

**PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE MUJERES MASTECTOMIZADAS POR
CÁNCER DE MAMA ATENDIDAS EN LA LIGA CORDOBESA CONTRA EL
CÁNCER MONTERÍA, 2015**

FIAMA ESTHER ÁLVAREZ DÍAZ

LAURA VANESSA LORDUY JURADO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA – CÓRDOBA

2015

**PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE MUJERES MASTECTOMIZADAS POR
CÁNCER DE MAMA ATENDIDAS EN LA LIGA CORDOBESA CONTRA EL
CÁNCER MONTERÍA, 2015**

FIAMA ESTHER ÁLVAREZ DÍAZ

LAURA VANESSA LORDUY JURADO

Presentado como opción de grado para optar el título de Enfermeras

Directora:

Concepción Amador Ahumada.

Magister

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA – CÓRDOBA

2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Montería, 20 de Noviembre de 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por estar siempre conmigo, por darme valor y firmeza en todos los momentos de mi vida. A mis padres Nadine Díaz y Rubén Álvarez quienes me han apoyado en esta etapa y quienes han dado todo para culminación de mis estudios.

A Fredy Rodríguez por apoyarme e impulsarme a seguir adelante superando cada obstáculo que se presentaba, de igual forma a mi compañera de trabajo quien ha vivido día a día esta experiencia apoyándonos mutuamente en este camino. A mis amigos de clase quienes me han impulsado y motivado para lograr esta meta.

Fíama Esther Álvarez Díaz

Dedico este triunfo primeramente a Dios por guiarme cada día quien me ha revestido de su fuerza y su gracia. A mis padres, las personas que me enseñaron a ser quien soy.

German Lorduy H quien ha sido ejemplo de perseverancia y templanza ayudándome a superar diferentes obstáculos, a mi madre Luz Jurado que con su amor a llenado mi vida de grandes valores siendo mi fiel acompañante, a mis hermanos y en especial a German quien me apoyo constantemente en mi trabajo de grado siendo un pilar en este trayecto. A mi amigo y apoyo contante Andrés Felipe por estar a mi lado en las diferentes etapas enseñándome a no desfallecer. A mi abuela Maritza por su colaboración y comprensión.

A mi compañera quien trabajó arduamente a mi lado culminando satisfactoriamente este trabajo de grado.

Por último a la memoria de mi hermano Jorge Lorduy quien me inspiro a empezar esta carrera.

Laura Vanessa Lorduy Jurado

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por estar con nosotras en los momentos más oportunos, por ayudarnos en cada prueba pasada durante esta carrera y hacer posible la terminación de este proyecto.

A todos los profesores que aportaron un granito de arena para cultivar en nosotras esos principios básicos que nos llevaran a ser grandes y excelentes personas para la sociedad.

A los docentes Concepción Amador Ahumada y Álvaro Sánchez por su colaboración, amor, paciencia y acertada dirección y orientación durante la elaboración del presente proyecto.

A las mujeres que hacen parte del grupo de apoyo de la Liga Cordobesa Contra el Cáncer por su colaboración y apoyo en la participación de este trabajo de grado.

A la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba por darnos las herramientas necesarias para ser grandes profesionales.

A todas las personas que de una u otra manera nos dieron su apoyo para obtener este logro.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	13
1. OBJETIVOS.....	15
1.1. GENERAL.....	15
1.2 ESPECÍFICOS.....	15
2. MARCO DE REFERENCIA	16
2.1 ANTECEDENTES.....	16
2.2 MARCO TEÓRICO	19
2.2.1 Influencia en la sexualidad femenina	21
2.2.2 Sexualidad y salud.....	25
2.3 MARCO LEGAL.....	26
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	29
Salud sexual:	29
3. DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	31
3.1.1. SUJETOS DE ESTUDIO.....	31
3.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
3.1.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	33
3.1.4. ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	31

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.2.1 POBLACIÓN	31
3.2.2 MUESTRA	31
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
3.4 PRUEBA PILOTO	33
3.5 MÉTODOS.....	33
3.6. VARIABLES	¡Error! Marcador no definido.
3.6.1 Operacionalización de Variables.....	¡Error! Marcador no definido.
3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
5. CONCLUSIÓN.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	55
Anexo 2. Encuesta.....	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la edad de las mujeres participantes	36
Tabla 2. Percepción de cambios.....	42
Tabla 3. Depresión.....	47
Tabla 4. Cambios evidenciados	49
Tabla 5. Efecto emocional	50

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Convivencia de pareja	38
Gráfica 2. Tipo de mastectomía	40
Gráfica 3. Extensión de la mastectomía	41
Gráfica 4. Afectación de la autoestima	45

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
ANEXO B ENCUESTA.....	59

RESUMEN

Es un estudio cuantitativo, el cual tiene como objetivo determinar la percepción de la sexualidad en el ámbito de la genitalidad de las mujeres mastectomizadas atendidas en la Liga Cordobesa Contra el Cáncer. La muestra estuvo constituida por 28 mujeres mastectomizadas quienes cumplieron con los criterios de inclusión, los datos se tomaron utilizando como principal fuente de información una entrevista, los resultados obtenidos mostraron que la muestra oscila entre 44 a 67 años de edad (39,2%); 96.4% tiene mastectomía lateral, 70% presentan una extensión radical, aunque el 100% de estas mujeres tienen parejas, solo el 67,9% tiene buena convivencia. Se observa que una de cada tres mujeres “nunca” han experimentado cambios en el interés o placer sexual después de la mastectomía y 8 de cada 10 mujeres “nunca” se han sentido rechazadas por la pareja; los principales cambios se encontraron en 30% de las mujeres quienes perciben que su pareja no la encuentra atractiva tras la mastectomía. El 58% presentaba algún grado de depresión debido a los cambios físicos que alteran la imagen corporal presentados tras el post quirúrgico; no obstante no se presentó inconformidad sexual en un 85% de estas mujeres, todos estos datos aportan lineamientos a las intervenciones de enfermería en salud pública y mental para mejorar las condiciones de autopercepción y propiciar el bienestar emocional y sexual de las mujeres mastectomizadas por cáncer.

Palabras claves: Cáncer de mama, sexualidad, mastectomía, percepción

ABSTRACT

It is a quantitative study, which aims to determine the perception of sexuality in the field of genitals of women it served in the Cordoba League Against Cancer. The sample consisted of 28 women with mastectomies who met the inclusion criteria, data were taken using as the main source of information an interview, the results showed that the sample is between 44-67 years of age (39.2%) ; 96.4% have lateral mastectomy, 70% have a radical extension, although 100% of these women have partners, only 67.9% have good relations. It shows that one in three women "never" have experienced changes in sexual interest or pleasure after mastectomy and 8 out of 10 women "never" have felt rejected by the partner; the main changes were found in 30% of women who feel that their partner does not find her attractive after mastectomy. 58% had some degree of depression because of the physical changes that alter the body image presented after surgical post; however no sexual dissatisfaction was presented by 85% of these women, these data provide guidelines for nursing interventions in public and mental health to improve the conditions of perception and foster emotional and sexual well-being of women with mastectomies for cancer.

Keywords: Breast cancer, sexuality, mastectomy, perception

INTRODUCCIÓN

En las pacientes con cáncer de mama se han observado los diferentes cambios que amerita el tratamiento de su situación de desviación del estado de salud “están asociados con la insatisfacción corporal y con el deterioro de la imagen corporal, además de ir acompañados de un impacto emocional. Los cambios debidos al cáncer y sus tratamientos influyen negativamente en la imagen que las pacientes tienen de su propio cuerpo, provocando desórdenes afectivos, así como cambios en la sexualidad y en la autoestima”¹.

Debido a lo anterior, es posible que las mujeres bajo estas condiciones manifiesten alteraciones en sus relaciones de pareja debido a factores directamente asociados a su sexualidad, lo cual puede conducir principalmente al deterioro de la calidad y/o frecuencia de sus relaciones íntimas, lo cual va en detrimento de su salud por ende de su calidad de vida, ocasionando consecuencias negativas familiares por disfunción armónica de la pareja que puede afectar incluso a los hijos y convivientes, así como también una serie de desordenen emocionales individuales como depresión, conflicto emocional, entre otras. Por lo que nos hacemos una pregunta ¿Qué cambios sobre su sexualidad en el ámbito de la genitalidad perciben las mujeres mastectomizadas que reciben atención en la Liga Cordobesa de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Montería?

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad, sus tratamientos y la amenaza que puede suponer para la vida, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en

¹ RINCÓN FERNÁNDEZ, Esther y BORDA MÁS, Mercedes. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. En: UNIV. PSYCHOL. Bogotá, Colombia. vol. 11, no. 1, p. 25-41

su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva.

La mastectomía es un proceso quirúrgico agresivo, acompañado de consecuencias traumáticas sobre la imagen corporal y el autoestima de las mujeres a quienes se les realiza, que requiere estrategias de afrontamiento adecuadas, como lo afirma Gallegos Alvarado et al².

Una de estas consecuencias es la alteración de la sexualidad de la mujer mastectomizadas, así mismo para Melet³ éste es uno de los aspectos de la calidad de vida que se ven afectados en este tipo de pacientes, de allí la importancia social de este proyecto de investigación el cual surge de la necesidad de encontrar soluciones reales a uno de los problemas que afectan directamente la calidad de vida de las mujeres que han sido sometidas a mastectomía.

El desarrollo del presente proyecto será de utilidad para ampliar el rango de actividad educativa en salud que se brinda a las mujeres mastectomizadas atendidas en la Liga Cordobesa Contra el Cáncer, analizando los resultados que arroje la investigación.

Para enfermería es de interés abordar el presente estudio con el propósito de identificar las percepciones que afectan la sexualidad, con el fin de plantear estrategias de apoyo educativo en el área funcional de oncología que permita a las mujeres mastectomizadas obtener soluciones reales a estos problemas.

² GALLEGOS ALVARADO, Monica, *et al.* Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario a personas mastectomizadas: adaptación – afrontamiento. En: Revista de investigación programa de Enfermería UDES. Disponible en la URL:

<http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/98/Original9%20Monica%20MEXICO.pdf>

³ MELET, Argelia. Después De La Mastectomía: La Calidad De Vida. Rev. venez. oncol., Caracas, v. 17, n. 2, jun. 2005.

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Determinar la percepción de la sexualidad en el ámbito de la genitalidad de las mujeres mastectomizadas atendidas en la Liga Cordobesa Contra El Cáncer

1.2 ESPECÍFICOS

- Clasificar las formas en que se afecta la relación de pareja debido a su imagen corporal.
- Describir la percepción que las mujeres mastectomizadas atendidas en la liga cordobesa contra el cáncer tienen de su imagen corporal.
- Identificar los cambios percibidos en la respuesta o actividad sexual de las mujeres mastectomizadas
- Proponer estrategias para la adaptación psicosexual de las mujeres mastectomizadas y sus parejas atendidas en la liga cordobesa contra el cáncer.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 ANTECEDENTES

Existe gran variedad de estudios investigativos que ahondan el tema de las mujeres mastectomizadas en diferentes aspectos, y para lo que se requiere en esta investigación se tomaran algunos como referentes que graviten en torno a la percepción sexual de las mujeres con este tipo de intervenciones quirúrgicas.

Es necesario tomar como referentes estudios que guarden relación íntima con esta investigación, para lo cual tenemos a Blanco⁴ en su estudio titulado Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama.

Este estudio tiene como objetivo analizar las vivencias de las mujeres mastectomizadas relacionadas con su sexualidad, los factores que influyen en que abandonen total o parcialmente sus pautas sexuales anteriores y la repercusión que esto puede tener en la desestructuración familiar. Utilizo una Metodología Cualitativa Fenomenológica. El principal instrumento de recolección de información fue la entrevista, llevaron a cabo 30 entrevistas en profundidad a pacientes en los servicios de rehabilitación, oncología y radioterapia del Hospital Vall d'Hebron; y ginecología del Centro de Atención Primaria de Salud La Mina de Barcelona. El rango de edad era entre 20 y 69 años⁵.

En el estudio citado por Blanco se obtuvieron los siguientes resultados:

Fue posible develar el fenómeno de estudio a través del análisis de los discursos recolectados, los temas de mayor relevancia fueron: mujeres con problemas de

⁴ BLANCO, R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Índex de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, ISSN 1132-1296, Vol. 19, Nº. 1, 2010 , págs.24-28

⁵ *Ibíd*

pareja. Las vivencias de la imagen corporal mutilada. Renuncia o disminución de relaciones sexuales. Pérdida de la pareja. Rechazo de algunos hombres a tocar la cicatriz de la mastectomía. Evitar el desnudo integral. Mujeres para las cuáles el marido o pareja se convierte en lo fundamental. Recuperación de la sexualidad. Preocupación por preservar la vida. Mujeres que no se han reconstruido la mama y no desean hacerlo⁶.

Este autor termina concluyendo lo siguiente: “Padecer un cáncer de mama puede llevar al rompimiento de algunas mujeres con sus parejas y ser vivido por ellas como un problema, por otra parte esto no afectará a la mayoría de mujeres que se verán acompañadas en todo momento por sus parejas; aunque no todas las mujeres afirman tener pareja, ni desear tener relaciones”⁷.

En similar sentido un estudio realizado en conjunto por López *et al*⁸. Que se titula La sexualidad en enfermas mastectomizadas; tiene como principal objetivo el estudio sobre cambios en las relaciones sexuales en 58 pacientes de cáncer de mama con objeto de evaluar. El impacto de la mastectomía sobre sus comportamientos sexuales; y la posible relación de ciertas variables psicológicas (ansiedad, depresión, auto concepto y lugar de control) con dichos cambios. Este estudio tomo como muestra 58 mujeres con cáncer de mama que acuden a consulta para revisión médica, con edades comprendidas entre 28 y 59 años.

Este estudio realizado en España obtuvo las siguientes conclusiones:

Un 74% de las pacientes mastectomizadas aquí estudiadas presentan en sus actitudes y comportamientos sexuales, cambios negativos importantes convirtiéndose el 32% de ellas en una disfunción sexual.

⁶ Ibíd

⁷ Ibíd

⁸ LOPEZ, María, *et al*. La sexualidad en enfermas mastectomizadas. Artículo en línea disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1991/vol3/arti4.htm>

Estos cambios se mantienen a lo largo del tiempo, a no ser que se realice una intervención específica. Existe una estrecha relación entre los cambios en la sexualidad y la no aceptación de la nueva imagen corporal pos mastectomía ($r=0,46$). Se observa una débil relación entre depresión, ansiedad y deterioro de la sexualidad. El principal cambio sexual que se produce en los resultados obtenidos en nuestra muestra es la disminución de la frecuencia del número de coitos, seguido del descenso del deseo sexual. La mujer con dificultades sexuales y rechazo de su imagen corporal pos mastectomía suele referir, en la mayoría de los casos, una mejor aceptación de la realidad, por parte de sus parejas. Se insiste y pone de manifiesto, lo importante que es el “intento de orientar a la paciente y su cónyuge para tratar de solucionar estos problemas y trastornos de su conducta sexual”.⁹

Sobre la misma temática, también en España, Blanco et al¹⁰ realizaron un estudio de investigación sobre el Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama con el objetivo de analizar las repercusiones que tiene la mastectomía por cáncer de mama sobre la adaptación psicosexual y la imagen corporal de las mujeres. Se evaluaron a 60 mujeres mastectomizadas (30 llevaban operadas menos de un año y otras 30 más de un año); de otro lado, se evaluaron 30 mujeres sanas como grupo control. Se utilizaron como instrumentos de medida: las Escalas de Excitación y Satisfacción del S.A.I.-Expanded, la Subescala de Autoconcepto Físico de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y una entrevista estructurada creada para esta investigación.

Blanco et al¹¹ obtuvo como resultado la inexistencia de diferencias entre los tres grupos en cuanto a excitación y satisfacción sexuales, ni en frecuencia de

⁹ *Ibíd.*

¹⁰ BLANCO, Alfonso., VÁZQUEZ, Jeronima y ANTEQUERA, Rosario. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 433-451.

¹¹ *Ibíd.*

relaciones sexuales o de orgasmos, ni en autoconcepto físico. No obstante, porcentajes cercanos al 50% de mujeres expresaron que tras la mastectomía estuvieron preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales, que tuvieron miedo al rechazo de la pareja y que habían notado una disminución de su interés sexual. Asimismo, hay un número significativamente mayor en ambos grupos de mujeres mastectomizadas que no reciben caricias en la zona del pecho por parte de sus parejas, manifiestan más problemas relacionados con la propia desnudez y tienen una valoración más negativa de su atractivo físico.

Las conclusiones del estudio enuncian “que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal que perduran transcurrido el primer año desde la mastectomía cuando no hay intervención psicológica”¹².

2.2 MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama es una enfermedad que se origina como consecuencia de la acumulación de alteraciones en el genoma de las células que componen la glándula mamaria. A pesar del gran esfuerzo realizado en las últimas décadas para mejorar los métodos de detección y tratamiento, hoy en día “el cáncer de mama sigue siendo un grave problema de salud mundial, con más de un millón de nuevos casos diagnosticados y más de 521,000 muertes anuales vinculadas con la enfermedad”¹³. “El tratamiento de las pacientes con cáncer de mama implica muchos efectos destructivos y mutilantes del contorno mamario y serias afectaciones a la imagen corporal y la autoestima. Esto, a su vez, favorece conductas de retraimiento social, dificultad en las expresiones de la sexualidad e

¹² *Ibíd*

¹³ WHO. World Health Organization. Fact Sheet. *Cancer*, 2008. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

impone limitaciones a las actividades de la vida cotidiana, como el uso de algún tipo específico de ropa”¹⁴.

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción se reconocen como componentes del concepto de calidad de vida. La incapacidad se mide por la falta de habilidad para realizar algunas actividades físicas y ocupacionales cotidianas. La incomodidad se caracteriza por la existencia o no de dolor físico y fatiga. “La insatisfacción se mide con base en el funcionamiento social, bienestar general y satisfacción con la atención que ofrecen los prestadores de servicios de salud”¹⁵.

Según Alderman la repercusión en la calidad de vida es una medida estándar para evaluar la efectividad de las intervenciones médicas¹⁶. Como parte del tratamiento integral se ofrece la reconstrucción de la mama posterior a la mastectomía, pero se desconoce el efecto en la calidad de vida de las pacientes que aceptan, y las que no, la reconstrucción de la mama. La reconstrucción de la mama puede ser inmediata y tardía; la primera se realiza simultánea con la mastectomía, con lo que disminuye el efecto de proyección corporal pos mastectomía.

Este procedimiento está indicado en pacientes de bajo riesgo para radioterapia posoperatoria porque les puede afectar el resultado estético si se usan materiales aloplásticos, lo que corresponde a 50% de los casos. La reconstrucción tardía es la que se realiza después del tratamiento oncológico, preferentemente seis meses después de la administración de radioterapia, momento en que los tejidos tienen la suficiente cicatrización para soportar su expansión. “La reconstrucción debe

¹⁴ GANZ, P. Breast Cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast cancer Res Treat* 1996;38:183-199.

¹⁵ ALDERMAN, A, *et al.* Financial impact of breast reconstruction on an academic surgical practice. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:1408-1413.

¹⁶ ALDERMAN, AK, *et al.* Correlates of referral practices of general surgeons to plastic surgeons for mastectomy reconstruction. *Cancer* 2007;109:1715-1720.

considerar cinco puntos básicos: reposición de la piel perdida y del volumen mamario, restauración de la forma, proyección y contorno mamario normal del complejo areola-pezón, y simetría de la mama contralateral”¹⁷. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida posterior a la reconstrucción mamaria en pacientes a quienes se hizo mastectomía por cáncer de mama, el resultado estético percibido por la paciente, su repercusión en la vida sexual y comparar los resultados en pacientes que no aceptaron se les reconstruyera la mama.

2.2.1 Influencia en la sexualidad femenina

Antes de ahondar en el tema, es necesario definir el concepto de imagen, Casares, la define como figura, representación de una cosa percibida por los sentidos. La Real Academia Española la amplía, como el conjunto de rasgos que caracterizan ante la sociedad a una persona o entidad. Según Pericot una de las dificultades que se presentan a la hora de analizar la imagen y sus funciones comunicativas es, sin duda, la inexistencia de unas reglas que garanticen una interpretación adecuada de sus contenidos. Las imágenes, al igual que las palabras no obedecen a un ideal de exactitud ni están sujetas a unas reglas precisas y previsibles, por el hecho de utilizarse en un determinado contexto social. Imagen corporal es la representación mental que tenemos del cuerpo. Esta podemos dividirla en varios componentes: nivel perceptivo, cognitivo/afectivo, y conductual. En este último la persona actúa o se comporta de muy diversas formas: puede desarrollar hábitos adecuados o inadecuados, afrontar o evitar determinadas situaciones sociales, rechazar mirarse al espejo, etc. Todas las caracterizaciones del cáncer lo describen como lento, que estropea la vitalidad, apaga el deseo y desexualiza, así fue usado por primera vez como metáfora.

¹⁷ BERRINO, P y SANTI, P. Preoperative TRAM flap planning for post mastectomy breast reconstruction. Ann Plast Sur1998;21:264-269.

Sin embargo el concepto de imagen corporal tiene carácter subjetivo, puesto que corresponde a la “opinión que la persona tiene de su propio cuerpo, como totalidad o en relación con las partes individualizadas; además, engloba ideas y actitudes respecto al mismo”¹⁸.

Se ha encontrado que variables sociodemográficas, como la edad, el estado civil, el nivel educativo y la ocupación tienen efectos sobre la autoestima y la imagen corporal. Esta última es la que más se ve afectada, incluso cuando hay una “participación activa en la toma de decisiones respecto al tratamiento”¹⁹. Un factor a considerar es el contexto sociocultural que constituye un elemento clave en la percepción que las personas tienen de sí mismas. Es bien sabido que las preferencias estéticas corporales están muy determinadas por la cultura y tienen la capacidad de suscitar diferentes percepciones y opiniones de las personas sobre la base de sus características físicas.

En un acercamiento a las diferencias transculturales que pueden darse en la percepción de las personas en su imagen corporal es interesante el ámbito en el que se desarrollan. Así, en un estudio realizado entre mujeres obesas de Cuba y España (en contextos sociales claramente diferentes) se observó que “las mujeres españolas tenían una imagen propia más negativa que las mujeres cubanas”²⁰. Otro estudio realizado entre mujeres hispanoamericanas y españolas encontró que en “todos los aspectos evaluados de la percepción corporal, las primeras obtuvieron puntuaciones medias superiores a las españolas, es decir, tenían una mayor satisfacción con su cuerpo (altura, piel, cintura, pelo, cadera, etc.)”²¹.

¹⁸ LÓPEZ, M, *et al.* Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis* 1992; 13 (10): 423-8.

¹⁹ SEBASTIÁN, J, *et al.* Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* 2007; 18 (2): 137-61.

²⁰ JÁUREGUI, L, *et al.* Percepción de la obesidad y cultura. *Nutr Hosp* 2008; 23 (6):619-29.

²¹ RODRÍGUEZ, S y CRUZ, S. Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología* 2006; 22 (2): 186-99.

El pecho de la mujer tiene una gran importancia en la cultura occidental dentro del ámbito de la sexualidad y del atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; por último, el pecho también está muy relacionado con la maternidad y la lactancia. En la sociedad occidental, por otra parte, “la imagen física de la mujer constituye una parte importante de su valoración social, por lo que acaba siendo un componente importante de su identidad personal”²².

Según Cobo²³, las mamas cumplen un papel fisiológico y cultural en la función sexual, femenina y masculina humana. Como zona erógena, es importante su participación en las relaciones sexuales ya que interviene directamente en el carácter sexual femenino, debido a la rica inervación sensitiva de la areola y pezón; además de lo anterior existen numerosas prácticas sexuales centradas en las mamas. En cuanto a la percepción mental, en las sociedades occidentales tecnológicamente desarrolladas muchos varones se sienten atraídos, sobre todo, por los senos de gran tamaño. Otros, sin embargo, los prefieren de un tamaño menor aunque turgentes y firmes.

La mujer quien se le diagnostica un cáncer de mama se encuentra, de repente, ante una situación nueva e inesperada. Le preocupa la enfermedad, siente miedo a una muerte prematura, le teme a la intervención quirúrgica para, finalmente, tener que enfrentarse a una vida que será distinta para ella al perder una de sus mamas. En ese momento, una adecuada información del personal sanitario a la paciente y a su familia es fundamental. Esa información debe ser clara y verdadera, dejándole espacio y tiempo para que se aclaren las dudas sobre el tratamiento a seguir. Para

²² SEBASTIÁN, J, *et al.* Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* 2007; 18 (Suppl. 2): 137-61.

²³ COBO, B. Anatomía y fisiología de los órganos genitales femeninos. Disponible en la URL: <http://www.psicologiaysexologia.org/wp-content/uploads/2013/11/ANATOMIA-Y-FISIOLOGIA-DEL-AP.-GENITAL-FEM.pdf>

ello se deben dejar unos días de reflexión para que la paciente y su familia tengan la oportunidad de consultar absolutamente todas las dudas que puedan tener²⁴.

Se puede decir según Alonso que “la alteración en la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama está relacionada con la mastectomía y se refiere a la modificación de la totalidad, a la sensación de asimetría e, incluso, a la impresión de tener el cuerpo deformado”²⁵.

Además de la cicatriz que queda después de la mastectomía, los efectos físicos visibles son la asimetría de los senos, y el hueco o deformidad que puede quedar en el tórax. Aunque casi todas las mujeres mastectomizadas pueden, desde el punto de vista médico, considerarse candidatas para una *reconstrucción inmediata de seno*, en algunos casos, sin embargo, la reconstrucción debe posponerse cierto tiempo debido a factores como: el estado de salud general, la etapa del cáncer de seno, tipo de procedimiento que se está considerando, la cobertura del seguro médico y los costos relacionados para el seno no afectado, entre otros; en estos casos se estaría hablando de una *reconstrucción tardía del seno*, significa que se comienza la restauración en una fecha posterior²⁶. En estos caso de implementan medidas visuales para control social de la imagen corporal, tales como usar una forma postiza dentro del sostén (prótesis externa), las cuales no son funcionales en el contacto íntimo debido a la desnudez que implica la genitalidad.

Por lo dicho anteriormente la “integridad corporal se verá amenazada tras el diagnóstico de cáncer, por lo que mantener un siempre frágil equilibrio, será muy

²⁴ BLANCO, Alfonso., VÁZQUEZ, Jeronima y ANTEQUERA, Rosario. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 433-451

²⁵ ALONSO, C. Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama. II Jornadas de Salud Mental y Género. 2001;Madrid: Instituto de la mujer, Ministerio de Igualdad.

²⁶ American Cancer Society. Reconstrucción de senos después de la mastectomía. Artículo disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003040-pdf.pdf>

importante”²⁷. De igual forma, los efectos que trae consigo el tratamiento repercuten a nivel psicosocial, ya que se producen estados de ansiedad, depresión y baja autoestima. Las alteraciones en la imagen corporal de estas pacientes se han estudiado, desde el punto de vista cualitativo, concluyendo que “los cambios que las acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas sobre su persona; también se ven afectan las actividades cotidianas de la mujer”²⁸.

Son limitados los estudios que comparan la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama de diferentes países. Sin embargo, es evidente que existen diferencias sociales, culturales, económicas, de educación y de salud entre los países en vías de desarrollo (Latinoamérica) y los países desarrollados (Europa y Estados Unidos). De ahí el interés por determinar la influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama en los diferentes ámbitos.

2.2.2 Sexualidad y salud

La salud es un estado de bienestar físico, mental, social y sexual. Por tanto, salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de equilibrio del ser humano. El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Debido a que la actividad sexual es parte importante en la vida de todo ser humano, si ésta es satisfactoria puede aumentar la autoestima, proporciona estabilidad emocional, mejora las relaciones interpersonales, la persona se siente más querida y atractiva. Además, el estado de relajación que se experimenta después de la actividad sexual produce una agradable sensación de bienestar que permite afrontar los problemas y

²⁷ HELMS, RL, *et al.* Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med* 2008; 13 (3): 313-25. Review.

²⁸ Bañuelos, P, *et al.* Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (3): 129-34.

preocupaciones de una manera más optimista, reduciendo considerablemente la ansiedad, el estrés y la tensión acumulada. Aparentemente los casados o con pareja estable viven proporcionalmente más años y tienen menor riesgo de depresión que los que lo hacen solos. Los expertos atribuyen parte de estos beneficios a que los primeros mantienen relaciones sexuales más frecuentemente²⁹.

2.3 MARCO LEGAL

Las siguientes leyes sustentan legalmente la investigación y apoyan la búsqueda de soluciones a los problemas establecidos en el planteamiento de los mismos; Primeramente el texto del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, enuncia entre otras disposiciones, que: “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad³⁰”. Este artículo también manifiesta que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

²⁹ VALDÉS, Emmy. Vida sexual y salud mental. revista e-MuniSalud, Dirección de Salud y Bienestar Municipal, 2015. Disponible <http://munisalud.muniguate.com/2011/07ago/capsula1.php>

³⁰ COLOMBIA, ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Artículo 49. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>

El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia está reglamentado por la Ley 100 de 1993. “Tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”³¹; acorde a lo anterior está la Ley modificatoria de Ley 100 y su normativa sobre el autocuidado de la salud.

El 16 de febrero se expidió la Ley estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental y se dictan otras disposiciones.

La mastectomía usualmente se realiza para luchar contra el cáncer de mama, perfilándose esta enfermedad como un problema de salud pública que va en crecimiento en Colombia, contra el cáncer se expidió la Ley 1384 de 2010, “por medio de la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”³².

Según el artículo 1º el objeto de la ley es establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

Entre las acciones que aplican a este proyecto de investigación y se manifiestan en la Ley 1384 de 2010, se destaca el Artículo 11; referente a la rehabilitación

³¹ Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148 del 23 de Diciembre de 1993.

³² Colombia. Congreso de la República de Colombia. LEY 1384 DE 2010. Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Diario Oficial 47.685 de abril 19 de 2010.

integral, el cual profesa que las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social.

Las alteraciones en el bienestar personal y psicológico de las pacientes de la liga cordobesa contra el cáncer que han sido sometidas a mastectomía son elementos principalmente de salud mental, sobre este tema se expide en Colombia la ley 1616 de 2013, en cuyo artículo 1° decreta que su objeto es “garantizar el ejercicio pleno del derecho a la Salud Mental a la población colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud”³³.

En el artículo 2° de la misma ley se profesa que: la Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

En artículo 5° de la ley de salud mental, se define problema psicosocial, como un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

³³ Colombia. Congreso de la República de Colombia. LEY 1616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 48680 de enero 21 de 2013.

Finalmente La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva emitida por el Ministerio de la Protección Social en el año 2003, se refiere a la salud sexual y reproductiva (SSR) como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

2.4 MARCO CONCEPTUAL

Salud sexual: la salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"³⁴. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad"³⁵.

Salud Mental: es la manera como se reconoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

Sexualidad: de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se define como: Un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las

³⁴ Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva

³⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción, 2000.

identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales³⁶.

Percepción: proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.

Autopercepción corporal: se refiere a la percepción de sí mismo en tanto sujeto físicamente existente, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable e incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona.

³⁶ Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación cuantitativa donde se pretende comprender aspectos de la realidad percibida por las usuarias mastectomizadas a cerca de su sexualidad y su grado afectación.

3.1.1. Unidad de análisis

Usuarias mastectomizadas que fueron atendidas en la Liga Cordobesa Contra el Cáncer.

3.1.4. Escenario del estudio

El estudio se desarrolló en la Liga Cordobesa Contra el Cáncer ubicada en la ciudad de Montería, en la cual se brindan principalmente servicios de consulta externa, asesoría psicológica y apoyo al enfermo y a su familia, aplicación de medicamentos oncológicos y no oncológicos para patologías crónicas de alto costo, servicios farmacéutico especializado.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

La población correspondió a 60 mujeres mastectomizadas en uno o ambos senos, que reciben asistencia integral mensual en la Liga Cordobesa Contra el Cáncer de la ciudad de Montería, con edades comprendidas entre los 35 y 70 años, residentes en el área urbana y rural de la capital Cordobesa, quienes pertenecen a los estratos 1, 2 y 3.

3.2.2 Muestra y muestreo

Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{\epsilon^2 * (N - 1) + Z^2 * P * Q}$$

Dónde:

N = Población	60
P = Probabilidad de éxito	0,9
Q = Probabilidad de fracaso	0,1
ϵ = Error	0,08
Z = Grado de confianza	1,96

El tamaño de la muestra calculado fue de 28 mujeres.

El muestreo fue no probabilístico o intencional debido a que se requería el cumplimiento de ciertos criterios de inclusión para participar.

3.2.3 Criterios de inclusión

Mayores de 18 años con mastectomía en cualquiera de sus niveles.

Que dispongan de pareja sexual en la actualidad.

Al menos tres meses del post quirúrgico.

Que hagan parte de la Liga Cordobesa Contra el Cáncer.

Disposición voluntaria a la realización de la entrevista.

3.2.4 Criterios de exclusión

Usuaris mastectomizadas:

Que no tienen pareja sexual

Menores de edad

Periodo post quirúrgico inferior a 3 meses

Incapacidad cognitiva para comprender la entrevista

Usuaris sometidas a cirugía reconstructiva

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario de recolección de información con distintas escalas de valoración según la complejidad del cada ítems. Con un total de 12 ítems, este cuestionario está dividido en 3 secciones de 4 preguntas, con un objetivo definido para cada sección. El instrumento será aplicado a una muestra de 29 mujeres, mastectomizadas atendidas en La Liga Cordobesa Contra el Cáncer de la ciudad de Montería. Ver anexo A

3.4 PRUEBA PILOTO

Se realizó prueba piloto para determinar posibles ajustes.

3.5 MÉTODOS

La información fue dada directamente por los sujetos de estudio, es decir, el instrumento se aplicó a una muestra de 28 mujeres mastectomizadas atendidas en

La Liga Cordobesa Contra el Cáncer de la ciudad de Montería, en el transcurso de una semana durante la cual estas eran atendidas por los diferentes servicios que brinda la entidad.

La encuesta fue aplicada por las investigadoras con apoyo del personal de la entidad y la información fue digitalizada en una base de datos de Microsoft Access® para el respectivo análisis de los datos.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se acogen a las normas existentes en la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia del 1993³⁷, relacionadas con Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud. Este proyecto se califica como de riesgo ético mínimo pues tiene la particularidad de movilizar emociones negativas en las usuarias entrevistadas, así como por la temática del abordaje de la sexualidad que corresponde con el terreno de lo privado.

Para controlar el riesgo, el equipo de investigación utilizó técnicas de abordaje que permitieron una consejería previa, ubicando a la mujer sobre la confidencialidad de la información, sobre el uso de los datos de forma anónima, el alcance y beneficios esperados de los resultados. Cada usuaria que cumpla con los criterios de inclusión tuvo la posibilidad de aceptar o negarse a participar como informante clave de este estudio en cumplimiento del principio de participación voluntaria e informada que rige la ética de la investigación con seres humanos.

³⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 008430 (4, Octubre, 1993). Por la cual se establecen Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C., 1993. Disponible en:
http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf

Para lograr y mantener el clima de confianza durante la entrevista; los nombres de las entrevistadas serán cambiados por nombres de flores elegidas de una lista por las potenciales informantes del estudio.

La IPS también fue informada sobre el proyecto con el fin de acceder a las usuarias en los espacios de la Liga Cordobesa Contra el Cáncer de la ciudad de Montería. Para ello se entregó copia del resumen ejecutivo a la alta dirección y al personal relacionado con las usuarias sujeto de estudio. Anexo C

También se contó con la aprobación ética por parte del Comité de investigación de la Facultad; organismo que verificará el protocolo de control del riesgo ético identificado para este estudio. Anexo D

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS

4.1.1 Información de las usuarias

La edad de las mujeres participantes se ubica en el rango de 32 a 70 años, con una media de 53,5 años y promedio de 52,5 años

Tabla 1. Distribución de la edad de las mujeres participantes

Edad (años cumplidos)	Nº	%
32 a 43	5	18%
44 a 55	11	39,2%
56 a 67	11	39,2%
68 y más	1	3,6%
Total	28	100

Fuente: Información de la entrevista

La distribución de la edad de las mujeres mastectomizadas atendidas en la Liga Cordobesa Contra el Cáncer corresponde a 39,3% ubicadas en el grupo de edad de 44 a 55 años igual porcentaje está en el grupo de 56 a 67 años. En orden de frecuencia 17,9% corresponde al grupo de 32 a 43 años. Según lo evidencia la tabla.

Al interpretar los resultados se observa que 78% de las mujeres participantes se encuentran en el rango de edad de 44 a 67 años, es decir se encuentran en los grupos de edades de adulto medio y adulto maduro, los adultos jóvenes tuvieron una representatividad de menor frecuencia.

Esta distribución puede deberse a las propias características del cáncer de mama que por lo general tiene un crecimiento medio o intermedio, lo cual se identifica en edades más avanzadas. Generalmente después del inicio del periodo reproductivo o fértil de la mujer.

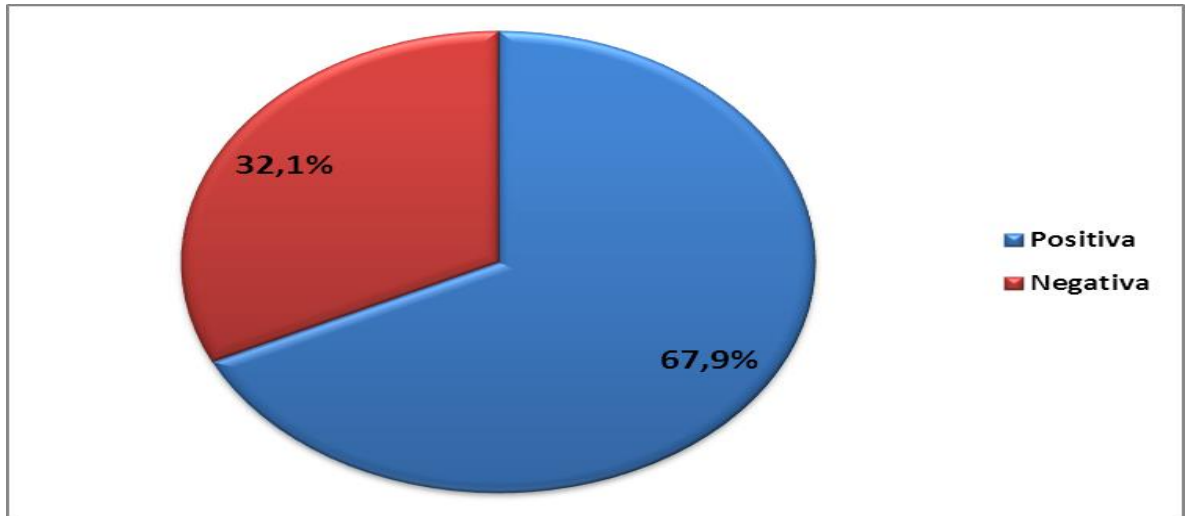
La información utilizada en la profesión de enfermería es de importancia en el área de salud familiar, promoción y prevención, lo cual permite focalizar la población de riesgos para Cáncer de Mama; en este sentido debe insistirse mucho más a las mujeres a partir de los 30 años para que identifiquen precozmente alguna alteración y acudir a la consulta antes de que ameriten una intervención radical como lo es la mastectomía.

Los datos para obtención de resultados de las mujeres mastectomizadas en Montería Colombia se asemejan a los de Blanco³⁸ en Barcelona, donde el rango de edad era entre 20 y 69 años³⁹ siendo significativo, en Montería coinciden con los datos de grupos de edades entre 32 a 70 años, con una media de 53,5 años es el hecho que la mayor parte de las mujeres indagadas y mastectomizadas no corresponden a la población juvenil, lo cual implica que este renglón de edades tienen pocas manifestaciones de malignidades, ya que estas se presentan solo en edades adultas maduras como mayor prevalencia, debido a los largos periodos de latencia en el desarrollo del cáncer mamario.

³⁸ BLANCO, R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Índex de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, ISSN 1132-1296, Vol. 19, Nº. 1, 2010 , págs.24-28

³⁹ *Ibíd*

Gráfica 1. Convivencia de pareja



Fuente: Información de la entrevista

Debido a los criterios de inclusión el 100% de las mujeres atendidas en la Liga, tenían pareja antes de la mastectomía; en la actualidad 67,9% mantienen convivencia de pareja, mientras que 32,1% no tienen convivencia como pareja. Según lo evidencia la tabla.

Al analizar los resultados se puede decir que 3 de cada 10 mujeres mastectomizadas han perdido la convivencia de pareja después de la mastectomía a diferencia de 7 de cada 10 mujeres siguen manteniendo una relación de pareja.

Lo cual significa que una de cada tres de las mujeres encuestadas, fueron abandonadas por su pareja después de haberse realizado la mastectomía.

Por lo anterior se podría decir que esta situación se ve reflejada en el contexto cultural del hombre de la región caribe, que se caracteriza por ser machista, poca tolerancia y tal vez por no sentirse atraído por una mujer incompleta.

La enfermería puede utilizar esta información para la prevención e intervención, aptitudes depresivas en el seguimiento emocional de mujeres mastectomizadas en

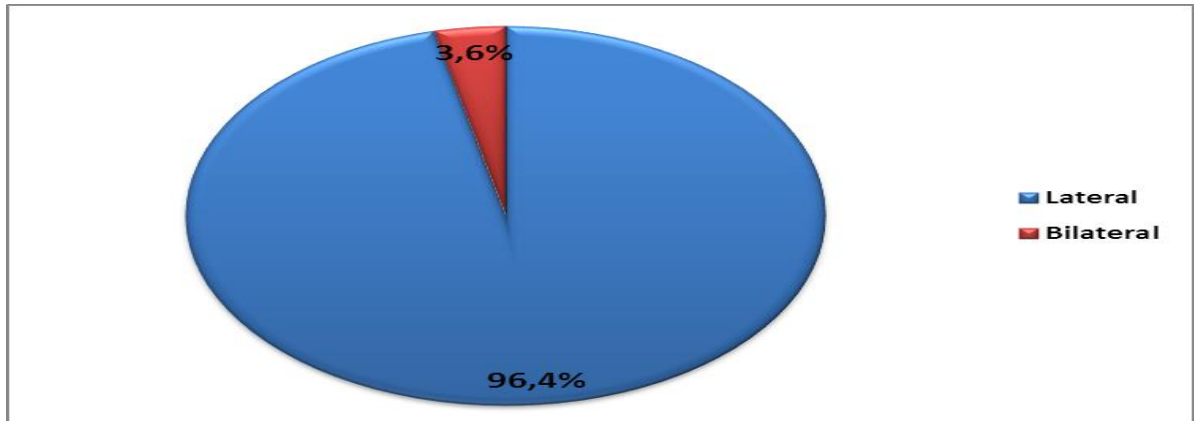
los ámbitos comunitarios y familiares, con especial énfasis en la salud de las parejas, a quienes deberá fortalecer lo pertinente a los grupos de apoyo social.

Los resultados de las mujeres mastectomizadas en Montería (Córdoba, Colombia) contrastan con los obtenidos por Blanco⁴⁰ en Barcelona pues mientras que fue posible develar el fenómeno de estudio a través del análisis de los discursos recolectados, los temas de mayor relevancia fueron: mujeres con problemas de pareja, en Montería los resultados provenientes de la convivencia de parejas en las encuestadas arrojó un 68% donde este porcentaje hace referencia a que mantienen convivencia de pareja por lo tanto, los hallazgos de Montería difieren en este aspecto con los obtenidos por Blanco, en cuanto 32,% de mujeres recientemente mastectomizadas no tienen buena relación de pareja. Al parecer las encuestadas no se han visto afectadas en su relación de parejas por los cambios evidenciados en su aspecto físico y de manera mayoritaria manifiestan sentir apoyo y aceptación por parte de su pareja contribuyendo a una buena relación.

⁴⁰ BLANCO, R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Índex de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, ISSN 1132-1296, Vol. 19, Nº. 1, 2010 , págs.24-28

4.1.2 Información de las mastectomías

Gráfica 2. Tipo de mastectomía



Fuente: Información de la entrevista

El tipo de mastectomía de las mujeres encuestadas en la Institución, muestra que a 96,4% se les realizó mastectomía lateral y 3,6% bilateral, según lo evidencia la tabla.

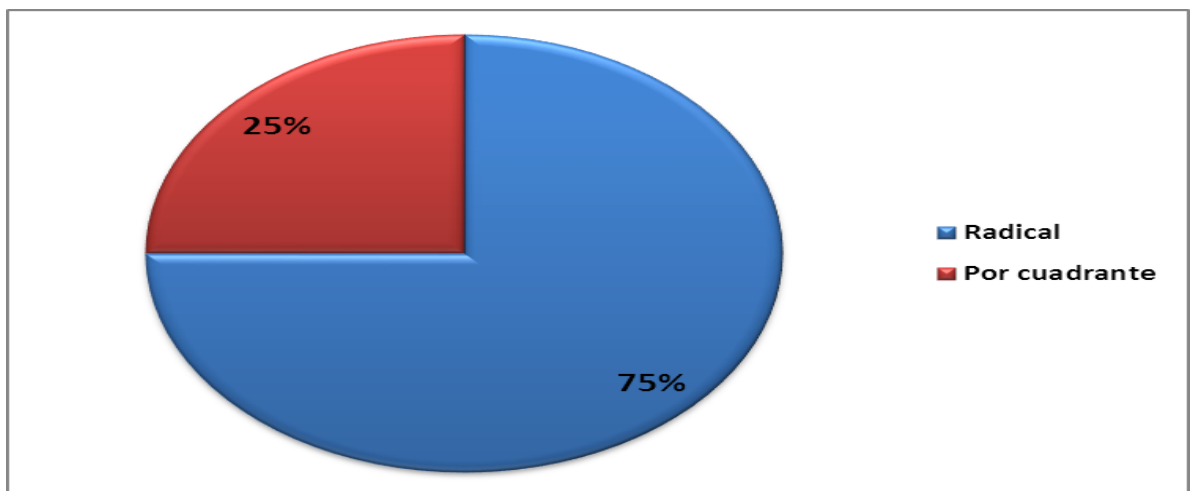
En los resultados obtenidos se puede evidenciar que la mayor parte de las mujeres encuestadas tiene mastectomía lateral, condición de especial vulnerabilidad emocional y de imagen corporal por la asimetría que puede ser visualizada a simple vista; más aún en los contactos íntimos con la pareja. Esta situación puede dar lugar a alejamientos de la mujer por “vergüenza” o por sentirse “extraña”.

Esta distribución puede deberse al estadio en el cual se encontraba el cáncer en las mujeres mastectomizadas; con lo cual se podría ver afectado la imagen corporal debido a la alteración de la simetría de los senos en el posquirúrgico. Aunque la Liga Contra el Cáncer les brinda la oportunidad de utilizar prótesis

apropiadas a su contextura, esto no es suficiente puesto que ellas solo podrían sentirse cómodas socialmente y la relación de pareja se afectaría ya que el acto sexualmente se realiza de manera habitual en desnudez.

Para la enfermería oncológica y clínica esta información es de gran utilidad ya que puede ser utilizada al brindarle una mayor educación y apoyo a estas mujeres mastectomizadas y a sus parejas indicándoles que podría tener una vida sexual activa y sensitiva a plenitud, con el fin de prevenir problemas de relación de pareja. Según lo evidencia la gráfica.

Gráfica 3. Extensión de la mastectomía



Fuente: Información de la entrevista

La extensión de la mastectomía de la mujeres atendidas en el escenario de estudio, indica 75 % se realizaron mastectomía radical, 25% mastectomía por cuadrante. Según lo evidencia la gráfica acuerdo a los resultados reflejados se puede decir que la mayor parte de las mujeres encuestadas se les han realizado mastectomía radical y en una proporción baja mastectomía por cuadrante.

Esto hace referencia al estadio y a la extensión en las que se encuentre el Cáncer en estas mujeres; lo cual al igual que en el tipo de mastectomía se podría ver afectado la imagen corporal debido a la falta de un miembro (seno); además de las implicaciones emocionales que van tras la certeza de tener una enfermedad como el cáncer, que tiene una mortalidad asociada del 25%; estos dos criterios unidos tienen potencial para afectar la sexualidad de dos maneras diferentes, la primera por baja del deseo sexual debido a la depresión que se esperaría en la etapa de aflicción del proceso de aceptación de las enfermedades y la segunda por la alteración de la imagen corporal ya analizada..

Esta información es de gran importancia en la enfermería de promoción y prevención y oncológica debido a que es una situación alarmante para la salud pública ya que no se está detectando a tiempo a esta población vulnerable y por ende la enfermedad se encuentra en un estadio mucho más avanzado y he ahí el procedimiento de una mastectomía radical, según lo evidencia la gráfica

4.2 FORMAS EN QUE SE AFECTA LA RELACIÓN DE PAREJA DEBIDO A SU IMAGEN CORPORAL.

Tabla 2. Percepción de cambios

Percepción de cambios (n=28)	Siempre		Frecuente		Pocas veces		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Falta de interés sexual en sí misma	2	7,1	3	10,7	14	50,0	9	32,1
Pérdida del deseo sexual	1	3,6	4	14,3	13	46,4	10	35,7
Falta de placer por perdida de	5	17,	6	21,4	10	35,7	7	25,0

sensibilidad		9						
Falta de interés por parte de la pareja	1	3,6	3	10,7	15	53,6	9	32,1
Sentirse rechazada	0	0,0	2	7,1	5	17,9	21	75,0

Fuente: Información de la entrevista

Las informantes relataron diferentes percepciones de cambios en su sexualidad, demostrando que el 75% “nunca” se ha sentido rechazada por la pareja, 17,9% manifiestan sentirse rechazadas “pocas veces”; en lo que se refiere a falta de interés sexual por la pareja 53,6% informa que “pocas veces” tienen esta falta de interés, 32,1% “nunca” han tenido este tipo de situaciones.

Con relación a la falta de interés sexual en sí mismas, el 50% de las entrevistadas manifestó que “pocas veces” lo han sentido mientras que en el 32,1% “nunca” ha cambiado este interés; en cuanto a la pérdida del deseo sexual en el 46% se da “pocas veces” y el 35,7% nunca lo ha perdido.

En lo referente a la falta de placer por pérdida de la sensibilidad el 35,7% informó que le ha sucedido “pocas veces” y en el 25% nunca se ha presentado.

Se observa en los resultados que hasta 1/3 de las mujeres nunca han experimentado cambios en el interés o placer sexual después de la mastectomía y 8 de cada 10 mujeres “nunca” se han sentido rechazadas por la pareja. La mayoría de mujeres respondieron a la categoría de “pocas veces” en cuanto a la falta y pérdida de interés sexual como cambios por la mastectomía, evidenciando que el proceso quirúrgico en sí al parecer no afecta la sexualidad de estas mujeres; en menor frecuencia se presentaron los cambios entre “frecuente” y “siempre” en porcentajes que van en el rango de 3,6% a 21,4%. Este último en relación con la falta de placer por pérdida de la sensibilidad.

Esta distribución puede deberse al apoyo emocional recibido por parte de la institución prestadora de servicios de rehabilitación, las cuales han intervenido de manera oportuna en los aspectos sexuales de la pareja, brindado educación continua y apoyo veraz.

Para la profesión de enfermería estos resultados obtenidos pueden ser utilizados en el área de salud mental y familiar, ya que en estos ámbitos se fortalecen los aspectos emocionales e imagen corporal.

Los resultados de las mujeres mastectomizadas en Montería (Colombia) contrastan con los obtenidos por Lopez et al ⁴¹ en España pues mientras que 74% de las mujeres mastectomizadas españolas presentan cambios negativos importantes en sus actitudes y comportamientos sexuales, y 32% de ellas en una disfunción sexual, en Montería el 80-82% de las mujeres manifestaron que “pocas veces” o “nunca” han manifestado cambios en los aspectos relacionados con la sexualidad. Por tanto, los hallazgos de Montería coinciden con los obtenidos por Blanco et al⁴², en cuanto a la inexistencia de diferencias en cuanto a excitación y satisfacción sexuales, ni en frecuencia de relaciones sexuales o de orgasmos, ni en auto concepto físico antes y después de la mastectomía de igual forma permitió identificar que a pesar de los “efectos destructivos y mutilantes del contorno mamario del que trata Ganz⁴³ al parecer no se han presentado afectaciones a la imagen corporal y la autoestima, pues estas mujeres monterianas de manera mayoritaria manifiestan que no se sienten rechazadas, ni mutiladas.

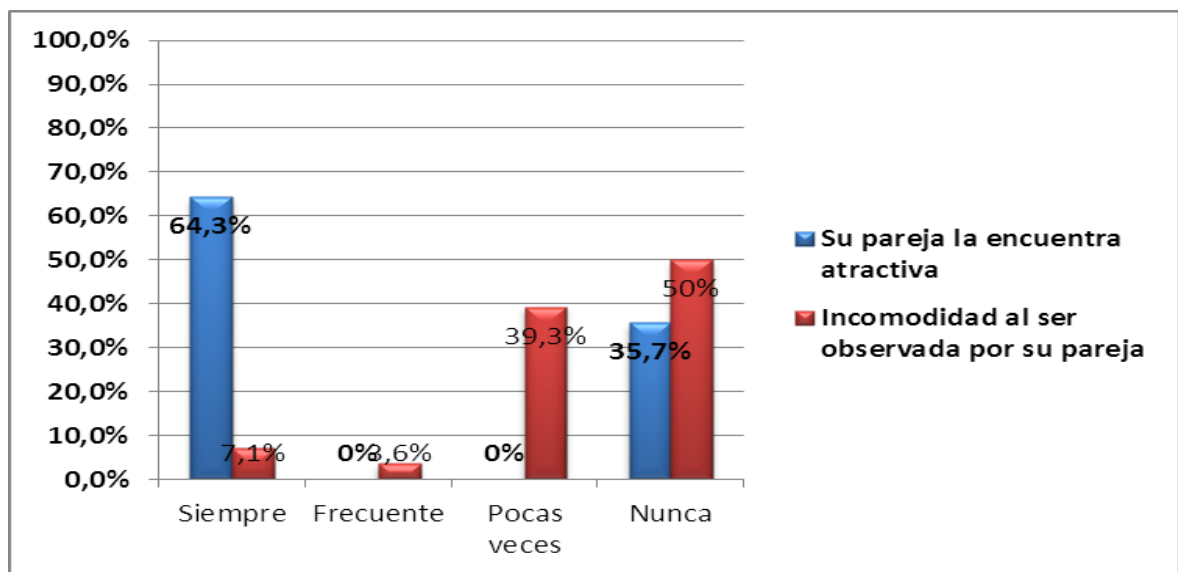
⁴¹ LOPEZ, María, *et al.* La sexualidad en enfermas mastectomizadas. Artículo en línea disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1991/vol3/arti4.htm>

⁴² BLANCO, Alfonso., VÁZQUEZ, Jeronima y ANTEQUERA, Rosario. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 433-451.

⁴³ GANZ, P. Breast Cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. Breast cancer Res Treat 1996;38:183-199.

4.3 PERCEPCIÓN QUE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS TIENEN DE SU IMAGEN CORPORAL.

Gráfica 4. Afectación de la autoestima



Fuente: Información de la entrevista

Las mujeres entrevistadas en el escenario de estudio mostraron una variedad con respecto a la percepción de su imagen corporal por parte de la pareja sexual, es así como 64,3% manifiesta que las parejas “siempre” la encuentran atractiva aún después de la mastectomía y 35,7% “nunca” la ven atractiva luego de la mastectomía; en lo que se refiere a la incomodidad al ser observada por la pareja 50% refiere que “nunca” se ha sentido incomoda, 39,6% “pocas veces” se siente incómoda y 7,1 “siempre” se siente incómoda al momento que su pareja las están observando. Según lo evidencia la tabla.

Según los resultados obtenidos se muestra que 3 de cada 10 mujeres su pareja no la encuentra atractiva tras la mastectomía, en contraste a 6 de cada 10 mujeres su pareja aún sigue encontrándola atractiva; esta condición de su aspecto físico parece ser de especial interés solo para el porcentaje de las mujeres participantes han tenido problemas maritales en cuanto a su imagen corporal después de la mastectomía; aspectos que deben ser considerados en las valoraciones integrales de Enfermería en aspectos de salud sexual.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que un tercio de las mujeres mastectomizadas entrevistadas abordan una situación negativa de falta de apoyo de las parejas, asociados tal vez con el menor atractivo sexual que ellas o su parejas sienten por la falta de uno de sus senos, o también con los compromisos que el hombre machista tiene con la imagen de la mujer, en el caso de las mujeres con cáncer de mama se entiende entonces que el concepto de “mujer incompleta” se ve reflejado en el medio social en el que se desenvuelve el hombre cordobés, para quien la mujer atractiva es aquella que tiene ambos senos.

La enfermería podría utilizar esta información sobre los potenciales deterioros a la salud sexual de la mujer mastectomizadas para establecer patrones de apoyo y aconsejaría a la pareja que permita lograr la prevención de futuros incidentes que por la mastectomía de, rechazo, o abandonos por parte de la pareja; también sirven a la tarea de abordar las acciones directas de Enfermería orientadas a restablecer la autoestima y la confianza en sí misma de las mujeres mastectomizadas sintiéndose valoradas y completas aun faltando una de sus mamas en los ámbitos familiares y mentales. Según lo evidencia la gráfica.

Aunque Ganz ha reportado que el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama implica muchos efectos destructivos y mutilantes con serias afectaciones a la imagen corporal y la autoestima, en el 89.3% de las mastectomizadas en Montería no se observó esta conducta; como tampoco se identificaron las conductas de retraimiento social, dificultad en las expresiones de la sexualidad, ni

limitaciones a las actividades de la vida cotidiana, como el uso de algún tipo específico de ropa⁴⁴; posiblemente debido al tipo de preparación pre quirúrgica y el apoyo social recibido de sus familias.

En cuanto al estudio de Blanco et al⁴⁵ sobre el Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en el cual concluyeron “que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal que perduran transcurrido el primer año desde la mastectomía cuando no hay intervención psicológica⁴⁶; en el resultado de las mujeres de Montería se identificó no solo una apropiada autoestima, sino también un manejo apropiado de su sexualidad-genital tras la mastectomía al parecer sin intervención de la variable tiempo; estas diferencias deberán ser identificadas en un estudio posterior que controle las posibles variables intervinientes

Tabla 3. Depresión

Depresión		Nº	%
Si (n=16)	Leve	8	28,6
	Medio	3	10,7
	Severo	5	17,9
No		12	42,9
Total		28	100

Fuente: Información de la entrevista

⁴⁴ GANZ, P. Breast Cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast cancer Res Treat* 1996;38:183-199.

⁴⁵ BLANCO, Alfonso., VÁZQUEZ, Jeronima y ANTEQUERA, Rosario. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 433-451.

⁴⁶ *Ibíd*

Las participantes entrevistadas en la institución mostraron que 28,6% tiene un tipo de depresión “leve” 17,9% depresión “media” 10,7% depresión “severa”. Según lo evidencia la tabla.

De acuerdo a los datos se evidencia que 4 de cada 10 mujeres no presentan ningún tipo de depresión a diferencia de 3 de cada 10 presentan depresión de tipo leve.

Es notorio que un porcentaje significativo ha manifestado alguna vez un tipo de depresión reflejando un duelo por la pérdida o ausencia de una de sus mamas, Esta distribución puede deberse a los cambios físicos presentados tras la mastectomía y la superación de la misma con ayuda psicosocial.

El profesional de enfermería podría manejar esta información en el área de la salud mental y familiar identificando oportunamente posibles depresiones y futuras complicaciones, evitando un mayor progreso en ellas, fortaleciendo el apoyo y vínculos emocionales por parte de los miembros de la familia contribuyendo a una adaptación física, psicológica y social. Según lo evidencia la tabla.

Los resultados de las mujeres mastectomizadas en Montería (Colombia) contrastan con los obtenidos en España, por Blanco et al⁴⁷ pues ya que aquí se obtuvo como resultado la inexistencia de alteración del autoconcepto físico, de igual manera en un estudio realizado por Lopez et al⁴⁸. Se observa una débil relación entre depresión y ansiedad, en Montería más de la mitad de las mujeres manifestaron presentar depresión.

⁴⁷ BLANCO, Alfonso., VÁZQUEZ, Jeronima y ANTEQUERA, Rosario. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 433-451.

⁴⁸ LOPEZ, María, *et al.* La sexualidad en enfermas mastectomizadas. Artículo en línea disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1991/vol3/arti4.htm>

4.4 CAMBIOS PERCIBIDOS EN LA RESPUESTA O ACTIVIDAD SEXUAL

Tabla 4. Cambios evidenciados

Cambios evidenciados (n=28)	Siempre		Frecuente		Pocas veces		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Su pareja acaricia el área del pecho	6	21,4	3	10,7	8	28,6	11	39,3
Incomodidad por parte de su pareja al roce	2	7,1	3	10,7	10	35,7	13	46,4
Disminución de las relaciones sexuales	15	53,6	0	0,0	0	0,0	13	46,4
Conflictos debido a la inconformidad sexual	3	10,7	1	3,6	7	25,0	17	60,7

Fuente: Información de la entrevista

Las informantes atendidas en la entidad manifiestan en su mayoría, correspondiente al 60.7% que nunca han tenido conflictos debido a la inconformidad sexual, sin embargo un porcentaje significativo del 25% dice que si se han presentado conflictos por estas causas, aunque pocas veces.

En cuanto a los cambios evidenciados directamente en la disminución de las relaciones sexuales, el 53.6% manifiesta que esto ocurre siempre, seguido del 46.4% que evidencian que nunca han ocurrido cambios en la frecuencia de sus relaciones sexuales.

En cuanto a la Incomodidad al roce por parte de la pareja, el 46.4% manifiesta que esto nunca ocurre, aunque un porcentaje significativo correspondiente al 35.7% dice que la pareja pocas veces manifiesta incomodidad. Finalmente al indagar a

las encuestadas si su pareja les acaricia el área del pecho, el 39.3% manifiesta que nunca ocurre, seguidamente el 28.6% dice que pocas veces. Según lo evidencia la tabla.

En Montería (Colombia) los resultados obtenidos coinciden con el estudio realizado por Lopez *et al*⁴⁹. en el cual se obtuvo como principal cambio sexual la disminución de la frecuencia del número de coitos, seguido del descenso del deseo sexual, en el 50% de las mujeres mastectomizadas presentaron disminución de las relaciones sexuales pero a su vez el 82% de ellas manifestaron que sus parejas no se sentían incómodos al momento en el que presentaba el roce con su seno, en esta última parte contrastan con los resultados obtenidos en España en un estudio realizado por Blanco⁵⁰ en el cual se presentó el Rechazo de algunos hombres al tocar la cicatriz de la mastectomía; posiblemente es debido al tipo de preparación pre quirúrgica y a la educación que se le brinda en el grupo de apoyo de la Liga Cordobesa contra el Cáncer.

4.5 PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA GENITALIDAD

Tabla 5. Efecto emocional

Depresión debido a los cambios físicos (n=28)	Nº	%
Siempre	7	25,0
Frecuentemente	11	39,3
Pocas veces	4	14,3
Nunca	6	21,4

Fuente: Información de la entrevista

⁴⁹ LOPEZ, María, *et al.* La sexualidad en enfermas mastectomizadas. Artículo en línea disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1991/vol3/arti4.htm>

⁵⁰ BLANCO, R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Índex de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, ISSN 1132-1296, Vol. 19, Nº. 1, 2010 , págs.24-28

La depresión debido a los cambios físicos después de la mastectomía en las mujeres encuestadas en la Liga permitió identificar que 39,3% tienen “frecuentemente” depresión, 25% “siempre” muestran depresión y 21% “nunca” han manifestado depresión. Según lo evidencia la tabla.

Al interpretar los resultados se observa que un 64% equivalente a los dos porcentajes más altos demuestra que las mujeres mastectomizadas participantes refieren una depresión debido a los cambios físicos después de la mastectomía.

Esta distribución puede deberse a los cambios morfológico y la disfuncionalidad familiar, alejamiento con la pareja, aislamiento social; a la baja autoestima que ellas manifiestan tener después del posquirúrgico de la mastectomía.

El profesional de enfermería puede utilizar estos resultados como ayuda en el área de salud mental ya que se puede identificar estados depresivos y a la vez intervenir por medio de la orientación a las mujeres, a quererse así mismas como son, y no sentir un auto rechazó de este modo podrían llevar una vida llena de amor y una autoestima alta. Según lo evidencia la gráfica.

Los resultados de las mujeres entrevistadas en Montería (Colombia) contrastan con los obtenidos en España, por Blanco et al⁵¹ obteniendo como resultado la inexistencia de alteración del auto concepto físico, de igual manera en un estudio realizado por López et al⁵². Se evidencia una débil relación entre depresión y ansiedad, en Montería más de la mitad de las mujeres manifestaron presentar depresión.

⁵¹ BLANCO, Alfonso., VÁZQUEZ, Jeronima y ANTEQUERA, Rosario. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 433-451.

⁵² LOPEZ, María, et al. La sexualidad en enfermas mastectomizadas. Artículo en línea disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1991/vol3/arti4.htm>

4.6 PROPUESTA DE ESTRATEGIAS PARA LA ADAPTACIÓN PSICOSEXUAL DE LAS MUJERES MASTECTOMIZÁDAS Y SUS PAREJAS.

Estrategia 1. Consejería permanente y apoyo psicológico a la pareja de la mujer mastectomizada. Consiste en la oferta de actividades específicas de apoyo emocional y consejería a las parejas de las mujeres candidatas a mastectomía; en las cuales se les indique el procedimiento médico y el alcance de las modificaciones en la sexualidad de las mujeres y de la pareja enfatizando que la carencia de una mama no es un obstáculo para que la pareja experimente sus vínculos psico-sexuales y emocionales; que la cirugía no hace a una mujer “incompleta” y que ésta necesita del apoyo emocional por su compañero sexual.

Se recomienda que esta consejería sea realizada por psicólogos u otros profesionales con formación en salud mental, y las actividades sean ejecutadas de manera programada como una forma de soporte institucional a la integralidad de la vida de la mujer usuaria de los servicios.

5. CONCLUSIÓN

Se puede determinar que la percepción de la sexualidad en el ámbito de la genitalidad de las mujeres mastectomizadas atendidas en la Liga Cordobesa contra el Cáncer, tiene pocas afectaciones las cuales corresponden a 11% de las mujeres mastectomizadas en la mayoría de ellas, ni la excitación sexual propia ni la de sus parejas fue alterada por la carencia de una estructura mamaria.

Al clasificar las formas en que se afecta la relación de pareja debido a la imagen corporal, se pudo observar que 100% de las mujeres conservaron sus relaciones de parejas, las pocas que no las tienen es por el fallecimiento y no por separación conyugal. Se destaca que el 32.1% admite que tiene dificultades de pareja, pero no se pudo verificar su coincidencia con la mastectomía.

Las mujeres mastectomizadas en el escenario de estudio se pudo describir en porcentajes altos que la percepción que tienen sobre su imagen corporal no se encuentra alterada, puesto que ellas tienen una aceptación adecuada y les brindan toda la educación necesaria en el grupo de apoyo en el cual hacen parte en la Liga Cordobesa contra el Cáncer.

Al identificar los cambios percibidos en la respuesta o actividad sexual de las mujeres mastectomizadas, un tercio de las mujeres presentan pérdida del deseo sexual y falta de interés sexual en sí misma.

Al momento de proponer estrategias para que en las mujeres y sus parejas se presente una mejor adaptación psicosexual se pueden plantear alternativas que se enfoquen en la educación, ya que si se hace énfasis en este punto los porcentajes que tienen que ver directamente con el contacto sexual de la pareja disminuirían y no se encontraría afectado.

6. RECOMENDACIONES

A la Liga Cordobesa Contra el Cáncer Montería

- Continuar con la participación en los diferentes proyectos investigativos realizados por los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba.
- Intervenir emocional y psicológicamente en el pre quirúrgico a las futuras mastectomizadas previniendo depresiones severas.
- Llevar a cabo programas de guía familiar para un mejor afrontamiento postquirúrgico.

A la Facultad Ciencias de la Salud

- Continuar asesorando oportunamente a los estudiantes con trabajos de investigación.
- Continuar con la realización de proyectos investigativos como requisito para optar por el título profesional.
- Manejar mayores tiempos para el desarrollo de los proyectos investigativos de los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALDERMAN, A, et al. Financial impact of breast reconstruction on an academic surgical practice. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:1408-1413.
2. ALDERMAN, AK, et al. Correlates of referral practices of general surgeons to plastic surgeons for mastectomy reconstruction. *Cancer* 2007;109:1715-1720.
3. ALONSO, C. Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama. II Jornadas de Salud Mental y Género. 2001;Madrid: Instituto de la mujer, Ministerio de Igualdad.
4. American Cancer Society. Reconstrucción de senos después de la mastectomía. Artículo disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003040-pdf.pdf>
5. BAÑUELOS, P, et al. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (3): 129-34.
6. BERRINO, P y SANTI, P. Preoperative TRAM flap planning for post mastectomy breast reconstruction. *Ann Plast Sur*1998;21:264-269.
7. BLANCO, Alfonso, et al. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 433-451
8. BLANCO, R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Índex de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, ISSN 1132-1296, Vol. 19, Nº. 1, 2010 , págs.24-28

9. CALIL, A y PRADO, C; Ensino de oncologia na formação do enfermeiro. Rev Bras Enf 2009 maio/jun 3; 62.
- 10.COBO, B. Anatomía y fisiología de los órganos genitales femeninos. Disponible en la URL: <http://www.psicologiaysexologia.org/wp-content/uploads/2013/11/ANATOMIA-Y-FISIOLOGIA-DEL-AP.-GENITAL-FEM.pdf>
- 11.COLOMBIA, ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Artículo 49. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- 12.COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148 del 23 de Diciembre de 1993.
- 13.COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 1384 DE 2010. Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Diario Oficial 47.685 de abril 19 de 2010.
- 14.COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 1616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 48680 de enero 21 de 2013.
- 15.GALLEGOS, Monica, *et al.* Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario a personas mastectomizadas: adaptación – afrontamiento. En: Revista de investigación programa de Enfermería UDES. Disponible en la URL: <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/98/Original9%20Monica%20MEXICO.pdf>
- 16.GANZ, P. Breast Cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. Breast cancer Res Treat 1996;38:183-199.

17. HELMS, RL, et al. Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med* 2008; 13 (3): 313-25. Review.
18. JÁUREGUI, L, et al. Percepción de la obesidad y cultura. *Nutr Hosp* 2008; 23 (6):619-29.
19. LOPEZ, María, *et al.* La sexualidad en enfermas mastectomizadas. Artículo en línea disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1991/vol3/arti4.htm>
20. MELET, Argelia. Después De La Mastectomía: La Calidad De Vida. *Rev. venez. oncol.*, Caracas, v. 17, n. 2, jun. 2005.
21. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción, 2000.
23. RINCÓN, Esther y BORDA, Mercedes. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. En: *UNIV. PSYCHOL.* Bogotá, Colombia. vol. 11, no. 1, p. 25-41
24. RODRÍGUEZ, S y CRUZ, S. Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología* 2006; 22 (2): 186-99.
25. SEBASTIÁN, J, *et al.* Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* 2007; 18 (2): 137-61.

26. SEBASTIÁN, J, *et al.* Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* 2007; 18 (Suppl. 2): 137-61.
27. VALDÉS, Emmy. Vida sexual y salud mental. revista e-MuniSalud, Dirección de Salud y Bienestar Municipal, 2015. Disponible <http://munisalud.muniguate.com/2011/07ago/capsula1.php>
28. VÁZQUEZ, Jerónima, *et al.* Adaptación psicosexual a la mastectomía por cáncer de mama: ¿mejora después del primer año tras la intervención?. Infocop on line, 2011. ISSN 1886-1385. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3345.
29. WHO. World Health Organization. Fact Sheet. Cancer, 2008. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
30. ZABALEGUI, Y. El rol del profesional en enfermería. Aquichan. Disponible en la URL: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63>

Anexo 2. Encuesta

PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD DE MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA ATENDIDAS EN LA LIGA CORDOBESA CONTRA EL CÁNCER MONTERÍA, 2015

Cuestionario de encuesta

Dirigido a: Mujeres mastectomizadas atendidas en la Liga Cordobesa Contra el Cáncer.

Objetivos:

- Clasificar las formas en que se afecta la relación de pareja debido a su imagen corporal.
- Describir la percepción que las mujeres mastectomizadas atendidas en la liga cordobesa contra el cáncer tienen de su imagen corporal.
- Identificar los cambios percibidos en la respuesta o actividad sexual de las mujeres mastectomizadas

Edad ____ años cumplidos Tiene pareja estable ____ Conviven juntos ____

Tipo de mastectomía _____ Extensión _____ Tiempo post Quirúrgico _____

1. Ha percibido usted cambios en su vida sexual, tras la mastectomía
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca
2. ¿Ha percibido ud falta de interés sexual por parte de usted misma después de la mastectomía?
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca
3. ¿Ha sentido ud perdida del interés y/o deseo sexual después de la mastectomía?
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca

4. ¿Ha percibido ud falta de placer debido a la pérdida de sensibilidad o incomodidad en el área del pecho durante sus relaciones sexuales?
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca

5. ¿Ha percibido ud falta de interés sexual por parte de su pareja después de la mastectomía?
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca

6. Desde la realización de la mastectomía, ¿se ha sentido ud rechazada sexualmente por su pareja?
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca

7. ¿Su pareja le toca, besa o acaricia el área del pecho durante sus relaciones sexuales?
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca

8. ¿Ha percibido ud incomodidad por parte de su pareja al momento del roce de su pecho durante sus relaciones sexuales?
 - a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca

9. ¿Considera ud que la mastectomía afectó ~~severamente~~ su atractivo físico?
 - a. Si () Leve ____ Medio ____ Severo ____
 - b. No ()

10. ¿Considera ud que su pareja la encuentra atractiva después de la mastectomía?

- a. Si ()
 - b. No ()
11. ¿Se siente ud incomoda al permitir que su pareja observe el área afectada?
- a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca
12. ¿Ha sentido ud depresión debido a los cambios físicos ocasionados por la mastectomía?
- a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca
13. Desde la realización de la mastectomía ¿han disminuido sus relaciones sexuales?
- a. Si ()
 - b. No ()
14. ¿Ha tenido ud conflictos con su pareja debido a inconformidad en sus relaciones sexuales (inconformidad de ud o su pareja)?
- a. Siempre
 - b. Frecuentemente
 - c. Pocas veces
 - d. Nunca