

Universidad de Lima

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología



**EXPERIENCIAS SOBRE SEXUALIDAD EN  
UN GRUPO DE MUJERES  
MASTECTOMIZADAS**

Tesis para optar la licenciatura en Psicología

**Alejandra Zúñiga Váscones**

**Código 20111409**

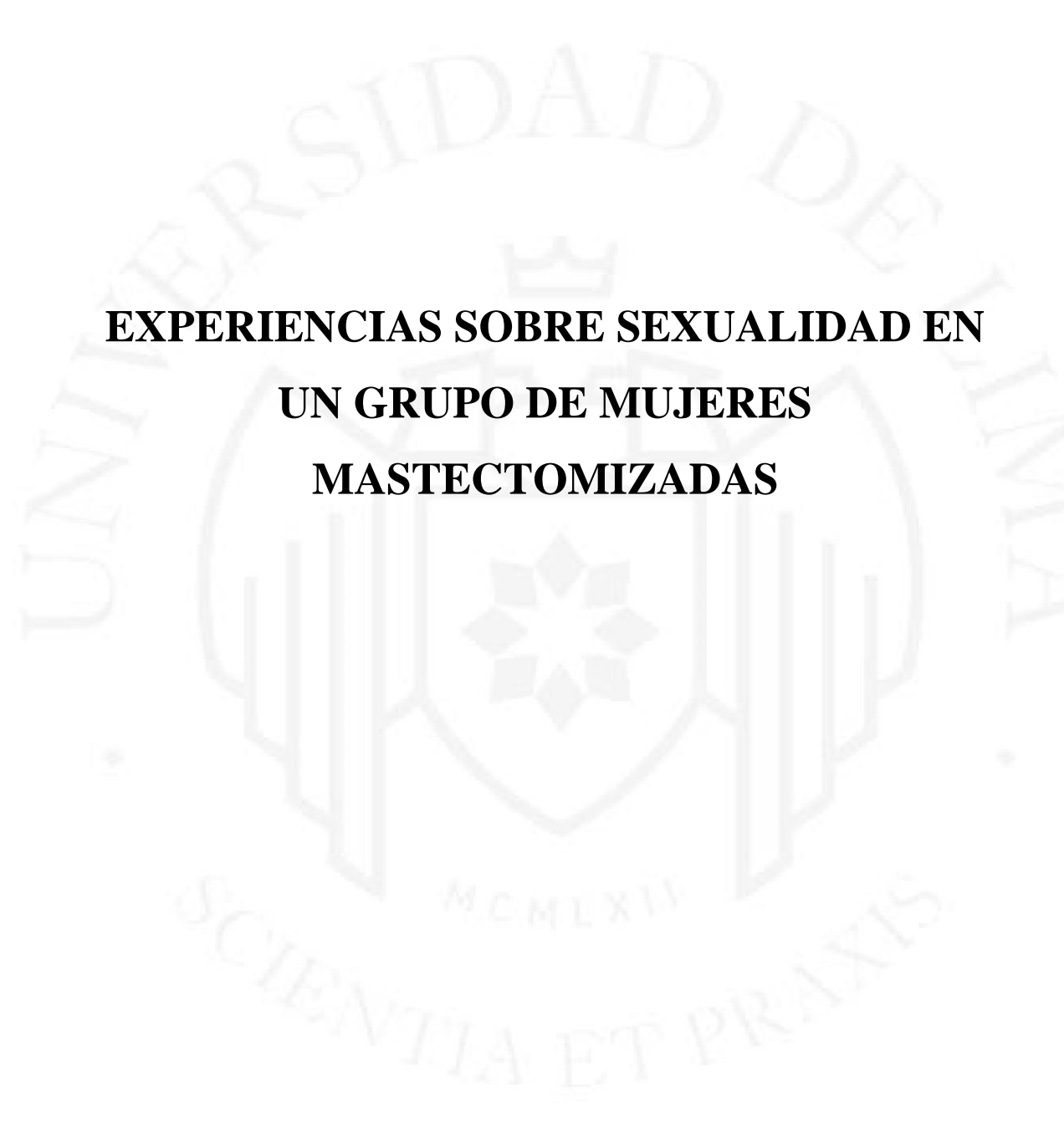
**Asesora**

Doris Woolcott

Lima – Perú

Diciembre del 2019





**EXPERIENCIAS SOBRE SEXUALIDAD EN  
UN GRUPO DE MUJERES  
MASTECTOMIZADAS**

## **RESUMEN**

El objetivo del presente estudio es analizar las consecuencias que tiene la mastectomía unilateral o bilateral sobre la sexualidad de las mujeres y el impacto de este procedimiento dentro de la vida sexual en pareja. Para ello, se evalúan mediante una entrevista semiestructurada a 13 mujeres entre los 40 y 60 años que hayan sido amputadas de seno hace mínimo seis meses y que estén en una relación de pareja estable. Los resultados nos revelan que la vida sexual de pareja se mantiene, aunque con disminución en la frecuencia, pero que se presentan renegociaciones tanto en el área íntima como sexual, de igual manera, se concluye que la calidad de la relación previa a la enfermedad es el mejor predictor.

Palabras clave: Mastectomía, sexualidad, vida íntima

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to analyze the consequences of unilateral or bilateral mastectomy on women's sexuality and the impact of this procedure on sexual life as a couple. For this purpose, 13 women between 40 and 60 years old who have been amputated from the breast for at least six months and who are in a stable relationship are evaluated through a semi-structured interview. The results reveal that the couple's sexual life is maintained, although with a decrease in the frequency, but that renegotiations occur both in the intimate and sexual area, in the same way, it is concluded that the quality of the relationship prior to the illness is the best predictor

Key words: mastectomy, sexuality, sexual life

# TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
Descripción del problema.....	6
Justificación y relevancia .....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 Cáncer de mama .....	11
2.1.1 Definición... ..	11
2.1.2 Epidemiología .....	11
2.1.3 Tratamientos: mastectomía .....	11
2.1.4 Factores de riesgo .....	12
2.1.5 Factores que afectan el ajuste .....	12
2.1.6 Calidad de vida en pacientes mastectomizadas .....	13
2.2 Desórdenes psicológicos asociados al cáncer de mama.....	13
2.2.1 Ansiedad... ..	13
2.2.2 Depresión... ..	13
2.2.3 Duelo... ..	14
2.3 Sexualidad... ..	14
2.3.1 Teorías sociales sobre la sexualidad.....	16
2.3.2 Teoría del guión sexual .....	17
2.3.3 Teoría sobre la respuesta sexual.....	18
2.3.4 Teoría triangular de Sternberg .....	20
2.3.5 Relación entre la vida en pareja y bienestar .....	20
2.4 Sexualidad en pacientes con cáncer de mama.....	21
2.4.1 Imagen corporal .....	23
2.4.2 Bienestar sexual luego de la mastectomía .....	23
2.4.3 Renegociación de la vida íntima en pareja .....	24
CAPÍTULO III: OBJETIVOS.....	26
CAPÍTULO IV: MÉTODO.....	27
4.1 Técnicas de investigación y método.....	27
4.2 Participantes .....	27
4.3 Técnica de recolección de datos .....	28
4.4 Procedimiento para recolección de datos .....	29
4.5 Estrategias de análisis de datos .....	29
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES .....	42
REFERENCIAS .....	43

# CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015) definió la sexualidad como un aspecto central en la vida de las personas, ya que se encuentra presente a lo largo de todos los estadios del desarrollo humano; este constructo hace referencia al sexo, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

La sexualidad, se da como intermedio entre la naturaleza y la estructura social, porque si bien responde a aspectos fisiológicos y biológicos de los humanos, se encuentra siempre mediada por pautas sociales y culturales que la regulan (Blanco, 2010). Es por esta razón, que la sexualidad hace parte de un espectro que incluye otros términos como género, salud y bienestar (Ortiz, 2016).

El ser humano al ser sexuado, tiene una construcción psicosocial de la sexualidad que comprende tanto factores biológicos, sociales y culturales, como interpersonales y subjetivos que construye a través de su interacción con la sociedad (González, González-Arratia, y Valdez, 2016); es por esto que la sexualidad “participa de un inter juego entre el sexo, la corporeidad, las normas culturales y el género, a lo largo de la historia individual y colectiva” (vieira, Barsotti, dos Santos y Giami, 2014).

Hombres y mujeres perciben la sexualidad de formas distintas, teniendo en cuenta factores personales y socioculturales (Peplau, 2003). Estos últimos, modelan las tendencias biológicas, regulan la conducta sexual y brindan un juicio de valor sobre los atributos corporales por medio de los roles de género (Crooks y Baur, 2000); es por ello, que en sociedades occidentales, para los hombres, su sexualidad y la imagen de esta se encuentra centrada en el placer y determinados actos sexuales u órganos (Peplau, 2003). En cambio, para la mujer la feminidad se construye por medio de dos áreas: el cuerpo de la mujer como objeto de deseo y erotismo sexual, y la mujer como persona al servicio de los demás (Ortiz, 2016). Dentro de esta construcción, las mamas, adquieren especial importancia, por ser, en ambos casos, símbolos de feminidad e identidad sexual (Fouladi, Pourfarzi, Dolattorkpour, Alimohammadi y Mehrara, 2017). Por esto, es importante tener en cuenta que la manera en que la

persona define su sexualidad, va a definir a su vez, qué factores la afectan y de qué manera lo hacen.

A pesar de las diferencias que existen de la percepción de la sexualidad por parte de hombres y mujeres, está claro que para tener una relación sexual, se necesitan al menos dos personas, es por esta razón, que Maters y Johnson desde 1966 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” (Ortiz, 2016).

Dado que la sexualidad se encuentra presente a lo largo de la vida de las personas y que es un elemento de gran relevancia para el desarrollo humano, cualquier evento o situación que la afecte, puede desencadenar también problemas socioemocionales (Ortiz, 2016). En el caso de las mujeres, por ejemplo, para quienes las mamas son parte inminente de su identidad sexual, procedimientos como la mastectomía, ante un caso de cáncer, pueden afectar su sexualidad, pues perder una mama provoca una ruptura en el estereotipo de belleza y feminidad ideal que se tiene (Ortiz, 2016); por eso, para la mujer perder una mama, es perder también la parte de su cuerpo símbolo de feminidad, maternidad y sexualidad (Fouladi, et al., 2017).

En el caso de la sexualidad de una mujer después de la mastectomía, también es importante conocer de antemano, el tipo de relación de pareja que esta tenía antes de la enfermedad. En una investigación realizada en Colombia, por ejemplo, se encontró que, para la Escala de Satisfacción Sexual (ISS), las pacientes con cáncer mama presentaban menores niveles de insatisfacción sexual ( $M=24,6$  ;  $SD=17,5$ ) en comparación con las mujeres sanas ( $M=46,9$ ;  $SD=12,4$ ) (Finck, Barradas, Agudelo y Moyano, 2012), esto respondería a que las relaciones de pareja que han sido estables antes de la enfermedad, suelen mejorar en calidad y cercanía durante y después del diagnóstico y tratamiento (Dorval, Guay, Mondor, Masse, Falardeau, Robidoux, Deschenes y Maunsell, 2005).

El impacto psicológico ante la noticia de un cáncer de mama suele ser enorme, especialmente cuando, como parte de tratamiento, se considera la mastectomía. En este contexto, la respuesta emocional típica y en muchos casos normal, es la depresión que frecuentemente está asociada también con la ansiedad (Compas y Luecken, 2002).

Las pacientes con cáncer de mama pasan por una doble situación de trauma: la primera, al enterarse del diagnóstico y la segunda, al conocer que parte del tratamiento implica la amputación de la mama. En el primer caso, ante el desconocimiento

estadístico de supervivencia, la mujer siente miedo anticipado por la posibilidad de fallecer a causa de la enfermedad; con relación al tratamiento, debido a la pérdida de la mama, que como ya se mencionó anteriormente, está estrechamente relacionada con feminidad e identidad sexual, la mujer debe desarrollar nuevas adaptaciones fisiológicas y psicológicas que incluyan la ropa que usa, la forma de mirarse al espejo y la renegociación de los guiones sexuales en los que previamente se incluía el tocamiento de estas (Shibley y DeLamater, 2003).

Esta doble situación de trauma, en muchas ocasiones trae consigo diagnósticos emocionales tales como el duelo, la ansiedad y la depresión, que a su vez interfieren en la búsqueda de placer, la excitación y el orgasmo (Estapé, 2015). Los resultados de una investigación realizada en La República Islámica de Iran en 2017 afirma que aquellas mujeres que han pasado por una mastectomía tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en corto periodo de tiempo que mujeres de la población general (Kim, Kim, Kim, Park y Choi, 2017).

Otro factor que alimenta la depresión y la ansiedad es la caída de la autoestima después de una intervención quirúrgica como la mastectomía; las pacientes, al observar los cambios corporales a los que han sido sometidas, ven deteriorada su imagen personal y sienten vergüenza al verse desnudas; esto trae consigo síntomas como el miedo al abandono y a los problemas conyugales; que les genera presión a regresar pronto a una vida sexual activa (Segura-Valverde, García-Nieto y Gutiérrez, 2014).

Además de los cambios corporales propios de la mastectomía, dentro del cáncer están presentes otros procedimientos que también traen consigo efectos en el cuerpo y el bienestar físico como la alopecia, la obesidad, la fatiga, entre otros, que afectan la vida cotidiana y el desenvolvimiento sexual de las mujeres, reduciendo sus impulsos y deseos sexuales (Estapé, 2015). En la investigación realizada por Di Pretoro (2016), los resultados del índice de Función Sexual Femenina (IFSF) mostraron que los factores con mayor impacto en la actividad sexual durante un tratamiento oncológico están relacionados principalmente con la falta de deseo (40%) y la disconformidad con la imagen corporal (14%) (Di Pretoro, 2016)



Por esta razón, las pacientes además de tener los malestares físicos y psicológicos expuestos anteriormente, también deben aceptar el proceso de adaptación a la enfermedad que está atravesando su respectiva pareja; quien a pesar de no estar enfermo físicamente puede ver afectada su libido por la ansiedad ante la enfermedad de su mujer, evitando así incluso tocar los temas que son importantes, pero secundarios ante la situación que viven como es el sexo. Esto, a su vez, podría generar una disminución o desaparición del deseo sexual entre ambos como consecuencia de las inseguridades no conversadas y dialogadas entre la pareja (Estapé, 2015).

Son escasas las investigaciones que reportan los cambios en la vida marital luego de una amputación de la mama. En una investigación realizada en el 2012 sobre la relación de las parejas luego de la mastectomía; una gran cantidad de mujeres reportó la existencia de un deterioro tanto en el atractivo propio como en el atractivo ante los ojos de la pareja. Incluso el grupo más joven de la investigación comentó que en sus últimas relaciones íntimas se habían cubierto el cuerpo (Andrezejczak, Markocka-Maczka y Lewandowski, 2012). Después de la remisión de la enfermedad, el nuevo cuerpo de la mujer se convierte en la preocupación central, la creencia predominante dentro de este grupo de participantes es la pérdida de atractivo frente a sus parejas y la disconformidad por la ausencia de mamas, pues, para ellas, estas contienen un gran peso dentro de la construcción social sobre la sexualidad femenina (Loaring, Larkin, Shaw y Flowers, 2015).

Frente a lo expuesto, a lo largo del tiempo, se ha dado mayor importancia en el campo de la investigación, a los cambios de autoestima y autoimagen después de una mastectomía, así como, a las posibles consecuencias emocionales; dejando de lado temáticas relacionadas con la experimentación de algunas de las áreas de la sexualidad de la mujer, estando ambos temas estrechamente relacionados. Así mismo, es evidente que en la realidad peruana no se han publicado estudios sobre los efectos de la amputación de las mamas en la vida íntima de las mujeres, en donde se aborden temas como: cuáles son sus experiencias o cómo entienden su cuerpo en el contexto sexual; es por ello que, la presente investigación propone dar respuesta a la pregunta ¿Qué cambios se presentan en la sexualidad de las mujeres, después de una mastectomía radical unilateral o radical bilateral?

## 1.2 Justificación y relevancia

Los estadísticos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas describen que existe un aumento en la cantidad de nuevos casos de cáncer de mama desde el año 2000 hasta el 2013; siendo 1018 en el 2000 y 1230 en el 2013. Para tratar esta enfermedad, que tiene cura en los primeros estadios de su desarrollo, existen diversos tratamientos, entre los que se encuentra, como uno de los principales, la mastectomía; que consiste en un procedimiento quirúrgico con extirpación de la o las mamas (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], *s.f.*).

En vista de la importancia que tienen las mamas para la autoimagen y la autoestima (Heidari, Shahbazi y Ghodusi, 2015) y en general para la vida sexual de las mujeres (Di Pretoro, 2016), se considera importante aumentar por medio de esta investigación, el conocimiento sobre los cambios emocionales, sexuales y relacionales que puede experimentar una mujer en su vida luego de la amputación.

El presente estudio de la sexualidad en pacientes que han sido mastectomizadas, es además relevante por las connotaciones psicosociales y sexuales que tienen en nuestro país las mamas para las mujeres. Estas últimas, al ser vistas como un símbolo de feminidad y atractivo sexual, tienen gran relevancia en la percepción de las mujeres sobre sí mismas y por ende, sobre su calidad de vida (Juarez y Landero, 2012).

Es por estas razones, que la presente investigación pretende, a nivel teórico, ampliar el conocimiento que se tiene sobre las distintas sensaciones, percepciones, miedos, pensamientos y conductas que presenta una mujer luego de la mastectomía con relación al área sexual; así como, las estrategias de afrontamiento y los elementos relacionales que les han permitido, pese a la amputación de las mamas, continuar con una vida sexual e íntima satisfactoria.

Finalmente, a nivel empírico, la investigación aportará información sobre los hechos y las experiencias de un grupo de mujeres mastectomizadas, que se encuentran inmersas dentro de la cultura peruana; esto brindará herramientas de trabajo a futuros psicólogos clínicos y psico oncólogos para el manejo del duelo antes, durante y después de la enfermedad, así como posibles técnicas para psicoeducar a las parejas sobre los posibles cambios que se presentarán, la forma de comunicarlos, adaptarlos e integrarlos a la vida marital.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Cáncer de Mama

#### 2.1.1 Definición

La Sociedad Americana de Cáncer define el cáncer de mama como un tumor maligno que tiene su inicio en las células de la mama. Al igual que con los otros tipos de cáncer, en los que el crecimiento celular es indiscriminado, en un período de tiempo corto puede invadir otras partes del cuerpo (Sociedad Americana de Cáncer [ACS], 2016).

#### 2.1.2 Epidemiología

Según la Agencia Internacional para el Estudio de Cáncer conocido por sus siglas en inglés como IARC (2016); el cáncer de mama es el que tiene mayor incidencia en las mujeres de todas las regiones del mundo (desarrolladas y no desarrolladas) y con aproximadamente 1.67 millones de casos diagnosticados en el mundo, es el segundo más común.

Asimismo, la IARC estima que la incidencia del Cáncer de mama en el Perú en relación al resto del mundo es de 24.1/100,000 ubicándose en el último lugar; del mismo modo, comparando la mortalidad con el mundo, Perú obtiene el último lugar con 10.1/100,000 (Agencia Internacional para el Estudio del Cáncer [IARC], 2016).

#### 2.1.3 Tratamientos: mastectomía

Para el tratamiento del cáncer de mama existen múltiples procedimientos, entre los que se encuentra la quimioterapia, la radioterapia y la mastectomía, siendo este último uno de los más utilizados.

La mastectomía es un procedimiento quirúrgico en el que hay extracción parcial o total del tejido mamario. Existen diferentes tipos de mastectomía; sin embargo, en la presente investigación, solo se explicarán los tipos de mastectomía que implican extracción total (mastectomía simple y mastectomía radical).

En primer lugar, se encuentra la mastectomía “simple” o “total”; que es aplicada usualmente en mujeres que tienen un área amplia de su tejido mamario afectada, o que presentan esparcimiento del tumor en diversos espacios de la misma,

consiste es una operación donde el cirujano extirpa la totalidad de una o ambas mamas (ACS, 2016).

En segundo lugar, está la mastectomía radical; esta, que es aplicada a las mujeres en las que el tumor compromete los músculos torácicos situados bajo la mama, consiste en una operación extensa en la que se extirpa una o ambas mamas junto con los ganglios linfáticos auxiliares y los músculos de la pared del tórax (ACS, 2016).

#### **2.1.4 Factores de riesgo**

Según la Fundación Peruana de Cáncer (FPC, 2017) los factores de riesgo más comunes para el cáncer de mama son: la edad, pues existe una mayor cantidad de diagnósticos en mujeres mayores de 35 años, con la tasa más alta de incidencia después de los 50 años; el sexo, porque este tipo de cáncer es más común en mujeres (solo 1% de los casos son reportados en hombres) (Ibáñez, Calderón y Márquez, 2011); los antecedentes familiares (entre el 5 y el 10% son resultado de una carga genética que aumenta las mutaciones en los genes BRCA 1 y BRCA 2) , y la reincidencia de enfermedad oncológica (FPC, 2017).

#### **2.1.5 Factores que afectan el ajuste al tratamiento**

Según los estudios de Massie (2015), a pesar de las dificultades socioemocionales que se pueden desprender de una enfermedad oncológica; una gran cantidad de mujeres logran adaptarse de la mejor manera a su situación durante el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer que padecen; sin embargo, hay una cantidad de pacientes que sí requieren ser acompañadas por el servicio de psicología y psiquiatría.

Los factores que impulsan a este tipo de pacientes a buscar apoyo del profesional de la salud son cuatro: los nosológicos; el nivel de ajuste que tenga la persona, la personalidad que tenga y las experiencias pasadas de pérdida que haya vivido; la cultura, la espiritualidad y/o actitud religiosa del paciente y el potencial de rehabilitación del paciente, tanto la física como la psicológica (Massie, 2015).

### **2.1.6 Calidad de vida en pacientes mastectomizadas**

El cáncer de mama es uno de los problemas de salud más grandes de la sociedad actual; afecta multidimensionalmente a la persona que lo padece y a su familia teniendo consecuencias físicas y psicológicas. Dentro de las posibles consecuencias psicológicas se encuentra la mayor incidencia de padecer trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad que pueden desencadenarse en ideas suicidas (Valentine, 2015).

Las investigaciones realizadas sobre este tema, indican que la percepción de calidad de vida es mayor en pacientes con reconstrucción mamaria post mastectomía que en aquellas que no fueron sometidas a una cirugía plástica (Gardikiotis et. al, 2016). Por ejemplo, los resultados del cuestionario realizado por Dauplat y colaboradores (2017) indicaron que la reconstrucción mamaria inmediata, es vista por las mujeres como un procedimiento básico para el mantenimiento de la vida marital y social (Dauplat et al., 2017).

Sin embargo, no solo la reconstrucción mamaria funciona como un factor que influye en la percepción de la calidad de vida post mastectomía, también existen elementos inherentes a las personas que pueden favorecerla o afectarla; un ejemplo de esto, son las estrategias de afrontamiento (Moreno, 2016). Como su nombre lo indica, las estrategias de afrontamiento son un conjunto de respuestas cognitivas y conductuales orientadas a resolver un problema o a manejar las emociones que una situación determinada suscita, cuando esta es percibida por el individuo como desbordante (Flórez y Klimenko, 2011).

Si bien existen diferentes posturas con respecto a las estrategias de afrontamiento en los pacientes oncológicos, hay un acuerdo común en que las estrategias positivas, que están orientadas en la búsqueda de sentido, apoyo social, espiritualidad y reestructuración cognitiva del evento favorecen la calidad de vida, estas últimas son además más comunes en las pacientes mujeres (Moreno, 2016).

## **2.2 Desordenes psicológicos asociados al Cáncer de Mama**

### **2.2.1 Ansiedad**

La ansiedad patológica se define como un miedo desproporcionado al nivel de amenaza que recibe el sujeto, esta puede afectar el desenvolvimiento de la persona y se caracteriza por síntomas intensos como excesiva preocupación y miedo, llanto

constante, pensamientos rumiantes, insomnio y malestar significativo (Maté, Hollestein, y Gil, 2004).

En el caso de las pacientes con cáncer de mama, al padecer una enfermedad que suscita múltiples pérdidas (de su salud, de su físico y en muchos casos de su concepto de sí misma), es normal encontrar respuestas iniciales de miedo, relacionadas especialmente con el temor a morir y las preocupaciones sobre qué va a pasar consigo misma y su familia en caso de que los resultados de la intervención no sean positivos (Caniçali, Nunes, Pires, Costa y Costa, 2012); no obstante, el miedo mantenido en el tiempo puede desencadenar respuestas de ansiedad.

A pesar de que estas respuestas de ansiedad pueden aparecer en cualquier momento desde que se da el diagnóstico, existen momentos concretos, en los que la probabilidad de desencadenar un trastorno de ansiedad es mayor (como el período inicial de diagnóstico y la espera de resultados concretos sobre algún procedimiento) (Valentine, 2015).

### **2.2.2 Depresión**

Los desórdenes del estado de ánimo son comunes en pacientes que padecen de cáncer. El desorden más común es la depresión que se caracteriza por un humor depresivo, desinterés en las actividades cotidianas, cambios en la imagen corporal, insomnio o hipersomnia, fatiga o falta de energía (Valentine, 2015).

Los resultados de una investigación realizada en la República Islámica de Irán en 2017 exponen que el índice de depresión es mayor en el grupo de mujeres que han pasado por una mastectomía reciente, en comparación con aquellas en las que la operación se dio años atrás; se expone también que las mujeres que han pasado por una mastectomía tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos que las mujeres de la población en general. Asimismo, se pudo concluir que pacientes que se encuentren en edad de 50 años o más tienen mayor riesgo de depresión luego de la mastectomía que pacientes menores a esa edad (Kim et al., 2017).

### **2.2.3 Duelo**

El duelo es un proceso normal que se genera ante la pérdida emocional, personal o de un objeto que es considerado como importante para la persona. En el caso de las mujeres con cáncer de mama, este se presenta no solo ante la presencia misma de la enfermedad, sino ante la pérdida de un seno, el cabello, el estado físico y/o la luminosidad de la piel, por los cambios de la imagen personal que conllevan; este

proceso (duelo) se presenta en diferentes fases, empezando por la negación, en la que ni la paciente ni sus familiares pueden comprender lo que sucede, seguido por la tristeza, el enojo, la negociación y finalizando con la aceptación (Díaz y Zúñiga, 2014)

### **2.3 Sexualidad**

La sexualidad es un constructo que relaciona las necesidades fisiológicas y de placer de la naturaleza humana con los distintos dogmas sociales y culturales (Pinto, 2016). Se encuentra presente en todos los estadios del desarrollo humano y se complejiza con los años hasta el final de su vida (Shibley y DeLamater, 2003); por esto, representa una faceta tan importante en la existencia de todo individuo.

La sexualidad trasciende con el ser humano en todas sus áreas de la vida y su forma de expresión varía dependiendo del momento, la madurez emocional y el contexto sociocultural en el que el individuo está inmerso (Crooks y Baur, 2000); es por esto que, por ejemplo, que mujeres de la misma edad, pero que han crecido en diferentes culturas, perciben su cuerpo y su sexualidad de forma distinta. Ante estas diferencias significativas transculturales, Ira Reiss (como se citó en Shibley y DeLamater, 2003) propuso la teoría sociológica de la sexualidad, en la que afirma que la sexualidad incluye respuestas eróticas y genitales formadas por los guiones culturales de una sociedad.

Además de las diferencias transculturales descritas anteriormente, la sexualidad presenta diferencias transgeneracionales importantes, sobre todo en aspectos como la frecuencia de la actividad sexual y las técnicas utilizadas para la misma. En una investigación transversal realizada por la Encuesta de Vida Social y Salud Nacional (NHSLs por sus siglas en inglés) se determinó que las parejas más jóvenes (entre 18 y 29 años) tenían relaciones sexuales en un promedio de 2 a 3 veces por semana, mientras que, a partir de los 40 años, esta disminuía a de 1 a 2 veces; de igual manera sucede con las técnicas utilizadas para el sexo, en donde las parejas más jóvenes reportaban tener un mayor repertorio de conductas.

Dentro del constructo de sexualidad se encuentran inmersos otros elementos de importancia como actividad sexual, placer e intimidad, que si bien se encuentran relacionados, no son lo mismo. La actividad sexual hace referencia al conjunto de acciones que producen excitación, gratificación y placer erótico; puede producirse de manera unipersonal, en pareja o en grupos (Crooks y Baur, 2000); el placer, por su parte, es un tipo de experiencia primaria de carácter agradable, que es resultado de la

satisfacción de alguna necesidad o deseo (Villarroel, 2005). Este no está referido únicamente al cumplimiento de un deseo o necesidad sexual, es por esto que los investigadores definen a este último como placer erótico. Finalmente, la intimidad, está relacionada con la creación de un vínculo en el que se encuentran comprometidos sentimientos de afecto y proximidad (Crooksy Baur, 2000).

Asimismo, la sexualidad se compone de tres aspectos: deseo, satisfacción y funcionamiento sexual (Pintado, 2016). El deseo sexual, nombrado por primera vez por Sigmund Freud como líbido, corresponde a una respuesta innata, en la que el individuo, presenta determinadas sensaciones que lo motivan a involucrarse y responder a un estímulo sexual (Faus-Bertomeu y Gómez-Redondo, 2017). De esta manera, Schanarch (como se citó en Faus-Bertomeu y Gómez-Redondo, 2017) propone que dicho factor acompaña toda la actividad sexual de inicio a fin. La satisfacción sexual, por su parte, se refiere a la experiencia subjetiva que tiene cada individuo de la actividad sexual; está relacionada con el sentimiento de bienestar y plenitud propio y de la pareja (Carrobles, 2011). Finalmente, el funcionamiento sexual se refiere a la capacidad física que tiene la persona para involucrarse en una actividad sexual, tiene relación con los componentes fisiológicos que influyen en la capacidad para sentir excitación y lograr el orgasmo (Juárez y Landero, 2012). Este último, responde en muchos casos a las necesidades psicológicas y emocionales de las personas, en el caso de las mujeres relacionadas con la autoestima y la imagen corporal (Juárez y Landero, 2012).

### **2.3.1 Teorías sociales sobre la sexualidad**

La sexualidad, en especial la conducta sexual, a pesar de estar presente en la vida de las personas, no fue estudiada sino hasta fines del siglo XIX, año en el que Sigmund Freud explicó la fuente de la neurosis. Años más adelante, este mismo autor determinó la sexualidad infantil como un elemento esencial e importante del desarrollo (Shibley y DeLamater, 2003). Pues, para el psicoanálisis, tanto la sexualidad como los primeros años de vida son aspectos esenciales en la formación de la personalidad y el carácter de los individuos y determinan la forma en que el individuo forma sus arquetipos de amor, su conciencia moral y sus ideales de lo que debe ser (Guzmán, 2008).

A raíz de los aportes de Sigmund Freud y el creciente interés por el papel de la sociedad en la conducta humana, nacieron las teorías sociales sobre la sexualidad, las cuales aseguran que la conducta humana es producto de la interacción entre las



personas, que son quienes le adjudican un valor a los objetos y las acciones (Shibley y DeLamater, 2003). Para ellos, la comunicación es todo aquello que relaciona a los individuos entre sí y les permite expresar sus deseos y necesidades, esta siempre es simbólica pues dota de valor y significado a las situaciones y los contextos en los que las personas se desenvuelven, es decir, el hecho de que algo tenga valor en la sociedad (por ejemplo, las mamas) depende del contexto en el que se encuentre la persona y el valor que los individuos de este le brinden. Este valor puede ser modificado o reafirmado por medio de la negociación, que es la forma en la que la comunicación entre dos o más individuos se ponen de acuerdo en la importancia de los objetos de su entorno (incluyéndose a ellos mismos). Es de esta manera como la expresión sexual, que es la forma en que una persona se relaciona sexualmente con otra, por ejemplo, es controlada por medio de los roles sociales (feminidad y masculinidad) y la conducta es mediada por la percepción que se cree que tiene el otro sobre uno mismo (Shibley y DeLamater, 2003).

### **2.3.2 Teoría del guión sexual**

Siguiendo con las teorías que defienden la relevancia de la sociedad en la construcción de la sexualidad y la mediación de la conducta sexual, se encuentra la teoría del guión sexual. Esta teoría afirma que en la vida los individuos aprenden, por medio de la experiencia directa e indirecta, cuáles son los guiones a seguir (Shibley y DeLamater, 2003). Estos guiones, no solo son una guía que indica cómo actuar ante una situación determinada, sino que también dotan de sentido las percepciones y sensaciones humanas (Silva y Barrientos, 2008).

Los guiones o scripts, son creados por los miembros de poder y se transmiten de una generación a otra por medio de la cultura; sin embargo, estos pueden ser modificados con base en la necesidad de los individuos (Vieira et al., 2014).

Los guiones, al determinar la forma de actuar de las personas en situaciones sociales importantes, también están presentes dentro de la sexualidad y la conducta sexual; en este último caso, adaptan las demandas de los individuos al medio cultural que los rodea (Vieira et al., 2014).

Un ejemplo de cómo funcionan y se modifican los guiones, se da en la expresión sexual. En entrevistas realizadas por la revista “The National Health and Social Life Survey” (NHSLs, por sus siglas en inglés), los hombres mencionaban que previo al acto sexual suelen besar a su pareja y posteriormente pasan a acariciar las mamas; en el caso de las parejas de mujeres mastectomizadas, el segundo paso

(acariciar las mamas) deja de existir; de esta manera, el guión inicial que se tiene sobre la expresión sexual fue modificado a la necesidad de un grupo de individuos (Shibley y DeLamater, 2003).

La teoría del guión sexual tiene tres niveles importantes: los escenarios culturales, el nivel interpersonal, y el nivel intrapsíquico; estos abarcan a todo el individuo desde su esfera social hasta la intrapersonal.

Los escenarios culturales, responden a la esfera externa del individuo, son guías colectivas fijadas en la sociedad con el fin de conocer los valores sociales y con base en ellos, poder juzgar las expresiones sexuales de las personas; el nivel interpersonal, que responde a la esfera media, une los roles que adquiere cada individuo con las expectativas sociales que se tienen de estos, mientras pone de relieve los elementos simbólicos de los escenarios; finalmente, el nivel intrapsíquico, responde a la esfera intrapersonal y se encarga de articular las expectativas que se tienen de un individuo con sus fantasías, temores y emociones relacionadas con la vida sexual y afectiva (Silva y Barrientos, 2008). Aunque estos tres niveles, respondan a áreas distintas de la persona, se encuentran siempre interrelacionada, de tal manera que, la persona primero adopta un escenario cultural y luego, con base en este, adquiere un rol para poder responder asertivamente a lo que se espera de sí mismo (Wiederman, 2015).

Los guiones sexuales, entonces van a mediar la interacción entre dos o más personas en todo momento y van a determinar, las conductas sexuales que adopta uno u otro dependiendo de las circunstancias en las que se encuentren (Shibley y DeLamater, 2003).

### **2.3.3 Teorías sobre la respuesta sexual**

Para poder comprender la respuesta sexual que tienen las personas, los investigadores Masters y Johnson (1966), por medio de la información recolectada sobre la experiencia sexual de 382 mujeres y 312 varones proporcionaron uno de los principales modelos de la fisiología de la misma (Shibley y DeLamater, 2003).

Dentro de su investigación, los autores descubrieron cuatro etapas dentro de la respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estas siempre acompañadas de dos procesos fisiológicos básicos: la vasocongestión y la miotonía. La vasocongestión ocurre cuando hay una gran acumulación de sangre en los vasos sanguíneos del cuerpo; mientras que la miotonía aparece con la contracción de los músculos de todo el cuerpo, en especial de los genitales (Crooks y Baur, 2000).

Con respecto a las etapas, la excitación hace referencia al inicio de la estimulación erótica con lubricación vaginal dentro de los primeros 10 a 30 segundos de exposición a estímulos excitantes; de igual manera, durante esta fase el glande del clítoris y los bulbos vestibulares de la vagina se inflaman, los pezones presentan una erección y las mamas se hinchan por lo que su tamaño aumenta (Crooks y Baur, 2000).

Posteriormente se da la etapa de la meseta, donde la vasocongestión alcanza su cima; en las mujeres, se genera la formación de la plataforma orgásmica donde se da un estrechamiento del tercio exterior de la vagina, el clítoris se retrae y los procesos de vasocongestión y miotonía continúan intensificándose hasta que la tensión que presentan es suficiente para que llegue el orgasmo (Shibley y DeLamater, 2003).

El orgasmo es la etapa de menor duración de toda la actividad sexual, se da con la estimulación constante de determinadas áreas al interior de la vagina, el clítoris y las mamas; en las mujeres no siempre se experimenta, pues estas muchas mantienen sus niveles de meseta sin llegar al climax (Crooks y Baur, 2000).

Al final del ciclo sexual se da la resolución, en ella los órganos vuelven al estado de no excitación, las sensaciones que se dan en esta fase responden a la persona misma, a su nivel de energía y a las necesidades que tengan en ese momento; en el caso de las mujeres; a diferencia de los hombres, no entran en un período refractario y podrían estar preparadas para otra actividad sexual (Shibley y DeLamater, 2003).

Años después, Kaplan (1979) retomó estos postulados poniendo un mayor interés en la vasocongestión y las contracciones musculares; así mismo, ingresó un nuevo concepto a la teoría fisiológica de la sexualidad: el deseo sexual (Shibley y DeLamater, 2003).

El deseo es la predisposición que tiene la persona para involucrarse en una conducta sexual, no tiene correlato fisiológico genital y se presenta siempre de manera previa a la excitación y el orgasmo, por lo que funciona como una fuerza que motiva y predispone para el inicio de un acto sexual (Palma, 2009). Asimismo, el deseo sexual está compuesto por tres elementos que suelen ser independientes entre sí; el impulso, el motivo y el anhelo. El impulso está relacionado a la activación biológica (factores anatómicos, fisiológicos y neuroendocrinos). Luego se encuentra el motivo, está íntimamente relacionado con la parte psicológica de la persona, es la integración del impulso y la personalidad, este dependerá de cómo haya sido el contexto socio cultural, la historia y educación sexual. Finalmente, el anhelo corresponde con la representación

sociocultural del deseo e implica querer estar involucrado en la experiencia sexual, está íntimamente ligado al contexto social y a las creencias sobre la sexualidad (Palma, 2009).

Años después, el modelo cognitivo aparece como respuesta crítica al modelo fisiológico de Masters y Johnson y el trifásico de Kaplan, los cuales no consideraban el valor de los aspectos cognitivos y subjetivos en la respuesta sexual. El modelo presentado por Walen y Roth (citado en Arango, 2008) plantea que la evaluación que hace la persona de una situación determinada es la que va a desencadenar tanto la excitación como la conducta sexual.

#### **2.3.4 Teoría triangular de Sternberg**

Entre 1986 y 1988 Robert Sternberg propuso la teoría triangular del amor; esta, asegura que el amor tiene tres facetas importantes: pasión, intimidad y compromiso que se presentan en cada pareja de forma particular (Mazadiego, 2011).

La pasión hace referencia al componente motivacional del amor, alimenta los sentimientos emocionales y la atracción física. Infunde deseo de unión con la pareja, por medio de la expresión de los deseos y necesidades de índole principalmente sexual (Crooks y Baur, 2000; Mazadiego, 2011).

La intimidad, hace referencia al componente emocional del amor, comprende sentimientos de afecto, intercambio y proximidad en la pareja que promueven el vínculo y la conexión; muestra la disposición que tiene la persona de comunicar al otro pensamientos y sentimientos secretos (Crooks y Baur, 2000; Mazadiego, 2011).

El compromiso hace referencia al componente cognitivo del amor, es la decisión consciente que toma la persona de involucrarse en una relación con alguien más y mantenerla en el tiempo (Crooks y Baur, 2000; Mazadiego, 2011).

Para Sternberg, de estos tres aspectos se forma lo que se conoce como “amor” y “relación de pareja” y las diferencias entre una y otra pareja se encuentran en la medida de cada elemento y la relevancia que cada uno de estos tiene para ambas partes; no obstante, tanto los componentes descritos como los patrones en que se manifiestan pueden variar en la misma pareja con los años. A pesar de que la relación de pareja se puede formar a partir de un elemento, la unión de los mismos es la que asegurará que la relación permanezca en el largo plazo (Crooks y Baur, 2000).

### **2.3.5 Relación entre la vida en pareja y el bienestar**

A raíz de la teoría del amor propuesta por Sternberg en los años 80 y del creciente interés por conocer los aspectos que generan bienestar en los seres humanos, se empezó el estudio de las relaciones de pareja. Actualmente, las investigaciones concuerdan en que las relaciones maritales “felices”, en las que existe una percepción de reciprocidad, cercanía, apoyo emocional e intimidad (incluyendo la sexualidad), promueven la salud de las personas y favorecen la adaptación de las mismas a situaciones vitales difíciles (Alzugaray y García, 2016).

Es por esta razón, que hay un creciente interés por conocer qué factores influyen en la elección de una pareja y cómo se interrelacionan ambos miembros para poder llegar a ser un “matrimonio feliz”. Una de las líneas de investigación más estudiadas sobre la elección de pareja es la del apego y cómo el patrón relacional de la primera infancia tiende a ser repetido en las relaciones amorosas de la edad adulta; con respecto a esto, Guzmán y Contreras (2012) encontraron que la diada de apego seguro generaba relaciones de cercanía y dependencia sana, en la que ambos miembros podían contar con el apoyo emocional e instrumental del otro; mientras que la diada de ambivalente e inseguro generaban altos niveles de insatisfacción, pues había distanciamiento emocional y temor constante al abandono (Alzugaray y García, 2016). Además de esta teoría, existen otras de índole biológico (basadas en las características físicas como medio para asegurar la conservación de la especie), social (basadas en aspectos cognitivos y de intercambio entre unos y otros) y sistémico (basadas en proyecto de vida, compatibilidad de caracteres y valores) (Soto, 2015).

Entonces, teniendo en cuenta que los patrones individuales (valores personales, patrones relacionales, personalidad, etc) influyen en la elección de pareja y la satisfacción con la relación en situación normales, es importante conocer las características personales y de la diada conyugal, para tener una idea de cómo se desarrollarán ante eventos estresantes (Alzugaray y García, 2016).

### **2.4 Sexualidad en pacientes con Cáncer de Mama**

Ante la noticia del cáncer de mama y la posterior mastectomía como parte del tratamiento, la mujer debe asumir nuevos roles dentro de la relación y la vida íntima para así poder continuar respondiendo de manera asertiva a su escenario cultural (Vieira, et al 2014). En este proceso, es muy probable que se atravesase por miedos y

dificultades al continuar con algunos aspectos sexualidad, pues esta se ha visto afectada por la enfermedad y la operación (Wiederman, 2015).

Un aspecto importante que se debe renegociar después de una mastectomía es el orden en el que se desarrolla la actividad sexual; pues el tocamiento de mamas previo a la penetración como medio de excitación a la mujer y la pareja es considerado como esencial para ambos, pero ya no está presente (Shibley y DeLamater, 2003). Esta renegociación de los roles y el guión sexual debe responder a las necesidades de la pareja, para así evitar dificultades al momento de involucrarse en una actividad sexual.

En una investigación realizada por Vilchez, Ruiz, Laguna y Cid (2017) cerca del 50% de las mujeres entrevistadas que habían sido mastectomizadas, reconocieron tener miedo del rechazo por parte de sus parejas ante la ausencia de una o ambas mamas; así mismo, aseguraron que desde el momento en que fueron mastectomizadas dejaron de recibir caricias en la zona del pecho; esta modificación en la conducta de sus parejas durante el acto sexual, al no ser dialogado previamente, repercutió en la valoración de las mismas sobre su desnudez y atractivo físico (Vilchez, Ruiz, Laguna y Cid 2017).

Además, el cambio en la imagen física de la mujer mastectomizada influye en su sexualidad, existen otros factores que también juegan un papel importante en el proceso de retomar la actividad sexual durante y después del tratamiento; en primer lugar, se encuentra la pérdida de deseo sexual, que responde principalmente al cambio de su situación vital y a la inconformidad con su nueva corporeidad (Di Pretoro, 2016); en segundo lugar, se presentan los cambios en el funcionamiento sexual, especialmente en las pacientes cuyo tratamiento incluye terapia hormonal, pues no solo hay pérdida de la fertilidad, sino que también hay cambios en la capacidad de lubricación vaginal que conllevan a dispareunia; finalmente, si bien la satisfacción sexual se mantiene en las mujeres que tenían una buena relación marital previa al diagnóstico, la frecuencia de las relaciones sexuales suele disminuir, especialmente en los primeros meses (Finck, et al. 2012).

Todo lo descrito anteriormente, demuestra que ante una cirugía tan invasiva como la mastectomía, las mujeres pueden verse afectadas en el ámbito personal, sexual y socioemocional. En primera instancia porque culturalmente, sienten que pierden algo que es visto como objeto de deseo y erotismo sexual, que a la vez funciona como medio para la reproducción (Ortiz, 2016; Piñeiro, 2016; Fallis, Rehman y Purdon, 2012), en segunda, porque hay una relación entre los hechos

biológicos y el comportamiento sexual que se ve afectada y en tercera instancia, porque este cambio en su imagen corporal las lleva a reaprender, junto con sus parejas, la forma de relacionarse en el ámbito sexual e íntimo (Fallis, Rehman y Purdon, 2012).

#### **2.4.1 Imagen corporal**

Las mamas son consideradas como una de las partes más importantes del cuerpo de la mujer, estas brindan seguridad y satisfacción con respecto a su aspecto; es por esto, que cualquier anomalía en la mama puede afectar negativamente la imagen corporal que tiene de sí misma (Blanco, 2010).

La mastectomía es el procedimiento que más afecta a las mamas; por esto, luego de una intervención quirúrgica, en la que las mujeres pierden una parte importante de su cuerpo, símbolo de su feminidad, su autoimagen se ve dañada, su confianza disminuida y su satisfacción personal perjudicada (Heidari et al., 2015).

Ante esta situación, es normal pensar que las mujeres con cáncer de mama pueden experimentar estrés mientras intentan asimilar su nueva corporeidad. La investigación realizada por Anderson et al. (2017), muestra que los resultados de la percepción de la imagen corporal son significativamente menores en mujeres que atravesaron por una mastectomía que aquellas que pasaron por una cirugía menor de mama; lo que sugiere que la amputación de mama disminuye la percepción del atractivo sexual propio.

Por otro lado, la imagen corporal debilitada afecta también el área social y la relación con el entorno. Las mujeres se suelen preocupar por su vida marital, en especial por cómo los cambios corporales pueden afectar negativamente su vida sexual (Koçan y Gürsoy, 2016).

#### **2.4.2 Bienestar sexual luego de una mastectomía**

Luego de una mastectomía, muchas mujeres experimentan cambios negativos en su sexualidad. En el 2012 se investigó sobre las diferencias de la satisfacción sexual entre mujeres con Cáncer de mama y mujeres sanas de la misma edad; el estudio concluyó que las primeras experimentan menores niveles de satisfacción sexual y mayor dificultad para mantener una vida sexual activa; esta dificultad se debe a que el malestar físico está directamente asociado con la disminución del funcionamiento sexual (Ussher, Perz y Gilbert, 2012), entre los síntomas físicos que suelen presentarse

está la sequedad vaginal y el dolor que de esta desprende en el momento de la penetración (Ortiz, 2016), de igual manera está la disminución de la libido resultado de un aceleramiento de la menopausia resultado del cáncer hormonal (Vieira et al., 2014).

Por otro lado, la investigación de Alison Herderson postula, que el reinicio de la vida sexual luego de una amputación se da entre las seis semanas y los cuatro meses posteriores a la operación. El tiempo que tarde en reiniciarse depende de la importancia que tenga la vida sexual para la paciente y de la cercanía que tenga con su pareja (Henderson et al., 2016).

Finalmente, la pareja cumple un rol protagónico durante toda la trayectoria de la enfermedad. Pues del soporte que brinda a la paciente y su trato durante la enfermedad, depende el tiempo de reanudación que tienen juntos a la vida sexual (Nicolaisen et al., 2014).

### **2.4.3 Renegociación de la vida íntima en pareja**

Las dimensiones de la sexualidad dependen del “cómo” sea este negociado, ya que ha demostrado ser el predictor más importante de la salud sexual de las mujeres y de sus parejas. También se ha demostrado que la calidad de la relación íntima en la pareja antes de la enfermedad es un predictor de la satisfacción y funcionamiento luego de la enfermedad (Ussher, et al., 2012).

La negociación luego de la operación es distinta entre la mujer y el hombre; la mujer está enfrentando miedos y dificultades sobre su cuerpo y, especialmente, sobre su atractivo; por otro lado, el hombre sigue demostrando su interés en el atractivo sexual de su pareja. Sin embargo, para ambos la vida sexual ha tomado una nueva perspectiva y dimensión que requiere volver a aprender el uno del otro (Loaring et al., 2015).

La restauración y rehabilitación de la función sexual, incluye algunas modificaciones en los comportamientos sexuales; tales como, tener sexo con ropa suelta, ocultar la falta de deseo sexual y continuar correspondiendo a los pedidos de la pareja. También está incluido el uso de la prótesis durante el coito; pues en algunos casos esto genera mayor satisfacción y confianza en la autoimagen de la mujer frente a su pareja (Fouladi et al., 2017).



Para la negociación la comunicación es fundamental, pues en ella las mujeres pueden expresar sus pensamientos, sentimientos a sus parejas. Asimismo, la pareja puede describir cómo le gustaría que fuera la vida sexual, pese a las preocupaciones de la misma enfermedad. Sin embargo, las pacientes suelen tener un patrón de evadir (consciente o inconscientemente) el tema o no querer discutir directamente la negociación con sus parejas (Loaring et al., 2015).



## CAPÍTULO III: OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo general:

Explorar los cambios que se presentan en la sexualidad de mujeres, después de una mastectomía radical unilateral o radical bilateral.

### 3.2 Objetivos específicos:

- Explicar el impacto de la mastectomía en el desenvolvimiento sexual de las mujeres que hayan pasado por el proceso de la mastectomía radical unilateral o radical bilateral.
- Analizar los obstáculos que impiden una vida sexual placentera en mujeres mastectomizadas.
- Describir los recursos que ayudan a mejorar la vida sexual de las mujeres mastectomizadas.

# CAPÍTULO IV: MÉTODO

## 4.1 Tipo de investigación y método

El alcance de la investigación fue tanto exploratorio como descriptivo. Exploratorio porque el objetivo fue indagar un tema de investigación que ha sido poco abordado con anterioridad en nuestra sociedad, y de esta manera obtener resultados que sirvan para aumentar el grado de información y de familiaridad con el fenómeno estudiado. Descriptivo porque se buscó especificar los aspectos, dimensiones y componentes que intervienen en la sexualidad de las mujeres luego de una mastectomía radical unilateral o bilateral; es decir, se pretende describir el fenómeno a investigar (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El método de investigación que se utilizó es el Fenomenológico, que se refiere al estudio del fenómeno con base en las experiencias directas percibidas por las personas involucradas en el mismo; este, al considerar a las personas como las principales fuentes de información sobre el evento, les dio protagonismo y confianza en la veracidad de sus relatos. Finalmente, el método fenomenológico reconoce y contextualiza las experiencias en tiempo, espacio, corporalidad y contexto relacional. En la presente investigación todo lo anterior estuvo relacionado con las mujeres que han sufrido de una mastectomía radical unilateral o bilateral en el área de la sexualidad (Herrera, 2010).

## 4.2 Participantes

La muestra estuvo conformada 9 por mujeres entre los 40 y 60 años, con una pareja heterosexual estable (relaciones de más de 1 año); que tuviera como mínimo seis meses de post-operatorio de la mastectomía radical unilateral o bilateral; debía residir en Lima, y debía haber culminado la secundaria.

El muestreo que se utilizó fue bola de nieve, pues para la presente investigación las participantes debían cumplir con determinados requisitos que las hacían pertenecientes a un grupo pequeño dentro de Lima; de igual manera, dado que el presente trabajo se centraba en temas como la sexualidad y la mastectomía, el hecho de acudir a la entrevista por recomendación de otra participante, hizo que se sintieran más cómodas relatando sus experiencias. Este tipo de muestreo entonces facilitó la búsqueda de participantes y favorece la confianza de las mismas con el investigador, de forma práctica y económica (Sáenz, 2017).

Para determinar el número total de participantes, se utilizó el principio de saturación, mediante el cual la cantidad de personas no está establecida por una norma distinta que la del cumplimiento de los objetivos por medio de la información recogida; de tal manera que, una vez que no se encuentran aportes nuevos para la investigación, se considera que se ha llegado al número total de participantes (Martínez-salgado, 2012). En el presente caso, este principio se cumplió con un total de 9 entrevistas.

#### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

La técnica que se eligió para la recolección de información es la entrevista semi-estructurada, que fue validada por un conjunto de expertos en el tema; esta es una modalidad de abordaje en la que se desdoblaron los indicadores esenciales en diversos temas a abarcar; esta herramienta debe tener cierta flexibilidad para que no solo se puedan absolver las dudas específicas sobre el fenómeno a investigar, sino que también se puedan contemplar las cuestiones de relevancia aportadas por el entrevistado (Souza, 2013). Por ser semi-estructurada, la guía de preguntas debió contener únicamente los elementos indispensables para relacionar la información con la experiencia del entrevistado facilitando la apertura (Souza, 2013).

Para la recolección de datos, en primer lugar, se realizó la recolección de datos sociodemográficos en los que se le preguntó a la participante información básica como su nombre, edad, nivel de estudios, estado civil, tiempo de relación amorosa, tipo de cáncer de mama que tuvo y tratamiento recibido; en segundo lugar, se inició la investigación con la entrevista a profundidad semi-estructurada; esta entrevista estuvo dividida en cuatro secciones: conocimiento general sobre el cáncer de mama y sus tratamientos, el impacto del diagnóstico en sus vidas, vida de pareja y vida sexual. El objetivo fue iniciar con preguntas que no estuvieron referidas principalmente a las experiencias personales de la participante para, de esta manera, generar confianza en ellas y luego poder invitarlas a conversar de una forma amable; posteriormente la entrevista abarcó aspectos de la vida de pareja y de su vida sexual para indagar sobre los impactos socioemocionales de la enfermedad en su vida y finalmente, la entrevista terminó con una pregunta de recomendación para empoderar a la mujer desde su experiencia personal.

#### **4.4 Procedimiento de recolección de datos**

La recolección de datos estuvo incluida por varios pasos; en primer lugar, se realizaron los trámites y permisos pertinentes en la Universidad de Lima para poder realizar la investigación con potestad del comité de ética. Aceptado el proyecto se procedió a seleccionar a las participantes que formarían parte de la muestra mediante bola de nieve (se inició con una conocida, quien participó y refirió a alguien más que conozca en su situación). Luego de elegida la muestra se les invitó vía telefónica a la participación voluntaria de esta investigación, mediante la llamada también se les refirió el objetivo de la investigación, el consentimiento informado y los pactos de confidencialidad. Una vez que aceptaron participar se les citó en un ambiente tranquilo y seguro para realizar la recolección de información.

La recolección de información constó de dos partes claves, en primer lugar, el llenado de la ficha sociodemográfica, la firma en el consentimiento informado y el acuerdo de confidencialidad; y en segundo lugar la realización de la entrevista semiestructurada descrita anteriormente; esta estuvo grabada por audio con el previo consentimiento de la participante para así facilitar el proceso de transcripción e interpretación de la información. Al finalizar la entrevista (tiempo aproximado de una hora y media) se procedió a agradecer por la participación y a brindar información de soporte emocional en caso de que lo requieran.

El análisis de los datos se realizó mediante la categorización de información relevante para la presente investigación.

#### **4.5 Estrategias de análisis de datos**

Después de la recolección de datos brindada en las entrevistas, se preparó la información recogida para el análisis; para ello, primero se transcribieron todas las entrevistas y se revisaron los datos recogidos para asegurar que se ha llegado al punto de saturación y que con las preguntas presentadas, las entrevistadas hayan respondido aquello que se estaba esperando, una vez que la información recogida es la requerida y tiene un valor importante para la investigación, se procedió a categorizar estos datos en grupos específicos que inicialmente responderían a lo planteado en el marco teórico, de igual manera, se crearon nuevas unidades de análisis con base en la información recogida que respondió a elementos que no hayan sido contemplados por las investigaciones anteriores (Hernández et al., 2014).

Una vez creadas todas las categorías, se procedió a describirlas para que todas las personas que vean la investigación puedan comprender cuáles elementos son fundamentales y cuáles secundarios; de igual manera, con las categorías creadas y descritas se pudo triangular la información para asegurar que los resultados son confiables y válidos para el grupo al que se entrevistó y la población directa con la que se trabajó en el momento de la investigación.



## CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se describirán los resultados obtenidos a lo largo de las entrevistas por cada categoría y sub-categoría:

### Categoría 1: Actividad sexual

#### Sub-categoría 1.1: Buscar la satisfacción de la pareja

Las mujeres que fueron entrevistadas reconocieron que las relaciones sexuales hacen parte de la vida en pareja y que por esta razón, luego de la operación, si bien ellas no realizaban ningún esfuerzo para iniciarlas aceptaban sin problema la iniciativa para tener relaciones sexuales planteada por sus esposos (Loaring et al., 2015).; de igual manera, aceptaron que en ningún momento hubo presión por parte de ellos para tener sexo, puesto que esto siempre se llevó a cabo de forma consensuada.

*“Él era el que tenía la iniciativa siempre”*

*“A veces no tenía muchas ansias, pero como él me buscaba yo aceptaba”*

#### Sub-categoría 1.2: Satisfacción sexual

Existe cierto grado de satisfacción en la intimidad sexual, no equiparable al sentido antes de la mastectomía y enfermedad. Esta satisfacción se relaciona con el placer físico que brinda el sexo para las personas, así como por el sentimiento de compenetración que siente la mujer con su pareja en este espacio, puesto que el esposo se convierte en un agente fundamental para la recuperación sexual y psíquica (Blanco, 2010). Por otro lado, si bien aún se continúan percibiendo como satisfechas, no llega a ser el mismo nivel que antes de su operación y enfermedad, por motivos tanto físicos (cansancio, náuseas, malestar en el cuerpo) como motivos emocionales (vergüenza frente al nuevo cuerpo, miedo al rechazo de parte de la pareja) (Vieira, et al., 2014).

*“(…) pero es difícil, es difícil o sea sin un seno que es una parte sexual tuya es muy difícil”*

*“Sí me costó trabajo, me costó mucho trabajo llegar a un orgasmo, eso es algo psicológico”*

### Sub-categoría 1.3: Búsqueda del placer sexual

Luego de la operación, existe muy poco interés por el placer sexual en especial en la relación coital y/o juegos sexuales. Sin embargo, las mujeres continúan buscando otros medios para lograr una intimidad con su pareja siendo un elemento importante la comunicación entre ambos para saber qué piensa y cómo se siente el otro. Además, la búsqueda de expresiones de afecto tales como besos, caricias y atención suelen ser más frecuentes que en momentos anteriores a la mastectomía, pues ante el cambio de imagen corporal, la mujer siente una mayor necesidad de muestras de cariño por parte de su pareja (Ortiz, 2016).

En la mayoría de los casos, las mujeres mastectomizadas esperan más de sus parejas de lo que estas dan, esto se debe a que hay una variación en los intereses (ya no hay iniciativa sexual por parte de ellas y ahora esperan más que el acto sexual en sí mismo, actos de cariño y acompañamiento)

*“Y vienen otras partes muy bonitas y ya lo conversamos no <<al fin podemos abrazarnos quedarnos abrazados yo lo único que quiero es un abrazo no quiero más>> porque a veces una mujer lo que quieres es eso”*

*“ (...) entonces en esta etapa él me besa en la frente y me gusta que me bese en la frente porque me da más cariño”*

### Sub-categoría 1.4: Frecuencia sexual

Disminuye radicalmente el ritmo sexual, pues la frecuencia con la que solían tener intimidad sexual se ve directamente afectada por la coyuntura de la enfermedad oncológica y la relación que hayan tenido y tengan actualmente como esposos. Es decir, la continuidad sexual se ve subyugada a la calidad de vínculo que hayan podido desarrollar durante sus años como pareja (Vieira, Yoshinari, de Sousa, Macini y Perdoná, 2013).

*“100% antes y ahora es 0%”*

*“Exacto y también ahí empieza la edad a ayudar un poco porque empezamos a envejecer los dos a la par entonces se va calmando todo en ambas partes”*

### Sub-categoría 1.5: Deseo sexual

Ante la situación de pérdida de un miembro corporal tan importante para la autoimagen femenina como lo es la mama, muchas mujeres exponen su falta de ganas para tener



relaciones sexuales después de la mastectomía; esta se encuentra relacionada con la forma en que la mujer piensa de sí misma y de su nuevo cuerpo y las emociones que esto le suscita; el deseo sexual entonces se ve afectado por el impacto que tiene la enfermedad durante y después de la enfermedad (Remondes-Costa, Jimenéz y Pais-Ribeiro, 2012).

*“Yo ya no quería jugar a desvestirme, ya no, ¿cómo? es muy duro, es terrible, entonces psicológicamente yo ya no quería por mí no hubiera nunca más”*

*“Siempre agradando un poco más, entonces mi preocupación era esa, pero era por mí, eso ya lo hemos conversado, al comienzo no quería ni hablarlo porque me daba, yo por mi creo que no hubiera tenido sexo nunca más porque yo ya no quería mostrarme, obviamente no estaba para mostrarme entonces”*

#### Sub-categoría 1.6: Respuesta sexual

Las mujeres afirman que luego de la mastectomía presentan algunos cambios fisiológicos como: cambios hormonales, falta de lubricación y sequedad vaginal que afectan tanto su deseo como su satisfacción sexual (Wang, Chen, Huo, Xu, Wu, Wang y Lu 2013).

*“(…) al ser hormonal te da con los estrógenos o sea también ya estás hablando de la parte física y también te molesta y no te puedes poner estrógenos no te puedes poner nada entonces también duele, fastidia, entonces ya no es solamente físico, es un sentimiento físico que no te permite hacer algo”*

*“Mi cáncer es por hormonas entonces yo no puedo porque hay una edad en que hay mil luchas es horrible y sequedad y mil cosas, entonces normalmente a las mujeres se les dan un montón de cosas que te ayudan a equilibrar eso y puedes hacer una vida normal, pero en mi caso no podía pues está negado, entonces definitivamente no y empezó a ser doloroso, era terrible”*

### Categoría 2: Percepción de la imagen corporal

#### Sub-categoría 2.1: Sentimiento de vergüenza hacia el propio cuerpo

Se produce un sentimiento de incomodidad generado por la idea de ya no ser deseadas de la misma manera que como lo eran cuando tenían ambos senos; debido a que no solo su belleza física (relacionada con la pérdida de cabello, color de la piel e hinchazón por el tratamiento) sino su feminidad se ha visto afectada directamente al ya no poseer una zona

erógena y un símbolo de belleza femenina para ellas mismas y sus parejas. La vergüenza es asociada al sentimiento de mutilación y pérdida que termina por hacer sentir a la mujer incompleta y fea; es por esta razón, que evitan la desnudez ante un tercero (Blanco, 2010).

*“Siempre igual queda un poquito de eso, de recelo que te miren incluso para cambiarme, yo busco el lado si él está viendo televisión yo me pongo para el otro lado y me pongo el polo, con la bata si salgo de bañarme salgo con bata y este aprovecho que a veces no está y trato de cambiarme rápido para que no me vea”*

*“Bueno ahora que lo mencionas, quizás si al inicio mientras estaba en quimios buscaba que no me viera desnuda o cuando recién tenía la cicatriz, porque en esa época es muy difícil verte tu sola, menos quiere que alguien más te vea”.*

#### Sub-categoría 2.2: Sentimiento de pérdida

El proceso de asimilación de la nueva imagen corporal, que incluye la amputación de uno o los dos senos y una cicatriz, suele generar tristeza e inseguridad dentro de los distintos ámbitos de su vida diaria. Mientras que la tristeza es un sentimiento mayormente asociado a la pérdida inmediata del pecho o los pechos, es decir, a la etapa de interiorización de su nueva imagen corporal; la inseguridad está asociada al miedo por el dolor físico propio tras la operación y enfermedad, además de la incertidumbre por la pérdida de la independencia que este debilitamiento físico puede llegar a generar; a raíz de esto, la mujer puede sentir que ahora es “menos útil” en sus labores como madre o persona. Todo lo descrito anteriormente, afecta la autoestima y la imagen que tiene la mujer de sí misma (ya no se ve ni se siente igual) por lo que finalmente se da también una pérdida del disfrute en la vida sexual (Piñeiro, 2016).

*“Como a mí me sacaron todo el seno ya una como que no quiere que la estén mirando, yo tenía un cuerpazo y me iba en hilo dental a la playa me entiendes y ahora como que ya no tengo mi cuerpo, sabes que siento, que me han cambiado de cuerpo, ya no es mi cuerpo y no me gusta lucirlo”.*

*“Cuando se me cayó el cabello, ahí sí que lloré como nunca había llorado, yo siempre tengo el cabello largo, me gustaba el cabello largo, una vez que estaba jugando en el sillón y puso su mano sobre el cabello y se me salió el mechón, ay me puse a llorar no te imaginas me dijo ya se te va caer, <<ya sabíamos que se te iba a caer pero te va a volver a crecer>>”*

### Sub-categoría 2.3: Pérdida de la feminidad

Dado que los senos tienen una gran importancia en el desarrollo de la imagen femenina, luego de la cirugía se evidencia un cambio en la percepción corporal, pues la ausencia de una o ambas mamas, es para este símbolo de incapacidad para cumplir con los roles de esposa y mujer (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

La feminidad, que ha sido construida principalmente sobre la base de la belleza y el atractivo físico (centrado principalmente en los senos y otros elementos de feminidad como el cabello) se ve destruida; por lo que la mujer, no solo sufre de las molestias de la enfermedad, sino que presenta dificultades a la hora de encontrarse a ella misma como femenina y atractiva sexualmente con su nuevo cuerpo (Remondes-costa, Jiménez y Paisribeiro, 2012).

*“Uno es bien, es difícil, entonces yo creo que es un trabajo de convencerte que sigues siendo, pero ¿cómo te convences que puedes ser atractiva cuando tú te miras a un espejo y no eres atractiva de ninguna manera? estamos hablando de la parte física nada más”*

*“Es que para una mujer es muy difícil porque una mujer a ver estás muy bien, estás, dicen que la mejor época es lo 40 de verdad, estaba, me sentía atractiva, me sentía muy bien, entonces de momento que te queda así como que, se siente mutilada, de todas maneras te sientes mutilada, te ves en el espejo y solamente ves una cicatriz, encima terrible”*

### Categoría 3: Respuestas emocionales

#### Sub-categoría 3.1: Tristeza

Manifiestan un dolor anímico, significativo y profundo frente a la pérdida del seno y a las posibles consecuencias que esta operación traerá en sus vidas. Estas emociones son manifestadas por un descenso en el interés en sus actividades cotidianas y abatimiento frente a sus quehaceres diarios, acompañado de pensamientos pesimistas, notable tendencia al llanto (Villafaña, Zarza y Anaya, 2017).

*"Llegué acá a la casa, lloré mucho, el sábado también, era como si estuviera en un hueco oscuro, mis hijos estaban preocupados que no llorara y yo les dije: <<yo voy a llorar, pero me voy a levantar, pero esto me está doliendo mucho porque no sé si voy a poder enfrentarlo>>"*

*“ (...) y cuando he llegado y ya he visto a mi esposo se me vino todo, lo vi y me puse muy mal me puse a llorar ósea puede ser que de repente estaba contenida para manejar bien, no lo sé, entonces sí me dio mucha pena que estuviera pasando eso ”.*

### Sub-categoría 3.2: Miedo

Ante el cambio de imagen corporal al que se enfrentan las mujeres luego de la mastectomía, se generan sentimientos de angustia, miedo, inseguridad y desconfianza; por un lado, referidos al hecho de que ya no se sienten atractivas para sus parejas y que por esto pueden ser reemplazadas fácilmente, por otro lado, por la dificultad que presentan para reincorporarse a las labores diarias del hogar (Ortuz, 2016).

*“Sí, siempre se tiene miedo, miedo a la muerte, miedo de dejar a mi hija ”*

*“Sí, básicamente eso, no es que no le tenga miedo a la muerte, tampoco, pero no es por mí es por perderme otras cosas que se vienen ”.*

### Sub-categoría 3.3: Negación

El impacto que genera la noticia de la enfermedad, por sus connotaciones negativas, lleva a que las mujeres en un inicio se encuentren dentro de un estado de “shock” o negación en el que intentan actuar y comportarse como si nada estuviera pasando realmente, en algunos casos, estas pueden ir en busca de una segunda opinión o incluso atrasar el inicio del tratamiento. Esta negación entra dentro del torbellino de conductas internas y externas que se dan durante un proceso de duelo, el cual que responde a la pérdida de la salud, la autonomía y la seguridad (Díaz y Zúñiga, 2014).

*“(…) dije no mejor no yo creo que se han equivocado no yo no yo no tengo cáncer, yo no puedo tener cáncer porque yo me cuido yo... yo he estado haciendo mis exámenes y nunca me ha salido nada, fueron unos días así que se me iba la cabeza”.*

*“(…) en el fondo cuando me dijeron que tenía un bultito, no lo quería aceptar al principio, me lo dejé un par de años y mal de mi”.*

#### Categoría 4: Relación de pareja

##### Sub-categoría 4.1: Relación previa a la operación

Si bien no todas las personas que reciben un diagnóstico de cáncer se encuentran dentro de una relación de pareja, para las que lo están, el tipo de relación que tenían antes de la enfermedad va a ser el mejor predictor del éxito o fracaso de la relación durante el tratamiento y posterior proceso de remisión (Piñeiro, 2016). Las mujeres que consideraban su relación como estable y comprometida; se sintieron más confiadas, seguras sobre sí mismas, de su relación matrimonial y de su rol como mujeres y madres, en comparación con quienes reconocían venir teniendo problemas de pareja antes del diagnóstico, estas últimas reconocen que la enfermedad deterioró la relación al punto de perder a sus parejas (Blanco, 2010).

*“Ah, súper bien, de verdad que estamos juntos desde mi prom, desde que tengo 16 años y la verdad que ya llevamos 27 años juntos y sí súper (...) La verdad que somos bien parecidos, nos llevamos súper bien, yo le cuento todo él me cuenta todo, o sea sí bien no hay ningún problema, salvo algunas discusiones sonsitas por las chicas”.*

*“Sí siempre nos hemos llevado bien, es una relación sólida”*

##### Sub-categoría 4.2: Capacidad comunicativa

Durante el proceso de la enfermedad, se crea un mayor interés por parte de las entrevistadas de poder expresar sus emociones (especialmente el miedo) y necesidades de forma verbal a sus esposos, así como poder escuchar de ellos lo mismo, ya que consideran esto como una posibilidad para afianzar más su relación como pareja; de tal manera, que, aunque esta conducta se presente con ciertas dificultades en la cotidianidad, es muy valorada por la mujer en esta fase de su vida, pues les va a permitir reorganizar elementos importantes de la vida juntos y la sexualidad (Martínez, 2014).

*“Decírselo a la persona porque necesitamos que nos den mucho cariño porque nos sentimos, quieras o no uno se siente un poco asustada, son cosas nuevas que nos vienen incluso en nuestra vestimenta (...)”.*

*“Sí, me ha ayudado a escucharme, ni siquiera a decir nada, yo he tenido llantos sola, varios, y con él”.*

#### Sub-categoría 4.3: Relación posterior a la operación

La relación de pareja que tuvieron posterior a la operación y al tratamiento logró mejorar a nivel de comunicación, confianza, compromiso, intimidad (no sexual) y cuidado mutuo (tanto físico como emocional) en el caso de las personas que ya venían con una relación fuerte y cuyos esposos fueron un apoyo incondicional (Villafaña, Zarza y Anaya, 2017); de igual manera, se presenta a nivel general un crecimiento de ambos en su rol como padres.

*“Nos hemos unido más, mucho más, lo quiero mucho más que antes y siento que él también me expresa más lo que siente”.*

*“Lo que pasa es que él ya ha hecho bastante me ha dado todo y más de lo que yo he podido haber esperado, el apoyo que me ha dado creo que no, nada más, lo único aparte como te digo sería la parte económica, pero en la parte afectiva él me ha dado más de lo que yo pensaba totalmente”*

#### Sub-categoría 4.4: Renegociación de la vida íntima

Luego de la recuperación emocional por parte de ambos ante la enfermedad y los cambios vitales y físicos que esta conlleva, se da un período de renegociación de la vida íntima, en la que ambos deben participar para llegar a ciertos acuerdos que les permitan sentirse cómodos con la vida sexual y no sexual (caricias, momentos del día como el baño) en pareja (Vieira et al, 2014). Dentro de esta renegociación se incluyen la desnudez completa, las caricias en el pecho y la calidad de la luz en la intimidad, entre otros (Blanco,2010).

*“Pues siempre paciente, me daba mi espacio, me daba la confianza de que siempre me iba a querer, en verdad fue bien bueno”.*

*“Este tenía mucha paciencia ósea creo que le dijera eso de ahí y el respetó bastante y fue bien paciente fue bien paciente”.*

*“Yo nunca más me desnudé, ponte, traté de buscar algunas lencerías bonitas para estar siempre cubierta porque no me sentía cómoda de estar con una herida; sí hubo cambios claros, ya no podía llevar yo el toro por las astas, pero yo no podía estar arriba tranquilamente porque ya no, es más por uno, porque en la parte sexual uno se tiene que sentir bien también”.*

## Categoría 5: Afrontamiento durante la enfermedad

### Sub-categoría 5.1: Ayuda a los demás

El altruismo surge como característica de desarrollo personal luego de la operación y tratamiento; pues se empieza a ver la experiencia vivida como una oportunidad de ayuda a semejantes; es por esta razón, que Johnson y Lane (citado por Moreno, 2016), propusieron los apoyos grupales como un espacio en el que los pacientes antiguos pudieran, mediante el diálogo, ser un apoyo emocional e instrumental para las personas recién diagnosticadas.

*“(...) y bueno ya así y así de verdad que ya no sé por qué ahora hay tanto de verdad y una amiga me comentaba a no sé quién le pasaba lo mismo y nos juntábamos hablábamos y yo no sé por qué yo soy bien positiva la verdad, será porque me fue bien a mí que se yo y si me llaman bastante y les digo vas a estar bien o la gente de las quimios, cuando yo iba nos hacíamos amigas y si conversábamos de los míos porque ambas teníamos amigas”.*

*" (...) lo otro fue para poder apoyar a muchas mujeres, porque cuando yo me enteraba que una mujer había tenido cáncer de mama y podía ayudarla a ella y podía haber apertura de corazón cuando yo decía “te entiendo porque yo he pasado por eso”*

### Sub-categoría 5.2: Religiosidad

Descubren un apoyo emocional en las creencias religiosas como instrumento de fortaleza y compañía para poder enfrentar la enfermedad. Asimismo, aumenta su fe y busca mejorar la de su pareja, para responder de esta manera a los desafíos presentes y futuros (Díaz y Zúñiga, 2014).

*“Sí en ese momento y después ya cuando conversé con mi familia ahí sí ya lloré un poco pero siempre he tenido fe, soy una persona católica y siempre he confiado en Dios”.*

*“Yo primero hablé con el sacerdote con un guía espiritual y le dije que eso se lo ofrecía a Dios y que ojalá eso sirviera para mi unión familiar”*

### Sub-categoría 5.3: Reestructuración de valores

El proceso de enfermedad, por más difícil que es para la persona que la sufre y sus seres queridos, al final es reconocido por esta como una oportunidad para cambiar el sentido de su vida y así valorar algunos aspectos que antes no eran tomados en cuenta como el estar bien con los demás, superar los problemas, agradecer por lo que se tiene y no complicarse por sucesos banales (Zorrilla, s.f.).

*“Descubrí bellezas que uno tiene dentro y son más que palabras ah, eso suena muy bonito pero es que tienes que empezar a buscarlas”*

*“Yo creo que si en algo me enorgulleció en esa época fue afrontar el día a día y cómo lo había afrontado ese día”*

Finalmente, se encontraron las siguientes limitaciones; en primer lugar, la investigación se encuentra en un espacio con pocas referencias bibliográficas previas en el contexto peruano, por lo que se desconoce cuál es la mejor metodología para el recogimiento y categorización de la información.

En segundo lugar, en nuestro contexto los temas relacionados con la sexualidad y la vida íntima es aún considerado como un tabú, por lo que es posible que algunas participantes hayan omitido o modificado información por la deseabilidad social.

Por último, al tratarse de una investigación relacionada con un sub-tema muy específico, la recolección de información implicó significativa cantidad de tiempo para poder lograr encontrar la muestra con las características necesarias.



## CONCLUSIONES

- Todo lo relacionado con la actividad sexual coital se ve afectado luego de la cirugía y de la enfermedad. La mujer busca poder continuar satisfaciendo a su pareja sexualmente, siempre y cuando sea él quien muestre la iniciativa.
- Se incrementa la intimidad con otras formas de expresar cariño y comprensión, como son los besos y/o abrazos, estos últimos ahora son más valorados por la mujer que antes de la enfermedad.
- Se presenta una reducción en la autovaloración corporal debido a la amputación de uno o ambos senos, lo que genera sentimientos de vergüenza, tristeza, inseguridad y minusvalía en sus roles de mujer, esposa y madre.
- El impacto emocional que generan tanto el diagnóstico como la mastectomía se encuentra estrechamente relacionado con el proceso de duelo (por pérdida de salud y una parte del cuerpo) y emociones tales como la tristeza, el miedo y la ansiedad.
- Luego de la cirugía, las mujeres presentan un rechazo hacia su propio cuerpo, al que ya no consideran tan atractivo como antes, esta nueva corporeidad acarrea también el temor a ser rechazadas por su pareja en el ámbito amoroso.
- La calidad de la relación de pareja previa al proceso de enfermedad y tratamiento, es el mejor predictor del futuro de esta durante y después del cáncer de mama y la mastectomía; elementos claves para la vida conyugal como la comunicación, la confianza e intimidad (no sexual), se ven reforzados ante una situación de impacto vital como lo es el cáncer.
- La renegociación de la vida sexual e íntima de la pareja, se vuelve un elemento esencial a la hora de retomar la sexualidad luego de la enfermedad; las mujeres suelen evitar situaciones en las que sean observadas completamente desnudas por su pareja, así como el contacto físico en forma de caricias en la zona del pecho; por su parte, los esposos, quienes no tienen un problema real con la nueva corporeidad de sus mujeres, deciden respetar las decisiones sobre los cambios en la conducta de estas.
- Durante la enfermedad, las mujeres potencian sus recursos personales; de igual manera, reestructuran los valores que tienen sobre la vida, en muchos casos, incluso, aprenden a ver la enfermedad como una oportunidad para brindar apoyo emocional a otras mujeres en su condición.

## RECOMENDACIONES

- Realizar mayores investigaciones cualitativas en el campo de la sexualidad de mujeres con mastectomías o cáncer de mamas, donde se amplíe la muestra para poder tener resultados más precisos sobre el impacto emocional y social que genera; para de esta manera poder adaptar una terapia psicológica a las necesidades de esta población en particular.
- Buscar que las investigaciones se realicen en centros oncológicos especializados, donde haya un equipo de psicólogos especialistas en el tema trabajando con esta población; quienes, al tener una alianza establecida con el paciente, podrían reducir el nivel de discapacidad social en las participantes de la investigación.
- Ampliar el campo de investigación a las parejas de las participantes, para de esta manera tener un conocimiento más certero de lo que piensa y siente el otro como cuidador ante la enfermedad y los cambios en la vida sexual.
- Investigar con mayor profundidad qué efectos tiene la enfermedad sobre la relación conyugal, así como la forma en que la actitud de la pareja puede influir en el auto concepto de la mujer después de la mastectomía.
- Profundizar dentro de las investigaciones posteriores de qué forma la comunicación entre la pareja puede ayudar a manejar los cambios que vivencia la mujer dentro de la readaptación a su cuerpo, y por ende, a la nueva sexualidad que ambos experimentan.
- Realizar investigaciones centradas en las ganancias a nivel personal que puede tener una persona después de la mastectomía, pues el foco de investigación está centrado mayormente en aquello que pierden y no en los recursos que potencian.

## REFERENCIAS

- Agencia internacional para el estudio del cáncer. (2016). Incidencia del cáncer por país. Recuperado de <https://www.iarc.fr/>
- Alzygaray, C y García, F. (2015). Relaciones de pareja y bienestar psicológico. 237-251.
- American Cancer Society. (2016). ¿Qué es cáncer de mama?. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>.
- American Cancer Society. (29 de septiembre del 2016). Cáncer de mama. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html>
- Anderson, C., Islam, J., Hodgson, M., Sabatino, S., Rodriguez, J., Lee, C., Sandler, D., y Nichols, H. (2017). Long – Term Satisfaction and Body Image After Contralateral Prophylactic Mastectomy. *Annals of Surgical Oncology* 24, 1499 – 1506. doi. 10.1245/s10434-016-5753-7
- Andrezejczak, E., Markocka-Maczka, K. y Lewandowski, A. (2012). Partner Relationships after Mastectomy in women not offered Breast Reconstruction. *Psycho-Oncology*, 22, 1653-1657. doi: 10.1002/pon.3197
- Arango, I. (2008). Sexualidad Humana. México D.F.: Manual Moderno.
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa, epistemología, metodología y aplicaciones*. Colombia: El manual moderno
- Blanco, R. (2010). Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mamá. *Index de Enfermería*, 19 (1), 24-28. Recuperado de “[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11321296201000010005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296201000010005)”
- Canicali Primo, C., Nunes Gonçalves, L.R., Pires Olympio, P.C. de A., Costa Leite, F.M., & Costa Amorim, M.H. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, (28), soto 52-62.
- Crooks, R. y Baur, K. (2010). *Nuestra Sexualidad*. México: CENGAGE Learning.

- Dauplat, J., Kwiatkowski, F., Rouanet, P., Delay, E., Clough, K., Verhaeghe., ...Pomel, C. (2017). Quality of life after Mastectomy with or without immediate Breast reconstruction. *Bjs Society Ltd*, 104, 1197 – 1206. doi: 10.1002/bjs. 10537
- Díaz, S., y Zúñiga, F. (2014). Duelo en mujeres con cáncer de mama. *ECORFAN*. 235-241.
- Di Pretoro, M. (2016). *Función sexual femenina, afrontamiento e imagen corporal en mujeres con cáncer. Un estudio con pacientes del instituto de oncología “Ángel H Roffo”*. (Tesis de doctorado). Universidad de Palermo, Argentina.
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Masse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., Deschenes, L., y Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer:frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of clinical oncology* 20;23(15). 3588-3596.
- Etapé, T.E. (2015). Sexualidad y Cáncer. En F.L. Moncayo (Ed), *Counselling y Psicoterapia en Cancer*. (pp. 334-352). Barcelona: ELSEVIER.
- Fallis, E.E., Rehman, U.S., y Purdon, C. (2012). Perceptions of Partner Sexual Satisfaction in Heterosexual Committed Relationship. *Arch Sex Behav*. doi: 10. 1007/s10508-0130177-y.
- Finck, C., Barradas, S., Agudelo, D., y Moyano, J (2012). Cuando el cáncer de seno no significa insatisfacción sexual. Un estudio comparativo entre pacientes y un grupo de mujeres sanas en Colombia. *Psicooncología* 9(1). 41-64.
- Flórez, J y Klimenko, O. (2011). Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al programa de asistencia paliativa FORMAR. *Psicoespacios* 5(7). 18-42.
- Fundación Peruana de Cáncer (01 de octubre del 2017). Factores de Riesgo en el Cáncer de Mama. Recuperado de <http://cancer.org.pe>
- Foudali, N., Poufarzi, F., Dolattorkpour, N., Alimohammadi, S., y Mehrara, E. (2017). Sexual life after mastectomy in breast cancer survivors: a qualitative study. *Pycho – oncology*. doi: 10.1002/pon.4479.
- Gardikiotis, I., Azoicai, D., Dobreanu, C., Petrescu, I., Lazar, A., Manole, A., y Ghetu, N. (2016). Socio – epidemiological points of view regarding quality of life in patients

with and without breast reconstruction after mastectomy for Cancer. *Revista de Cercetare si Interventie Socialá*, 52, 92 – 104.

- González, S., González-Arratia, N.I., y Valdez, J.L. (2016). Significado psicológico del sexo, sexualidad, hombre y mujer en estudiantes universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 21(3), 274-281.
- González, M. (2014). *Patrón sexualidad-reproducción de las mujeres mastectomizadas*. (Trabajo de grado). Universidad de Coruña: España.
- Guzmán, M., y Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psyche*, 21(1). 69-82.
- Heidari, M., Shahbazi, S., y Ghodusi, M. (2015). Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. *Journal of Mid- life Health* 6 (4) 173 - 177. Doi: 10.4103/0976-7800.172345.
- Henderson, A. W., Turner, A. P., Williams, R. M., Novell, D.C., Hakimi, K. N., y Czerniecki, J. M. (2016). Sexual Activity After Dysvascular Lower Extremity Amputation. *Rehabilitation Psychology*, 61 (3) 260-268. doi: 10.1037/rep0000087.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C., y Baptista, L.P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Herrera, D. (2010). Husserl y el mundo de la vida. *Franciscanum*, 52(153) 247-274.
- Ibáñez, G., Calderón, y M., Márquez, D. (2011). Cáncer de mama en hombres: situación actual mundial y nacional. *Revista chilena de cirugía* 63 (1). 95-101.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (s.f.). Estadísticos sobre Cáncer de Mama. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe>
- Kim, M., Kim, S.Y., Kim, J., Park, B., y Choi, H.G. (2017). Depression in breast Cancer patients who have undergone mastectomy: a national cohort study. *Plos One* 12, 4. doi: 10.1371/journal.pone.0175395
- Koçan, S., y Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *J Breast Health* 12, 145-150. doi: 10.5152/tjbh. 2016-2913

- Loaring, J.M, Larkin, M., Shaw, R., y Flowers, P. (2015). Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: the experiences of woman with breast Cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. *Health Psychology, 4*, 426436. doi:10.1037/hea0000195
- Lopes, J., Costa, L., Guimaraes, J., y Vieira, F. (2016). La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer de mama. *Enfermería global*, (43). 350-368
- Martínez, L. (2014). *Impacto psicológico de la mastectomía en la mujer: el rol de la enfermería*. (Trabajo de grado). Universidad del país Vasco: España.
- Massie, M.J. (2015). Breast Cancer. En J. Holland., M. Golant., D. Greenberg y M. Hughes, *Psyco-Oncology*. (pp. 149-155). New York: OXFORD University Press.
- Maté, J., Hollestein, M., y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depression en el paciente oncológico. *Psicoecología 1*(2). 211-230.
- Moreno, F. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico*. (Trabajo de fin de grado). Universitat Internacional de Catalunya: España
- National Cancer Institute (2015). What is cancer? Recuperado de <http://www.cancer.gov/about-cancer/what-is-cancer>
- Nicolaisen, A., Hasen, D.G., Hagedoorn, M., Flyger, H., Rottman, N., Nielsen, P., ...A., Johansen, C. (2014). Attachment-oriented psychological intervention for couple facing breast cancer: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychology*.2 (19).
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Sexualidad. Recuperado de <http://www.who.int>
- Ortiz, C. (2016) La vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada. (Tesis de grado). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Peplau, L. (2003). Human sexuality: How do men and women differ?. *Blackwell Publishing Inc.* 37-40.
- Piñeiro, S. (2016). *Afectación de la sexualidad en mujeres mastectomizadas*. (Tesis de grado). Universidad de Coruña. España.
- Remondes-Costa, S., Jiménez, F., y Pais-Ribeiro, J. (2012). Imagem corporal sexualidade e qualidade de vida no cancro de mama. *Psicología, Saúde y Doencas, 13*(2). 327-339.

- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., ...Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y salud*, 18 (2). 137-161.
- Segura-Valverde, M., García-Nieto, R., y Gutiérrez, L. (2014). Imagen Corporal y Autoestima en Mujeres Mastectomizadas. *Psicooncología*, 11 (1), 45-57. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n1.44916.
- Shibley, J. y DeLamater, J. (2003). *Sexualidad Humana*. México: Mc. Graw Hi.
- Silva, J., y Barrientos, J. (2008). Guiones sexuales de la seducción, el erotismo y los encuentros sexuales en el norte de Chile. *Revista estudios feministas* 16(2). 539-556.
- Soto, R. (2015). Factores que intervienen en la elección de pareja de jóvenes mexicanos. *Redes digital*, 32, 71-84.
- Souza, M. (2013). *La artesanía de la investigación Cualitativa*. Argentina: Lugar editorial.
- Ussher, J.A., Perz J., y Gilbert, E. (2012). Changes to Sexual Well-Being and Intimacy after Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 35. 456-465.
- Valentine, A.D. (2015). Anxiety Disorder. En J. Holland., M. Golant., D. Greenberg y M. Hughes, *Psyco-Oncology*. (pp. 41-51). New York: OXFORD University Press.
- Valentine, A.D. (2015). Mood Disorder. En J. Holland., M. Golant., D. Greenberg y M. Hughes, *PsycoOncology*. (pp. 53-61). New York: OXFORD University Press.
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2). 433-451.
- Vieira, E., Barsotti, D., Dos santos, M., y Giami, A. (2014). Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 22 (3). 408-414.
- Vieira, E., Yoshinari, G., De Sousa, H., Macini, M., y Perdoná, G. (2013). História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de cancer de mama. *Revista brasileira en ginecología y obstetricia*, 35(2). 78-83.
- Villafaña, L., Zarza, S., y Anaya, M. (2017). Implicaciones psicológicas de mujeres que se les ha practicado la mastectomía. *Investigación quialitatva em Saudé*, 2. 1286-1295.
- Wiederman, M.W. (2015). Sexual Script Theory: Past, Present, and Future. *Hand of the Sociology of Sexualities*. doi: 10.1007/978-3-319-17341-2\_2.

Zorrilla, I. (Sin fecha). Impacto emocional y social del cáncer. (pp. 63-91). Recuperado de [https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente\\_cancer](https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_cancer).







## **APÉNDICES**

# APÉNDICE 1: Guía de preguntas para una entrevista a profundidad sobre sexualidad

Objetivo de la entrevista: Conocer cómo vivencia la sexualidad una mujer que ha tenido una mastectomía radical a causa del Cáncer de Mama.

Información sobre el cáncer de mama y sus tratamientos

1. ¿Qué es lo que conoce usted sobre el cáncer de mama?
2. Sabe cuáles son los tratamientos que se pueden tener
3. Conoce la cirugía que le han realizado
4. Conoce los tratamientos que debe tener en un futuro
5. Cuáles son los cuidados que debe tener

Impacto de la noticia en sus vidas

1. ¿Cómo tomó usted la noticia de que tenía esta enfermedad?
2. ¿Cuáles fueron sus miedos?
3. ¿Cómo lo tomo su familia? ¿Su esposo o pareja?
4. ¿Qué áreas de su vida son las más afectadas?
5. ¿Cuáles son sus fortalezas frente a esta enfermedad?

Vida de pareja

1. ¿Cómo podría describir su vida de pareja?
2. Podría describir cómo es su pareja
3. Podría describir cómo es usted con su pareja
4. Se siente satisfecha con la relación que tenía antes de la enfermedad
5. Se siente satisfecha con la relación que tiene actualmente.
6. ¿Cambio su vida en pareja después de la enfermedad? ¿Cómo?
7. ¿Qué podría hacer su pareja por usted?
8. ¿Cree que su pareja la ayuda? ¿De qué manera?

Vida sexual

1. ¿Cómo describirías tu vida sexual antes del diagnóstico?
2. ¿Cree usted que ha habido cambios en su deseo sexual desde que recibió el diagnóstico?  
  
¿Cómo cambio este luego de la operación?
3. Luego de la enfermedad hubieron cambios en el aspecto sexual, ¿Cuáles?
4. Luego de la operación qué cambios hubieron en su vida sexual
5. ¿Cómo actuó usted frente a esos cambios?
6. ¿Cómo actuó su pareja frente a esos cambios?
7. ¿Cuál considera que debe ser la actitud de una pareja frente a estos cambios?
8. Se han dado un espacio para conversar sobre estos cambios
9. Ha permitido que su pareja forme parte de su vida sexual luego de la operación
10. Ha hecho usted algo para que su pareja se involucre más en su vida sexual luego de su operación.

## APÉNDICE 2: Consentimiento informado

El propósito de esta **ficha de consentimiento** es proveer al participante en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Alejandra Zúñiga, de la Universidad de Lima. La meta de este estudio es conocer cómo vivencian la sexualidad las mujeres que han tenido una mastectomía.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones o videos se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Alejandra Zúñiga. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer cómo vivencian la sexualidad las mujeres que han tenido una mastectomía.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, tests y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Alejandra Zúñiga al teléfono 950970395.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Alejandra Zúñiga al teléfono anteriormente mencionado.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha

### Apéndice 3: Ficha sociodemográfica

Nombre del participante:.....

Seudónimo: .....

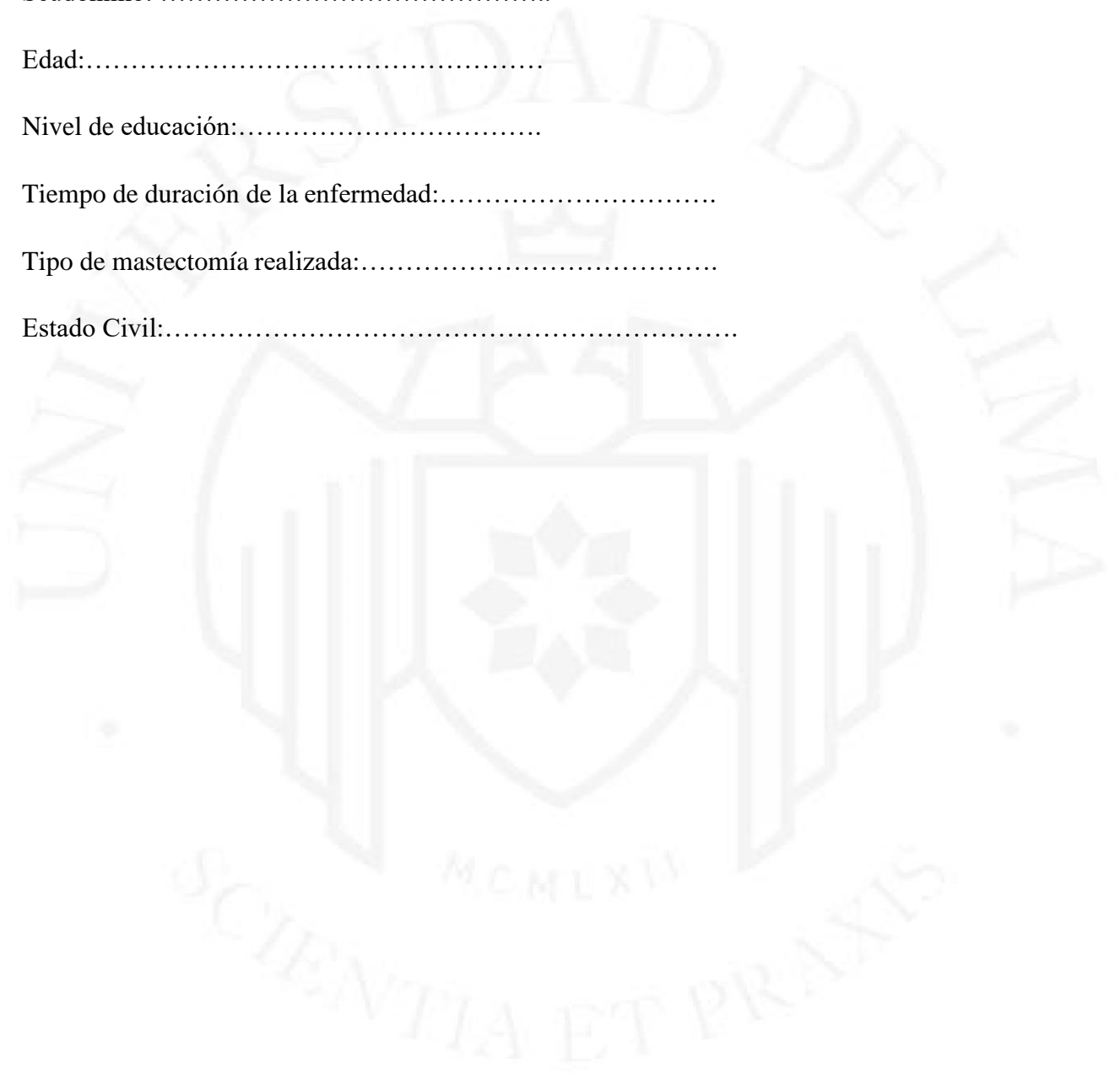
Edad:.....

Nivel de educación:.....

Tiempo de duración de la enfermedad:.....

Tipo de mastectomía realizada:.....

Estado Civil:.....



## Apéndice 4: VALIDACIÓN DE EXPERTOS

### Certificado de revisión y aprobación del instrumento de la investigación “Experiencia sobre sexualidad en un grupo de mujeres mastectomizadas”

El presente formato certifica que la entrevista del proyecto de investigación “Experiencia sobre sexualidad en un grupo de mujeres mastectomizadas” ha sido elaborado a partir del criterio de juicio de expertos en el área de psio-oncología con el fin de contemplar los objetivos planteados en la misma; asimismo, toma en consideración la integridad psicológica de los participantes y el proceso de adaptación a la enfermedad.



Lic. José Carlos Sánchez Ramírez

C. Ps. P. 20699

.....  
LIC. JOSÉ CARLOS SÁNCHEZ RAMÍREZ  
Psicólogo Clínico C. Ps. P. 20699  
Unidad de Salud Mental  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Lic. Rosa María Argüelles

C. Ps. P. 6693

.....  
ROSA M. ARGÜELLES TORRES  
Psicóloga - Psicoterapeuta  
C. Ps. P. 6693  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

## Apéndice 5: LIBRO DE CÓDIGOS

<b>Categoría 1</b>	<b>Actividad Sexual</b>
Sub Categoría 1.1	Buscar la satisfacción de la pareja
Sub Categoría 1.2	Satisfacción sexual
Sub Categoría 1.3	Búsqueda del placer sexual
Sub Categoría 1.4	Frecuencia sexual
Sub Categoría 1.5	Deseo sexual
Sub Categoría 1.6	Respuesta sexual

<b>Categoría 2</b>	<b>Percepción de la imagen corporal</b>
Sub Categoría 2.1	Sentimiento de vergüenza hacia el propio cuerpo
Sub Categoría 2.2	Sentimiento de pérdida
Sub Categoría 2.3	Pérdida de la feminidad

<b>Categoría 3</b>	<b>Respuestas emocionales</b>
Sub Categoría 3.1	Tristeza
Sub Categoría 3.2	Miedo
Sub Categoría 3.3	Negación

<b>Categoría 4</b>	<b>Relación de pareja</b>
Sub Categoría 4.1	Relación previa a la operación
Sub Categoría 4.2	Capacidad comunicativa
Sub Categoría 4.3	Relación posterior a la operación
Sub Categoría 4.4	Regociación de la vida íntima

<b>Categoría 5</b>	<b>Negociación de la vida íntima</b>
Sub Categoría 5.1	Ayuda a los demás
Sub Categoría 5.2	Religiosidad
Sub Categoría 5.3	Reestructuración de valores