

# La vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada

---

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

CRISTINA ORTIZ ROZALÉN

Tutorizado por Belén Cabello Tarrés  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID | FACULTAD DE MEDICINA.

CURSO 2015/2016



## INDICE

1. Resumen.....	Pág 1
2. Introducción.....	Pág 3
3. Material y métodos.....	Pág 14
4. Resultados.....	Pág 18
5. Conclusiones.....	Pág 36
6. Agradecimientos.....	Pág 42
7. Bibliografía.....	Pág 43
8. Anexos.....	Pág 49

## 1. RESUMEN

---

**Objetivo:** Analizar los cambios en la vivencia de la sexualidad de la mujer postmastectomía dentro de una relación de pareja heterosexual.

**Material y método:** se realizó una revisión narrativa mediante la consulta de diferentes bases de datos: PubMed, PsycINFO, Scielo España, Dialnet, Cuiden, CINALH, Cochrane Library, Web of Science WOS, Biblioteca Virtual de Salud y RUA (Repositorio de la Universidad de Alicante), con términos del lenguaje libre y controlado (términos MeSH y DeSC) combinados con los operadores booleanos “AND” y “NOT”. La búsqueda se limitó a documentos publicados en los 5 últimos años, a excepción de 3 artículos del año 2010 incluidos por su relevancia. Se aceptaron documentos en inglés, español y portugués.

**Resultados:** se analizaron 23 artículos y se establecieron 4 unidades de análisis: alteración de la imagen corporal en la mastectomía y su relación con la vivencia de la sexualidad de las mujeres, afectación de la relación sexual de pareja en la mujer mastectomizada, influencia de los diferentes tipos de cirugía mamaria en el funcionamiento sexual y construcción de la mujer en la cultura occidental y su relación con la afectación de la sexualidad en el ámbito psicosocial.

**Conclusiones:** La cirugía tipo mastectomía puede provocar en la mujer alteraciones tanto en la esfera biológica como en la psicológica y la social. Este tratamiento para el cáncer de mama puede afectar a la expresión de la sexualidad y al funcionamiento sexual de la mujer y/o la pareja. Además, también se puede ver afectada la construcción social de la mujer, repercutiendo en su identidad y rol femenino. Desde nuestra posición privilegiada, las y los profesionales de Enfermería debemos valorar y detectar precozmente los problemas en torno a la sexualidad y establecer pautas para su afrontamiento. Es imprescindible tener en cuenta la base cultural de los cuidados para proporcionar de manera efectiva el apoyo que la mujer necesita al enfrentar esta situación.

**Palabras clave:** cáncer de mama, mastectomía, sexualidad, autoimagen, relación de pareja, género.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the changes in the experience of the women's sexuality postmastectomy in the heterosexual couple's relationship.

**Materials and method:** a review was conducted by searching in different databases: PubMed, PsycINFO, Scielo España, Dialnet, Cuiden, CINALH, Cochrane Library, Web of Science WOS, Biblioteca Virtual de Salud y RUA (Repositorio de la Universidad de Alicante), with free and controlled language terms (MeSH and DeCS), which were combined with the Boolean operators "AND" and "NOT". The research was limited to documents published in the last 5 years, except for 3 articles 2010 including because of their relevance. Documents in English, Spanish and Portuguese were accepted.

**Results:** 23 articles were analyzed and 4 units of analysis were established: body image alteration caused by the mastectomy and its relation to women's experience of sexuality, affectation of the sexual couple's relationship in the mastectomized women, influence of different types of breast surgery in sexual functioning and construction of women in Western culture and its relation to the affectation of sexuality in the psychosocial field operation.

**Conclusions:** mastectomy type surgery in women causes changes in several areas: biological, psychological and social. This treatment for breast cancer can affect expression of sexuality and sexual functioning in women and/or couples. In addition, it could affect the social construction of women, having an impact on their identity and female role. From our privileged position, the nurses must early valuate and detect problems around sexuality and establish guidelines to face these problems. It's necessary to take into account the cultural base of care to provide in an effective way the support that women needs in order to face this situation.

**Keywords:** breast cancer, mastectomy, sexuality, body image, sexual partner, gender.

## 2. INTRODUCCION

---

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial (1). Según el Informe Mundial sobre el Cáncer 2014 elaborado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el cáncer de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se le atribuyen 8,2 millones de muertes en todo el mundo en 2012, existiendo una previsión de aumento en el número de casos del 70% en los próximos 20 años. Por localización, el diagnóstico más frecuente de cáncer en hombre es el de pulmón, seguido de próstata, colon y recto, estómago e hígado. En la mujer la mayor frecuencia la presenta el cáncer de mama y después el de colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago (2).

En la EU-28 (Unión Europea de los 28), la primera causa de muerte global se atribuye a las enfermedades del aparato circulatorio (cardiopatías isquémicas y enfermedades cardiovasculares), con una tasa de mortalidad normalizada del 393,6 por 100.000 habitantes. El cáncer aparece en segundo lugar, con una tasa de mortalidad normalizada de 266,9 por 100.000 habitantes; los países que presentan mayor número de casos son Hungría, Croacia, Eslovaquia, Dinamarca, Eslovenia, Letonia, Polonia y la República Checa, con más de 300 muertes por 100.000 habitantes en 2012 (3) (Ver Tabla 1 ANEXO 1).

Según Eurostat, aproximadamente 1,25 millones de personas murieron por cáncer en la EU-28 durante el año 2012, lo que representa un 25,8% de las defunciones totales. Esta tasa es más alta en el caso de los hombres (29,2%) que en caso de las mujeres (25%). Por países, la tasa de muerte por cáncer en relación al total de las defunciones excede el 30% en Holanda, Eslovenia y Dinamarca, mientras que en Bulgaria, Rumania y Lituania no alcanza el 20%. Por sexos, la tasa de mortalidad normalizada es de 358 por 100.000 habitantes para los hombres y 204 por 100.000 habitantes en el caso de las mujeres en relación a todos los países de la Unión Europea (4).

En el informe de la Comisión Europea “*Salud pública*”, que forma parte de la serie “*Comprender las políticas de la Unión Europea*”, desde el año 1985 hasta la actualidad se registra un aumento del 9% de muertes por cáncer en mujeres y de un 12% en hombres. Sin embargo, debido a la detección precoz y a las mejoras del tratamiento ha aumentado la tasa de supervivencia en cánceres como el de mama y el colorrectal

(5). Según los datos de Eurostat, en el periodo 2004-2012 hubo una reducción en las tasas de mortalidad normalizada por cáncer del 10,2% en hombres y del 5,5% en mujeres (3).

Uno de los principales retos en salud de la EU-28 es reducir la incidencia de las enfermedades como es el cáncer. Destaca la actuación específica en actividades preventivas contra el cáncer de mama, de cuello de útero y colorrectal y la implementación de actividades de cribado para su diagnóstico precoz (5).

Con el fin de involucrar a la población en las actividades preventivas de la propia salud, el Código Europeo contra el Cáncer expone una lista de 12 recomendaciones basadas en la evidencia científica que asesoran a los ciudadanos sobre cómo prevenir el cáncer. Son medidas que cada persona puede tomar para contribuir a prevenir el cáncer, siendo estas acciones apoyadas gubernamentalmente (5,6).

Con datos de la OMS, dentro de los diferentes tipos de cáncer, el de mama es la primera causa en el mundo de defunción en las mujeres (7). En toda Europa, según las Estimaciones de la Incidencia y Mortalidad por Cáncer de los Países Europeos (EUCAN) 2012, el cáncer de mama en mujeres presentó una tasa estandarizada por edad de mortalidad del 23,1 por 100.000 mujeres y la incidencia de la enfermedad una tasa estandarizada de 92,8 por 100.000 mujeres. De todos los países europeos, Bélgica tuvo la mayor incidencia de la enfermedad (tasa estandarizada de 147,5 por 100.000 mujeres), mientras que la menor incidencia se registró en Bosnia y Herzegovina (tasa estandarizada 49,1 por 100.000 mujeres). En cuanto a mortalidad, la mayor tasa estandarizada por edad se registró en FYR Macedonia (36,3 por 100.000 habitantes), a diferencia de España que tuvo la menor tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres en 2012 con relación al resto de países de Europa (tasa estandarizada 16,7 por 100.000 habitantes) (8) (Ver Gráfico 1 ANEXO 1).

El cáncer de mama en EU-28 durante 2012, tuvo un porcentaje del 1,9% de defunciones sobre el total de las muertes. La tasa normalizada de muertes por cáncer de mama para las mujeres fue de 33,4 por 100.000 habitantes mientras que para los hombres fue de 0,5 por 100.000 habitantes. Las tasas de detección del cáncer de mama son superiores al 76% en Finlandia, Eslovenia, Dinamarca, Los Países Bajos, España y Reino Unido (9).

En los datos de Eurostat del año 2011 referidos a las estadísticas de los países de la EU-28 a nivel regional, se observa que en los países del centro de Europa pertenecientes a la EU-28 tienen tasas de mortalidad bruta por cáncer de mama más elevadas que los países de la periferia, que presentan tasas relativamente más bajas (menos de 30 muertes por 100.000 habitantes femeninos). Como dato significativo, indicar que algunas de las menores tasas de mortalidad a nivel regional de los países de la EU-28 se han registrado en ciertas Comunidades Autónomas españolas, como la Región de Murcia, Castilla-La Mancha, Comunidad de Madrid, La Rioja, Navarra e Islas Canarias (10).

En España, los datos de muertes por cáncer en 2012 fueron similares a los europeos, presentando una tasa estandarizada por edad de 98,1 casos por 100.000 habitantes por año, y un riesgo de fallecer por cáncer antes de los 75 años del 10,2%. Según el instituto Nacional de Estadística (INE), en España, los tumores fueron la segunda causa de muerte en ambos sexos (27,5% de las defunciones totales) tras las enfermedades del sistema circulatorio (30,3%) y ocupando la tercera posición las enfermedades del sistema respiratorio (11,7%). Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en hombres (tasa de 296,3 fallecidos por 100.000 habitantes) y la segunda causa en mujeres (tasa de 180 fallecidos por 100.000 habitantes). La incidencia de cáncer en España en mujeres en 2012 es algo superior a la tasa mundial y algo inferior a la tasa de los países más desarrollados. Existe una tendencia al aumento que se ha estabilizado en las últimas décadas (2). Los tipos de cánceres diagnosticados más frecuentes fueron los mismos que en el resto del mundo, tanto en hombres como en mujeres (11).

Por tanto, en España el cáncer de mama es uno de los cánceres más frecuentes. Para el conjunto de ambos sexos, la incidencia es de 11,7%, la mortalidad de 5,9% y la prevalencia a los 5 años de 17,9%. Aunque el cáncer de mama no se encuentra entre los tumores más frecuentes en los hombres, si aparece como tal en las mujeres. El cáncer de mama presenta la mayor incidencia (29%), mortalidad (15,5%) y prevalencia a los 5 años (40,8%) de todos los tumores (2). Se estima además, que el riesgo de padecer cáncer de mama es de 1 de cada 8 mujeres españolas. Generalmente, la mayor incidencia en las mujeres españolas se da entre los 45 – 65 años, aunque los casos diagnosticados abarcan edades desde los 35 a los 80 años, destacando una tendencia de

aparición del cáncer de mama en edades cada vez más tempranas. Aunque la supervivencia ha ido en aumento en los últimos 20 años, la supervivencia global a los 5 años tras el diagnóstico es del 82,8% (12).

El desarrollo y progreso del cáncer de mama, como en el resto de tumores, se identifica según 4 estadios. El estadio 0 o carcinoma in situ es una lesión de células anómalas no invasiva; el estadio I es un cáncer de mama en la etapa inicial, menor de 2cm y sin diseminación; el estadio II comprende los tumores mayores de 2cm o con afectación ganglionar; el estadio III comprende los tumores menores o mayores de 5cm con diseminación palpable a ganglios axilares y los situados detrás del esternón o la piel; finalmente, el estadio IV identifica a un cáncer avanzado con metástasis. Antes del comienzo del tratamiento se utiliza la clasificación TNM. Este sistema se basa en la clasificación por tamaño del tumor (T), extensión a ganglios regionales (N) y metástasis (M). La estadificación del tumor no es posible hasta realizar la cirugía y examinar los ganglios linfáticos (13).

La supervivencia en el estadio I es del 98% mientras que en el estadio III desciende al 24% (13). Es el diagnóstico precoz lo que ha logrado este aumento en la supervivencia, ya que no es posible la actuación sobre los factores de riesgo que explican sólo el 50% de los casos. Este porcentaje corresponde al número de casos que se dan por herencia genética (genes BRCA1 y BRCA2), antecedentes personales de cáncer de mama, sexo, edad, menarquia precoz, menopausia tardía, etc., es decir, factores de riesgo no modificables (14,15). Los factores modificables como el sobrepeso después de la menopausia y la ingesta de alcohol, son considerados como de riesgo moderado siendo, en este caso, el riesgo de padecer cáncer de mama similar al de la población en general (16).

Una de las líneas para el diagnóstico temprano en España, siguiendo los estándares de la EU-28, son las mamografías periódicas (cada 1-2 años) a partir de los 50 años hasta los 65 años. Aunque la auto-exploración mamaria es importante, no se recomienda como único método de diagnóstico, ya que un tumor no es palpable hasta que alcanza al menos 2cm de tamaño. En mujeres de entre 40 y 45 años no existe beneficio en la realización de la mamografía de forma sistemática a no ser que haya factores de riesgo genéticos elevados (12). Incluso recientemente, una investigación elaborada en Canadá ha puesto en duda la eficacia de las mamografías sistemáticas y,

aunque el estudio no es aplicable al resto de países debido a la diferencia de programas, si recomienda la revisión de cada programa nacional específico (17).

En cuanto al tratamiento del cáncer de mama, es patente que debe individualizarse y requiere la colaboración de un equipo multidisciplinar de cirujanos, oncólogos médicos, oncólogos radioterapeutas, enfermeras y auxiliares de enfermería, técnicos de radiología, psicólogos, farmacéuticos y nutricionistas entre otros.

Los diferentes tratamientos actuales se pueden dividir en: tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y terapias dirigidas), tratamiento radioterápico (adyuvante o paliativo) y/o cirugía (conservadora o mastectomía y/o linfadenectomía) (13).

Clásicamente, en los estadios precoces del cáncer el tratamiento se iniciaba con la cirugía y posteriormente se administraba el tratamiento sistémico y radioterapia (tratamiento adyuvante). Fue a partir de la década de los 80 del siglo pasado, cuando se comenzó a utilizar la quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama localmente avanzado, con el objetivo de convertir los tumores inoperables en operables (18).

En la actualidad, se utiliza este tratamiento como una estrategia que puede facilitar la cirugía conservadora en los casos en los que ésta no es posible inicialmente debido a las características del tumor. Este tipo de tratamiento puede ayudar a reducir las dimensiones del tumor, facilitando una cirugía más conservadora, aunque también puede variar la sensibilidad del tumor al tratamiento sistémico. Una alta sensibilidad del tumor al tratamiento sistémico puede hacer desaparecer por completo las células tumorales, lo que supone un muy buen pronóstico a largo plazo. En los estadios avanzados, el tratamiento principal será sistémico, aunque puede emplearse la cirugía o la radioterapia en situaciones concretas (13). En el caso de lograr realizar una cirugía conservadora siempre será necesario tratamiento adyuvante con radioterapia(19).

Si el cáncer de mama fue descrito por primera vez 3000 años a C, ya en el año 30 a C Aulo Cornelio Celso propuso tratar lesiones premalignas con cáusticos primero y exéresis quirúrgica a continuación, consistiendo en una cirugía extensa y realizando cauterización posterior de la herida. Las intervenciones quirúrgicas era el único tratamiento en aquel momento y la cirugía era una intervención de grandes dimensiones y muy agresiva, donde se realizaba extirpación de pezón, mama completa, nódulos axilares y musculatura adyacente. Durante la Alta Edad Media y debido a la influencia

de la Iglesia, se retrocedió en el avance de la cirugía mamaria por calificación de la misma como “práctica bárbara”. A comienzos del siglo XVIII (1721) aparece un instrumento, similar a una guillotina, que era usado por Gerd Tabor para la amputación rápida y en un solo movimiento de la mama.

En 1837, Jean Louis Petit llevó a cabo un tipo de cirugía que se puede considerar la base de la mastectomía radical moderna. Al mismo tiempo, Lanfranc impulsó en Europa la mastectomía radical como tratamiento estándar para el cáncer de mama. Hay que tener en cuenta, además, que los avances en la anestesia general y en los conocimientos acerca de la asepsia y la antisepsia de esta misma época, mejorarían la efectividad de las cirugías, hasta llegar al desarrollo de la mastectomía radical convencional

La mastectomía radical convencional de William Stewart Halsted (1852 – 1922) revolucionó el ámbito de la cirugía para el tratamiento del cáncer de mama. La técnica consistía en extirpar el músculo pectoral mayor y toda la mama de forma sistémica y extirpación de ganglios axilares, efectuando todas las maniobras en bloque. Se realizaba extirpación amplia de piel en forma de lágrima y, tras la intervención, se realizaba injerto inmediato de piel en todas las heridas. Esta técnica logró la mayor supervivencia de la enfermedad tras la cirugía hasta el momento, y se amplió el seguimiento de 3 hasta los 5 años tras la cirugía(20,21).

En 1894 Meyer presentó también su cirugía de mama radical, con la única variación, en relación con la cirugía de Halsted, de la secuencia de extirpación de la mama y ganglios axilares.

La mastectomía radical modificada aparece con la evolución de las técnicas menos radicales de la mano de Patey y Dyson en 1948. Su característica diferencial era que conservaba el músculo pectoral mayor (20).

Actualmente destacan tres tipos de intervenciones para la extirpación mamaria (22): mastectomía de Halsted, mastectomía de Patey y mastectomía de Maden. Las tres realizan resección mamaria completa y de ganglios axilares y su diferencia radica en la resección o no de los músculos pectorales menor y/o mayor. Estas tres intervenciones pueden ser englobadas en dos tipos: mastectomía total simple (Maden) y mastectomía radical modificada (Halsted y Patey) (23).

Aunque este tipo de cirugía extensa sigue siendo necesaria en múltiples casos, en el momento actual se recurre, siempre que es posible y sobre todo en el caso de las mujeres, a la cirugía conservadora, con técnicas como la tumorectomía o la cuadrantectomía (13). La tumorectomía consiste en la extirpación del tumor localizado con un margen de resección y la cuadrantectomía consiste en extirpar el cuadrante de mama donde se localiza el tumor (19,24). Sea cual sea el tipo de intervención, hay que añadir la cirugía axilar para estudio del ganglio centinela, estadificación del cáncer y valoración de linfadenectomía (12).

En los varones, existe la tendencia a preferir la mastectomía a la cirugía conservadora. La diferencia por sexos que supone la realización de una mastectomía o de una cirugía más conservadora está basada en los efectos posteriores que puede tener sobre la persona afectada a nivel físico, psicológico y psicosocial (13).

En los casos de alto riesgo de padecimiento de la enfermedad también se recurre en ocasiones a la mastectomía profiláctica bilateral, que puede reducir la incidencia del cáncer de mama y aumentar la supervivencia en las pacientes de alto riesgo, ya sea por antecedentes genéticos o por tratarse de pacientes que ya han padecido un cáncer de mama y corren mayor riesgo, por las características del tumor, de padecerlo en la otra mama (25).

Hoy en día existe la posibilidad de reconstrucción mamaria postcirugía, sea esta por mastectomía o conservadora, lo que ayuda a recuperar la silueta corporal de la mujer y a mejorar la autoimagen tras la cirugía. No en todos los casos es aconsejable: el tumor debe estar controlado local y sistemáticamente y no es recomendable en las recidivas de pared torácica (29).

Se trata de otro procedimiento quirúrgico más, con remodelación de la mama, reducción, relleno con colgajos, reconstrucción parcial o total, etc., todo ello con la pretensión de evitar el impacto que conlleva la cirugía y lograr la mayor simetría entre ambas mamas, intentando conservar el pezón (24).

La paciente debe estar bien anímicamente y debe tomar la decisión con conciencia del procedimiento y los efectos adversos que puedan acaecer, ya que en este caso será necesario el uso de prótesis. La cirugía puede ser primaria o inmediata, en la misma intervención de resección mama, o puede ser secundaria o diferida cuando la enfermedad está localmente avanzada o es necesario tratamiento adyuvante post-cirugía.

En la reconstrucción mamaria diferida es necesario el uso de expansores hasta la colocación de prótesis definitiva. Este tipo de reconstrucción está más indicado en mujeres con mastectomía bilateral (26).

La mujer que presenta un cáncer de mama puede proyectar una imagen de enfermedad, debilidad y vulnerabilidad por los efectos de los diferentes tipos de tratamientos, que influyen tanto en el estado de ánimo como en la estética corporal, con signos como alopecia, hipopigmentación de la piel (en el caso de la quimioterapia), cicatrices, quemaduras e hiperpigmentación de la piel (en el caso de la radioterapia y braquiterapia) y, desde luego, alteración o pérdida de la mama (27).

La resección mamaria puede tener consecuencias a nivel físico y psicológico. Las consecuencias psicológicas pueden darse tanto en mujeres sometidas a mastectomía como a cirugía conservadora pero, por los cambios físicos que causa, la mastectomía es considerablemente más susceptible de impacto psicológico (28).

La cirugía tipo mastectomía, tiene un fuerte impacto en la estructura física, funcional y en el ámbito psicosocial de las mujeres, debido al significado otorgado a las mamas en el sexo femenino (29).

Para comprender la repercusión en la mujer de la enfermedad y la intervención quirúrgica desde la esfera psicosocial, debemos conocer sobre qué bases ideológicas y simbólicas se asienta nuestra sociedad. Para ello, se va a partir del análisis del concepto género y su influencia en la construcción de las personas, en su subjetividad y en su valoración social.

El concepto de género como tal, surge en la década de los sesenta del siglo XX. Según Hernández García, *“El género constituye una categoría explicativa de la construcción social y cultural histórica que se realiza sobre los hombres y mujeres, teniendo como base la diferencia sexual (biológica)”*. El género es una categoría que corresponde al orden sociocultural y constituye ideas simbólicas e imaginarias sobre la persona en función de su sexo. Al constituir un constructo socio-cultural, el género configura, además de las distinciones entre masculino y femenino, las relaciones entre los varones y las mujeres. El concepto género posibilita, igualmente, reconocer la importancia de la socialización como elemento de adquisición de la identidad femenina y masculina (30). Según la OMS, el género define *“las funciones, comportamientos,*

*actividades y atributos que la sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.” (31).*

Como recoge Hernández García (30) en su trabajo, el género se puede analizar desde diferentes dimensiones.

En la dimensión biológica, el género surge en torno a los cuerpos y la sexualidad, agrupando a los sujetos en áreas anatómicas y fisiológicas (hormonas, órganos reproductivos externos e internos, genes...), hasta llegar a la configuración de lo masculino y lo femenino. Sin embargo, parece claro que hoy en día la identidad de género queda corta en sólo dos formas de entenderla, si tenemos en cuenta las diferentes combinaciones sexuales que presenta la realidad.

La dimensión psicológica de la categoría de género abarca el ámbito de la subjetividad con la que nos pensamos y nos relacionamos con nosotros mismos y con el mundo. Esta subjetividad de cada individuo se configura en función del orden genérico ya establecido históricamente.

Finalmente, la dimensión social del género está formada por normas que convierten ciertos temas, comportamientos o actividades de las personas en tabús y por deberes que los individuos han de cumplir para mantener el orden genérico establecido en la sociedad; de esta forma, quién se desvía de la norma podría ser señalado socialmente.

El género se encuentra en todas las dimensiones sociales, en el día a día de la sociedad, incluso en las instituciones (escuelas, trabajo, medios de comunicación, sanidad...) y estas dimensiones sociales, basadas en el género, se encargan de reproducirnos como hombres o mujeres. La interacción de las tres dimensiones anteriores da lugar a la dimensión económica y política. Estas dos últimas articulan el poder de manera jerárquica y en relación a la diferencia de lo biológico o lo sexual.

Las construcciones de género sobre las mujeres están basadas en lo natural y lo biológico, es decir, en los órganos sexuales tanto externos como internos, así como en su capacidad reproductiva, y en las actividades de cuidado, con actitudes de entrega y sentimentalidad. El género construye la feminidad en dos representaciones: el cuerpo de la mujer como objeto de deseo y erotismo sexual y la mujer/madre al servicio y cuidado de los demás (30,32).

La realidad social construye el cuerpo como objeto sexuado, la cultura ordena en costumbres, usos y funciones esos cuerpos en relación a la norma establecida y, de esta forma, aparecen imágenes corporales estereotipadas. A través de estas imágenes se puede apreciar el sustrato ideológico cultural de una determinada sociedad. Hoy en día, el cuerpo se ha convertido en objeto de culto (27).

Igualmente, Juárez y Landero (33) afirman que la autoimagen corporal depende de la funcionalidad sexual. El concepto de imagen corporal se refiere a la opinión subjetiva de la persona hacia el propio cuerpo.

Bajo esta construcción de la sociedad, la mirada dirigida hacia las mujeres mastectomizadas puede provocar una ruptura en el ideal estereotipo de belleza y feminidad (32).

El pecho de la mujer históricamente ha poseído una elevada carga simbólica que ha esculpido la identidad femenina, presentándose como órgano esencial en el cuerpo de la mujer. El daño estético de la mama puede provocar un cambio en su identidad como mujer (27). En la actualidad prevalece esta carga de simbolismo en nuestra cultura; la mastectomía puede provocar la pérdida de estos significados y es por el hecho de recuperar la imagen normativa por lo que algunas mujeres optan por la reconstrucción mamaria, con el objetivo de conseguir un bienestar emocional (34).

Según Torrens y Martínez (22), ya en el año 1966 William Masters y Virginia Johnson afirmaban que *“la sexualidad es una dimensión humana de comunicación y de placer, que se vive fundamentalmente en pareja y que en pareja encuentra su más humanizada realización”*. Actualmente, la OMS define la salud sexual como *“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”* (31).

La sexualidad se vive en función del género y el cuerpo es su vía de comunicación. Todas las sociedades han creado a lo largo de la historia pautas sexuales que han modelado la identidad y la personalidad de los sujetos, obteniendo una forma determinada de relacionarse con los individuos del mismo o diferente sexo, cuyo fin es establecer un orden social. La expresión de la sexualidad se ve condicionada por las vivencias y la personalidad particular de cada persona. Aunque la sexualidad está

condicionada por el género y la cultura, la forma de vivirla y experimentarla es individual y única en cada persona (22,27).

Según narra Rosa Cobo Bedia, la mujer puede ver su cuerpo como “objeto de la mirada”, la propia y la del resto, influenciado por la normativa cultural de mujeres “hipersexualizadas” donde se valora a la mujer por su cuerpo y atractivo sexual (35).

Como Saldivia (36) recoge en su trabajo, la percepción de atractivo físico se encuentra marcada por las pautas culturales de belleza, considerando en nuestra cultura a las mujeres más atractivas a aquellas que poseen atributos físicos de fertilidad y juventud. Las mamas son elementos de sexualidad y atractivo para el sexo opuesto. El comportamiento sexual viene marcado por las circunstancias personales y el contexto que rodea al individuo. Uno de los factores de la disfunción sexual puede ser la autoimagen corporal distorsionada. La pareja vive el mismo contexto social y cultural, por lo que las ideas, sentimientos y expectativas en cuanto a la relación de pareja, se encuentran influenciados por este contexto y por las situaciones vitales de ambos individuos.

Tras el diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía, el interés sexual de la mujer puede verse mermado, debido a los sentimientos que pueden darse en algunas mujeres de baja autoestima, pérdida de identidad femenina y disminución del atractivo físico, repercutiendo de esta forma en la actividad sexual de la mujer con su pareja (33).

Finalmente, esta situación vivenciada por la mujer se puede convertir en un bucle entre los sentimientos de cambios en la sexualidad, feminidad, autoconcepto y autoimagen que lleve a la provocar disfunción sexual en la mujer, repercutiendo en su relación de pareja.

Por ello, se propone una revisión narrativa con el objetivo de analizar los cambios en la vivencia de la sexualidad de la mujer postmastectomía dentro de una relación de pareja heterosexual.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

---

Para la realización de esta revisión narrativa, se efectuó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, PsycINFO, Scielo España, Dialnet, Cuiden, CINALH, Cochrane Library, Web of Science WOS, Biblioteca Virtual de Salud y RUA (Repositorio de la Universidad de Alicante). En la base de datos de Pubmed se utilizó el Tesauro MeSH y los DeCS y sus sinónimos en inglés fueron utilizados en las bases de datos compatibles.

Los términos empleados para la búsqueda en español fueron: “cáncer de mama”, “mastectomía”, “mujeres mastectomizadas”, “sexualidad”, “ajuste sexual”, “funcionamiento sexual”, “autopercepción”, “relaciones de pareja”, “imagen corporal” e “impacto psicosocial”; en inglés se utilizaron las palabras clave: “mastectomy”, “sexuality”, “body image”, “sexual partners”, “breast neoplasm male” y “self concept” y truncamientos con “mastectom\*” y sexual activit\*”

Los términos fueron combinados a través de los operadores booleanos «AND» y «NOT»

La búsqueda se limitó a los artículos publicados en los últimos 5 años, del 2011 al 2016, aunque por su relevancia se han incluido excepcionalmente 3 artículos del año 2010 que son mencionados por casi todos los autores, considerándose, por tanto, de gran utilidad para la revisión narrativa. En cuanto a la lengua, se seleccionaron los idiomas español, inglés y portugués y, además, en las bases que lo admitían, la búsqueda se limitó por “humanos” y “sexo femenino”. Igualmente, en la base de datos CINALH se excluyeron los registros incluidos en Medline

No se incluyeron límites por el tipo de trabajo, por lo que se han aceptado revisiones narrativas, artículos y estudios de investigación sin hacer distinción entre cualitativos y cuantitativos.

Para la selección de los documentos se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Artículos que tenían como objeto de estudio el impacto físico y psicológico de la cirugía tipo mastectomía en las mujeres con cáncer de mama y los factores relacionados que pudieran influir en su práctica sexual
- Artículos que incluyeran tanto la perspectiva de los profesionales como la propia experiencia de las mujeres.
- Artículos que contemplasen la relación de la mujer mastectomizada con su pareja heterosexual
- Artículos a texto completo y acceso libre

Criterios de exclusión:

- Literatura gris (capítulos de libros, folletos...)
- Artículos que no incluyesen cirugía mamaria o que trataran solo de mujeres premastectomía
- Artículos que no se contextualizaban en la cultura occidental
- Artículos centrados en la familia o pareja pero no en la mujer mastectomizada
- Artículos que contemplasen a parejas homosexuales

Se obtuvieron 111 documentos de los que se hizo una lectura preliminar del título y resumen para comprobar que se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión, eliminándose los que no se ceñían a los objetivos del trabajo. Con los documentos seleccionados, se realizó una lectura en profundidad con el objetivo de analizar los conceptos más relevantes de cada una de las publicaciones e identificar aquellos temas que aparecían de manera recurrente.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos en el contenido de los artículos se han establecido 4 categorías de análisis que se desarrollan en el apartado siguiente.

En la Tabla 2 se muestra la estrategia de búsqueda y los artículos seleccionados.

**Tabla 2. Búsqueda bibliográfica y artículos seleccionados para la revisión**

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>LÍMITES</b>	<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>ARTICULOS RECUPERADOS</b>	<b>ARTICULOS SELECCIONADOS</b>
PUBMED	Resumen disponible. Últimos 5 años. Humanos y sexo femenino. Idioma: inglés, español y portugués	Mastectomy AND Sexuality NOT breast neoplasm, male	14	5
		Mastectomy AND Sexual partners	4	2
		Mastectomy AND Self concept/psychology	18	2
		Mastectom* AND Sexual activit*	8	2
PsycINFO	Año 2011-2016	Mactectomy AND Sexuality	4	1
Scielo España	Sin límites	Mastectomía AND Sexualidad NOT profiláctica	1	1
Dialnet	Sin límites	Mastectomía y sexualidad	3	2
		Mastectomía y relaciones de pareja	2	0
		Mastectomía e imagen corporal e impacto psicosocial	1	1
		Cáncer de mama y ajuste sexual e imagen corporal	1	1
Cochrane Library	Año 2011-2016	Mastectomy AND Sexuality	7	0
Cuiden	Año 2011-2016	Mastectomía AND sexualidad	4	2
		Mastectomía AND relaciones de pareja	0	

		Mastectomía AND imagen corporal ANDsexualidad	1	0
CINAHL	Resumen disponible. Año 2011-2016. Exclusión Medline. Humanos, sexo femenino	Sexuality AND Mastectomy	1	0
Biblioteca Virtual de la Salud	Texto completo. Año 2012-2013-2014. Idioma inglés, español y portugués. Humanos y sexo femenino	Mastectomy AND Sexuality AND body image	14	0
Web Of Science WOS	Año 2011-2016. Idiomas: inglés y portugués. Áreas: oncology, biomedical social sciences, surgery, psychology, behavioral sciences, nursing, sociology, health care sciences services. Países: USA, Nerherlands, Sweden, Italy, Portugal, Brazil, Canada, England, Australia, France, Belgium, Austria.	Mastectomy AND Sexuality	31	3
Repositorio de la Universidad de Alicante RUA	Sin limites	Mujeres mastectomizadas AND autopercepción AND relaciones de pareja	1	1

*Fuente: Elaboración propia*

## 4. RESULTADOS

---

El número final de documentos seleccionados fue de 23, de los cuales 5 estaban escritos en español, 14 en inglés y 4 en portugués. Según su tipología, se incluyeron 5 revisiones narrativas, 12 investigaciones cualitativas y 6 investigaciones cuantitativas. Todos ellos abordan los distintos factores que influyen directa o indirectamente en la vivencia de la sexualidad de las mujeres mastectomizadas tras el diagnóstico de cáncer de mama y la afectación en su relación de pareja.

Sus principales características se detallan en la Tabla 3 incluida en el Anexo 2.

Sobre la base de los contenidos se han establecido las siguientes categorías de análisis:

- Alteración de la imagen corporal en la mastectomía y su relación con la vivencia de la sexualidad de las mujeres
- Afectación de la relación sexual de pareja en la mujer mastectomizada.
- Influencia de los diferentes tipos de cirugía mamaria en el funcionamiento sexual.
- Construcción de la mujer en la cultura occidental y su relación con la afectación de la sexualidad en el ámbito psicosocial.

Las diferentes categorías de análisis engloban conceptos que se relacionan entre sí, siendo a veces difícil establecer límites claros entre unas categorías y otras, por lo que, en ocasiones podrían solaparse.

### *Alteración de la imagen corporal en la mastectomía en relación con la vivencia de la sexualidad de las mujeres*

Según Freysteinson, Deutsch, Lewis, Sisk, Wuest y Cesario (37) en el estudio que analiza la reacción de las pacientes la primera vez que visualizan sus cuerpos delante de un espejo, la alteración de la imagen corporal es sentida por las mujeres desde el postoperatorio inmediato, surgiendo pensamientos, significados y sensaciones

en torno a su nueva imagen. Según sus resultados, algunas preocupaciones de estas mujeres versan sobre cómo aceptarán el nuevo pecho sus parejas y cómo podrán disimular, disfrazar u ocultar visualmente la pérdida. Otras mujeres, sin embargo, adoptan una nueva perspectiva más positiva sobre la vida, otorgando poca importancia a la alteración de su imagen y su efecto sobre los demás.

Casillas y Cervero (38), también observan en las mujeres mastectomizadas participantes en su trabajo, que se sienten diferentes y no se llegan a reconocer frente al espejo, por lo que les cuesta mirarse desnudas.

Según Caro, Segovia, Cuitiño y Hernández (39), de acuerdo al análisis de los discursos de 7 mujeres mastectomizadas, interpretaron que el proceso de enfermedad consta de 3 fases: la fase de supervivencia, cuya prioridad es la vida, pasando por una fase de negación hacia la pérdida del pecho, la fase de adaptación, que intenta normalizar la pérdida dando lugar a diversas emociones y retos, como enfrentarse a su desnudez en el espejo y la última fase, que se centra en la mirada hacia sí misma, reconociendo su cuerpo, adaptándose a su nueva imagen y considerándolo como objeto de límites.

En otro estudio, realizado por Vázquez-Ortiz, Antequera y Picabia (40) sobre ajuste sexual e imagen corporal con una muestra constituida por 60 mujeres mastectomizadas de diferentes hospitales de Sevilla (España), se observó que los efectos sobre la imagen corporal y los problemas para verse desnudas frente al espejo no disminuían transcurrido el primer año tras la cirugía en un porcentaje de mujeres entre el 30-37%, correspondiendo el porcentaje superior a las mujeres que llevaban más tiempo operadas. Además, las pacientes refirieron dificultades para usar determinadas prendas de vestir. El autoconcepto físico (atractivo físico y feminidad) de estas mujeres en relación con la sexualidad, se veía afectado en casi la mitad de los casos y el 40% de las mujeres participantes afirmaron que tras la mastectomía, se sintieron preocupadas con respecto a la reanudación de las relaciones sexuales.

En este trabajo y en los trabajos de Casillas y Cervero (38), Andrzejczak, Markocka-Mańczka y Lewandowski (41) y Blanco (42), se evidenció que mujeres mastectomizadas con una percepción negativa de su atractivo físico tenían problemas a la hora de desnudarse delante de ellas mismas y de sus parejas.

Los autores Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves (43), comparan estudios en los que las mujeres no perciben grandes cambios en su imagen corporal tras la mastectomía - aquellas que tienen una autoimagen positiva antes de la cirugía – con las mujeres que si perciben cambios en su imagen corporal, las cuales afrontan la mastectomía con sentimientos de pérdida de la feminidad y del atractivo físico, similar a lo que recogen los autores Cesnik y Dos Santos (44), Manganiello et al (45) y Casillas y Cervero (38) en este aspecto. Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves (43) concluyen finalmente en su estudio que un gran número de las mujeres que son sometidas a mastectomía, sufren cambios en la imagen corporal y la sexualidad y que la pérdida de una o de las dos mamas provoca un fuerte impacto emocional en las mujeres, siendo la mastectomía radical la percibida como más agresiva.

La falta de pezón aflora como una de las mayores preocupaciones en relación a la autoimagen y la sexualidad en el trabajo de Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves (43). En otro estudio, realizado por Didier et al (46), se exploran las motivaciones de las mujeres ante la decisión de mantener el pezón en la mastectomía y la decisión de la reconstrucción del mismo mediante tatuaje. Según sus autores, estas decisiones estuvieron mediadas por la influencia de la pareja, de los familiares y del profesional sanitario y las motivaciones de la propia paciente. Finalmente concluyeron que la autoimagen no sólo se encuentra determinada por el propio autoconcepto de la mujer, sino por el concepto que tienen los demás de ella, lo que influye en la autoestima y la autopercepción, y que las razones que llevaban a la toma de la decisión eran la disminución de la alteración que provoca la cirugía sobre la imagen corporal, la mejora de los resultados estéticos acontecidos por la pérdida de la mama y la mejora del impacto psicológico que ello conllevaba. Sin embargo, el estudio determinó igualmente que la conservación del pezón no actúa como efecto protector en los problemas sexuales de las mujeres con sus parejas, aunque favorezca los resultados estéticos.

Como recogen Moniz, Fernandes y Oliveira (47), el cuerpo es un elemento fundamental en las relaciones sociales y sexuales. Afirman que la adaptación a la nueva imagen de la mujer se disocia en las esferas de la autoimagen femenina, la imagen de la pareja hacia ella y la imagen que la mujer percibe que su compañero tiene de ella.

Andrzejczak, Markocka-Mańczka y Lewandowski (41) llevan a cabo una investigación con 60 mujeres mastectomizadas divididas en dos grupos de edad, de 34 a 49 años y de 50 a 65 años, con el objetivo de analizar las relaciones de pareja

postmastectomía en mujeres sin reconstrucción mamaria. En los resultados de su investigación, referidos al total de la muestra, el 31% de las mujeres refiere percibir deterioro en su atractivo físico tras la cirugía, un 31% refiere deterioro en su bienestar consigo misma y otro 30% refiere percibir el deterioro de su atractivo físico en la mirada de su pareja. En cuanto a la afectación de la imagen corporal, fue mayor en el grupo de mujeres de entre 50 y 65 años. En relación a la desnudez frente al espejo, también valorada en este estudio, sólo la mitad de las mujeres del grupo de 65 años indicó que les gustaba mirarse al espejo, en contraste con el grupo de mujeres jóvenes, donde el 70% de encuestadas no había respondido a esta pregunta del cuestionario.

Otros resultados pertinentes de este estudio indican que el 80% del grupo de mujeres jóvenes y el 58% del grupo de mujeres mayores, cubrían su cuerpo durante las relaciones íntimas con su pareja por razones estéticas. Este hecho también es recogido en los estudios de Casillas y Cervero (38) y Borghesan et al (48), dónde además se especifica que las mujeres permanecían con sujetador o camiseta durante las relaciones íntimas. Por otro lado, Casillas y Cervero (38) añaden que la mayoría de las parejas masculinas mostraban naturalidad en este aspecto, siendo las mujeres las que mostraban una actitud más evitativa.

Quintard, Constant, Lakdja y Labeyrie-Lagardère (49) analizan en su estudio la relación de la imagen corporal con el funcionamiento sexual pasados 3 meses de la intervención quirúrgica, comparando a las pacientes mastectomizadas que habían recibido tratamientos de belleza no invasivos ( manicura y pedicura, maquillaje, masaje corporal y facial) con aquellas que no los habían recibido. En sus conclusiones indican que estos tratamientos son percibidos como un recurso que inicia la adaptación a la enfermedad, además del apoyo de los recursos sociales (seres queridos y personal sanitario). Estos autores utilizan la escala “Sense of Coherence”, que mide cuestiones de comprensibilidad, manejabilidad y significado de la enfermedad, con el objetivo de explorar los conocimientos sobre la enfermedad. En sus conclusiones afirman que las estrategias destinadas a aumentar los recursos personales de las pacientes mediante el conocimiento y manejo de la enfermedad, pueden ser útiles para cambiar la percepción de las circunstancias y se relacionan de manera positiva con el funcionamiento sexual pasados más de 3 meses postcirugía.

En esta línea, Rincón, Pérez, Borda y Martín (50) describen una mejoría en la percepción de la imagen corporal y el disfrute del sexo en las mujeres mastectomizadas

de su estudio transcurrido un periodo de algo más de un año desde la cirugía. En contraposición, las percepciones negativas sobre la autoimagen, según determinan Fallbjörk, Rasmussen y Pär Salander (51), existen pasados dos años y se mantienen sin cambios, y además disminuyen los sentimientos de atractivo sexual y el confort durante la intimidad sexual. Otros autores, como Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves (43), añaden que este problema se puede alargar hasta 3 años, y Raggio, Butryn, Arigo, Mikorski y Palmer (52), adjudican una media de 7 años a la prevalencia de los problemas sexuales de la mujer mastectomizada.

El hecho de disimular la pérdida de la mama para disminuir el impacto de la alteración de imagen corporal mediante el uso de prótesis externas, fue analizado por Borghesan et al (48) en el estudio sobre las variables que afectan a la satisfacción de las mujeres mastectomizadas con prótesis mamarias externas. En sus conclusiones afirman que su uso ayudaba a mejorar la percepción de la imagen corporal de estas mujeres, pero sin modificar los sentimientos producidos por la pérdida de la mama y sin que variase su influencia sobre la sexualidad de la mujer y las relaciones sexuales con su pareja.

Según Raggio, Butryn, Arigo, Mikorski y Palmer (52), la mastectomía es uno de los predictores de disfunción sexual en las mujeres con cáncer de mama. En su estudio la muestra fue de 83 participantes, de las cuales la mitad eran mujeres mastectomizadas o con cirugía conservadora y al resto se les había practicado reconstrucción mamaria. La investigación llevada a cabo determinó que la mastectomía estaba relacionada con una mala percepción de la imagen corporal y que la alteración del cuerpo se percibía como una situación estresante, fluyendo sentimientos negativos en torno a los problemas sexuales y afectando a la satisfacción en las relaciones. Este trabajo es el único encontrado que valora, dentro de la sexualidad, la actividad de autoplacer o automasturbación en las mujeres. Este aspecto es medido mediante un cuestionario que registra los datos de actividad sexual en un periodo de 6 meses tras la cirugía.

Blanco (42) recoge en su trabajo que el orgasmo, en ocasiones, puede ser difícil de alcanzar, estando en relación con el nivel de adaptación de la mujer a su nueva imagen.

Los trabajos de Seara, Vieira y Pechorro (53), Blanco (42), Cesnik y Cervero (54) y Moniz, Fernandes y Oliveira (47), recogen que la alteración de la imagen

corporal y la afectación a la sexualidad debido a la mastectomía, se ve determinada por el apoyo de la pareja sexual y el juicio que ésta realiza hacia la situación y hacia la intervención quirúrgica de su pareja femenina, ocasionando una gran repercusión en la adaptación de la mujer e influyendo tanto en la autoimagen como en su sexualidad.

Finalmente, Blanco (42) menciona que algunas mujeres sin pareja estable, pero que sí mantenían relaciones sexuales, referían que el primer rechazo de la nueva imagen no había sido por parte del compañero sexual sino por parte de ellas mismas.

### *Afectación de la relación sexual de pareja en la mujer mastectomizada*

Los autores Andrzejczak, Markocka-Mańczka y Lewandowski (41), en su análisis sobre las relaciones de pareja postmastectomía en mujeres sin reconstrucción mamaria divididas en dos grupos etarios, mujeres jóvenes y mujeres mayores, encontraron que el deterioro en la satisfacción de la vida sexual fue referido por el 71% del total de muestra y que un 77% sintió un deterioro en la capacidad de obtener placer de la relación. Sin embargo, el grupo de mujeres jóvenes era el que refirió mayor satisfacción durante las relaciones sexuales con su pareja. Sorprendentemente, y en contraste con estos datos, un 67% de las mujeres refirieron que la mastectomía no había tenido un impacto significativo en sus relaciones de pareja.

Quintard, Constant, Lakdja y Labeyrie-Lagardère (49), evidenciaron que la mitad de las pacientes mastectomizadas no habían mantenido relaciones sexuales durante el último mes (tras 3 meses de intervención) y que un 42% no habían estado interesadas en el sexo. En este estudio también se determinó que un factor positivo de funcionamiento sexual era la edad de las pacientes, siendo las más jóvenes las que mejor funcionamiento referían, por lo que el funcionamiento sexual se relacionó con la imagen corporal más que con factores psicológicos.

En el trabajo de Raggio, Butryn, Arigo, Mikorski y Palmer (52) se valora, de forma similar a otros artículos, la función sexual mediante la escala Female Sexual Function Index (FSFI) (ver Anexo 3), que mide deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dispareunia. A diferencia de otros artículos, añaden además para el análisis la escala Female Sexual Distress Scale-revised (FSDS-R) (ver Anexo 3), que

valora los sentimientos negativos de angustia hacia los problemas sexuales. En el estudio se obtuvieron los resultados de que el 77% de las participantes (sometidas a mastectomía, tumorectomía y reconstrucción mamaria), tenían disfunción sexual según la escala FSFI. Mediante la escala FSDS-R se obtuvieron los datos de que el 51% de estas mujeres tenían sentimientos negativos hacia los problemas sexuales, estando el 28% sin pareja y el 60% casadas o con pareja estable. Por tanto, según esta última escala, existía una influencia del estado civil en el funcionamiento sexual de la mujer con su pareja, siendo las mujeres solteras las que presentaban niveles más bajos de estrés ante los problemas sexuales frente a las mujeres con pareja o casadas. Finalmente, el 52% de la muestra total -de las cuales el 43% pertenecían al grupo de casadas o con pareja- declararon no haber tenido actividad sexual desde hacía cuatro semanas y un cuarto de la muestra total afirmaron que la actividad sexual con su pareja no ocurría más de dos veces al mes.

Vázquez Ortiz, Antequera y Picabia (40) observan entre las pacientes mastectomizadas una disminución tras la cirugía de la frecuencia de los contactos íntimos con la pareja, del interés sexual, de la frecuencia en los encuentros sexuales y de la excitación mediante la estimulación del pecho, en comparación con mujeres sanas. Sin embargo, en esta comparación no había diferencia en la excitación sexual general ni, por ende, en la respuesta orgásmica final de las relaciones sexuales.

Por su parte, Fallbjörk, Rasmussen y Pär Salander (51) determinan de forma similar, en su estudio sobre los aspectos de la imagen corporal después de la mastectomía por cáncer de mama, que el interés sexual de las mujeres mastectomizadas disminuye en un 50%, habiendo una diferencia significativa en comparación con la población en general de la misma edad, que presenta porcentajes del 16% en cuanto a la disminución del interés en el ámbito sexual.

Los trabajos de Seara, Vieira y Pechorro (53), Blanco (42), Cesnik y Cervero (54) y Moniz, Fernandes y Oliveira (47), recogen que el apoyo por parte de la pareja provoca una gran repercusión en la adaptación sexual de la mujer, lo cual puede desembocar en inseguridad para enfrentarse a la vida sexual de nuevo tras la cirugía.

Como recogen Vázquez-Ortiz, Antequera y Picabia (40), un gran número de mujeres mastectomizadas refieren tener miedo al rechazo por parte de sus parejas debido al cambio en sus cuerpos tras la cirugía mamaria. Estas mujeres afirmaban haber

notado una disminución de su propio interés sexual y, además, la mayoría de las mujeres refieren no recibir caricias por parte de su pareja en la zona del pecho tras la operación, ni como forma de estimulación y excitación, ni como manifestación de afecto. Por ello, las mujeres creían que sus parejas valoraban negativamente su atractivo físico después de la mastectomía. La misma información es recogida por Casillas y Cervero (38), que afirman que las mujeres perciben una actitud de alejamiento por parte de sus parejas en torno al encuentro sexual, lo que les hace pensar que no aceptan su nueva imagen. Continuando la misma línea, Fallbjörk, Rasmussen, Karlsson y Salander (51) recogen la actitud de evitación por parte de la mujer de que su pareja masculina le mire o toque los pechos durante la intimidad sexual.

Este bucle situacional que analizan Vázquez-Ortiz, Antequera y Picabia (40), puede producirse por un problema de comunicación entre la pareja, cuando la mujer desea que le acaricien el pecho y el hombre, por miedo a disgustar a su pareja, no lo hace. En este mismo ámbito Casillas y Cervero (38), observan en uno de sus casos que es la pareja quién evita las relaciones y el contacto con la mujer. Por el contrario, Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves (43), difieren en cuanto a que las mujeres son las que no desean los contactos íntimos en relación a la zona del pecho y son ellas las que evitan que sus parejas les acaricien dicha zona. Sin embargo, Andrzejczak, Markocka-Maźzka y Lewandowski (41) concretaron en su estudio que sólo el 48% de las mujeres mastectomizadas refirieron disminución de su sensación de placer con las caricias y el 80% percibió que para sus parejas, acariciar esta zona era tan agradable como antes de la cirugía.

En este último trabajo se recoge, además, que las mujeres entre 50 y 65 años hablaron con su pareja con menos frecuencia (50-55%) aspectos relativos a su bienestar sexual en la relación. Sin embargo, las mujeres entre 34-49 años trataron más sobre estos temas con sus parejas (70%) (41).

Manganiello, Hoga, Reberte, Miranda y Rocha (45) recogen entre sus resultados que existe una falta de comunicación entre los deseos sexuales de las mujeres y los puntos de vista de sus parejas masculinas sobre la sexualidad femenina, la cual se encuentra centrada principalmente en el coito.

Caro, Segovia, Cuitiño y Hernández (39) determinan en su trabajo que tras la intervención quirúrgica mamaria, la relación de la pareja pasa a un plano de afectividad

y compañerismo, donde la resolución de conflictos se advirtió en las mujeres en dos actitudes diferentes: aquellas que manifestaban mayor expresión de sentimientos y abordaban los problemas mediante la comunicación abierta y aquellas que evitaban establecer una comunicación abierta con sus parejas, lo cual dificulta, según refieren los autores, no sólo la relación de intimidad con sus parejas si no también su relación con ellas mismas.

En el estudio de Aerts, Christiaens, Enzlin, Neven y Amant (55), destaca el resultado obtenido sobre la afectación de la calidad en la relación de pareja en base al bienestar psicológico de las mujeres sometidas a cirugía conservadora antes de la intervención y pasado un año de la cirugía, presentando este grupo una calidad más baja tras la intervención; sin embargo, en el grupo de las pacientes sometidas a mastectomía, no hay diferencias significativas en la calidad de la relación de pareja por motivos psicológicos en comparación con antes y después de la cirugía. La investigación concluye en este aspecto que el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama hace necesario un afrontamiento por parte de la pareja de la enfermedad, y que en esta situación se reevalúa la importancia de la otra persona en la propia vida.

En el trabajo de Cesnik y Cerver “Mastectomia e Sexualidade: uma revisão integrativa” (54), la ausencia de pareja estable parece relacionarse con un mayor bienestar sexual en comparación con las mujeres con pareja estable. Sin embargo, la capacidad de afrontamiento de los problemas por parte de las parejas, la comunicación y la relación de afecto y cariño que haya entre ellas es un indicador de mejor ajuste sexual. Este aspecto también es recogido en los trabajos de Seara, Vieira y Pechorro (53), Vázquez-Ortiz, Antequera y Picabia (40) y Andrzejczak, Markocka-Mańczka y Lewandowski (41). No obstante, las mujeres que no tienen pareja pueden sentir miedo a ser rechazadas y reparo a la hora de iniciar una nueva relación, sintiendo además disminuida su capacidad de dar afecto, como recogen Borghesan et al (48) en su investigación.

Para Cesnik y Cervero (54), la iniciativa de la pareja para retomar los encuentros sexuales es valorada por la mujer de forma positiva, ya que, al igual que en otros estudios, la mujer siente disminuido su interés sexual, siendo su motivación escasa a la hora de involucrarse en la relación sexual, como se referencia en el trabajo de Vázquez-Ortiz, Antequera y Picabia (40).

Finalmente, hay que señalar que algunos trabajos, como el de Casillas y Cervero (38) y el de Blanco (42), especifican que, en función de la relación de pareja que existiera antes de la enfermedad, algunas parejas con una base inestable pueden acabar rompiendo la relación.

La terapia sexual en pareja, iniciada en el postoperatorio inmediato, es relacionada con mejoras significativas en cuanto a bienestar psicosocial, autoimagen positiva, iniciativa y satisfacción sexual en relación con la capacidad de lograr el orgasmo, según recogen en su trabajo Moniz, Fernandes y Oliveira (47).

En la misma línea, Manganiello, Hoga, Reberte, Miranda y Rocha (45), recogen en su estudio que las parejas jóvenes que reciben rehabilitación en el ámbito sexual encuentran mayor bienestar en la relación de pareja, lo que contribuye a unas mejores percepciones en relación a la imagen corporal.

### ***Influencia de los diferentes tipos de cirugía mamaria en la vivencia de la sexualidad***

Casillas y Cervero (38), confirman en su investigación que la alteración de la imagen corporal de la mujer mastectomizada influye en su sexualidad y en su relación de pareja, dependiendo del tipo de cirugía a la que se ha sometido la mujer.

Como recoge la revisión de Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves (43), las mujeres que son sometidas a cirugía conservadora tienen un proceso de adaptación mejor, son sexualmente más activas y las repercusiones sobre la alteración de la imagen corporal son menores que en el caso de las mujeres sometidas a mastectomía. En ocasiones, aunque las mujeres sometidas a cirugía conservadora tengan sentimientos negativos, como no sentir su pecho como parte de ellas, esto no repercute necesariamente sobre su funcionamiento sexual. Este trabajo concluye que la cirugía conservadora puede ser capaz de mitigar los efectos que sobre la imagen corporal y la sexualidad de la mujer provoca una mastectomía radical.

Como reflejan en su estudio Raggio, Butryn, Arigo, Mikorski y Palmer (52), la mastectomía, frente a la cirugía conservadora, se relacionó con una peor percepción de la imagen corporal (54% y 46% respectivamente) y con peores sentimientos negativos

hacia los problemas sexuales, presentando puntuaciones más bajas en las escalas de medición del funcionamiento sexual y siendo los problemas más predominantes la dispareunia y la insatisfacción sexual.

En el trabajo de Cesnik y Dos Santos (54) se recoge que las mujeres sometidas a cirugía conservadora presentan menos cambios en relación con la frecuencia de las relaciones sexuales que aquellas sometidas a cirugías más extensas e invasivas. Igualmente recoge que las mujeres sometidas a mastectomía presentan cambios en torno a su sexualidad femenina, evidenciado por las molestias físicas y la dificultad en la reanudación de las relaciones sexuales.

Los autores Aerts, Christiaens, Enzlin, Neven y Amant (55), en su investigación sobre el ajuste sexual de las pacientes sometidas a mastectomía o cirugía conservadora pasado un año de la misma, analizan dos muestras de pacientes, 68 mujeres mastectomizadas y 81 mujeres sometidas a cirugía conservadora; ambos grupos son comparados entre sí y con un grupo control compuesto por 149 mujeres sanas. Los resultados del trabajo muestran que las pacientes sometidas a cirugía conservadora refieren problemas de excitación sexual pasados 6 meses tras la cirugía y las pacientes sometidas a mastectomía presentan mayor número de problemas sexuales, incluido el deseo sexual, la excitación y la capacidad para lograr el orgasmo y disminución de su intensidad, pasado 6 meses y un año tras la cirugía. No hubo diferencias significativas en cuanto a la imagen corporal en la comparación entre mujeres sometidas a cirugía conservadora y las mujeres sanas pero, sin embargo, si hubo diferencia entre las mujeres mastectomizadas y las sanas en este aspecto. Estos autores concluyen que el funcionamiento sexual de las mujeres es afectado de forma diferente en función del tipo de cirugía mamaria a la que ha sido sometida la mujer con cáncer de mama, siendo mayor la repercusión de estos problemas en las mujeres sometidas a mastectomía que en las mujeres sometidas a cirugía conservadora.

Como recoge Blanco (42) en su revisión, los análisis comparativos de varios trabajos sobre los diferentes tipos de cirugías exponen que el tipo de la misma influye en la renuncia o disminución de las relaciones sexuales por parte de la mujer, ya que incluso pasado un periodo de tiempo tras la reconstrucción, algunas mujeres continúan evitando ser tocadas o acariciadas por su pareja sexual. Por otro lado, en este mismo trabajo se analiza otra categoría en la que la mujer mastectomizada no da importancia a la reconstrucción, se siente bien con ella misma y con la relación con su pareja.

En el estudio de Manganiello, Hoga, Reberte, Miranda y Rocha (45) se determina que las mujeres mastectomizadas y sexualmente activas presentaban un funcionamiento sexual calificado entre desfavorable o regular según la escala “Sexual Quotient – Female Version” (SQ-F). Las mujeres con reconstrucción mamaria postmastectomía presentan mayor satisfacción y funcionamiento sexual que las mujeres sin reconstrucción. Este estudio indica que, en general, la sexualidad de las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica de mastectomía se ve significativamente afectada y esta afectación es mayor en aquellas mujeres con menor nivel educativo, con parejas mayores y sin reconstrucción mamaria.

El trabajo de Rincón, Pérez, Borda y Martín (50) determina que en el caso de las pacientes reconstruidas en relación a las mastectomizadas, aunque presentan mayor satisfacción estética y mayor autoestima, no se observan diferencias significativas en relación al funcionamiento sexual y el disfrute del sexo, que en ambos grupos mejoraba con el paso del tiempo tras la cirugía. Sin embargo, las pacientes con mastectomía simple si mostraron un mejor nivel de funcionamiento sexual que las mujeres con mastectomía radical modificada; los autores atribuyen este hecho a la sintomatología secundaria en el brazo (linfedema, dolor, problemas de movilidad) que causa la extirpación de ganglios llevada a cabo en todos los casos de mastectomía radical modificada. Esta incomodidad podría explicar el menor apetito y funcionamiento sexual de las mujeres. Destaca la observación de que la mayoría de mujeres que eligen reconstrucción tienen pareja estable y, además, tienen influencia en su decisión los factores sociales y culturales que rodean a la mujer.

El trabajo de Caro, Segovia, Cuitiño y Hernández (39) determina que la reconstrucción mamaria es para algunas mujeres la puerta a la recuperación de la estética y la disminución de los sentimientos negativos por la pérdida de la mama, aunque, por otro lado, las mujeres que ya han vivido la reconstrucción mamaria refieren que en ellas permanece un vacío y que el nuevo pecho siempre será ajeno y nunca podrá reemplazar al antiguo, dando lugar a nuevos significados en torno al pecho reconstruido.

Neto et al (56), en su trabajo sobre la sexualidad tras la reconstrucción mamaria, analizan una muestra de 17 mujeres sometidas únicamente a mastectomía y 19 mujeres con reconstrucción mamaria postmastectomía. Estos autores coinciden con el trabajo analizado anteriormente en que las mujeres con reconstrucción mamaria presentan mejor funcionamiento sexual, como posible resultado de una mayor autoestima en

relación con una mejor autoimagen corporal. Los resultados estéticos tras la reconstrucción fueron valorados positivamente por el total de las 19 mujeres reconstruidas estudiadas. No hubo diferencias significativas en este estudio en el ámbito de la sexualidad entre los grupos de mujeres, con sólo mastectomía y con reconstrucción de la mama, en el tiempo que había pasado tras la cirugía, ni en la edad de las mujeres o el estado civil.

Sin embargo el estudio de Borghesan et al (48), que analiza la satisfacción con las prótesis mamarias externas en mujeres de edades comprendidas entre 27 y 75 años sometidas a la intervención de mastectomía sin reconstrucción, determina que hay una tendencia por parte de las mujeres jóvenes a someterse a la reconstrucción mamaria. El estudio de Fallbjörk, Rasmussen, Karlsson y Salander (51) coincide con la tendencia encontrada en las mujeres hacia la reconstrucción mamaria.

Este último trabajo, que compara mujeres mastectomizadas sin reconstrucción mamaria y mujeres que si habían tenido reconstrucción, encuentra que no hay diferencias en el interés y la actividad sexual entre ellas, aunque si aparecen diferencias en cuanto a la menor percepción de atractivo sexual y menor intimidad sexual en el grupo de mujeres mastectomizadas sin reconstrucción, confirmando la hipótesis que planteaba el trabajo inicialmente, donde los sentimientos de incomodidad durante la intimidad sexual, pronuncia aún más la pérdida del atractivo físico de las mujeres mastectomizadas (51). Y es que en el ámbito de la intimidad sexual de las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción, continúan existiendo sentimientos negativos en relación a su ser sexuado que provocan malestar en esta situación. En esta misma línea y como analizan Borghesan et al (48) en su estudio, las prótesis mamarias externas palian la imagen exterior, pero los sentimientos negativos hacia la propia imagen y la sensación de pérdida del pecho no desaparecen.

Kedde, Van de Wiel, Weijmar y Wijzen (57) en su investigación utilizan algunos ítems de la escala “The Consumer Quality Index” (CQI), mediante los cuales valoran características de los tratamientos, entre ellos los diferentes tipos de cirugía mamaria en el cáncer de mama, y la perspectiva de salud de las pacientes que son sometidas a estos tratamientos. Concluyen que la mastectomía radical causa a largo plazo desordenes en relación al orgasmo en las mujeres, en comparación con otros tipos de cirugía como la conservadora o la reconstrucción mamaria, en las que no se aprecia la existencia de la disfunción sexual. Por tanto, el tipo de cirugía y su magnitud no interfiere con la

morbilidad sexual que pueda sufrir la mujer, sino que las diferencias que pueden acontecer están relacionadas con otros factores, como los tratamientos quimioterápicos y radioterápicos y los cambios físicos, psicológicos y sociales.

Sin embargo, el trabajo de Moniz, Fernandes y Oliveira (47) recoge que el tipo de cirugía repercute en la percepción de la imagen corporal y con ello en la sexualidad, teniendo relevancia la magnitud de la cirugía, presentando así mayor satisfacción las mujeres sometidas a cirugía conservadora o reconstrucción mamaria que las más mujeres con sólo mastectomía.

En el trabajo de Metcalfe et al (58) participan 190 mujeres sometidas a cirugía mamaria divididas en 3 grupos: mastectomía sola, con reconstrucción diferida y con reconstrucción inmediata. En el estudio recogen que las mujeres mastectomizadas con reconstrucción diferida tienen niveles más altos de estigmatización y preocupaciones en relación a su imagen corporal que las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción o con reconstrucción inmediata. Y al igual que Kedde, Van de Wiel, Weijmar y Wijzen (57), recogen que otros tratamientos para el cáncer de mama tienen mayor repercusión en la calidad de vida, incluyendo la esfera sexual, que la cirugía mamaria por sí sola, independientemente de la magnitud de la misma. Concluyen finalmente que pasado un año de la intervención quirúrgica de cáncer de mama, no hay cambios significativos en el funcionamiento psicosocial, donde se engloba la calidad de vida, el funcionamiento sexual, la angustia relacionada con el cáncer, la imagen corporal, la depresión y la ansiedad, tanto en las mujeres con mastectomía sola, como en las que presentan mastectomía con reconstrucción inmediata o reconstrucción diferida.

### ***Construcción de la mujer en la cultura occidental y su relación con la afectación de la sexualidad en el ámbito psicosocial***

Los autores Rincón, Pérez, Borda y Martín (50) recogen que la percepción de menor alteración de la imagen corporal de las mujeres que han sido sometidas a reconstrucción mamaria, podría estar determinada por el significado atribuido a la mama y al proceso de reconstrucción, en función de los factores sociales y culturales en los que las mujeres se encuentren sumergidas.

Como recoge el trabajo de Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves(43), una cirugía conservadora tiene menos efectos negativos sobre la imagen corporal de la mujer, lo que conduce a un mejor ajuste psicológico y social, repercutiendo en una mejora en su trabajo, ocio y actividades diarias. Una peor percepción de la autoimagen está determinada un gran número de veces por procesos de ansiedad, depresión y dolor en las pacientes con cáncer de mama.

Seara, Vieira y Pechorro (53) determinan del mismo modo en su trabajo que la depresión se relaciona con una peor autoimagen corporal, lo cual repercute en la función sexual.

En el trabajo de Metcalfe et al (58), los autores observan que existe afectación a nivel del funcionamiento psicosocial tras la intervención quirúrgica por cáncer de mama, aunque no hay diferencias en esta afectación según el tipo de cirugía. Por otro lado, determinan que existen niveles de ansiedad y depresión en las mujeres tanto mastectomizadas, como mastectomizadas con reconstrucción mamaria inmediata y mastectomizadas con reconstrucción mamaria diferida, antes y después de la cirugía.

Raggio, Butryn, Arigo y Palmer (52), establecen que la depresión y la calidad de vida en el momento del diagnóstico presentan una correlación débil con la morbilidad sexual. La depresión sería sólo significativa en relación con el distrés sexual y la calidad de vida física sólo en la satisfacción con la imagen corporal. El estado general podría no ser un buen predictor de riesgo de problemas sexuales y se deberían tener en cuenta los efectos de la enfermedad sobre la sexualidad, aunque la paciente no presente síntomas psicológicos de malestar o depresión, ya que también la insatisfacción con la imagen corporal por sí sola, tiene efectos sobre la calidad de vida y los problemas sexuales.

En su estudio, Quintard, Constant, Ladkja y Labeyrie-Lagardère (49) obtienen el resultado de que el factor ansiedad no tuvo efecto sobre el funcionamiento sexual, en comparación con otros estudios analizados por los autores, en los cuales determinaban que la ansiedad estaba relacionada con la frecuencia de los encuentros sexuales y la satisfacción sexual.

Freysteinson, Deutsch, Lewis, Sisk, Wuest y Cesario(37) recogen en su trabajo que los significados que las mujeres mastectomizadas atribuían a su nueva imagen en el momento de visualizarse frente al espejo, estuvieron determinados en unos casos por cuestiones médicas y en otros por cuestiones teológicas y sociales.

En el trabajo de Aerts, Christiaens, Enzlin, Neven y Amant (55), se determinó que no había diferencias significativas entre el grupo de mujeres mastectomizadas y el grupo control de mujeres sanas en cuanto a depresión y bienestar psicológico, lo cual fue analizado como una respuesta adaptativa, mediante ajustes de los valores internos que marcan la calidad de vida de estas mujeres, otorgando mayor valor a los problemas existenciales que a los problemas ocasionados por la cirugía.

La experiencia de la sexualidad está influenciada por el ámbito social y cultural, y se trata de una experiencia única e individual como analizan Cesnik, Vieira, Giami, Almeida, Santos y Dos Santos (59). En su trabajo tomaron una muestra de 10 mujeres sometidas a mastectomía y tumorectomía. Los resultados de este estudio se clasificaron en dos categorías analíticas, una el impacto negativo del cáncer de mama en la vida sexual y otro el impacto positivo. El impacto negativo estuvo relacionado con ideas de proximidad a la muerte, alteraciones corporales y repercusión en la apariencia física debida a los tratamientos, lo que provocó niveles elevados de ansiedad en las pacientes. Llama la atención uno de los impactos negativos sobre la vida sexual de dos de las participantes, las cuales tenían la creencia de que el cáncer podría ser transmitido en las relaciones sexuales; estas creencias, fruto del desconocimiento y la influencia del contexto sociocultural en el que se encuentran sumergidas estas mujeres, perpetúa el estigma que existe alrededor de la enfermedad y de la paciente. En cuanto al impacto positivo de la enfermedad en la vida sexual, estuvo relacionado, según apuntaron algunas mujeres, con nuevas vías de expresar su sexualidad, guiado por la revalorización de la vida tras la percepción de proximidad de la muerte y la valorización del cuidado de la apariencia física, refiriendo una mejora en las vivencias de su sexualidad. Finalmente, concluyen que la vivencia de la sexualidad es única en cada mujer y que se encuentra mediada por factores como los eventos vitales, la relación de las mujeres consigo mismas, la percepción de su existencia y la vivencia de su sexualidad y su relación de pareja.

Del mismo modo, Cesnik y Dos Santos (54) recogen que algunas mujeres, a pesar de la vivencia de la resección mamaria, refirieron que su vida sexual había mejorado, ya que el proceso de enfermedad había hecho que valorasen más sus vidas, encontrando nuevos modos de expresar su propia sexualidad. De este modo, se evidencia que la sexualidad es vivida de manera particular por cada mujer, lo que es recogido igualmente por Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves(43).

Estos últimos autores, determinan que la alteración que provoca la cirugía tipo mastectomía a nivel físico, afecta a órganos considerados en la sociedad occidental símbolos de feminidad, lo que repercute en el desempeño del rol de la mujer en la sociedad, provocando en ocasiones la percepción de una realidad dolorosa en la mujer si no se reconoce en su nueva imagen corporal y si este hecho influye en su identidad de mujer (43).

En esta misma línea, los autores Didier et al (46), que analizan la relevancia de la conservación del pezón tras la intervención quirúrgica por cáncer de mama, observan en su trabajo que algunas mujeres hicieron referencia a la importancia que la conservación del pezón les suponía en torno a su sexualidad y feminidad, refiriéndose a este elemento del cuerpo como una parte de ellas mismas que las define como mujer. Muchas mujeres también refirieron que el pezón era imprescindible para vivir una vida sexual “*decente*” y señalaron la importancia de mantener la sensibilidad de esta parte de la mama en relación al placer.

Los autores Vázquez-Ortiz, Antequera y Picabia (40), concluyen en su estudio que los cambios que experimentan las pacientes sometidas a mastectomía, son negativos debido a la importancia que tienen los atributos físicos en los patrones de belleza femeninos establecidos en la sociedad.

En esta misma línea, Caro, Segovia, Cuitiño y Hernández (39), analizaron los discursos inscritos en el cuerpo sobre las implicaciones de la mastectomía en las mujeres chilenas. Para ello, determinaron tres ejes: “ser mujer”, “sentidos y significados del cuerpo y el pecho” e “implicaciones en la afectividad y la sexualidad”. El ser mujer, reflejado en las entrevistas en la autoimagen corporal, abarcó tanto la influencia en la esfera reproductiva (mujer/madre), marcada por la entrega a otros, como en la esfera de la estética corporal, acentuando en el aspecto de la seducción y la feminidad, todo ello sujeto al orden sociocultural establecido y marcado por el género. En este eje se observó que la pérdida del pecho provocaba actitudes de desvalorización de la mujer hacia sí misma y para compensar el vacío de “ser mujer” aparecía el “ser para otros”, aunque fue relevante considerar la edad de las participantes, ya que las más mayores otorgaron menor importancia al cambio de imagen corporal que a la salud, lo cual estaría en relación con los estereotipos tradicionales del deterioro estético de la vejez y en contraposición las mujeres jóvenes otorgaron gran relevancia al cuerpo, determinado por los estereotipos de belleza, feminidad, seducción y sexualidad activa.

Dentro del eje de los sentidos y significados del cuerpo, se observó que la pérdida de la mama determinaba la pérdida del concepto de mujer y la pérdida de la condición femenina.

En el último eje sobre la afectividad y la sexualidad, la entrega al otro en modo compensatorio se analiza como una desvalorización que hace la mujer de sí misma. En este análisis se recoge que el acto sexual se convierte en obligación y no en deseo, ya que las mujeres refieren no sentirse deseadas por la mirada de su pareja masculina, y con esta afectación de la sexualidad y en relación con el primer eje de “ser para otros” aparece la afectividad, la importancia del vínculo con la pareja, el cariño y el apoyo como compañeros.

Este trabajo concluye finalmente con que las mujeres mastectomizadas presentan dificultades en la adaptación psicosocial tras la cirugía. Por un lado, debido a la necesidad de seguir los estereotipos de estética y belleza dominantes de la sociedad, en los cuales no entra su nueva imagen, y por otro, debido a la afectación en su relación con la pareja ya que, en concordancia con el modelo hegemónico establecido en la sociedad, algunas mujeres sustituyen la esfera sexual, seductora y erótica, por la esfera de la afectividad (39).

Manganiello, Hoga, Reberte, Miranda y Rocha (45) proponen incorporar soporte específico con base cultural en el cuidado oncológico para mejorar el ajuste a las necesidades de cada paciente, ya que las manifestaciones de la disfunción sexual en las mujeres mastectomizadas difieren en relación al contexto cultural en el que se encuentren inmersas.

Finalmente, algunos trabajos, como los de Paiva, Dantas, Silva, China y Gonçalves (43), Cesnik y Dos Santos (54), Kedde, Van de Wiel, Weijmar y Wijzen (57) o Cesnik, Vieira, Giarni, Almeida, Santos y Dos Santos (59), resaltan la dificultad que supone, tanto para los profesionales sanitarios como para las pacientes, tratar temas en relación a la afectación de la sexualidad y los problemas sexuales que viven estas mujeres, por la asignación como tema tabú que establece la sociedad en torno a este tema y la sensación incómoda que puede suponer abordarlo.

## 5. CONCLUSIONES

---

Como se ha puesto en evidencia en el análisis de los diferentes estudios que forman el cuerpo del trabajo, la mastectomía afecta a la expresión de la sexualidad y al funcionamiento sexual de la mujer y de la pareja.

Las mujeres que han sido sometidas a reconstrucción mamaria e incluso aquellas a las que se les ha practicado cirugía conservadora, pueden percibir su nuevo pecho como ajeno al propio cuerpo. Además se ha determinado que la conservación del pezón también es relevante en cuanto a imagen corporal y funcionamiento sexual. Por tanto, la cirugía mamaria independientemente del tipo de intervención, afecta a la sexualidad de la mujer, aunque la cirugía tipo mastectomía es la que mayores problemas supone.

La actitud de la mujer mastectomizada influye en la vivencia de esta situación, ya que muchas mujeres pueden tener un sentimiento de rechazo hacia ellas mismas, sobre todo aquellas que basan su autoconcepto en el físico, encontrando problemas incluso en la vestimenta y el uso determinadas prendas (camisas con escote, ceñidas, bañador...). En estos casos, la nueva imagen supone una adaptación difícil y repercute en la percepción de su identidad como mujer y como ser sexuado debido a la pérdida del pecho.

En contraposición, otras mujeres viven la experiencia de la enfermedad y de la cirugía como un punto de inflexión en sus vidas hacia un cambio positivo, encontrando en esta vivencia una nueva forma de manifestar su sexualidad, y han cambiado su forma de priorizar los problemas, ya que han dado mayor importancia a la supervivencia, a la vida, que a la pérdida del pecho. Esta actitud se ha relacionado mayoritariamente con mujeres de edad más avanzada, mientras que en las mujeres más jóvenes pueden tener una visión más negativa en relación a la sexualidad.

También se puede ver afectada la construcción social de la mujer, ya que los efectos negativos sobre la imagen corporal influyen en una peor autoestima y pueden conducir a problemas de ansiedad y depresión, lo que determina las relaciones sociales de la mujer con su entorno y afecta a las relaciones sexuales y la satisfacción sexual.

La mujer puede percibir su cuerpo alterado como objeto de mirada, de la suya y la de los demás. En la cultura occidental el pecho es símbolo de identidad femenina y la

importancia que otorga el contexto social a los órganos reproductivos externos en los patrones de belleza y feminidad puede provocar, en las pacientes sometidas a mastectomía, un desempeño ineficaz de su rol como mujer, al desviarse de la norma establecida, sintiéndose señaladas por la sociedad.

Por otro lado, los significados de seducción y erotismo atribuidos a las mamas, marcados por el orden sociocultural y el género, se ven también afectados, y es por esto que la mastectomía repercute en la sexualidad de la mujer y con ello en el funcionamiento y la relación sexual con su pareja. Quizá su máxima expresión se encuentre en la negativa hacia las relaciones sexuales, que puede ser causada por el propio rechazo que la mujer siente hacia sí misma y por el miedo a ser rechazada por su pareja. En otras ocasiones, debido al proceso de enfermedad y los efectos adversos de los tratamientos sistémicos y adyuvantes a la cirugía, como fatiga, dolor, sequedad de piel y mucosas, náuseas, dolor articular, problemas en la movilización del brazo afectado por linfadenectomía, etc., la mujer puede sentir su deseo sexual mermado. Igualmente, pueden aparecer conductas de evitación y sentimientos de rechazo al descubrir el propio cuerpo frente al espejo ya desde el momento del postoperatorio inmediato y dificultades para mostrar el cuerpo desnudo delante de sus parejas, e incluso muchas mujeres manifestaron usar sujetadores o camisetas para tapar su torso en el momento del coito. Estas pacientes pueden llegar a evitar posiciones durante la relación sexual en las que exista una mayor visualización de las mamas.

En este contexto, la satisfacción de la vida sexual se altera al no lograr un ajuste sexual y, en muchos casos, disminuye el número de encuentros sexuales y la capacidad para alcanzar el orgasmo. El tiempo mínimo encontrado de reanudación de las relaciones sexuales es de 3 meses postcirugía. Sin embargo, los problemas en torno al funcionamiento sexual que implican al deseo, a la excitación y a la capacidad para lograr el orgasmo y a su intensidad, se han podido detectar hasta más de 7 años tras la intervención quirúrgica.

La percepción por parte de la pareja de la imagen corporal de la mujer tras la mastectomía puede no ser como la mujer se imagina o como ella la percibe. Según refieren algunos autores como Salles, Cecilio, Pereira y Maia (60), la pareja sexual masculina puede experimentar sentimientos negativos o, por el contrario, de empatía en relación con la situación que vive la mujer en su proceso de enfermedad y en el

momento concreto del post-operatorio tras la pérdida de la mama, percibiéndose cambios en la relación sexual y afectiva entre ambos miembros de la pareja.

En algunos casos, la pareja masculina ha sido considerada como un apoyo importante para la paciente ante la situación de impacto y necesidad de cariño y acompañamiento que tiene, y el compañero ha otorgado mayor relevancia a la curación de la enfermedad que a la alteración de la imagen corporal que conlleva el tratamiento.

Sin embargo, en otras ocasiones se han evidenciado cambios en el comportamiento de la pareja masculina con respecto a antes de la cirugía, afectando a la relación sexual con su pareja, lo que puede manifestarse con una reducción del contacto y las caricias a los pechos de la mujer o reparos a tocar la cicatriz, llegando, en algunos casos, a la evitación de los encuentros sexuales.

Por otra parte, en parejas con corta temporalidad de evolución en la relación o con problemas anteriores a la intervención, han aparecido con más frecuencia repercusiones en el ámbito sexual, debido a la falta de complicidad y confianza, pudiéndose llegar a un final de ruptura.

En todos los trabajos analizados, la comunicación entre los miembros de la pareja se ha considerado fundamental para una mejor reanudación de la vida sexual de las mujeres.

En los casos de mujeres sin pareja, se ha detectado una menor afectación en el ámbito sexual en comparación con las mujeres casadas o con pareja estable. Sin embargo, igualmente se ha visto afectada su sexualidad y su autoimagen, lo que puede dar lugar a sentimientos negativos a la hora de conocer a un compañero sexual, debido a la influencia de la sociedad en la determinación del modo de relacionarse entre hombres y mujeres y las normas establecidas de atracción física.

Aunque se observan algunos factores comunes entre las mujeres, la vivencia de la sexualidad es realmente personal y única, por lo que es difícil generalizar en relación a los comportamientos y experiencias. Es también por esta razón por la que los estudios meramente cuantitativos pueden ser insuficientes para aprehender las múltiples realidades que aparecerán en la atención a las mujeres mastectomizadas y sus parejas.

Centrándonos en los cuidados enfermeros, la cirugía mamaria tipo mastectomía provoca alteraciones en varias esferas: la biológica, la psicológica y la social, lo que

puede dar lugar a diferentes diagnósticos de enfermería, como son trastorno de la imagen corporal, baja autoestima situacional, ansiedad, relación ineficaz, patrón sexual ineficaz y disfunción sexual (61).

Desde su posición privilegiada, el personal enfermero puede contribuir a detectar y valorar la situación que está viviendo la mujer o la pareja y pueden ayudar, en colaboración con otros expertos, como psicólogos y sexólogos, en el proceso de adaptación psicológica al cambio corporal que ha sufrido y a determinar los pensamientos, sentimientos, percepciones y subjetividades que pueden influir en el estado de salud de la paciente, así como la actitud con la que se afronta el diagnóstico de cáncer de mama y el tratamiento quirúrgico, lo que indudablemente influirá en el bienestar de la mujer consigo misma y redundará en una mejora en la esfera de la sexualidad, ya que tanto la salud en general como la salud sexual en particular suponen un bienestar físico, mental y social, como ya se consideró en la introducción (31). Por tanto, se ratifica la idea de que el mantenimiento de las adecuadas relaciones sexuales debe considerarse como una necesidad básica y como un elemento de salud, y que si éstas se interrumpen o no son satisfactorias, existirá una pérdida de bienestar.

El personal de enfermería, en su trabajo tan cercano con la paciente, debe ayudar a prevenir estos problemas mediante intervención previa a la mastectomía, conociendo la subjetividad de la mujer ante el diagnóstico y la cirugía y estableciendo las pautas para el afrontamiento adecuado en los problemas que puedan ir apareciendo durante el proceso de enfermedad. El objetivo sería, por tanto, detectar precozmente los problemas y ayudar a resolverlos porque, como hemos visto, las repercusiones sobre la sexualidad tienden a cronificarse.

La sexualidad y las relaciones sexuales pueden ser consideradas un ámbito difícil de abordar tanto por los y las profesionales como por las personas usuarias, ya que nuestra sociedad las considera todavía un tema tabú o perteneciente a la intimidad. Si tenemos en cuenta que todas las personas implicadas, técnicos y pacientes, se encuentran inmersos en el mismo contexto sociocultural, parece necesario generar una ruptura de las barreras culturales que puedan impedir el acercamiento a aspectos tan relevantes de la experiencia subjetiva y su adecuado abordaje.

Por otro lado, es fundamental una relación terapéutica y de confianza con la paciente para facilitar y dejar fluir la expresión de sentimientos e intimidades de la

mujer y la pareja, realizando escucha activa de la vivencia de la enfermedad, del tratamiento y de las consecuencias que puedan estar influyendo en su día a día, tanto consigo misma como con los demás. Tras haber establecido una base de confianza, es el profesional enfermero el que debe de tomar la iniciativa de animar a la paciente a manifestar los posibles problemas en torno a su sexualidad. Es importante destacar que la observación y la valoración inicial de la paciente es imprescindible para conocer la posible reacción en esta área, orientándonos en la forma de abordarlo.

Siguiendo a Vázquez-Ortiz, Antequera y Picabia (40), se pueden establecer unos objetivos terapéuticos orientados a mejorar la percepción del atractivo físico y los sentimientos en relación a la desnudez, a lograr una adaptación al nuevo pecho y la cicatriz, ayudando a recuperar la intimidad sexual y a fomentar la comunicación entre los miembros de la pareja.

En general, incluir a la pareja a la hora de abordar los cuidados en el ámbito de las relaciones sexuales, mejora la comprensión de la relación entre ambos miembros y facilita la expresión de sentimientos y dudas con respecto a las dificultades y problemas, aunque siempre hay que tener en consideración la opinión de la mujer ante esta propuesta.

No obstante, se debería tener siempre en cuenta el momento y las condiciones en las que se encuentran la mujer o la pareja para afrontar el abordaje sobre la reanudación de las relaciones sexuales, ya que el momento idóneo y las circunstancias de la relación son diferentes en cada persona.

Por otro lado, y en relación a la influencia de la cultura en los profesionales de enfermería, como recogen Vieira, Ford, Dos Santos, Junqueira y Giami (62), no todas las enfermeras entienden la sexualidad de la misma forma; algunas de ellas lo asocian únicamente con el coito y los órganos sexuales, otras lo relacionan con la juventud y la reproducción, otras con el amor, la belleza y la imagen corporal y tan sólo algunas lo hacen de forma holística, como una necesidad humana básica para la salud y el bienestar. Por tanto, las representaciones y las concepciones de las enfermeras sobre la sexualidad también pueden afectar a la comunicación con las pacientes, a la relación terapéutica que se establece y al cuidado en el ámbito de la sexualidad. Se hace preciso

así tener en cuenta la base cultural de los cuidados si se quiere proporcionar de manera efectiva el apoyo que la mujer necesita, determinando las expectativas psicosociales de la paciente y ayudándola a afrontar de forma adaptativa la realidad.

Por este motivo, parece recomendable la formación específica centrada en el ámbito de la sexualidad del personal de enfermería, no sólo durante la formación básica en la Universidad sino también en el ámbito laboral, con el objetivo de afianzar y actualizar los conocimientos y fomentar la valoración y atención en este campo.

Igualmente, y de cara a conseguir los mejores resultados en la salud de la mujer o la pareja, sería recomendable reforzar el trabajo conjunto con otros profesionales especialistas en terapia sexual, como son los de la Psicología y Sexología. En este sentido, Moniz, Fernandes y Oliveira (47) proponen la participación de los profesionales de enfermería en las terapias psicosexuales de las mujeres mastectomizadas y sus parejas desde el postoperatorio inmediato, valorando los resultados de la mastectomía y las expectativas de la pareja en relación al ámbito sexual.

Finalmente, y para terminar estas conclusiones, parece innegable la necesidad de seguir investigando en la vivencia de la sexualidad de la mujer o la pareja tras la mastectomía si se quieren ofertar a las personas implicadas cuidados basados en la excelencia. De la misma manera, parece conveniente aumentar la presencia y relevancia de los estudios cualitativos para analizar, desde la voz de las propias interesadas, los problemas generados en torno a la sexualidad ya desde el momento del diagnóstico de cáncer de mama, interviniendo desde estadios precoces y realizando un seguimiento a lo largo de todo el proceso de tratamiento para determinar la efectividad de las intervenciones y poder alcanzar los objetivos marcados en la resolución de los problemas, alejando de este modo su tendencia a la cronicidad.

## 6. AGRADECIMIENTOS

---

A Belén Cabello Tarrés, profesora de Grado en Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid, por su asesoramiento y sugerencias que han contribuido a mejorar la calidad del presente trabajo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. Datos y cifras [Internet]. 2015 [actualizado 2016; consultado 19 Febrero 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
2. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las Cifras del Cáncer en España 2014 [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2014 [actualizado 2014; consultado 19 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104582-el-cancer-en-espana-2014>.
3. Eurostat. Statistics Explained. Estadísticas sobre causas de muerte [Internet]. European comission; 2015 [actualizado 2015; consultado 20 Febrero 2016]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics/es](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/es)
4. Eurostat. Statistics Explained. Cancer statistics [Internet]. European comission; 2015 [actualizado 2015; consultado 20 Febrero 2016]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics).
5. Comisión Europea. Comprender las políticas de la Unión Europea: Salud pública [Internet]. Bélgica: Dirección General de Comunicación; 2014 [actualizado 2014; consultado 20 Febrero 2016]. Disponible en: [http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/es/public\\_health\\_es.pdf](http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/es/public_health_es.pdf)
6. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). Código Europeo Contra El Cáncer [Internet]. Francia: Agencia Internacional sobre el Cáncer de la OMS; 2015 [actualizado 2015; consultado 20 Febrero 2016] Disponible en: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>.
7. Bustreo F, Chestnov O. Dr. Una cita importante: octubre es el mes de la sensibilización contra en cáncer de mama [Internet] 2015 [actualizado 2015; consultado 27 Diciembre 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breast-cancer-awareness/es/>.
8. International Agency of Research on Cancer (IARC). Breast Cancer Women. Estimated incidence, mortality and prevalence [Internet]. Francia: EUCAN; 2012 [actualizado 2012; consultado 5 Febrero 2016] Disponible en: <http://eco.iarc.fr/eucan/CancerOne.aspx?Cancer=46&Gender=2>.
9. Eurostat. Statistics Explained. Cancer stastitcs-specific cancers [Internet]. European comission; 2015 [actualizado 2015; consultado 20 Febrero 2016] Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer\\_statistics\\_-\\_specific\\_cancers](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics_-_specific_cancers)
10. Eurostat. Statistics Explained. Health statistics at regional level [Internet]. European comission; 2015 [actualizado 2015; consultado 21 Febrero 2016] Disponible en:

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Health\\_statistics\\_at\\_regional\\_level](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Health_statistics_at_regional_level)

11. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Alemán A et al. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa [Internet]. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN); 2014 [actualizado 2014; consultado 5 Febrero 2016]. Disponible en: <http://redecan.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la-incidencia-y-la-supervivencia-del-cancer-en-espana-y-su-situacion-en-europa>

12. Asociación Española Contra el Cáncer. Contra el cáncer [Internet]. Madrid: AECC; 2015 [actualizado 2015; consultado 15 Diciembre 2015] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/cancerdemama.aspx>.

13. Santaballa Bertrán AD. Cáncer de mama[Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2015 [actualizado 2015; consultado 25 Enero de 2016] Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?showall=1>.

14. Asuncion N, Delfrade J, Salas D, Zubizarreta R, Ederra M. Red de Programas de Cribado de Cáncer. Programas de detección precoz de cáncer de mama en España: características y principales resultados. Medicina Clínica [Internet] 2013 [consultado 20 Febrero 2016];141(1):13-23. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775312004149?np=y>

15. Rodríguez MM, Labrador AO. Cribado de cáncer de mama. Estado actual. Radiología [Internet] 2013 [consultado 20 Febrero 2016];55(4):305-314. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-linkresolver-cribado-cancer-mama-estado-actual-90208010>

16. Bravo MME, Peralta MO, Neira VP, Itriago GL. Prevención y seguimiento del cáncer de mama, según categorización de factores de riesgo y nivel de atención. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet] 2013 [consultado 23 Febrero 2016];24(4):578-587. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701986>

17. García C. Un estudio vuelve a poner en duda la eficacia de las mamografías [Internet]. Madrid: EL PAIS S.L.; 2014 [actualizado 2014; consultado 27 Febrero 2016]. Disponible: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/12/actualidad/1392225741\\_930481.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/12/actualidad/1392225741_930481.html)

18. Capellas MV, Peralta SM, Serdá PC, González AE, Bruno MF, Barragan PL. Quimioterapia neoadyuvante en el cáncer de mama localmente avanzado. Revista de Senología y Patología Mamaria [Internet] 2012 [consultado 20 Febrero 2016];25(1):14-21. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021415821270004X>

19. Sánchez Ruíz R. Manejo de lesiones preinvasoras de mama. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada[Internet]2010 [consultado 26 Febrero 2016]:19.

Disponible en:  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/clase\\_lesiones\\_preinvasoras\\_mama.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase_lesiones_preinvasoras_mama.pdf)

20. Kirby I. Bland y Edward M. Copeland III. La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. 3ª Ed. Buenos Aires: Médica Paramericana; 2007.

21. Sakorafas G, Safioleas M. Breast cancer surgery: an historical narrative. Part II. 18th and 19th centuries. EUR J CANCER CARE. 2010;01;19(1):6-29.

22. Torrens Sigalés RM y Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer. 1ª Ed. Madrid: DAE, S.L.; 2001.

23. Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Cáncer de seno (mama)[Internet]. Estados Unidos EEUU: Instituto Nacional del Cáncer; 2015 [actualizado 2015; consultado 27 Enero 2016] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/opciones-de-cirugia#5>.

24. Román JM. La cirugía en el cáncer de mama. Psicooncología [Internet] 2007 [consultado 3 Marzo 2016];4(2/3):301. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0707220301A/15589>

25. Lostumbo L, Carbine N, Wallace J, Ezzo J. Mastectomia profiláctica para la prevención del cáncer de mama. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD002748/mastectomia-profilactica-para-la-prevencion-del-cancer-de-mama>

26. Sánchez Gila M. Cirugía plástica mamaria. Servicio de Obstreticia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada [Internet]. 2007 [consultado 29 Febrero 2016]:17. Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr07.cirurgia\\_plastica\\_mamaria.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.cirurgia_plastica_mamaria.pdf)

27. Claudia M. Alcocer-Yáñez. Reconfiguración de las subjetividades femeninas: la ausencia del seno por cáncer de mama. ITESO [Internet] 2013 [consultado 15 Marzo 2016]. Disponible en: <http://rei.iteso.mx/handle/11117/2495>

28. Monteiro-Grillo I, Marques-Vidal P, Jorge M. Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. Clinical and Translational Oncology [Internet] 2005 [consultado 3 de Marzo 2016];7(11):499-503. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02717003#/page-1>

29. Martínez-Basurtoa AE, Lozano-Arrazola A, Rodríguez-Velázquez AL, Galindo-Vázquez Ó, Alvarado-Aguilarc S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet] 2014 [consultado 15 Diciembre 2016];13(1):53-58. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Ana\\_Rodriguez-Velazquez/publication/285579901\\_Impacto\\_psicologico\\_del\\_cancer\\_de\\_mama\\_y\\_la\\_mastectomia/links/565f751708ae1ef929855447.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ana_Rodriguez-Velazquez/publication/285579901_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia/links/565f751708ae1ef929855447.pdf)

30. García Hernández Y. Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas* [Internet] 2006 [consultado 10 Marzo 2016];(13):12. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0606120111A/26669>
31. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. 2016 [actualizado 2016; consultado 4 Enero 2016, actualizado 2016] Disponible en: <http://www.who.int/es>.
32. Martínez-Herrera M. La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en psicología* [Internet]2007 [consultado 2 Enero 2016] ;21(108):79-95. Disponible en:[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0258-64442007000100004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0258-64442007000100004&script=sci_arttext)
33. Juárez García DM, Ladero Hernández R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia* [Internet] 2011 [consultado 27 Enero 2016];4(1):17-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07052012000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07052012000100002&script=sci_arttext)
34. Coll-Planas G. “Me quedaré con lo positivo”. Análisis de blogs de mujeres con cáncer de mama. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport* [Internet]2014 [consultado 20 Febrero 2016] ;32(1). Disponible en: <http://revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/217>
35. Cobo Bedia R. El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad. *Investigaciones feministas* [Internet]. 2015 [consultado 26 Febrero 2016];6:7-19. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/51376>
36. Saldivia Navarro LA. Vivencia de la autopercepción y sexualidad en mujeres sometidas a mastectomía controladas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional Base Valdivia. Universidad Austral de Chile: Obstetricia y puericultura [Internet] 2006 [consultado 10 Abril 2016] Disponible: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmn322v/doc/fmn322v.pdf>.
37. Freinsteinson WM, Deutsch A, Lewis C, Sisk A, Wuest L, Cesario S. The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After a Mastectomy. *Oncology Nursing Forum* 2012;39(4):361-369.
38. Casillas Jiménez MA, Cervero Ferragut, S. Repercusión de la autopercepción corporal en las relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas. Universidad de Alicante [Internet] 2010 [consultado 26 Febrero 2016]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44810>
39. Caro LM, Segovia JS, Cuitiño BP, Hernández EF. Discursos inscritos sobre el cuerpo: estudio sobre las implicancias de la mastectomía en mujeres chilenas. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*. 2012;3(2):152-164.

40. Picabia AB, Vázquez-Ortiz J, Antequera R. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología* 2010;7(2):433-451.
41. Andrzejczak E, Markocka-Maczka K, Lewandowski A. Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psychooncology*. 2013;22(7):1653-1657.
42. Blanco Sánchez R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index de Enfermería*. 2010;19(1):24-28.
43. Paiva LC, Dantas DN, Silva FB, China EC, Gonçalves AK. Body image and sexuality of women who underwent a radical mastectomy: integrative review. *Journal of Nursing UFPE* 2013;7(5):4209-4216.
44. Cesnik VM, Santos MAD. Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy? *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012;46(4):1008.
45. Manganiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs* 2011;15(2):24:167-172.
46. Didier F, Arnaboldi P, Gandini S, Maldifassi A, Goldhirsch A, Radice D, et al. Why do women accept to undergo a nipple sparing mastectomy or to reconstruct the nipple areola complex when nipple sparing mastectomy is not possible? *Breast Cancer Res Treat* 2012;132(3):1177-1184.
47. Moniz, Patrícia da Assunção Fonseca, Fernandes AM, Oliveira L. Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória. *Revista de enfermagem referência*.2011;(5):20:171.
48. Borghesan DH, Gravena AA, Lopes TC, Brischiliari SC, de Oliveira Demitto M, Dell Agnolo CM, et al. Variables that affect the satisfaction of Brazilian women with external breast prostheses after mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(22):9631-9634.
49. Quintard B, Constant A, Lakdja F, Labeyrie-Lagardère H. Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18(1):41-45.
50. Rincón Fernández EM, Borda Más M. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Univ.Psychol.Bogotá, Colombia*. 2012;11(1):25-41.
51. Fallbjork U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P. Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer-a two-year follow-up study. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(3):340-345.

52. Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, Mikorski R, Palmer SC. Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*. 2014;29(6):632-650.
53. Seara LS, Vieira RX, Pechorro PS. Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. *Revista Internacional de Andrología*. 2012;10(3):106-112.
54. Cesnik VM, Santos MA. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2012;25(2):339-349.
55. Aerts L, Christiaens MR, Enzlin P, Neven P, Amant F. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *Breast*. 2014 Oct;23(5):629-636.
56. Neto MS, de Aguiar Menezes MV, Moreira JR, Garcia EB, Abla LE, Ferreira LM. Sexuality after breast reconstruction post mastectomy. *Aesthetic Plast Surg*. 2013 Jun;37(3):643-647.
57. Kedde H, Van de Wiel H, Schultz WW, Wijzen C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2013;21(1):271-280.
58. Metcalfe KA, Semple J, Quan ML, Vadaparampil ST, Holloway C, Brown M, et al. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol*. 2012 Jan;19(1):233-241.
59. Cesnik VM, Vieira EM, Giami A, Almeida AMd, Santos DB, Santos MA. The sexual life of women with breast cancer: meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2013;30(2):187-197.
60. Barros Salles J, Giarola Cecilio S, Pinto Alves Pereira N, Maia Queiroga Gontijo Netto LL. O convívio com a mulher mastectomizada sob a óptica do companheiro. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2012.
61. NNNConsult: Nanda International (NANDA); Nursing Outcomes Classification (NOC); Nursing Interventions Classification (NIC) [Internet]. *Nnnconsult.com*. 2016[consultado 16 Abril 2016] Disponível em: <http://www.nnnconsult.com/index>.
62. Vieira EM, Ford NJ, Santos MA, Junqueira LC, Giami A. Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cad Saude Publica* 2013;29(10):2049-2056.

# ANEXOS

**Tabla 1: Causes of death—malignant neoplasms, residents, 2012**

	Total										Females	
	Circulatory disease	Heart disease (*)	Cancer (*)	Lung cancer (*)	Colorectal cancer	Respiratory diseases	Diseases of the nervous system	Transport accidents	Suicide	Breast cancer	Cancer of the cervix	Cancer of the uterus
EU-28	393.6	136.6	266.9	53.4	31.9	62.9	37.5	6.3	11.9	33.3	4.1	6.5
Belgium	308.6	82.4	260.0	60.9	29.0	111.2	51.9	7.6	18.7	39.0	3.1	6.0
Bulgaria	1 168.0	223.5	248.7	47.2	35.7	61.8	17.5	7.9	12.1	33.6	9.5	9.0
Czech Republic	704.2	359.9	298.3	58.2	41.5	72.7	29.7	8.2	16.0	31.4	6.7	8.8
Denmark	286.8	94.9	315.4	75.3	39.3	124.4	40.2	3.6	12.2	41.0	3.5	6.1
Germany	404.1	148.0	253.3	50.9	29.7	69.4	27.9	4.9	11.5	36.1	3.4	5.0
Estonia	745.4	363.0	291.9	53.9	33.8	37.1	22.0	6.7	18.3	34.5	9.7	6.1
Ireland	351.2	173.7	287.4	60.1	33.6	134.1	48.7	3.8	12.2	39.9	4.8	6.4
Greece	448.3	103.3	247.3	59.6	22.3	102.4	16.6	10.1	4.4	31.9	2.6	5.4
Spain	271.0	76.8	242.7	49.8	35.3	105.4	48.3	4.5	7.4	25.0	2.7	6.0
France (*)	223.0	55.7	252.8	50.1	28.2	54.8	52.8	6.3	16.9	33.2	2.4	7.3
Croatia	691.1	317.3	336.5	66.2	50.4	57.5	22.4	10.3	18.2	43.2	4.5	10.2
Italy	343.6	112.2	258.1	51.7	29.1	64.6	37.1	6.4	6.7	32.5	1.2	6.7
Cyprus	402.2	115.9	205.7	39.9	20.9	89.6	36.3	7.5	3.8	30.6	2.0	6.3
Latvia	920.7	480.8	305.3	49.0	40.7	36.7	15.1	10.2	21.9	32.4	10.8	12.6
Lithuania	900.6	592.0	278.1	47.0	31.9	45.0	18.1	12.9	30.7	31.0	11.6	7.2
Luxembourg	332.8	83.3	266.9	57.3	29.9	75.6	43.7	6.5	10.6	33.7	2.2	4.7
Hungary	779.4	400.1	361.1	93.0	56.9	78.8	20.9	8.4	24.1	38.2	7.9	7.8
Malta	519.4	300.0	254.9	49.4	34.8	95.6	17.4	3.1	6.4	38.0	3.2	8.9
Netherlands	288.6	71.4	297.5	69.4	37.4	108.7	41.0	4.7	10.7	38.6	2.6	5.6
Austria	450.2	197.9	255.5	46.1	27.3	51.8	34.7	7.1	15.2	32.8	3.3	6.4
Poland	652.4	157.8	300.0	69.7	35.9	71.7	19.0	11.3	16.7	29.6	8.7	7.5
Portugal	323.7	67.8	244.6	34.9	36.3	138.7	32.6	6.9	10.0	29.1	3.6	6.6
Romania	1 039.2	345.3	268.5	53.1	32.9	81.1	19.9	12.8	12.7	30.5	15.6	6.0
Slovenia	462.4	118.5	305.5	57.2	40.9	86.2	18.8	8.0	21.5	35.4	3.8	8.1
Slovakia	712.2	427.6	319.6	52.8	51.6	87.8	40.3	8.9	11.1	36.7	8.9	11.6
Finland	411.9	225.1	223.7	40.8	23.1	39.8	136.6	5.4	16.1	29.4	1.8	6.2
Sweden	371.4	149.9	239.4	39.0	29.1	66.0	43.1	3.4	12.4	28.7	2.5	6.5
United Kingdom	284.6	130.5	286.3	63.1	29.2	141.6	42.7	2.8	7.2	36.7	2.9	6.6
Liechtenstein	325.8	119.6	191.4	21.5	17.2	40.4	48.8	2.7	9.6	28.4	5.4	.
Norway	311.7	116.2	259.5	53.1	39.0	103.4	41.8	4.0	10.6	27.2	2.85	6.5
Switzerland	303.9	112.2	225.2	42.4	23.8	54.5	47.9	4.5	13.2	32.7	2.2	5.0
Serbia	1 028.2	177.2	301.5	68.5	39.4	82.7	28.0	9.3	17.3	42.9	11.8	8.0
Turkey	340.4	104.9	175.5	53.0	15.3	89.1	36.2	6.7	2.1	12.1	1.7	3.5

(\*) Ischaemic heart diseases.

(\*) Malignant neoplasms.

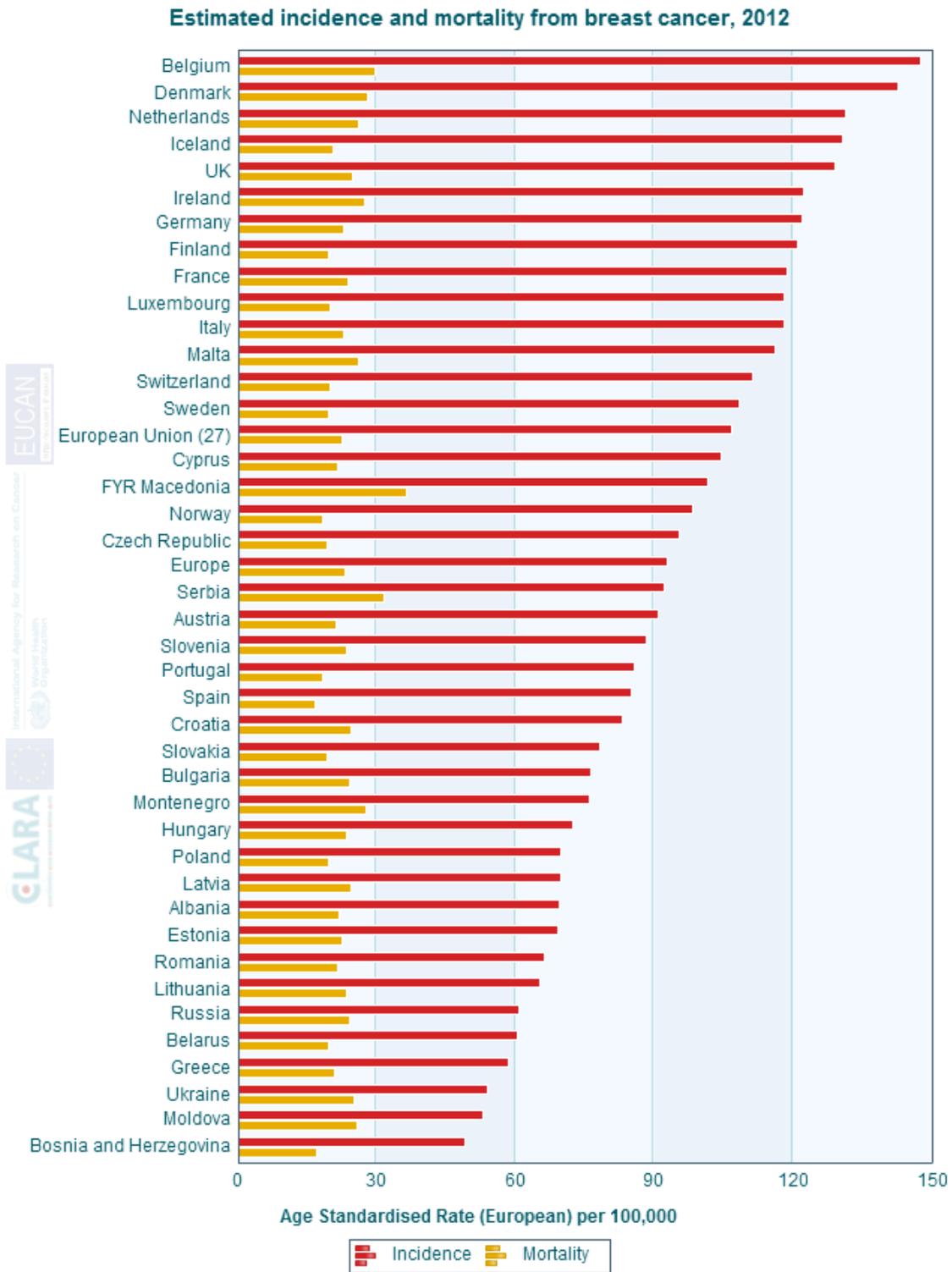
(\*) Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung.

(\*) 2011.

Source: Eurostat (online data code: hlth\_cd\_asdr2)

Fuente: Eurostat. Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics/es](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/es)

**Gráfico 1: Age Standardised Rate (European) per 100.000 women, 2012**



Fuente: EUCAN. Disponible en:

<http://eco.iarc.fr/eucan/CancerOne.aspx?Cancer=46&Gender=2>

**ANEXO 2. Tabla 3: Características de los artículos incluidos en la revisión narrativa.**

ARTICULO	OBJETIVO	SUJETOS DE ESTUDIO	DISEÑO	METODOLOGÍA	PRINCIPALES HALLAZGOS
Monteiro Cesnik V, Dos Santos MA. 2012	Analizar la producción científica orientada a la sexualidad de mujeres con cáncer de mama tras la mastectomía, atendiendo a la interferencia de las incomodidades físicas del tratamiento en su vida sexual.		Revisión narrativa	Búsqueda de artículos incluidos en las bases de Medline, LILACS y PsycINFO. Revisión de 29 artículos.	Las enfermeras pueden desarrollar estrategias de escucha para valorar los problemas de disfunción sexual de las pacientes con cáncer de mama mastectomizadas y ayudar en la mejora de estos problemas, aconsejando métodos y actividades que mejoren este ámbito de la salud.
Manganiello A, Komura Hoga LA, Magnoni Reverte L, Morais Miranda C, Manganiello Rocha CA. 2011	Evaluar el funcionamiento sexual de las pacientes con cáncer de mama postmastectomía y su relación con la calidad de vida, las características personales de las mujeres y sus parejas, la reconstrucción mamaria y los tratamientos adyuvantes.	100 mujeres brasileñas del Hospital Universitario del sureste de Brasil, sometidas a mastectomía debido a cáncer de mama	Estudio cuantitativo transversal	Recogida de datos sociodemográficos y utilización de las escalas de valoración “Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey” (SF-36) y “Sexual Quotient – Female Version” (SQ-F)	El funcionamiento sexual fue mejor en las mujeres sometidas a reconstrucción mamaria. Las mujeres jóvenes muestran un mayor impacto en la función sexual tras la mastectomía. Las mujeres con niveles de educación más bajos tienen una peor percepción de su imagen corporal tras la mastectomía. Se recomienda entrenamiento en técnicas de habilidad de comunicación sobre temas sexuales para los profesionales de la salud.
Andrzejczak E, Markocka-Mazcka K, Lewandowski A. 2013	Evaluar el grado en que someterse a una mastectomía sin cirugía reconstructiva afecta negativamente a la imagen corporal y la autoestima del paciente y su influencia en la vida sexual y sus relaciones de pareja.	60 mujeres entre 34 y 75 años, heterosexuales casadas o que conviven en pareja, que han sido mastectomizadas debido a cáncer de mama y no han sido reconstruidas	Estudio cualitativo	Utilización del cuestionario “Marital happiness questionnaire” para analizar el objetivo.	En la mujer, el impacto de la cirugía sobre la autopercepción de su cuerpo fue significativamente negativo. Además, la resección de la mama debida al cáncer, influyó negativamente en la calidad de la vida sexual en el 71% de los casos. Sin embargo, la relación con la pareja se mantiene sin cambios tras la cirugía en la mayoría de los casos.

Fallbjörk U, Rasmussen BH, Karlsson S, Salander P 2012	Explorar los aspectos de la imagen corporal después de la mastectomía debida a cáncer de mama.	76 mujeres del norte de Suecia, sometidas a mastectomía con y sin reconstrucción mamaria	Estudio prospectivo cuantitativo	Utilización del cuestionario "Life After Mastectomy (LAM)" 10 meses después de la mastectomía y de nuevo pasados dos años.	No se encontraron cambios significativos en la imagen corporal a lo largo de dos años de seguimiento. Si hubo un descenso en la percepción de atractivo sexual y el confort durante la intimidad sexual. Además se observó una tendencia a la reconstrucción mamaria en las mujeres jóvenes. Sin embargo, no hay diferencias en el interés sexual y la actividad sexual comparando las mujeres reconstruidas y las no reconstruidas.
Rincón Fernández M, Pérez San Gregorio MA, Borda Más M, Martín Rodríguez A. 2012	Comprobar si el nivel de satisfacción con el resultado estético, así como la autoestima o la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama difiere según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria).	72 mujeres en el H.U. Virgen de la Macarena de Sevilla (España) de entre 30-66 años, que constituyeron dos grupos: grupo 1, mujeres mastectomizadas sin reconstrucción y grupo 2, mujeres con reconstrucción mamaria.	Estudio cuantitativo	Utilización de Encuesta Psicosocial, Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), Cuestionario de Calidad de Vida de EORTC (QLQ-BR23) y Test de medición del Grado de Satisfacción Corporal	Las pacientes reconstruidas presentan mayor satisfacción estética y mayor autoestima frente a las no reconstruidas, aunque no se determinan diferencias significativas en relación al funcionamiento sexual y al disfrute del sexo, que en ambos grupos mejoraba con el paso del tiempo tras la cirugía. Sin embargo, las pacientes con mastectomía simple si mostraron un mejor nivel de funcionamiento sexual que las mujeres con mastectomía radical modificada. La mayoría de mujeres que eligieron reconstrucción tenían pareja estable. Además, en la decisión influyen factores sociales y culturales que rodean a la mujer.
Casillas MA, Cerveró FS 2010	Relacionar la autopercepción corporal de las pacientes mastectomizadas con la técnica quirúrgica empleada y conocer su repercusión en las relaciones sociales y de pareja.	22 mujeres del Hospital General Universitario de Elche (Alicante, España), de entre 35 y 76 años, pasados 6 meses de la finalización de los tratamientos	Estudio transversal cualitativo	Entrevista personal de 30 minutos	En el estudio se concluye que el cambio de la imagen corporal de la mujer mastectomizada influye en sus relaciones de pareja dependiendo de la técnica quirúrgica a la que haya sido sometida, siendo la mastectomía sin reconstrucción la que provoca peor percepción de la autoimagen y mayor evitación por parte de las mujeres para desnudarse delante de sus parejas y el

					encuentro sexual e influyendo de forma negativa en la relación con la pareja.
Santos Seara L, Rui Xavier V, Santos Pechorro P. 2012	Conocer la influencia de la mastectomía en la función sexual y la imagen corporal de la mujer.	Se hicieron dos grupos de participantes: grupo clínico de 69 mujeres mastectomizadas por cáncer de mama y grupo normativo de 66 mujeres sanas. Media de edad de ambos grupos de 53,7 años. Lisboa (Portugal)	Estudio transversal, cuantitativo y experimental.	Utilización de instrumentos de medida: Índice de Funcionamiento Sexual Femenino (FSFI), Escala de Imagen Corporal, Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y cuestionario sociodemográfico.	Existe mayor satisfacción sexual en las mujeres que no han padecido cáncer de mama que en las mujeres mastectomizadas (con o sin reconstrucción mamaria). Se verifica la correlación positiva entre la imagen corporal y la función sexual y entre la satisfacción sexual y el apoyo por parte de la pareja. El juicio de la pareja hacia la mujer, el apoyo que le brinda y la relación sentimental entre ellos, juega un papel importante en la función sexual y la satisfacción de estas relaciones.
Borghesan Pelloso DH et al. 2013	Analizar la satisfacción de la mujer mastectomizada con el uso de prótesis mamarias externas.	76 mujeres mastectomizadas de Brasil con una media de edad de 55,7 años	Estudio cuantitativo transversal	Recogida de variables demográficas y utilización de un cuestionario basado en la satisfacción con el uso de prótesis externas.	Las mujeres solteras son las que refieren menor satisfacción en el uso de prótesis externas y las mujeres jóvenes tienden a elegir la cirugía reconstructiva cuando es posible. Sin embargo, el uso de prótesis externas palia de manera externa la alteración de la imagen corporal en las pacientes. La satisfacción del uso de prótesis externas no afectó a la sexualidad de las mujeres.
Fonseca Moniz PA, Mafalda Fernandez A, Oliveira L 2011	Integrar y analizar los datos de estudios realizados entorno a las consecuencias negativas sobre la imagen corporal y la sexualidad de las mujeres mastectomizadas		Revisión narrativa	Búsqueda de artículos en las bases de datos de PubMed, Cochrane, Repositorio Científico de Acceso Abierto en Portugal y Cinahl. Revisión de 6 estudios.	Los estudios analizados presentaron la depreciación de la imagen corporal en las mujeres mastectomizadas, lo cual repercute en la satisfacción sexual. El tipo de cirugía repercute en la percepción de la imagen corporal y con ello en la sexualidad, presentando mayor satisfacción las mujeres sometidas a cirugía conservadora o reconstrucción mamaria que las más mujeres con sólo mastectomía.
Méndez Caro L,	Comprender los discursos	7 mujeres	Estudio	Método biográfico con	Se establecieron tres ejes de hallazgos: ser

Silva Segovia J, Pereira Cuitiño B, Flores Hernández E. 2012	sociales que operan en los procesos de construcción de la autoimagen corporal, con énfasis en la vida afectiva y sexual de las mujeres que han vivido cáncer mamario.	mastectomizadas de la Unidad de Patología Mamaria del Servicio de Oncología de Antofagasta (Chile) de entre 33 y 53 años, con o sin reconstrucción mamaria.	cualitativo	enfoque fenomenológico. Entrevistas semiestructuradas.	mujer, sentidos y significados del cuerpo y el pecho e implicaciones en la afectividad y sexualidad. En ellos se evidenció la influencia sociocultural y los sentimientos de alejamiento de las mujeres de los estereotipos corporales, afectando a la identidad de “ser mujer” y a los ámbitos de maternidad, seducción y sexualidad. La relación con la pareja pasa a un plano de afectividad y compañerismo. Se demanda la necesidad de implementar intervenciones psicosociales y el acompañamiento de la pareja en abordaje de la sexualidad.
Freysteinson WM, Deutsch AS, Lewis C, Sisk A, Wuest L, Cesario SK. 2012	Describir las experiencias de verse a sí misma en un espejo después de la mastectomía	12 mujeres de tres hospitales de una localidad del suroeste de Estados Unidos, mayores de 18 años, 3-12 meses postmastectomía	Estudio cualitativo	Análisis estructural e interpretación fenomenológica de las entrevistas grabadas	Se establecieron tres ejes de hallazgos: mi cuerpo, mis pensamientos y otra gente en mi mundo. El análisis determinó la dificultad que representa enfrentarse al nuevo cuerpo y la aceptación del mismo, siendo la familia, los amigos o la pareja un eje fundamental de apoyo, además del apoyo psicológico por parte del personal enfermero. La mayoría de las mujeres se refirieron a las enfermeras como los miembros del equipo que más las había cuidado y ayudado en el proceso.
Didier F et al. 2012	Explorar las motivaciones personales de las mujeres sobre la elección a aceptar la mastectomía conservadora del pezón o para realizar una reconstrucción con tatuaje del complejo areola-pezón	310 pacientes con reconstrucción del complejo areola-pezón y 143 con conservación del pezón en Italia.	Estudio cualitativo	Entrevista estructurada.	La elección se desarrolla en función de factores externos (las percepciones de las personas que rodean su entorno más cercano) e internos (las propias percepciones). El factor externo más influyente es el médico cirujano, mientras que el factor interno más influyente fue la disminución del impacto de la imagen corporal, siendo una minoría la que refirió cuestiones sobre la sexualidad. Sin embargo, se determinó que la conservación del pezón no actúa como factor protector

					ante los problemas sexuales y que no hay diferencias significativas entre ambos grupos en el ámbito de la vida sexual.
Corsino Paiva L, Nayara Dantas D, Batista Silva F, Corsino China E, Katherine Gonçalves A. 2013	Analizar la producción científica nacional e internacional sobre la imagen corporal y la sexualidad de las mujeres que se sometieron a una mastectomía radical para el cáncer de mama		Revisión narrativa	Búsqueda y análisis de publicaciones entre 2005 y 2011 en las bases de datos: Biblioteca Virtual de la Salud, Medline, CINAHL, Cochrane Library y Scopus.	La mayoría de las mujeres mastectomizadas presentan cambios en la imagen corporal y la sexualidad (independientemente de su estado civil), considerando la vivencia de la sexualidad de forma particular e individual. Un gran número de mujeres sienten la pérdida de su atractivo y feminidad, evitan tocar sus pechos y no permiten que sus parejas lo hagan, repercutiendo en la relación de pareja y en su bienestar físico y social.
Vázquez-Ortiz J, Antequera R, Blanco Picabia A. 2010	Analizar las repercusiones que tiene la mastectomía por cáncer de mama sobre la adaptación psicosexual y la imagen corporal de las mujeres.	60 mujeres de España mastectomizadas (30 llevaban operadas menos de 1 año y 30 más de 1 año) y 30 mujeres sanas como grupo control. Edades entre 25-59 años	Estudio descriptivo de variables cuantitativas y cualitativas	Utilización de entrevistas estructuradas de datos sociodemográficos y médicos, subescala del “sí mismo físico” de la escala de Autoconcepto físico de Tennessee, entrevista estructurada sobre imagen corporal, sexualidad y relaciones afectivas, escalas de Excitación y Satisfacción del Inventario de Ansiedad y Excitación Sexual Ampliado de Hoon (SAI-E)	En los resultados se observó la inexistencia de diferencias entre los 3 grupos analizados en cuanto a satisfacción y excitación sexual, en la frecuencia de las relaciones sexuales y los orgasmos o el autoconcepto físico. Sin embargo, el 50% de las mujeres mastectomizadas refirieron tener miedo al rechazo por parte de sus parejas y a la reanudación de las relaciones sexuales. Además un gran número de mujeres refirió no recibir caricias por parte de su pareja en la zona del pecho y sentirse incómodas con su desnudez.
Aerts L, Christiaens MR, Enzlin P, Neven P, Amant F 2014	Investigar el ajuste sexual de las pacientes con cáncer de mama durante un periodo de un año tras la mastectomía o la cirugía conservadora	149 mujeres del Hospital Universitario de Leuven (Bélgica), de las cuales 68 habían sido mastectomizadas, 81	Estudio prospectivo cuantitativo	Utilización de escalas y cuestionarios para valorar las esferas de depresión, imagen corporal, calidad de vida, calidad de la relación de pareja y funcionamiento sexual	Los resultados obtenidos determinaron que el grupo de mujeres sometidas a cirugía conservadora presentaban problemas en la excitación sexual y las mujeres mastectomizadas presentaban problemas en la excitación, deseo y capacidad para lograr el orgasmo, además de que estos problemas

		sometidas a cirugía conservadora y un grupo control de mujeres sanas de 149 participantes			se alargan hasta un año en este grupo. En las mujeres sometidas a cirugía conservadora, aunque presentaban problemas con la excitación sexual, en comparación con el grupo control, no había diferencias significativas. Sin embargo, las mujeres con mastectomía presentaban problemas en diversas áreas, siendo además significativos en comparación con el grupo control.
Kedde H, Van de Wiel HBM, Wijmar Schultz WCM, Wijzen C 2012	Determinar la prevalencia de la disfunción sexual en las mujeres jóvenes con cáncer de mama y evaluar la relación entre la disfunción sexual, los tratamientos y las quejas relacionadas con ellos.	332 mujeres de los Países Bajos con cáncer de mama e intervención quirúrgica entre 22 y 49 años	Estudio transversal cuantitativo	Utilización de los cuestionarios de valoración: Questionnaire for screening Sexual Dysfunctions y The Consumer Quality Index (CQI)	El 45% de las mujeres que habían finalizado los tratamientos presentaban disfunción sexual. La mastectomía radical causa a largo plazo problemas en la capacidad de lograr el orgasmo. La prevalencia de disfunción sexual aumenta en las mujeres menores de 45 años. La iniciativa para hablar de la sexualidad debe recaer en el profesional y no en la paciente y debe incluirse el abordaje de este tema como parte del cuidado para prevenir la disfunción sexual.
Blanco Sánchez R. 2010	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	29 mujeres entrevistadas entre edades de 20-69 años, del Hospital Vall d'Hebron y del Centro de Atención Primaria La Mina de Barcelona (España)	Estudio cualitativo fenomenológico	Entrevistas en profundidad con una duración entre 90-180 minutos	En los resultados del estudio se observó que la alteración de la imagen corporal repercute en las relaciones sexuales con la pareja, llegando a producirse en algunos casos su pérdida. Se observó también la actitud de rechazo que se percibía por parte de las parejas masculinas a tocar la cicatriz y de las mujeres a evitar su desnudo integral delante de ellas mismas y sus parejas
Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, Mikorski R, Palmer SC. 2013	Evaluar la prevalencia y los predictores que determinan los problemas sexuales y de imagen corporal en las pacientes que sobreviven al cáncer pasados más de 3	83 mujeres que habían sobrevivido al cáncer de mama y habían finalizado los tratamientos pasada una media de 7 años.	Estudio transversal cuantitativo	Recogida de datos sociodemográficos y médicos y realización de los cuestionarios y escalas: Sexual activity, Female Sexual Function Index	Un predictor de disfunción sexual a largo plazo fue la mastectomía. La mala percepción de la imagen corporal y los cambios estresantes en relación al cuerpo crean emociones negativas en torno a los problemas sexuales. El estudio identificó

	años post- diagnóstico	Instituto Nacional de Cáncer, Filadelfia (Estados Unidos).		(FSFI), Female Sexual Distress Scale-revised (FSDS-R)	deterioro sexual sustancial en las mujeres de mediana edad a largo plazo (media de 7 años de prevalencia) post-diagnóstico. Declaran ausencia de actividad sexual a las 4 semanas el 52% de la muestra, de las cuales un 43% tenían pareja.
Monteiro Cesnik V, Dos Santos MA. 2012	Investigar el impacto del cáncer de mama y la mastectomía en la sexualidad de la mujer.		Revisión narrativa	Búsqueda en las bases de datos de: LILACS, MedLine y PsycINFO. Análisis de 29 artículos.	En el análisis del estudio se observa que la imagen corporal determina el funcionamiento sexual. Las mujeres mastectomizadas presentan una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales, una disminución por el deseo, interés y satisfacción sexual, afectando a la relación con su pareja. Los efectos de los diferentes tratamientos y tipos de cirugía también influyen en la actividad sexual. La cirugía conservadora es la que más preserva la función sexual.
Quintard B, Constant A, Lakdja F, Labeyrie-Lagardère H. 2013	Evaluar el funcionamiento sexual pasados tres meses de la cirugía e investigar la utilidad del cuestionario de "Sense Of Coherence" y los tratamientos de belleza no invasivos como predictores de un mejor funcionamiento sexual	100 mujeres de Burdeos (Francia) entre 18-75 años divididas en dos grupos: las que habían recibido tratamiento de belleza y las que no.	Estudio prospectivo cuantitativo	Utilización de cuestionarios de medida como Body Image Questionnaire (BIC), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y Sense Of Coherence (SOC)	Los tratamientos de belleza inflúan de manera positiva en la adaptación a la enfermedad y eran un factor que influía en el mejor funcionamiento sexual en las mujeres jóvenes. El conocimiento sobre la enfermedad y la percepción de recursos disponibles por parte de las mujeres, influye en el afrontamiento positivo de la enfermedad.
Metcalfe KA et al. 2011	Analizar los cambios en el funcionamiento psicosocial tras un año de la cirugía de cáncer de mama	En diferentes hospitales de Ontario (Canadá), 190 mujeres divididas en 3 grupos: aquellas con mastectomía sola, con mastectomía y	Estudio prospectivo cuantitativo	Recogida de datos sociodemográficos y utilización de diferentes cuestionarios: Quality of Life Index (QLI), Body Image after Breast Cancer (BIBC), Impact of Event Scale (IES), Brief Symptom	El funcionamiento psicosocial (incluyendo la calidad de vida, el funcionamiento sexual, la angustia relacionada con el cáncer, la imagen corporal, la depresión y la ansiedad) no fue diferente en el postoperatorio pasado 1 año entre las mujeres con mastectomía sola, mastectomía con reconstrucción inmediata y mastectomía con reconstrucción

		reconstrucción inmediata y con mastectomía y reconstrucción diferida		Inventory (BSI) y Sexual Activity Questionnaire (SAQ).	diferida.
Monteiro Cesnik V, Meloni Vieira E, Giami A, Almeida AM, Barsotti Santos D, Dos Santos MA. 2011	Investigar la vida sexual de las mujeres con cáncer de mama en el primer año después de la cirugía, la búsqueda de los significados atribuidos al diagnóstico y su repercusión en la sexualidad	Servicio de rehabilitación de mujeres mastectomizadas de San Paulo (Brasil). 10 mujeres entre 36 y 62 años	Estudio transversal cualitativo	Entrevistas individuales semiestructuradas	En el estudio se observó dos percepciones diferentes ante la enfermedad y la vida sexual, una negativa y otra positiva. Se concluye que la vivencia de la sexualidad es individual y particular, mediada por factores como: eventos vitales, relación de las mujeres consigo mismas, percepción de la existencia y vivencia de su sexualidad y su relación de pareja.
Neto Sabino M et al. 2013	Evaluar y comparar la sexualidad de las mujeres sometidas a mastectomía únicamente y mujeres sometidas a reconstrucción mamaria post-mastectomía	17 mujeres mastectomizadas únicamente y 19 mujeres con reconstrucción mamaria del Departamento de Cirugía Plástica de San Paulo (Brasil)	Estudio descriptivo, transversal cuantitativo	Utilización de escalas y cuestionarios de valoración: cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI) y The Alderman Scale.	En los resultados se observaron una mejora en la función sexual en las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria tras la mastectomía, probablemente influenciado por la mejora de la autoestima y de la autoimagen corporal, ya que la valoración de los resultados estéticos de la reconstrucción fue satisfactoria en todos los casos.

*Fuente: Elaboración propia*

## ANEXO 3

### Cuestionario: INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

#### Cuestionario:

1- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

2- En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto 5 puntos
- Alto 4 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 2 puntos
- Muy bajo o nada 1 punto

3- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

4- En las últimas 4 semanas, en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 5 puntos
- Alto 4 puntos
- Moderado 3 puntos
- Bajo 2 puntos
- Muy bajo o nada 1 punto

5- En las últimas 4 semanas, que confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alta confianza 5 puntos
- Alta confianza 4 puntos
- Moderada confianza 3 puntos
- Baja confianza 2 puntos
- Muy baja o sin confianza 1 punto

6- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

7- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

8- En las últimas 4 semanas, cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia **mantiene** la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

10- En las últimas 4 semanas, cuán **difícil** fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué **frecuencia** logra el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán **difícil** fue lograr el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

17- En las últimas 4 semanas, Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

18- En las últimas 4 semanas, Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

19- En las últimas 4 semanas, Con que **porcentaje** usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

Fuente: Instituto Ferran de Reumatología. Disponible en: [http://www.institutferran.org/documentos/IFSF\\_castellano\\_ifr\\_medicos.pdf](http://www.institutferran.org/documentos/IFSF_castellano_ifr_medicos.pdf)

## Cuestionario: Female Sexual Distress Scale-revised (FSDS-R)

Example: How often did you feel: **Personal responsibility for your sexual problems.**

	NEVER	RARELY	OCCASIONALLY	FREQUENTLY	ALWAYS
	0	1	2	3	4

**How often did you feel**

1. Distressed about your sex life	0	1	2	3	4
2. Unhappy about your sexual relationship	0	1	2	3	4
3. Guilty about sexual difficulties	0	1	2	3	4
4. Frustrated by your sexual problems	0	1	2	3	4
5. Stressed about sex	0	1	2	3	4
6. Inferior because of sexual problems	0	1	2	3	4
7. Worried about sex	0	1	2	3	4
8. Sexually inadequate	0	1	2	3	4
9. Regrets about your sexuality	0	1	2	3	4
10. Embarrassed about sexual problems	0	1	2	3	4
11. Dissatisfied with your sex life	0	1	2	3	4
12. Angry about your sex life	0	1	2	3	4
13. Bothered by low sexual desire	0	1	2	3	4

A score of  $\geq 11$  effectively discriminates between women with FSD and no FSD.\*

Total

Copyright ©2000 by American Foundation for Urological Disease Inc.  
 \* DeRogatis L, et al. J Sex Med. 2008;5:357-364.

Fuente: Alliance Obstetrics and Gynecology. Disponible en:  
[http://www.obgynalliance.com/files/fsd/FSDS-R\\_Pocketcard.pdf](http://www.obgynalliance.com/files/fsd/FSDS-R_Pocketcard.pdf)