



Escuela de  
Obstetricia y  
Puericultura  
Casa Central

# **Intervención psicoeducativa para mejorar la vida sexoafectiva de una persona histerectomizada por cáncer ginecológico**

Tesis para optar al Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía

María Antonieta Silva

Estudiantes

Isidora Alvarado Fernández

Sofía Araya Allende

Esteban García Barría

Diego Messina Aguilera

Olivia Tomasello Whickman

Pascale Verschueren Riesco

Viña del Mar, 2023

## **AGRADECIMIENTOS**

En el transcurso de nuestro trabajo como tesistas, hemos tenido el privilegio de contar con la participación y apoyo de diversas personas quienes nos han guiado y aportado significativamente en la elaboración de nuestra tesis.

A Marco Torres por su contribución al desarrollo de nuestro proyecto de tesis, el cual fue substancial para poder llevar a cabo la propuesta. Fue muy enriquecedor aprender de su área de conocimientos en diseño durante el transcurso del año.

Agradecemos a Denisse Cáceres, por brindarnos su perspectiva respecto al área psicosocial del proyecto, el cual fue muy valioso para nosotros.

Finalmente, agradecemos infinitamente a nuestra profesora tutora de tesis, Doctora María Antonieta Silva, quien fue una inspiración para nosotros en todo momento, aportándonos con su valiosa experiencia del área de investigación e impulsándonos hacia la mejora constante. Gracias por creer en nosotros, confiar en nuestro trabajo y entregarnos palabras de aliento y apoyo en los momentos que más los necesitábamos.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
2.1. Tipos de cánceres ginecológicos	10
2.1.1. Cáncer cervicouterino	10
2.1.2. Cáncer de endometrio	10
2.1.3. Cáncer de vagina	11
2.1.4. Cáncer de vulva	12
2.1.5. Cáncer de ovario	12
2.2. Garantías Explícitas en Salud (GES)	13
2.2.1. GES: Problema de salud N° 71 – Cáncer de ovario epitelial	13
2.2.2. GES: Problema de Salud N° 3 – Cáncer Cervicouterino	14
2.3. Efectos de la histerectomía como tratamiento de los cánceres ginecológicos	15
2.4. Modelo de intervención psicoeducativa PLISSIT	16
2.4.1. Niveles del modelo PLISSIT	16
<b>CAPÍTULO III: OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
3.1. Objetivo General	19
3.2. Objetivos Específicos	19
<b>CAPÍTULO IV: MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>20</b>
4.1. Diseño, enfoque y alcance	20
4.2. Población y muestra	24
4.2.1. Criterios de inclusión para la población del estudio	25
4.2.2. Criterios de exclusión para la población de la intervención	25
4.2.4. Criterios de inclusión de expertos para evaluar la propuesta de intervención	26

4.3. Fuentes de retroalimentación	26
4.3.1. Criterios de inclusión en la búsqueda del estado del arte	26
4.4. Consideraciones del diseño	27
4.5. Consideraciones éticas	27
4.6. Análisis de datos	28
<b>CAPÍTULO V: PROPUESTA TÉCNICA</b>	<b>29</b>
5.1. Objetivo general	29
5.2. Objetivos específicos	29
5.3. Plataforma digital	32
5.4. Cápsulas	32
5.5. Microcápsulas	33
5.6. Consulta Rápida	33
5.7. Escenificación de la Plataforma	36
5.7.1. Personajes	36
5.7.2. Escenificación	37
5.7.3. Relato	37
5.7.4. Recorrido, guión de experiencia	38
5.8. Contenido	40
5.9. Ritmo	40
5.10. Elementos visuales	41
5.11. Animación	41
5.12. Inclusividad	41
5.13. Información técnica	41
<b>CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>43</b>

<b>CAPÍTULO VIII: ANEXOS</b>	<b>52</b>
7.1. Acceso a “Intervención psicoeducativa en sexualidad para mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico – Manual de recomendaciones para profesionales de la salud”	52
7.2. Acceso a “Documentación: Plataforma digital orientada al acompañamiento psicoafectivo y sexual de mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico”	52

## RESUMEN

**Objetivo:** Elaborar una propuesta mediante una plataforma audiovisual y personalizada que permita desarrollar una intervención psicoeducativa, con el fin de acompañar y empoderar a mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico y hacerlas partícipes activas de su rehabilitación, contribuyendo a mejorar su calidad de vida sexoafectiva.

**Metodología:** Estudio de tipo investigación-acción. Se levantó la propuesta de una intervención educativa y sexoafectiva mediante el diseño de una plataforma digital para móviles (iOS y Android). Ésta se llevó a cabo por etapas que contemplaron la elaboración de cuatro módulos audiovisuales con cápsulas educativas integradas. Finalizando la propuesta con el primer módulo, a la espera que se desarrolle completamente en la siguiente fase.

**Resultados:** En cuanto a los resultados, este proyecto se encuentra en fase de producción, en su primera etapa, en espera de su evaluación y aprobación final. Debido a esto, no es posible analizar datos en espera de prueba piloto.

**Conclusión:** Se destaca la importancia de realizar la intervención psicoeducativa en mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico, para contribuir a una atención integral, abordando efectos físicos y psicoafectivos. Esta intervención busca ser implementada prontamente, evaluando sus resultados y realizando los ajustes pertinentes para una intervención integral en la atención brindada en el tratamiento del cáncer ginecológico.

**Palabras claves:** *Histerectomía, Intervención educativa precoz, Neoplasia de los Genitales femeninos, Sexualidad, Bienestar Psicológico.*

## **ABSTRACT**

**Objective:** To elaborate a proposal through an audiovisual and personalized platform that allows developing a psychoeducational intervention, in order to accompany and empower women hysterectomized by gynecological cancer and make them active participants in their rehabilitation, contributing to improve their sexual-affective quality of life.

**Methods:** Action-research type study. The proposal for an educational and sexual-affective intervention was developed through the design of a digital platform for cell phones (iOS and Android). This was carried out in stages that included the development of four audiovisual modules with integrated educational capsules. The proposal ended with the first module, which is expected to be fully developed in the next phase.

**Results:** Regarding the results, this project is in its first stage, the production phase, awaiting its evaluation and final approval. Because of this, it is not possible to analyze data pending pilot testing.

**Conclusion:** The importance of carrying out psychoeducational intervention in women hysterectomized for gynecological cancer is highlighted, in order to contribute to comprehensive care, addressing physical and psycho-affective effects. This intervention seeks to be implemented promptly, evaluating its results and making the pertinent adjustments for an integral intervention in the care provided in the treatment of gynecological cancer.

**Key words:** *Hysterectomy, Early Intervention, Educational; Genital Neoplasms, Female; Sexuality; Psychological Well-Being*

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

El cáncer figura entre las principales causas de mortalidad a nivel global, registrándose cerca de 10 millones de defunciones atribuibles a esta enfermedad durante el año 2020 a nivel mundial (1). En relación con los cánceres ginecológicos, el cáncer cervicouterino es el de mayor incidencia, llegando durante el año 2020 a 604.000 casos y produciendo más de 340.000 muertes; dentro de esta categoría también se encuentran los cánceres de ovario epitelial, endometrio, vagina y vulva, cuya incidencia, aunque menor, sigue siendo relevante (2).

En Chile durante el año 2020, los cánceres ginecológicos tuvieron una incidencia de 35,6%, mientras que la mortalidad llegó a un 17,6%, siendo uno de los más bajos en todo el continente sudamericano, y traducándose en valores estimados de 3.400 y 1.700 mujeres respectivamente (3–5).

Existen diversos tratamientos tanto locales como sistémicos dependiendo del estadio del cáncer ginecológico, siendo la cirugía una de las alternativas con mejores resultados de supervivencia y menor tasa de complicaciones (6). Se ha demostrado que para la mujer el útero representa un símbolo femenino de reproductividad que le otorga un sentido de identidad personal y social (7). Ante ello, su extirpación (histerectomía) podría generar una pérdida de feminidad, experimentar sentimientos de fracaso como mujer en su rol maternal y social, pudiendo afectar su autoestima individual y con ello alterar su relación de pareja (8). En el contexto sociocultural de muchos países, aún se enfrentan dificultades para abordar temas de sexualidad especialmente post histerectomía, tanto por profesionales de la salud como de las usuarias, combinado con las limitaciones de tiempo de los controles de salud, da como resultado una atención predominantemente biomédica, restando prioridad a las necesidades sexuales que emergen durante el periodo de recuperación de estas mujeres (7,8).

En base a estos antecedentes, surge la necesidad de desarrollar una intervención psicoeducativa centrada en mejorar la vida sexoafectiva de estas usuarias con el objetivo de prevenir posibles efectos secundarios (especialmente en el ámbito sexoafectivo) que pueden agravarse debido a mitos arraigados socialmente, generando dudas o dificultades al reanudar la vida sexual que requieren apoyo profesional para superar estos desafíos y recuperar la calidad de vida (9).

Esta intervención busca ofrecer apoyo, información y empoderamiento a las mujeres que hayan pasado por una histerectomía por motivos oncológicos y así formar un sentido de comunidad entre las usuarias, permitiendo compartir sus experiencias y resolver dudas.

Es esencial no sólo considerar la dimensión física de la enfermedad y rehabilitación, sino también las necesidades emocionales, psicoafectivas y sexuales de las pacientes. Esta reflexión conduce a la pregunta investigativa: ¿puede una intervención psicoeducativa mejorar la vida sexoafectiva de una persona que ha experimentado una histerectomía debido a cáncer ginecológico?

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Tipos de cánceres ginecológicos**

#### **2.1.1. Cáncer cervicouterino**

El **cáncer cervicouterino** (CaCU) es un tipo de neoplasia maligna que se da en la mayoría de los casos por la infección de subtipos de alto riesgo del Virus del Papiloma Humano (VPH), el 70% de los casos son causados por los subtipos 16 y 18 (10). En el año 2020, este tipo de cáncer fue la tercera causa de muerte de mujeres a nivel mundial (11), con una mortalidad de 341.831, mientras que en Chile ocupa el cuarto lugar con 799 defunciones en dicho año (12).

La historia natural de la infección cervical por VPH comienza con un cérvix normal que precede a una anormalidad leve celular, la cual puede ser pesquisada mediante el examen citológico conocido como Papanicolaou (o PAP), sin embargo, si la infección persiste puede generar una neoplasia intraepitelial (NIE I, II o III), las cuales son lesiones precancerosas del cáncer cervicouterino (13). Esta patología es prevenible desde el nivel de atención primaria, no obstante, cuando la infección prosigue puede llegar a convertirse desde un carcinoma in situ hasta diseminarse a órganos fuera de la pelvis, llegando a hacer una metástasis lejana a través de la cadena linfática (14). Dependiendo la etapificación de este cáncer y la paridad de la mujer es el tratamiento que recibirá la usuaria, que puede incluir radioterapia, braquiterapia, quimioterapia y la histerectomía como opción quirúrgica (15), la cual es una cirugía que consiste en la extirpación del útero, esta tiene distintos tipos de radicalidad quirúrgica, pudiendo ser distinto para cada diagnóstico (16).

#### **2.1.2. Cáncer de endometrio**

El **cáncer de endometrio** es el sexto cáncer que afectó a más mujeres en el mundo el año 2020 con una incidencia de 417.367 (17), por otro lado, en Chile se ubicó en el noveno puesto con 937 mujeres afectadas el mismo año (3). Este cáncer se ocasiona por un crecimiento exagerado del tejido endometrial (células epiteliales y del estroma), siendo uno de sus principales desencadenantes la sobreestimulación estrogénica (18,19).

Generalmente este se presenta en mujeres posmenopáusicas, siendo el promedio de edad de 60 años(20). Este cáncer tiene una tasa de supervivencia a 5 años del 90% cuando el cáncer se desarrolla de manera local, sin embargo, a medida que se disemina este porcentaje disminuye, teniendo un 17% de supervivencia en metástasis (21).

Este cáncer comienza a manifestarse con un sangrado vaginal irregular no asociado a menstruación, conocido como metrorragia, no obstante, puede ser asintomático hasta etapas tardías de la enfermedad donde se percibe pérdida de peso, sensación de masa en la zona pélvica y dolor (22,23).

La detección del cáncer de endometrio es realizada por la prueba de Papanicolaou (con un resultado de células endometriales atípicas), o con la realización de una ecografía transvaginal donde se observe el revestimiento endometrial alterado (con un espesor mayor a 4 milímetros), por último, una biopsia endometrial confirmará el diagnóstico final de cáncer de endometrio (24,25)

### **2.1.3. Cáncer de vagina**

El año 2020 el cáncer de vagina afectó a 17.908 mujeres a nivel mundial y 49 a nivel nacional (3,17). Esta enfermedad representa menos del 2% de los cánceres del tracto femenino (26).

El **cáncer de vagina** se representa como el crecimiento de un tumor maligno en la cavidad vaginal, sin antecedentes o patologías asociadas a nivel del cuello uterino y/o vulvar, es decir, originado y delimitado al tejido vaginal (27).

El tratamiento para este cáncer se decide según la localización, tamaño, histología, estadio y edad de la paciente, entre los cuales se encuentran la cirugía, quimioterapia y radioterapia(28). Dentro de las cirugías que se realizan existe la escisión local, vaginectomía parcial o total, cervicectomía (cuando el cáncer se encuentra localizado en el tercio superior de la vagina muchas veces se debe extirpar el cuello uterino) o histerectomía (cuando existe diseminación, o en estadios avanzados en mujeres con paridad cumplida) (29).

#### **2.1.4. Cáncer de vulva**

El **cáncer de vulva** el año 2020 se situó como el cuarto cáncer ginecológico con mayor incidencia a nivel mundial (45.240 mujeres afectadas), mientras que a nivel nacional 128 mujeres fueron diagnosticadas el mismo año (3,17).

La neoplasia vulvar tiende a manifestarse el 50% de los casos en la piel que recubre a los labios mayores y entre un 15 a 20% en los labios menores (30). Este cáncer suele tener una evolución lenta con los años, llegando a diseminarse en etapas avanzadas a vagina, uretra y ano (31).

El 43% de los casos de mujeres diagnosticadas con cáncer de vulva están relacionados a la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), teniendo como factor etiológico a las lesiones inflamatorias crónicas vulvares (32). Por esto, es importante la realización y promoción de la prueba del Papanicolau, ya que permite detectar modificaciones celulares en etapas tempranas y de esta forma conseguir tratamiento oportuno (33).

Dentro de sus signos y síntomas encontramos principalmente el prurito o comezón en la zona vulvar, acompañado en ocasiones por secreción anormal, sangrado y dolor; la suma de estos signos y síntomas clínicos, el examen físico minucioso por parte del personal de salud y la realización de biopsia vulvar confirmará el diagnóstico final del cáncer (30).

El tratamiento principal para este cáncer es la resolución quirúrgica, la cual tiene como finalidad extirpar totalmente el cáncer en la vulva sin afectar la función sexual de este órgano, además se puede acompañar de radioterapia o quimioterapia (34).

#### **2.1.5. Cáncer de ovario**

El cáncer de ovario representa uno de los cánceres más mortales y difíciles de diagnosticar debido a su inespecificidad sintomatológica (35), posicionándolo en quinto lugar de los más mortales en mujeres a nivel mundial con más de 207.000 muertes registradas al año 2020 (11). En Chile, ese mismo año se posicionó como el cuarto cáncer ginecológico con mayor incidencia en mujeres (3). Su aparición y curso silente genera una gran dificultad en la

detección y tratamiento, siendo el cáncer de peor pronóstico después del cáncer de mamas (36,37).

El 90% de los diagnósticos de cáncer de ovario corresponden al subtipo epitelial, el cual tiene mayor incidencia en mujeres postmenopáusicas (sobre 65 años de edad), donde la mayoría de los diagnósticos corresponden a estadios avanzados de la enfermedad, por lo que existe mayor presencia de metástasis y menor tasa de supervivencia (38,39).

El diagnóstico se realiza comenzando con un ultrasonido transvaginal o transabdominal, siendo la primera la más específica para detectar masas abdominales; la toma de exámenes para detectar marcadores tumorales elevados (como el Ca-125 Y HE4) es útil si se sospecha la presencia de cáncer, finalmente una biopsia confirma el diagnóstico y el subtipo específico de cáncer (40).

El tratamiento principal para el cáncer de ovario es la cirugía, y dependiendo del tipo celular o capas ováricas afectadas, estadio del cáncer, potencial maligno, paridad y el estado de salud general; puede ser acompañada de quimioterapia, radioterapia y/o tratamientos hormonales (41).

## **2.2. Garantías Explícitas en Salud (GES)**

El año 2004 se publicó en Chile la Ley N° 19.966, la cual contiene el programa de “Garantías Explícitas en Salud”; esta ley cubre el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de atención de 87 problemas de salud a nivel nacional (42).

Dentro de los cánceres ginecológicos, únicamente el cáncer de ovario epitelial y el cáncer cervicouterino son cubiertos por el GES (43,44).

### **2.2.1. GES: Problema de salud N° 71 – Cáncer de ovario epitelial**

El cáncer de ovario epitelial corresponde al tipo de cáncer de ovario más frecuente, además es la neoplasia maligna ginecológica con mayor mortalidad (35). Dentro del programa GES, este tipo de cáncer ocupa el problema de salud número 71 y tienen acceso a las garantías *mujeres de cualquier edad con sospecha y diagnóstico de tumor maligno de ovario y de la*

*trompa de Falopio*; estas garantías cubren medicamentos, cirugía y los exámenes que se realicen (45).

Los tiempos máximos de espera que comprende el GES para este cáncer son (44,45):

**Diagnóstico:**

- Intervención quirúrgica se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.
- Diagnóstico se realizará dentro de 30 días desde la intervención quirúrgica.

**Tratamiento:**

- Tratamiento complementario se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

**Seguimiento:**

- Primer control dentro de 60 días desde la indicación médica.

**2.2.2. GES: Problema de Salud N° 3 – Cáncer Cervicouterino**

En Chile se diagnostican 1.500 casos y fallecen casi 800 mujeres al año por cáncer cervicouterino, siendo en el 99% de los casos adquirido por el virus de papiloma humano (3,4,46). Dentro del programa GES, este tipo de cáncer ocupa el problema de salud número 3 y tienen acceso a la *garantía mujeres de cualquier edad con sospecha, diagnóstico o reaparición del cáncer cervicouterino*; estas garantías cubren medicamentos, cirugía y los exámenes que se realicen (47).

Los tiempos máximos de espera que comprende el GES para este cáncer son (43,47)

**Tamizaje:**

- El resultado con informe de examen de PAP para beneficiarios mayores de 25 años y menores de 65 años se entregará dentro de 30 días desde la realización del examen.

**Diagnóstico:**

- La confirmación diagnóstica se realizará dentro de los 40 días desde la sospecha.

**Etapificación:**

- La etapificación se realizará dentro de los 20 días desde la confirmación diagnóstica

**Tratamiento:**

- Para la lesión preinvasora de bajo grado se iniciará dentro de 180 días desde la indicación médica.
- Para la lesión preinvasora de alto grado se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
- Para cáncer invasor se iniciará dentro de 20 días desde la etapificación.
- Los tratamientos adyuvantes se iniciarán dentro de 20 días desde la indicación médica.

**Seguimiento:**

- El primer control se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.

**2.3. Efectos de la histerectomía como tratamiento de los cánceres ginecológicos**

Dentro de la amplia gama de cirugías ginecológicas que se realizan, la que más frecuente los pabellones en países occidentales es la histerectomía, la cual consiste en la extirpación del útero y, en algunos casos, sus anexos (48). Esta se realiza dependiendo de ciertos factores como gravedad del cáncer o paridad cumplida y puede ser clasificada según la técnica quirúrgica (histerectomía asistida laparoscópicamente e histerectomía abdominal), como también según el grado de extirpación (parcial, total o radical) (16).

En algunas investigaciones se describen múltiples cambios anatomofisiológicos negativos y efectos adversos en la función sexual tras la histerectomía, tales como: acortamiento vaginal y reducción de la elasticidad de las paredes vaginales, disminución de lubricación

produciendo dispareunia, daño a la innervación de la zona disminuyendo la satisfacción y deseo sexual, y daño en el piso pélvico afectando al sistema digestivo y urinario por incontinencia (49). Otros estudios señalan que las personas se ven afectadas psicológicamente, presentando síntomas de depresión, ansiedad y disminución de la autoestima por el inmenso cambio por el que pasan las mujeres posterior a la histerectomía, afectando su relación con su cuerpo, relación de pareja y vida sexual (50,51). Sin embargo, otros estudios han evidenciado no sufrir cambios en la función sexual de las mujeres posterior a una histerectomía (52,53).

En resumen ante este tema, la literatura científica revisada sugiere que existe un conjunto de información variada respecto a los efectos post histerectomía en el sistema sexual de las mujeres, lo que produce aumento del temor y preocupación en ellas previo a someterse a esta cirugía, lo que pone énfasis en la importancia que tienen los y las profesionales de la salud en proveer una información básica, certera y clara a este grupo objetivo con la finalidad de que se efectúe el procedimiento con una usuaria informada y preparada psicológicamente (49,52,53).

#### **2.4. Modelo de intervención psicoeducativa PLISSIT**

El modelo PLISSIT fue creado por el psicólogo Jack Annon (54), con el objetivo de crear un esquema el cual pudiera guiar a los diferentes profesionales en poder tratar de una manera más certera, aspectos sexuales de los usuarios (55).

##### **2.4.1. Niveles del modelo PLISSIT**

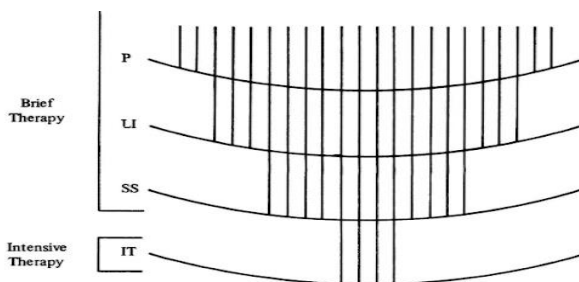


Figura 1. Aplicación del modelo P-LI-SS-IT (54)

En la figura 1, lo que representa cada una de las líneas son las diferentes inquietudes del ámbito sexual que un profesional evaluará a lo largo del tiempo; este modelo se divide en niveles y cada nivel (los cuales se pueden utilizar de manera combinada a la hora de la terapia) representa un desafío mayor en cuanto a conocimiento, experticia y entrenamiento de cada profesional (54). La utilidad de estas divisiones permite derivar a otro profesional más apropiado para el tipo de terapia que el usuario en particular necesite y, del mismo modo, ayuda a dividir el tipo de terapia en *brief/breve* (P-LI-SS) e *intensive/intensiva* (IT), lo que se describe a continuación (56):

1. *Permission* o permiso (P): Este nivel se basa en otorgar permisos a percepciones negativas que los usuarios tienen respecto a ciertas situaciones, con esto surge la posibilidad de entablar el tema de sexualidad dentro de la conversación, siendo esta primera instancia principalmente introductoria, donde el paciente formará una relación de confianza con el profesional y así hablar del ámbito sexual, es por esto que el profesional debe tener habilidades comunicativas como escucha activa, entregar un espacio seguro e interpretar los mensajes no verbales que refleje el paciente para así mantener esta conversación.
2. *Limited Information* o limitación de información (LI): Este nivel se enfoca en entregar conocimiento limitado al paciente en relación con sexualidad, de esta forma la persona entregará detalles que consideraba vergonzosos y permitirá al profesional evaluar mejor la situación, en ocasiones los problemas en relación con la sexualidad son originados por desconocimientos del paciente, es por esto que la entrega de información precisa podría beneficiarlo.
3. *Specific Suggestions* o sugerencias específicas (SS): El nivel 3 del modelo pretende ser un intento de solucionar los problemas que manifieste el paciente, entregando recursos e incluyendo opciones farmacológicas y no farmacológicas, por lo que el profesional debe tener conocimientos suficientes para aportar la información precisa en cada caso.

4. Intensive Therapy o terapia intensiva (IT): La etapa final del modelo PLISSIT consiste en realizar una derivación del paciente a un especialista, esto será necesario cuando no se logre resolver los problemas detectados.

## **CAPÍTULO III: OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo General**

Elaborar una propuesta mediante una plataforma audiovisual y personalizada que permita desarrollar una intervención psicoeducativa, con el fin de acompañar y empoderar a mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico y hacerlas partícipes activas de su rehabilitación, contribuyendo a mejorar su calidad de vida sexoafectiva.

### **3.2. Objetivos Específicos**

1. Investigar sobre la vida sexoafectiva de mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico en el estado del arte y literatura para sustentar el contenido de la intervención.
2. Desarrollar bajo el modelo PLISSIT y con la asesoría de expertos una propuesta de intervención psicoeducativa de carácter multidisciplinario, enfocada en mejorar la vida sexoafectiva de la mujer histerectomizada por cáncer ginecológico.
3. Diseñar una plataforma digital mediante una aplicación para móviles con sistema operativo iOS o Android, que permita integrar y aplicar la intervención psicoeducativa de carácter multidisciplinario, desarrollada para mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico.

## CAPÍTULO IV: MATERIAL Y MÉTODO

### 4.1. Diseño, enfoque y alcance

Estudio cualitativo de tipo investigación-acción según lo descrito en el libro de “*Metodología de la Investigación*” de Roberto Hernández Sampieri, en el cual se detalla lo siguiente (57)

Este tipo de estudio se define como un diseño que *tiene como finalidad comprender y resolver problemáticas específicas de una colectividad vinculadas a un ambiente (grupo, programa, organización o comunidad)*. En este tipo de estudio se investiga al mismo tiempo que se interviene una comunidad y se busca que las personas pertenecientes a ella tomen conciencia del rol fundamental que tienen dentro del periodo de participación. Además, se menciona que para esto *se requiere la total colaboración de los participantes en: la detección de las necesidades (ya que ellos conocen mejor que nadie la problemática a resolver), el involucramiento con la estructura a modificar, el proceso a mejorar, las prácticas que requieren cambiarse y la implementación de los resultados del estudio*. El diseño investigación-acción se destaca por sus tres perspectivas para basar sus trabajos: la visión técnico-científica (redefinir la problemática), la visión deliberativa (interpretación y comunicación) y la visión emancipadora (ya que no solo busca resolver la problemática de la comunidad, sino que pretende generar un cambio social dentro de ella).

A su vez, este diseño cuenta con una serie de etapas donde se desarrollan las principales acciones de la investigación acción (57):

1. En la primera etapa se detecta el problema de investigación y se busca diagnosticar. En esta etapa se plantea una problemática, se analiza su inmersión social y se recolectan los datos sobre ella y las necesidades de la comunidad en estudio.
2. En la segunda etapa se formula un plan mediante objetivos, estrategias, acciones, recursos y programación de tiempos para resolver la problemática e inducir a un

cambio en la comunidad, además de recolectar datos adicionales para el plan de intervención.

3. En la tercera etapa se implementa el plan previamente formulado y se evalúan sus resultados. En esta etapa se toman las decisiones de redefinir la problemática, si se debieran generar nuevas hipótesis, se pone en marcha la intervención, se recolectan datos para evaluar la implementación de esta y por último se comunica el plan y las acciones a la comunidad.
4. Y finalmente en la cuarta etapa, también denominada “etapa de retroalimentación”, se realizan nuevos ajustes en los cuales se toman decisiones y se redefine un nuevo diagnóstico de la comunidad. Además, se recolectan datos para evaluar el plan de intervención y si se realizan ajustes, estos vuelven a ser evaluados para determinar el desempeño, luego se informan los resultados de la intervención a toda la comunidad participante.

Dentro de las distintas etapas que existen, en el presente estudio sólo se trabajó en la primera etapa de la investigación-acción y del proyecto, donde se detectarán las necesidades de personas histerectomizadas por algún tipo de cáncer ginecológico respecto a su sexualidad y se levantará la propuesta de una intervención psicoeducativa y sexoafectiva mediante el diseño de una plataforma digital para móviles (iOS y Android), con el fin de contribuir en la mejora de la vida sexoafectiva del grupo de personas a estudiar. El resto de las etapas del estudio que completarán la intervención serán diseñadas por próximos grupos tesistas que utilizarán el presente proyecto como base para la realización de las intervenciones y la evaluación de los resultados.

Es importante señalar que el presente estudio es de carácter multidisciplinario, donde se integrarán diversas áreas de diseño, psicología, educación y matronería que tendrán la finalidad de complementar desde sus disciplinas una intervención aún más eficiente para

mejorar la calidad de la vida sexual y psicoafectiva de las personas histerectomizadas por un cáncer ginecológico.

Finalmente, se trabajó en conjunto con el manual físico *“Intervención psicoeducativa en sexualidad para personas histerectomizadas por cáncer ginecológico”*, diseñado el año 2018 por otro grupo tesista para orientar y educar a usuarias con características similares a las mujeres en estudio. El presente grupo de tesis de Obstetricia y Puericultura actualizó y agregó los contenidos de los distintos tipos de cánceres ginecológicos que existen. Además, se actualizó la bibliografía de los cuatro módulos psicoeducativos descritos en este con la asesoría de expertos. El primer módulo se llama *“Conociendo mi cuerpo: Anatomía de los genitales femeninos”*, donde se detallan diversos aspectos de la anatomía femenina con la finalidad de que aquellas usuarias que lean el manual logren autoconocerse y comprender algunos contenidos mencionados en los siguientes módulos. El segundo se denomina *“Garantías Explícitas en Salud (GES) y tipos de cánceres ginecológicos”*, donde se explica qué es el GES y qué cánceres están cubiertos por esta garantía, junto a los plazos que deben respetar las instituciones de salud. Asimismo, se explica en un lenguaje técnico y comprensible para las distintas usuarias lo principal de cada cáncer, cómo se llega al diagnóstico y las etapas del mismo. El módulo tres *“Cirugía: Histerectomía”*, define la histerectomía como el tratamiento quirúrgico más utilizado en algunos cánceres ginecológicos, sus distintos tipos, las indicaciones post quirúrgicas y al alta, sus complicaciones y signos de alarma para acudir a urgencias. Por último, el cuarto módulo *“Recuperación de la salud sexual”* es el más importante para el desarrollo de la intervención, siendo diseñado y complementado bajo la asesoría fundamental de la experta en educación y psicología oncológica. En este módulo se tratan las temáticas elementales del presente proyecto, donde se describe cómo la cirugía puede afectar física, psicológica y sexualmente la vida de las usuarias histerectomizadas. Asimismo, se integran diversas orientaciones en cómo recuperar la satisfacción sexual y la comunicación en pareja con el fin de mejorar el bienestar sexoafectivo y la calidad de vida de ambos.

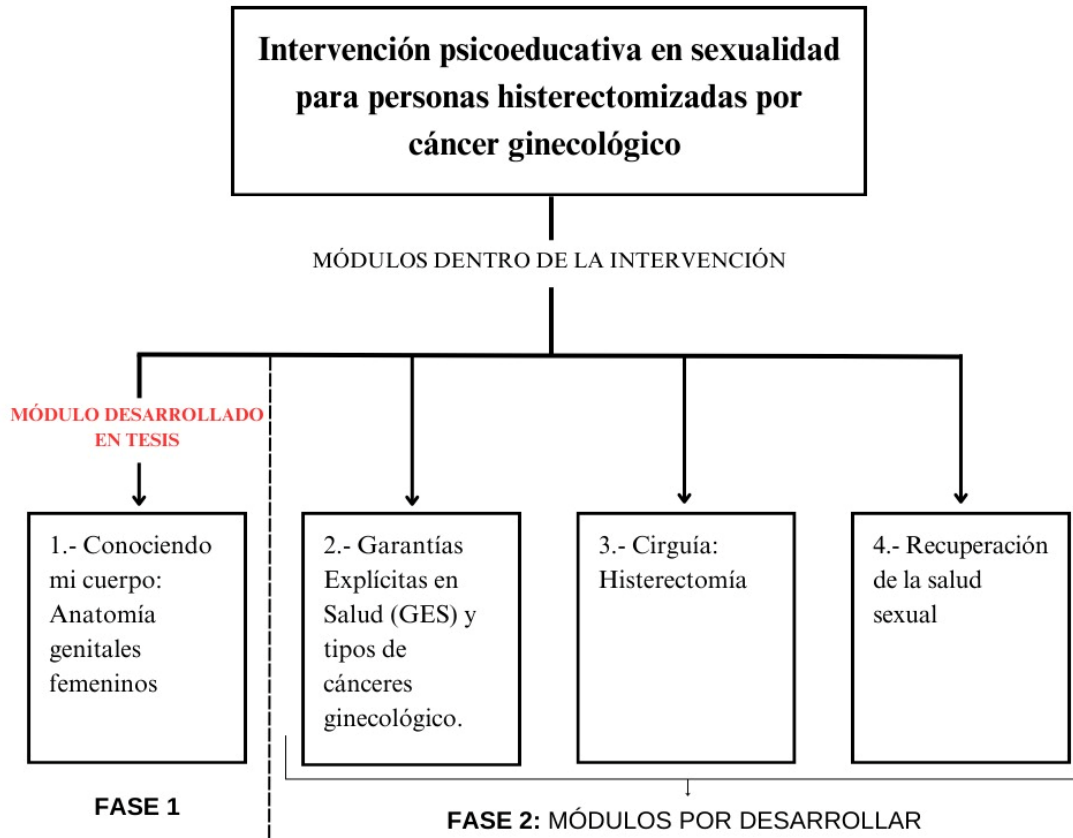
Los tesisistas de Obstetricia levantaron la propuesta de un proyecto digital en conjunto con el experto en diseño gráfico, quien a partir de nuestras ideas diseñó una plataforma digital para móviles con sistema operativo iOS y Android, en la cual se integran todos los contenidos del manual. El objetivo de esta aplicación móvil es acompañar, orientar y educar a las distintas usuarias histerectomizadas, creando personajes digitales con distintas características que generen cercanía y expliquen todos los contenidos del manual en cápsulas audiovisuales. Estas cápsulas no superarán los 5 minutos de duración con el fin de captar la atención completa de las usuarias y que los contenidos sean bien comprendidos por ellas. Finalmente, se tendrán un total de 14 cápsulas en las que se dividirán las distintas temáticas de los cuatro módulos del manual.

Una vez confeccionados todos los módulos, estos serán revisados por la experta en diseño instruccional con el fin de asegurar una adecuada comprensión desde lo audiovisual de los contenidos para todas aquellas usuarias que observarán las cápsulas a través de la aplicación digital.

Durante el desarrollo del presente proyecto, se realizó una convocatoria interna por parte de la Dirección de Innovación y Transferencia Tecnológica de la Universidad de Valparaíso en conjunto con el Proyecto UVA 2095, para postular en la entrega de fondos concursables “EMPRENDE UV”. Tras adjudicarnos el proyecto, se obtuvo una suma de \$3.000.000, lo que permitió financiar la participación de diversos expertos (psicóloga experta en educación y psicología oncológica, diseñador gráfico y diseñadora instruccional), para garantizar un trabajo multidisciplinario.

Este grupo levantará el proyecto técnico y audiovisual. Sin embargo, el experto en diseño gráfico desarrollará sólo el primer módulo *“Conociendo mi cuerpo: Anatomía de los genitales femeninos”* en la espera que un próximo grupo tesisista pruebe la aplicación en un grupo experimental de usuarias, por lo que se hace énfasis en que este grupo no pondrá en marcha el proyecto, sino que sólo levantará la propuesta y diseñará el primer módulo como una prueba piloto (ver esquema 1).

Las especificaciones técnicas y el proceso de creación del proyecto digital se detallan más adelante en el “Capítulo V: Propuesta Técnica” (ver página 29).



Esquema 1: Flujograma de las etapas propuestas

## 4.2. Población y muestra

La población a la cual está dirigida la construcción de esta intervención corresponde a personas histerectomizadas como parte del tratamiento de algún tipo de cáncer ginecológico y expertos del área gineco-oncológica, sexual y educativa, que evalúen esta intervención.

En cuanto esté terminado el primer módulo de la aplicación, el proyecto será probado por un próximo grupo tesista en mujeres con características similares a las del estudio final,

para poder proseguir con los siguientes módulos basándose en los resultados obtenidos con el primer análisis.

Lo criterios de selección de muestra son los siguiente:

#### **4.2.1. Criterios de inclusión para la población del estudio**

- Personas con mayoría de edad histerectomizadas por cáncer ginecológico que se mantengan en control en atención secundaria.

#### **4.2.2. Criterios de exclusión para la población de la intervención**

- Personas que no cuenten con los medios como teléfono, computador o internet.
- Personas que no tengan el conocimiento de cómo utilizar los instrumentos en que se lleva a cabo la intervención, como teléfono, computador o páginas web.
- Personas que tengan algún tipo de déficit cognitivo, que les impida entender la intervención.
- Personas no videntes que les impida participar de la intervención, debido a que es totalmente visual.
- Personas que se encuentren en una etapa muy avanzada de su cáncer.

#### **4.2.3. Criterios de inclusión de expertos para desarrollar la propuesta de intervención**

- Diseñador gráfico.
- Diseñadora instruccional.
- Psicóloga experta en educación y psicología oncológica.

#### **4.2.4. Criterios de inclusión de expertos para evaluar la propuesta de intervención**

- Profesionales de las disciplinas de la salud centrados en el área gineco-oncológica y/o sexualidad.
- Profesionales expertos en educación con experiencia en intervenciones educativas.
- Profesionales con experiencia mínima de 5 años en el área gineco-oncológica.
- Académicos e investigadores con línea de investigación en cáncer ginecológico y/o sexualidad.

### **4.3. Fuentes de retroalimentación**

Debido a que las fuentes de información son complementarias a la muestra, y nuestro estudio aún no ha sido probado con la encuesta de expertos y la retroalimentación de la prueba piloto, esta sección no aplica hasta el momento. Sin embargo, hemos realizado los criterios de inclusión de la misma que nos han ayudado para redactar el marco teórico de esta etapa.

#### **4.3.1. Criterios de inclusión en la búsqueda del estado del arte**

- Estudios orientados a mujeres que hayan sido hysterectomizadas por un cáncer ginecológico.
- Estudios cualitativos, cuantitativos y/o mixtos.
- Revisiones sistemáticas.
- Estudios *idealmente* dentro de los últimos 5 años (desde el 2018).
- Estudios que cuenten con el texto completo.
- Estudios sin restricción de idioma.
- Estudios publicados en bases de datos científicas.

#### **4.4. Consideraciones del diseño**

Los módulos del manual físico *“Intervención psicoeducativa en sexualidad para personas histerectomizadas por cáncer ginecológico”* (ver anexo 7.1) fueron actualizados y diseñados por el grupo de tesistas de Obstetricia y Puericultura en base a la evidencia científica y la asesoría de expertos en educación y psicología oncológica, con el fin de dilucidar de mejor manera las temáticas del manual, esperando los mejores resultados posibles a la hora de dirigir y conducir las consultas que surgen de la sexualidad post histerectomía por cáncer ginecológico.

Con respecto al diseño técnico, que conduce a la aplicación de la intervención, fue elaborada en su totalidad por el experto de diseño, en donde el grupo de tesistas de Obstetricia y Puericultura revisó y modificó la información del manual físico bajo la asesoría de expertos, con el fin de generar cápsulas informativas que se utilizarían dentro de la aplicación digital.

#### **4.5. Consideraciones éticas**

Debido al enfoque del proyecto, no se diseñará en esta fase un consentimiento informado para las usuarias, ni se presentará el estudio a un comité de ética para una autorización, ya que la propuesta no conlleva a un acceso directo a las usuarias en que se aplicará la intervención. Sin embargo, en sus fases siguientes se deberá presentar el proyecto al comité para llevar a cabo la intervención.

No se diseñará ni se aplicará un consentimiento informado para los expertos que colaboren en la propuesta, ya que no se utilizarán sus datos personales.

Es importante mencionar que el presente proyecto busca en todo momento ser una forma de acompañamiento y apoyo para todas aquellas usuarias que han sido histerectomizadas por algún cáncer ginecológico, ya que la mayoría están viviendo un proceso difícil, donde su calidad de vida se ha visto afectada en diversas dimensiones, siendo de interés para la realización de la propuesta, la dimensión sexual y psicoafectiva de ellas. Es por esto que el

estudio pretende levantar la propuesta de una intervención que integre a las personas histerectomizadas bajo una mirada inclusiva, donde aquellas personas en estudio se sientan protegidas, en un ambiente seguro donde se vele por el bienestar, el mejoramiento de la calidad de vida de ellas y donde no exista discriminación de género durante todo el proceso de realización del proyecto.

#### **4.6. Análisis de datos**

En cuanto al análisis de datos, este proyecto se encuentra en fase de producción, como propuesta técnica, por lo que aún no ha sido probado. Debido a esto, no es posible analizar datos en espera de prueba piloto.

## **CAPÍTULO V: PROPUESTA TÉCNICA**

La propuesta contempla la elaboración de una plataforma digital de acompañamiento para mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico, por medio de una aplicación para sistemas operativos de dispositivos móviles Android y iOS.

### **5.1. Objetivo general**

Empoderar a mujeres chilenas histerectomizadas por cáncer ginecológico a asumir un rol activo en su proceso rehabilitación por medio de una plataforma digital orientada al acompañamiento psicoafectivo y sexual.

### **5.2. Objetivos específicos**

1. Reducir el nivel de incertidumbre por parte de las pacientes respecto de los efectos secundarios de la histerectomía.
2. Orientar en la resolución de problemáticas asociadas a la histerectomía.
3. Involucrar al usuario en el propio proceso de rehabilitación, mediante el monitoreo de su progreso.

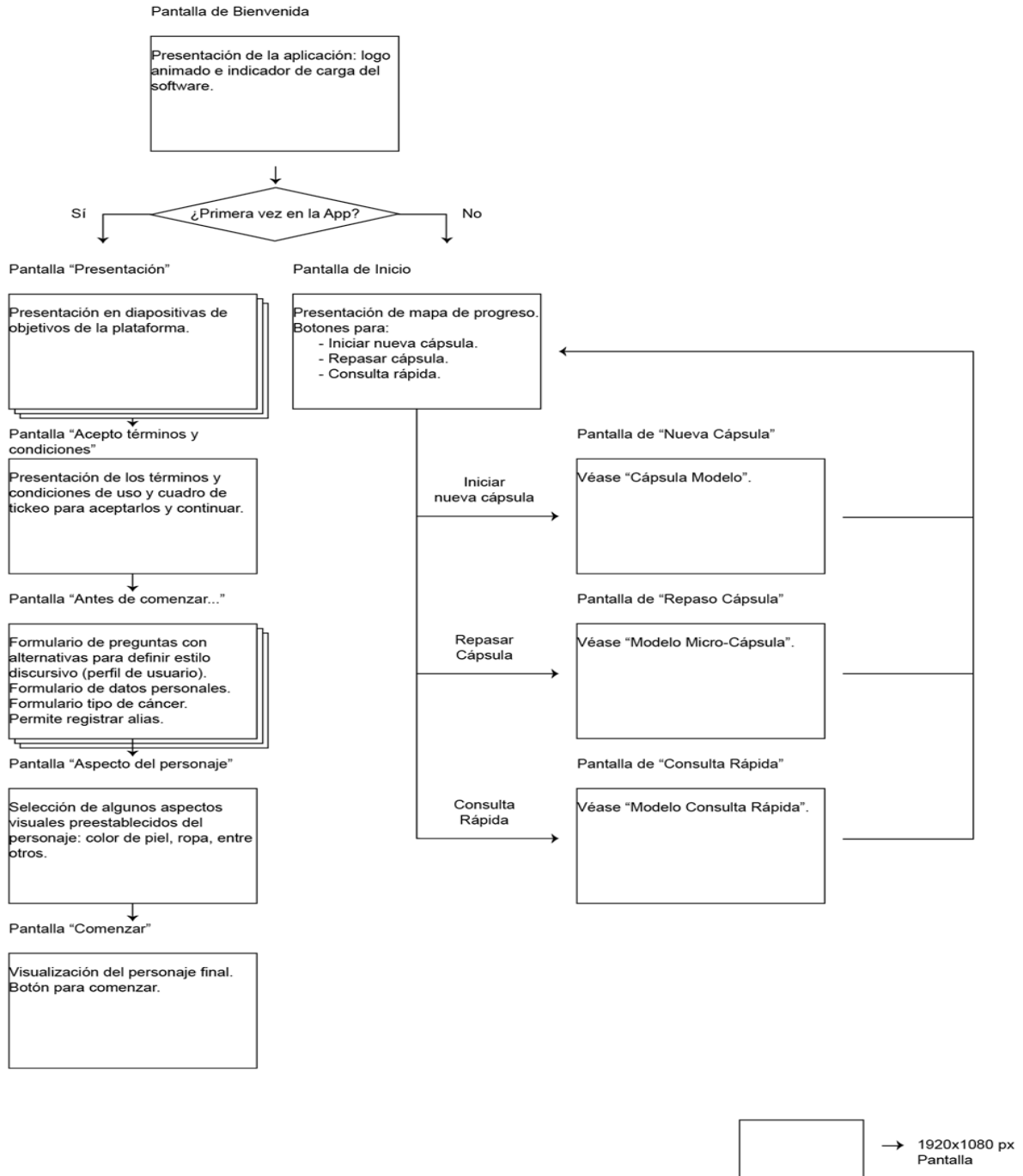
Respecto a los aspectos educativos de la plataforma, esta deberá:

1. Perfilar a las usuarias con relación a su contexto sociocultural para entregar contenidos y recomendaciones ad-hoc a cada perfil.
2. Establecer un curso de contenidos (syllabus) siempre disponible, el cual deberá servir además como indicador de estadios de progreso.
3. Adaptar los contenidos desarrollados en el Manual a cápsulas expositivo-dialógicas interactivas.
4. Elaborar un algoritmo o diagrama de flujo que contenga las diferentes cápsulas interactivas en donde se defina la consecución de cápsulas en función de la interacción y los objetivos de aprendizaje.

Respecto a los aspectos formales de la plataforma, se deberá:

- Establecer un moodboard etnográfico que permita distinguir inclinaciones estéticas por parte del público objetivo de la plataforma, el cual servirá para:
  - Establecer un lenguaje visual que permita desarrollar los diferentes elementos gráficos de la plataforma.
1. Respecto a la elaboración de las cápsulas interactivas, estas deberán:
  2. Desarrollar objetivos de aprendizaje a nivel macro (unidad) y micro (cápsula).
  3. Construir un relato inmersivo que permita al usuario:
    - a. Empatizar con las situaciones presentadas.
    - b. Sentirse acompañado en la vivencia del proceso de rehabilitación.
    - c. Desarrollar sentimiento de pertenencia por medio del compromiso para con su propio proceso de rehabilitación.

Se establece esta propuesta técnica como una primera etapa o producto mínimo viable (ver anexo 7.2).



Esquema 2: Diagrama de funcionamiento de la aplicación

### **5.3. Plataforma digital**

En el esquema 2 se presenta la estructura general del funcionamiento de la plataforma, en este diagrama de flujo, se establece un recorrido a través de las diferentes pantallas que presentará la aplicación. Cada rectángulo equivale a una pantalla de 1920x1080 píxeles. Cabe señalar que la aplicación funcionará sólo en modo horizontal o landscape, ya que resulta conveniente para la presentación del material audiovisual y la manipulación del dispositivo.

En primera instancia, al acceder por primera vez a la aplicación, esta lleva a la pantalla “Presentación”, desde donde el usuario comienza a familiarizarse con el propósito de la App. Al finalizar la concatenación de pantallas del primer acceso, el usuario terminará con un avatar adaptado en función de las respuestas que otorgue en la Pantalla “Antes de comenzar...” (revisar apartado de Avatar Personal en Personajes), que lo acompañará durante todo el proceso.

Una vez que el usuario tenga su propio avatar, este podrá iniciar una cápsula desde la Pantalla de Inicio, la cual, al concretarse, abrirá las opciones de Repasar Cápsula y Consulta Rápida de todo el proceso. Sin embargo, se sugiere avanzar a través de las cápsulas para que el contenido expuesto en el Sumario de la Consulta Rápida sea aprendido.

### **5.4. Cápsulas**

El usuario recorrerá diferentes “cápsulas” (detallado su funcionamiento en el esquema 5, Cápsula Modelo), las cuales se irán desbloqueando a medida que el usuario vaya avanzando en las mismas. Al finalizar una unidad, se abre la posibilidad de que el acceda a Microcápsulas a modo de recapitulación o repaso. Además, se abre una instancia donde podrá subir su propio testimonio, bajo ciertos lineamientos o sugerentes que lo articule. Esta instancia dará pie, una vez abierta la plataforma a varios usuarios, a acceder a diferentes testimonios de otros usuarios con el propósito de construir sentido de

pertenencia (Pantalla de “Presentación de testimonios” en esquema 5) y asimilar nuevas perspectivas de la información presentada.

### 5.5. Microcápsulas

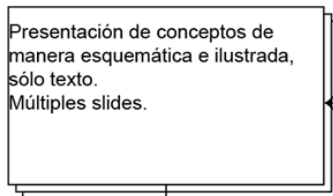
Dentro de las Cápsulas Modelo, y vinculado a los conceptos de la Consulta Rápida, están las Microcápsulas (ver esquema 3), que sirven el propósito de presentar el contenido de manera resumida.

### 5.6. Consulta Rápida

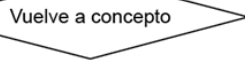
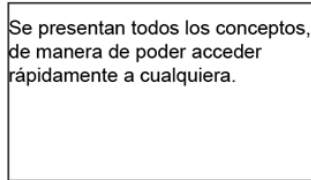
Como complemento, y con el fin de permitir el acceso rápido a los diferentes contenidos, se establece una instancia de consulta rápida, la que permitirá acceder a los diferentes conceptos tratados a nivel global (ver esquema 4). Se podrá acceder mediante caja de búsqueda o listado de conceptos, los que a su vez derivan a slides donde los contenidos se presentan en texto, complementados con esquemas o ilustraciones.

Modelo Micro-Cápsula

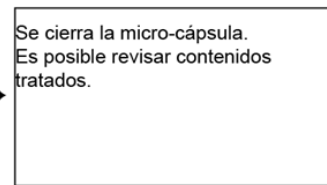
Pantalla interactiva “Conceptos”



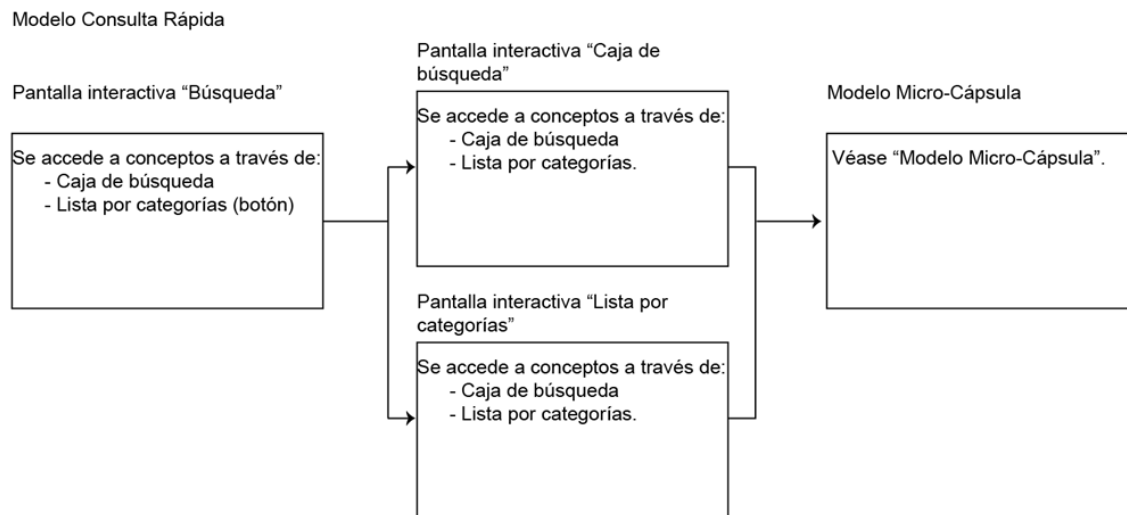
Pantalla interactiva “Sumario de contenidos tratados”



Pantalla de Bienvenida

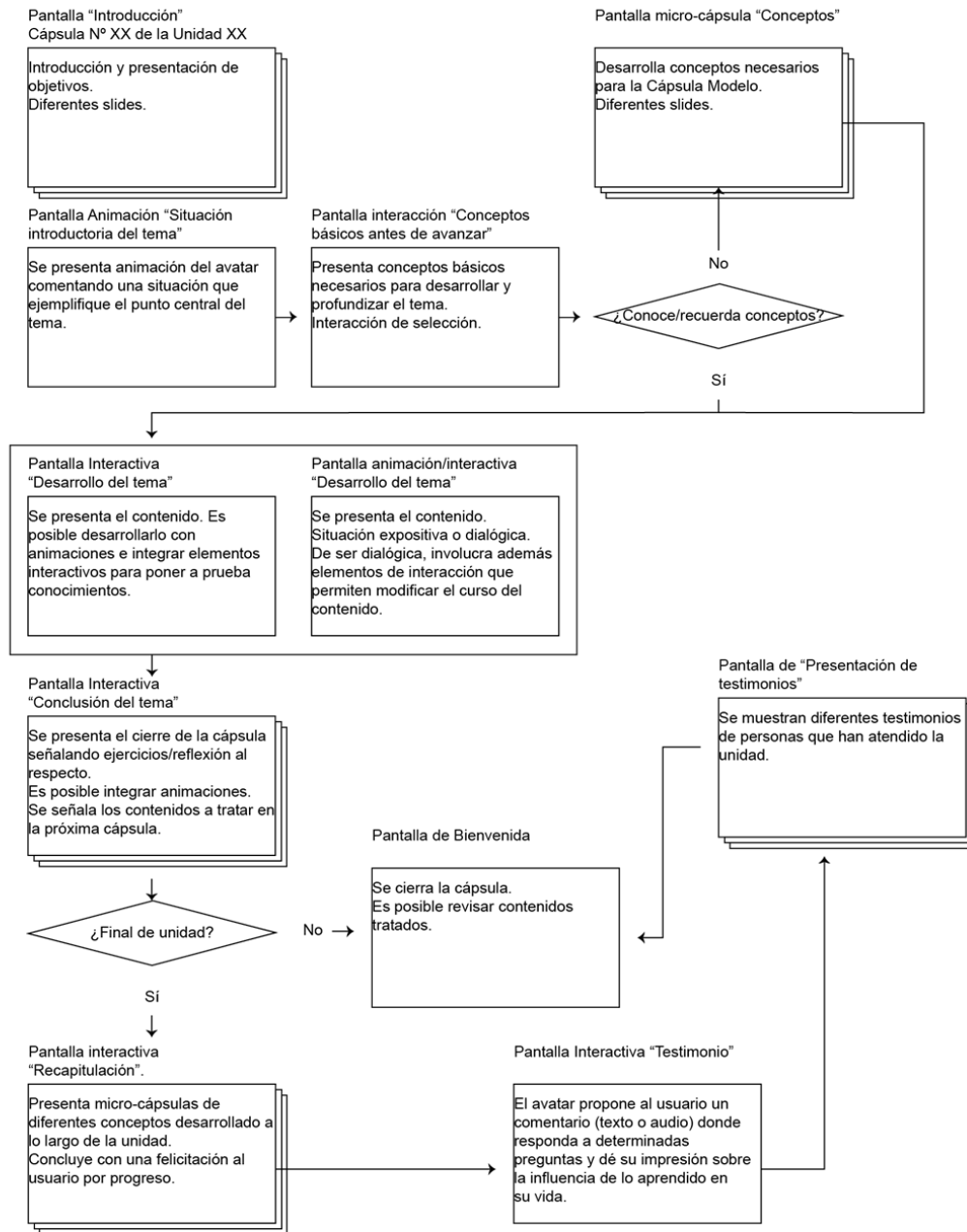


Esquema 3: Diagrama modelo microcápsula



Esquema 4: Diagrama modelo consulta rápida

Cápsula Modelo



Esquema 5: Diagrama cápsula modelo

## **5.7. Escenificación de la Plataforma**

### **5.7.1. Personajes**

Se plantean tres personajes que ayudarán al desarrollo de las diferentes unidades de contenido:

**Personal sanitario:** Corresponde a una mujer vestida con bata blanca, que se expresa en lenguaje más técnico y desde una posición de autoridad. El propósito de este personaje es dar confianza al usuario respecto de aquellas recomendaciones específicamente médicas, como explicaciones anatómicas o de procedimientos para abordar síntomas. También sugerirá atención con profesional en caso de situaciones de mayor gravedad.

**Mujer amiga:** Corresponde a una mujer distinta del avatar, pero que mantiene una relación de cercanía. Plantea situaciones problemáticas, como también ofrece opciones a situaciones que no tienen sólo una solución o perspectiva para ser abordada. Se comunica de manera simétrica con el usuario, permite entregar alivio en situaciones demasiado serias.

**Avatar personal:** El avatar personal corresponde a la configuración del modo discursivo en que se explicarán los diferentes contenidos. Este modo discursivo se elabora, en primera instancia, gracias a un cuestionario que recoge las siguientes dimensiones.

**Sexualidad:** Permite sondear el nivel de predisposición a tratar cuestiones de sexualidad, como técnicas sexuales y ejercicios específicos. De lo contrario, se abordará meramente desde una perspectiva médica.

**Religión:** Permite comprender un perfil moral del usuario, de manera de adecuar los contenidos a la disposición moral del usuario.

**Nivel de escolaridad y ocupación:** Permite reconocer un nivel educativo para establecer el nivel de complejidad con que se presenta la información.

### **5.7.2. Escenificación**

Los personajes serán puestos en ambientes que reflejen coherentemente el tema tratado, por ejemplo, en casos donde la información sea de índole médica, conviene situar a los personajes en lugares relacionados con la consulta médica. Esto no implica construir necesariamente escenarios figurativos, sino “atmósferas” que incluso pueden llegar a niveles de abstracción tales que presenten el escenario como gradientes de color o sencillamente un color sólido.

### **5.7.3. Relato**

El relato corresponde al imaginario que se construye a partir de los sugerentes visuales y narrativos de la experiencia. Los niveles de interacción que permite y en qué situaciones suceden estos. Lo que se inspira y hace sentir al usuario, para construir una experiencia memorable.

La propuesta se articula en torno a la idea de empatía, por lo que las ideas narrativas deberán construirse alrededor de situaciones cotidianas con las que el usuario pueda empatizar, y donde los personajes se presenten de maneras con las que el usuario pueda simpatizar.

El relato se construye a partir de la elaboración de situaciones expositivas y dialógicas. En las situaciones expositivas se presenta un tema o concepto por medio de una explicación (puede ser auxiliada por infografías, esquemas o ilustraciones) o el monólogo de un personaje. Mientras que en las situaciones dialógicas se ejemplifica por medio del diálogo, ya sea con el usuario mismo (permitiendo aquí diferentes interacciones que permiten definir la dirección del relato, acceder a microcápsulas, entre otros) o con otro personaje.

## Modelo de situaciones

### Expositiva



Se presentan contenidos por medio de monólogo de personaje.

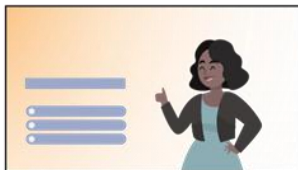


Infografías, ilustraciones o esquemas animados.

### Dialógica



Se presentan contenidos por medio de diálogo entre personajes.



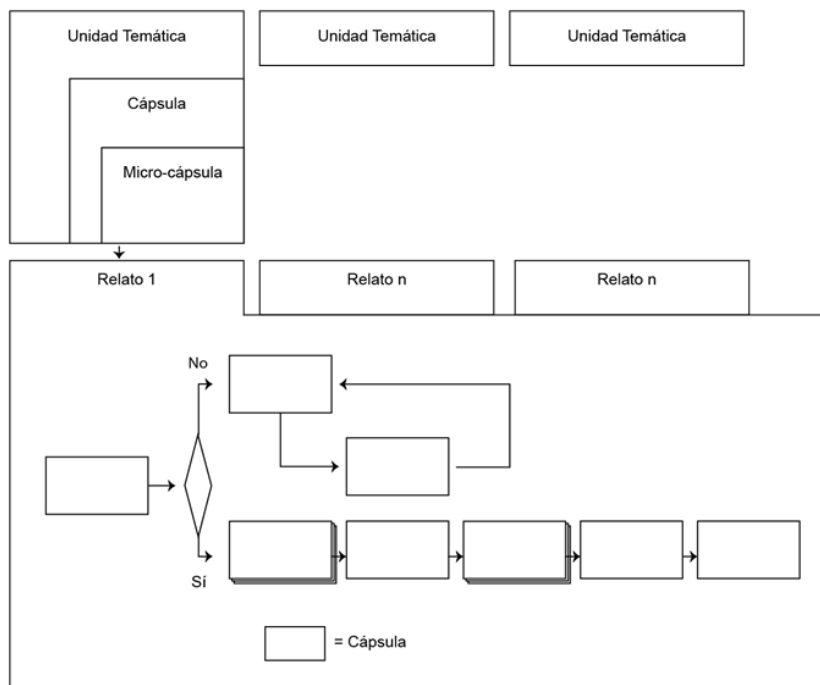
Permite interactuar con usuario y establecer cambios en el recorrido.

## Esquema 6: Situaciones

### 5.7.4. Recorrido, guión de experiencia

Se compone de unidades temáticas, las cuales a su vez están divididas en secciones que corresponden al contenido a tratar en cada sesión de uso (esquema 7) A través de un guion, se entregará la información expresada de manera expositivo-dialógica, que deja espacio para interacciones de feedback que le dan al usuario control sobre su experiencia, tanto a nivel de duración (unidad mínima de tiempo de sesión), como de profundización (granularidad de la información, apertura a temas de interés asociados).


Modelo de Guión



Esquema 7: Modelo de guion

En el esquema 7, se plantea un diagrama a modo de ejemplo de la elaboración del guion que constituye el relato. Este debe contener momentos de divergencia, donde el usuario pueda interactuar y decidir la dirección que tome su recorrido.

Modelo de Guión

Unidad	Cápsula	Pantalla	Miniatura(s)	Descripción	Elementos
Cáncer	999	A.99		Breve descripción de la situación que se representará en la Pantalla.	Punteo de elementos interactivos que irán en la pantalla y especificación de la pantalla a la que deriva. Ej: Botón ("Inicio") → A.99

Esquema 8: Modelo Guion

Además, deberá considerar la construcción de un storyboard (esquema 8) para facilitar su etapa de preproducción.

## 5.8. Contenido

Se plantea hipotéticamente cuatro unidades temáticas: Anatomía, Histerectomía, Cáncer y Sexualidad. Donde a través de la narrativa (storytelling), se acogerán además cuestiones psicoafectivas, es decir, se abordarán situaciones que pudiesen generar miedo, incertidumbre y/o inseguridad. Tales contenidos han sido desarrollados en el Manual, sin embargo, se plantea que este deberá:

Derribar mitos.

- Construir conocimiento.
- Presentarse en lenguaje sencillo.
- Otorgar herramientas.

## 5.9. Ritmo

Para definir el ritmo ideal de uso, primero, usaremos como referencia un punto de partida y un punto de término. El punto de partida es el momento post histerectomía. Desde ahí se establece como referencia el tiempo de recuperación promedio, el tiempo mínimo para poder reactivar la vida sexual, y un estimado de 1 año, período dentro del cual la paciente idealmente deberá hacer uso de la aplicación.

Se establece una frecuencia de uso mensual (episodios de uso) en función de la urgencia de determinadas unidades temáticas, la asimilación y experimentación con determinados conceptos trabajados y la aplicación de herramientas, como también dar espacio para que exista recuperación física por parte de la paciente y entender si necesita acceso a nueva información, por ejemplo, vinculada a su salud sexual.

El tiempo de duración del proceso se establece en 2 meses para evitar deserción. Sin embargo, la aplicación quedará disponible para consultas posteriores.

Además, se define un tiempo de uso (sesión) en función de la complejidad de la información. Se sugiere una media de 6 a 10 minutos por cápsula. Este tiempo se puede extender en cuanto el usuario acceda a microcápsulas o investigue en Consulta Rápida.

### **5.10. Elementos visuales**

Para la información que lo requiera, se utilizará esquematización, simplificación figurativa y pictogramas, de manera de apoyar la comunicación verbal y escrita. Se evitará el uso de elementos que representen la realidad en un 100%, como fotografías o modelos de representación 2D o 3D de alta complejidad.

### **5.11. Animación**

A partir de ilustraciones y material audiovisual en general, se animarán diferentes contenidos combinando técnicas tales como animación stop-motion, cut-out y motion-graphics.

### **5.12. Inclusividad**

Se contempla el desarrollo de subtítulos y lenguaje de señas con el fin de volver la información accesible a la población sorda.

### **5.13. Información técnica**

La aplicación será desarrollada para dispositivos móviles (smartphone) iOS y Android. Se trabajarán los diferentes contenidos en función de una pantalla de 1920 x 1080 píxeles, sin embargo, el software podrá adaptarse a pantallas más grandes o pequeñas. Los archivos de audiovisuales serán codificados en MPEG 4 y codificador de audio AAC en el caso de Android y kAudioFormatMPEG en el caso de iOS.

## **CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La implementación de estrategias educativas y el desarrollo de una intervención es un paso esencial hacia una atención integral y empática en el ámbito de salud para las mujeres histerectomizadas por un cáncer ginecológico (58). Esta propuesta busca un primer acercamiento a través de una plataforma digital que no solo busca educar, sino también acompañar y empoderar a estas mujeres en su proceso de rehabilitación sexual y psicoafectiva, utilizando información precisa, recursos visuales adaptados, elementos interactivos y la inclusión de diferentes testimonios; creando así una aplicación que integre aspectos médicos-anatómicos, emocionales y preocupaciones individuales que las mujeres puedan afrontar, cumpliendo el objetivo general del proyecto investigativo.

Es crucial destacar que, a pesar de ser una propuesta, se espera que esta intervención psicoeducativa pueda ser implementada en un futuro cercano y evaluado posteriormente para poder realizar las modificaciones correspondientes y así continuar mejorando este proyecto en base a los resultados obtenidos en su aplicación, logrando una atención integral en el tratamiento del cáncer ginecológico, abordando dimensiones físicas y en especial las necesidades psicoemocionales de las mujeres.

Finalmente, esta propuesta busca acompañar y empoderar a mujeres histerectomizadas por cáncer ginecológico y hacerlas participes activas de su rehabilitación, contribuyendo a mejorar su calidad de vida sexoafectiva.

## CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2022 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of incident cases and deaths World, females, all ages [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=55&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=0&include\\_nmsc\\_other=1&type\\_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type\\_sort=0&type\\_nb\\_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=55&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D)
3. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of new cases in 2020, Chile, females, all ages (excl. NMSC) [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=152&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&group\\_cancer=0&include\\_nmsc=0&include\\_nmsc\\_other=1#collapse-by\\_country](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=152&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=0&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1#collapse-by_country)
4. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of deaths in 2020, Chile, females, all ages (excl. NMSC) [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=152&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&pop](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=152&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&pop)

ulation\_group=0&ages\_group%5B%5D=0&ages\_group%5B%5D=17&group\_cancer=1&include\_nmsc=0&include\_nmsc\_other=1

5. International Agency for Research on Cancer. Estimated crude mortality rates in 2020, cervix uteri, vulva, vagina, ovary, corpus uteri, females, all ages, South America [Internet]. 2020 [citado 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=crude\\_rate&sex=2&cancer=23\\_21\\_22\\_25\\_24&type=1&stati stic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=0&include\\_nmsc\\_other=1&projection=natural-earth&color\\_palette=default&map\\_scale=quantile&map\\_nb\\_colors=5&continent=2&show\\_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=crude_rate&sex=2&cancer=23_21_22_25_24&type=1&stati stic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=2&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D)
6. Suárez-Cadena FC. Terapéutica del cáncer de cuello uterino, una revisión de la literatura. MedUNAB [Internet]. julio de 2018 [citado 26 de noviembre de 2023];21:100–14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/719/71964816008/71964816008.pdf>
7. Cuevas U. V, Díaz A. L, Espinoza M. F, Garrido P. C. Depresión y Ansiedad en mujeres hysterectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. Rev Chil Obstet Ginecol. junio de 2019;84(3):245–56.
8. Silva M. MaA. Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una hysterectomía. Una revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol. diciembre de 2017;82(6):666–74.
9. Wu X, Wu L, Han J, Wu Y, Cao T, Gao Y, et al. Evaluation of the sexual quality of life and sexual function of cervical cancer survivors after cancer treatment: a retrospective trial. Arch Gynecol Obstet. 22 de octubre de 2021;304(4):999–1006.

10. Condrat CE, Filip L, Gherghe M, Cretoiu D, Suciu N. Maternal HPV Infection: Effects on Pregnancy Outcome. *Viruses*. 7 de diciembre de 2021;13(12):2455.
11. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of deaths in 2020, World, females, all ages (excl. NMSC) [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=2&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&group\\_cancer=0&include\\_nmsc=0&include\\_nmsc\\_other=1#collapse-group-1-5](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=2&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=0&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1#collapse-group-1-5)
12. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of deaths in 2020, Chile, females, all ages (excl. NMSC) [Internet]. 2020 [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=152&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=0&include\\_nmsc\\_other=1](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=152&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1)
13. Villafuente Reinate J, Hernández Guerra Y, Ayala Reina ZE, Naranjo Hernández L, González Alonso JÁ, Brito Méndez M. Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino. *Revista Finlay* [Internet]. 2019 [citado 26 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/635>
14. Burmeister CA, Khan SF, Schäfer G, Mbatani N, Adams T, Moodley J, et al. Cervical cancer therapies: Current challenges and future perspectives. Vol. 13, *Tumour Virus Research*. Elsevier B.V.; 2022.
15. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de cuello uterino: Tipos de tratamiento [Internet]. 2019 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en:

<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/tipos-de-tratamiento>

16. Stanford Health Care. Hysterectomy [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://stanfordhealthcare.org/medical-treatments/h/hysterectomy.html>
17. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of new cases in 2020, World, females, all ages (excl. NMSC) [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&group\\_cancer=1&include\\_nmssc=0&include\\_nmssc\\_other=1](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmssc=0&include_nmssc_other=1)
18. American Cancer Society Inc. ¿Qué es el cáncer de endometrio? [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio/acerca/que-es-cancer-de-endometrio.html>
19. American Cancer Society Inc. Factores de riesgo del cáncer de endometrio [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
20. American Cancer Society Inc. Estadísticas importantes sobre el cáncer de endometrio [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio/acerca/estadisticas-clave.html>
21. García Bautista E. FARMACOTERAPIA DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO METASTÁSICO [Grado en Farmacia]. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2021.

22. Talagrand LS, Beaulaton C, Smadja J, Rodrigues M, Frank S, Kissel M, et al. Cáncer de endometrio: diagnóstico, estudio preterapéutico, tratamiento y seguimiento. EMC - Ginecología-Obstetricia. febrero de 2023;59(1):1–16.
23. American Cancer Society Inc. Signos y síntomas del cáncer de endometrio [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-y-sintomas.html>
24. Ramirez PT, Salvo G. Merck & Co., Inc. 2022 [citado 26 de noviembre de 2023]. Cáncer de endometrio. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-cl/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/c%C3%A1ncer-de-endometrio>
25. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Exámenes de detección del cáncer de endometrio [Internet]. 2023 [citado 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/uterine/hp/endometrial-screening-pdq>
26. Gonzales-Montúfar F, Vera Vera J, Gamarra Paredes M, Fernández López M, Céspedes Mendoza E. Cáncer de vagina: reporte de un caso. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 27 de junio de 2019 [citado 26 de noviembre de 2023];65(3):373–8. Disponible en: <http://localhost:82/index.php/RPGO/article/view/2198>
27. Adhikari P, Vietje P, Mount S. Premalignant and malignant lesions of the vagina. Diagn Histopathol. enero de 2017;23(1):28–34.
28. Gest R, Body G, Ouldamer L. Tumores de la vagina. EMC - Ginecología-Obstetricia. junio de 2021;57(2):1–9.
29. American Cancer Society Inc. Tratamiento del cáncer de vagina [Internet]. 2018 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9037.00.pdf>

30. Staringer JC. Cáncer de vulva [Internet]. La Plata; 2022 [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147932/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147932/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
31. Ramirez PT, Salvo G. Cáncer de Vulva [Internet]. 2022 [citado 26 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-cl/hogar/salud-femenina/c%C3%A1nceres-del-aparato-reproductor-femenino/c%C3%A1ncer-de-vulva>
32. Núñez-Troconis J, Núñez-Troconis J. Epidemiología del virus del papiloma humano. Invest Clin [Internet]. 31 de mayo de 2022 [citado 27 de noviembre de 2023];63(2):170–84. Disponible en: <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/investigacion/article/view/38198/42268>
33. Center for Disease Control and Prevention. HPV Vaccine Information For Young Women [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv-vaccine-young-women.htm>
34. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Vulvar Cancer Treatment (PDQ®)—Health Professional Version [Internet]. 2023 [citado 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/vulvar/hp/vulvar-treatment-pdq>
35. Zhang R, Siu MKY, Ngan HYS, Chan KKL. Molecular Biomarkers for the Early Detection of Ovarian Cancer. Int J Mol Sci. 10 de octubre de 2022;23(19):12041.
36. Gaona-Luviano P, Medina-Gaona LA, Magaña-Pérez K. Epidemiology of ovarian cancer. Chin Clin Oncol. 17 de junio de 2020;9(4).
37. Morera C, Morera I, Lara H, Carranza G, Alejandra M. Cáncer de Ovario: Tamizaje y diagnóstico imagenológico. Vol. 37. 2020 mar.

38. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. *Int J Womens Health*. 30 de abril de 2019;Volume 11:287–99.
39. Araya Oviedo A, Paizano Vanega G. Cáncer de ovario. *Revista Médica Sinergia*. julio de 2021;6(7).
40. Stewart C, Ralyea C, Lockwood S. Ovarian Cancer: An Integrated Review. *Semin Oncol Nurs*. abril de 2019;35(2):151–6.
41. American Cancer Society Inc. Treating Ovarian Cancer [Internet]. 2020 [citado 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/ovarian-cancer/treating.html>
42. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 19.966 [Internet]. 19.996 Santiago, Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2004. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
43. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. 3. Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más [Internet]. [citado 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/3>
44. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. 71. Cáncer de ovario epitelial [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/71>
45. Superintendencia de Salud - Gobierno de Chile. PROBLEMA DE SALUD 71: CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: [https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-18887\\_archivo\\_fuente.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-18887_archivo_fuente.pdf)
46. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino y su prevalencia en Chile [Internet]. 2020 [citado 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/chile-tu-vida-importa-hazte-pap/cancer-cervicouterino-su-prevalencia-chile>

47. Superintendencia de Salud - Gobierno de Chile. PROBLEMA DE SALUD 3: CÁNCER CÉRVICO UTERINO [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: [https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-18739\\_archivo\\_fuente.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-18739_archivo_fuente.pdf)
48. Giannini A, D’Oria O, Bogani G, Di Donato V, Vizza E, Chiantera V, et al. Hysterectomy: Let’s Step Up the Ladder of Evidence to Look Over the Horizon. *J Clin Med*. 25 de noviembre de 2022;11(23).
49. Firmeza MA, Vasconcelos CTM, Vasconcelos Neto JA, Brito LG de O, Alves FM, Oliveira NM de V. The Effects of Hysterectomy on Urinary and Sexual Functions of Women with Cervical Cancer: A Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. agosto de 2022;44(08):790–6.
50. Erdoğan E, Demir S, Çalışkan BB, Bayrak NG. Effect of psychological care given to the women who underwent hysterectomy before and after the surgery on depressive symptoms, anxiety and the body image levels\*. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 3 de diciembre de 2019;40(7):981–7.
51. Choi HG, Rhim CC, Yoon JY, Lee SW. Association between hysterectomy and depression: a longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Menopause*. mayo de 2020;27(5):543–9.
52. Ruiz Larios A. Cambio en la respuesta sexual en pacientes histerectomizadas menores de 45 años. [Ciudad de México]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2021.
53. Dos Santos Pacheco C, Hernández Oropeza JG, Martínez Mejías JR. Influencia de la histerectomía en la función sexual femenina. *VITAE - Academia Biomédica Digital*. 2021;87(87–88).
54. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *J Sex Educ Ther*. 22 de abril de 1976;2(1):1–15.
55. Casáis Suárez Y. Recensión. El modelo PLISSIT: una propuesta de esquema conceptual para el tratamiento conductual de los problemas sexuales. *Revista TOG (A Coruña)*

[Internet]. 31 de mayo de 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];19. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/166>

56. Sánchez Ruiz M. Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación. [Lleida]: Universitat de Lleida; 2015.
57. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. Vol. Sexta Edición. 2014. 496–498 p.
58. López Izurieta MI. EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA, FUNCIÓN SEXUAL Y AUTOESTIMA EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS: UN ENFOQUE DE MÉTODO MIXTO. [Concepción, Chile]: Universidad de Concepción; 2022.

## **CAPÍTULO VIII: ANEXOS**

**7.1. Acceso a “Intervención psicoeducativa en sexualidad para mujeres hysterectomizadas por cáncer ginecológico – Manual de recomendaciones para profesionales de la salud”**



**7.2. Acceso a “Documentación: Plataforma digital orientada al acompañamiento psicoafectivo y sexual de mujeres hysterectomizadas por cáncer ginecológico”**

