocer mejor tus necesidades. Te garantizamos la total confidencialidad de la información que nos proporciones. No obstante, no te sientas obligada a responder si no lo deseas, tienes derecho a dejar en blanco aquellas preguntas que no desees responder. Muchas gracias por tu colaboración.

A) Autoestima y reconocimiento del propio cuerpo

1. ¿Cómo te sientes con tu cuerpo de manera general?
2. ¿Te sientes mal con alguna parte de tu cuerpo?
3. ¿Qué imagen crees que la sociedad tiene de las mujeres operadas de cáncer de mama?
4. ¿Te ocupas de tu aspecto físico? ¿Tratas de ir a la moda, te maquillas, acudes a la peluquería?
5. Autovaloración personal: si tuvieras que valorarte como una "persona atractiva o interesante" en una escala que va del 1 al 10, ¿qué puntuación te darías?, ¿por qué?

B) Sexualidad / salud reproductiva

1. ¿Qué importancia concedes a la sexualidad en tu vida?
2. ¿Tienes pareja?
3. ¿Mantienes relaciones sexuales?
4. ¿Has tenido o estás experimentando algún problema para retomar tus relaciones sexuales tras la operación? ¿Cuál/es?
5. ¿Has tenido o tienes algún problema de comunicación con tu pareja? ¿Cuál?
6. Fisiológicamente, ¿crees que necesitas algún apoyo para poder mantener relaciones sexuales satisfactorias? ¿Cuál crees que podría ser ese apoyo?
7. ¿Cómo calificarías la información en materia de sexualidad que se ofrece a las mujeres operadas de cáncer de mama? (adecuada/inadecuada, suficiente/insuficiente...)
8. ¿Acudes a centros de planificación familiar? ¿Qué problemas has encontrado (si es que has encontrado alguno) en estos centros?
9. ¿Acudes regularmente a revisión ginecológica? ¿Por qué? ¿Te has encontrado con algún problema?
10. ¿Acudes a las revisiones con tu oncólogo?
11. Cuando tu médico te pide que te hagas una mamografía, ¿sueles hacértela?
12. ¿Usas o quieres usar algún método anticonceptivo?, ¿conoces las opciones para mujeres operadas de cáncer de mama?
13. ¿Has podido decidir libremente tener o no tener hijos?
14. Si la respuesta es sí, ¿quién te ha apoyado más en esta decisión? ¿Y quién te ha apoyado menos?

15. Cuando se ha dado la situación, ¿qué argumentos han usado a la hora de animarte o desincentivarte a quedarte embarazada?

16. Escribe sobre qué temáticas te gustaría ser informada en este taller de sexualidad.

ANEXO 2

INSTRUCCIONES PARA LA FOCALIZACIÓN SENSORIAL I

Se inicia la sesión estando ambos desnudos. Tirando una moneda se puede determinar quien será el primer acariciado y por tanto el primero que acaricia. Una vez decidido quien será el que acaricia, el otro se tumba en la cama (u otro sitio cómodo) boca abajo y quien adopta el papel activo comienza acariciando (mimando, besando, rascando, haciendo masajes....) desde la cabeza pasando por todo el cuerpo hasta los pies. Muy lentamente, muy suavemente.

Es importante que permanezcáis tocándoos el cuerpo durante por lo menos cuarenta minutos y recordad que en esta ocasión no debéis incluir los genitales ni los pechos entre las partes del cuerpo acariciadas. Tomaos vuestro tiempo, no os apresuréis, recordad que no hay ninguna meta, simplemente se trata de disfrutar de lo que el otro ofrece en cada momento. Una vez completados unos veinte minutos (la mitad del tiempo total) el que está siendo acariciado se da la vuelta y se acuesta boca arriba, y quien acaricia inicia nuevamente el proceso, comenzando por la cabeza, el cuello y así hasta los pies (sin pechos ni genitales).

Manteneos en silencio, quien es acariciado podrá guiar al otro hacia zonas del cuerpo que le apetezca apoyando su mano sobre la del otro y guiándole, enseñándole (sin hablar) qué le gusta, qué le apetece, las zonas en las que es más sensible, si quiere las caricias más rápida o más lentamente.

Y recordad, si eres tú el acariciado tienes que centrarte exclusivamente en tu propio placer, no en cómo está sintiéndose la otra persona.

Completados los cuarenta minutos se cambian los roles y el acariciado pasa a acariciar a su pareja.

ANEXO 3

INSTRUCCIONES PARA LA FOCALIZACIÓN SENSORIAL II

Otra vez acariciaos el uno al otro, por turnos, veinte minutos boca abajo y veinte minutos boca arriba. En esta posición y en esta ocasión incluid los pechos y los genitales después de haberos tocado el resto del cuerpo durante unos 15 minutos. Tomaos tiempo, no os apresuréis por llegar a los genitales. Tratadlos como habéis tratado otras partes del cuerpo. Cuando le acaricies sus genitales deja que tu pareja te guíe, enseñándole lo que te gusta a ti, donde eres más sensible, si lo quieres más rápido o más lento.

Déjate llevar por las sensaciones que experimentas, si el varón no experimenta una erección no es importante, recuerda que *este no es el objetivo*, el objetivo es que disfrutes y notes el placer. Si, en cambio, experimentas una erección, que tu pareja juegue un rato con el pene y luego acaricie otra parte del

cuerpo. No os preocupéis si la erección desaparece, es natural. Intenta relajarte y ocúpate de tus sensaciones de placer y goza con ellas.

Si se da el caso (aunque no es la meta) pueden llegar al orgasmo oral o manualmente, de cualquier manera, *excepto el coito*. Evita la tentación de “terminar” con el “acto completo”.

Para muchas parejas este ejercicio puede resultar liberador: por una vez estarás centrado/a en tu propio placer exclusivamente. Cuando hayáis completado los 40 minutos se intercambiarán los roles.