

AJUSTE SEXUAL E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA

SEXUAL ADJUSTMENT AND BODY IMAGE OF MASTECTOMIZED WOMEN DUE TO BREAST CANCER

Jerónima Vázquez-Ortiz¹, Rosario Antequera² y Alfonso Blanco Picabia³

¹ Asociación Oncológica Extremeña (AOEX) y Centro Universitario Santa Ana (Almendralejo)

² Dpto. Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

³ Dpto. de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla

Resumen

El objetivo del presente estudio es analizar las repercusiones que tiene la mastectomía por cáncer de mama sobre la adaptación psico-sexual y la imagen corporal de las mujeres. Se evalúan a 60 mujeres mastectomizadas (30 llevaban operadas menos de un año y otras 30 más de un año); de otro lado, se evaluaron 30 mujeres sanas como grupo control. Se utilizaron como instrumentos de medida: las Escalas de Excitación y Satisfacción del S.A.I.-*Expanded*, la Subescala de Autoconcepto Físico de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y una entrevista estructurada creada para esta investigación. Entre los resultados destacamos la inexistencia de diferencias entre los tres grupos en cuanto a excitación y satisfacción sexuales, ni en frecuencia de relaciones sexuales o de orgasmos, ni en autoconcepto físico. No obstante, porcentajes cercanos al 50% de mujeres expresaron que tras la mastectomía estuvieron preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales, que tuvieron miedo al rechazo de la pareja y que habían notado una disminución de su interés sexual. Asimismo, hay un número significativamente mayor en ambos grupos de mujeres mastectomizadas que no reciben caricias en la zona del pecho por parte de sus parejas, manifiestan más problemas relacionados con la propia desnudez y tienen una valoración más negativa de su atractivo físico. Concluimos que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la sexualidad y en la

Abstract

The aim of the present study is to analyze the effects that a mastectomy, due to breast cancer, has on the psychosexual adjustment and body image of women. On the one hand, sixty mastectomized women were assessed (thirty of them had been operated on less than one year ago, and the other thirty women had been operated on more than one year ago); on the other hand, thirty healthy women were assessed as a control group. The following measuring instruments were used: The Sexual Arousal and Satisfaction Scales of S.A.I.-*Expanded*, the Subscale of Physical Self-concept of the Self-concept Scale of Tennessee and a structured interview created by us. In the results we did not find any statistically significant differences among the groups as regards sexual arousal and satisfaction, nor in the frequency of sexual encounters or orgasms, or in physical self-concept. Nevertheless, about fifty per cent of women expressed that after the mastectomy they were worried about the resumption of their sexual encounters, they were afraid of being rejected by their partners and they had noticed a decrease in sexual interest. Likewise there is a significantly greater major number in both groups of mastectomized women who do not receive any caresses from their partners in the area of their breasts, who have more problems related to their own nakedness, and have a more negative assessment of their physical attractiveness. We concluded that

Correspondencia:

Jerónima Vázquez Ortiz

Asociación Oncológica Extremeña. Avda. Godofredo Ortega y Muñoz, Nº 1, Local 10. 06011 Badajoz

Email: tomones@cop.es

imagen corporal que perduran transcurrido el primer año desde la mastectomía cuando no hay intervención psicológica.

Palabras clave: Cáncer de mama, imagen corporal, sexualidad, mastectomía

the mastectomized women have alterations in sexuality and body image that remain after the first year after mastectomy, when there is no psychological intervention.

Key word: Breast cancer, mastectomy, body image, sexuality, mastectomy

INTRODUCCIÓN

Desde la óptica vivencial, un diagnóstico de cáncer de mama supone un importante impacto emocional, por cuanto la persona tiene que asumir el hecho de que padece una enfermedad que amenaza potencialmente su existencia. Aún cuando se incrementa el número de pacientes a las que se les ha realizado un diagnóstico precoz en estadios iniciales del cáncer y aumentan los índices y porcentajes de supervivencia, el miedo a la posible extensión y/o reaparición de la enfermedad es insoslayable. Bajo este encuadre psicológico, donde la preocupación principal está relacionada con la supervivencia, pueden parecer secundarias cuestiones como la desfiguración física, la pérdida de atractivo sexual o la alteración de las relaciones íntimas asociadas a los efectos de los tratamientos. Este planteamiento puede conducir a muchas mujeres o sus parejas a no expresar abiertamente estas preocupaciones, o a no expresar claramente sus preferencias por unas u otras opciones de tratamientos.

Con frecuencia, las mujeres no conocen cuál será la opción quirúrgica (mastectomía o cirugía conservadora) antes de la intervención de la mama, por lo que al despertar de la anestesia muchas de ellas, lo primero que hacen es tocar su pecho, con ansiedad e incertidumbre, para averiguar si tienen amputada o no su mama. Posteriormente, y confirmado por la propia intervención quirúrgica, reciben la información médica sobre el alcance de la enfermedad y el pronóstico de la misma. Todos estos factores, unidos a otras variables

personales y psicosociales, van a condicionar en gran medida la vivencia de estrés y la adaptación emocional al cáncer⁽¹⁾. Pero el área emocional no es la única afectada, las secuelas psicológicas de la neoplasia mamaria y sus tratamientos van a afectar de manera muy directa a la autoestima, a la identidad femenina, a la imagen corporal y las relaciones afectivo-sexuales de la mujer que la padece⁽¹⁾.

El impacto negativo sobre la vida sexual, a través de la presencia de problemas o alteraciones sexuales, puede llegar a afectar a un número muy importante de mujeres tratadas por cáncer de mama local o regional. Meyerowitz et al.⁽²⁾ después de entrevistar a 863 pacientes, informaron que una de cada tres mujeres percibían cambios negativos en su vida sexual, los cuales estaban asociados a problemas en la relación afectiva con la pareja, al cambio de estatus hormonal y a problemas de lubricación vaginal. Porcentajes más elevados se informan en estudios que analizan el ajuste sexual en las mujeres durante los primeros meses tras el diagnóstico de la enfermedad. De este modo, Fobiar et al.⁽³⁾ observan que la mitad de las mujeres de entre 22 y 50 años operadas y tratadas por una neoplasia mamaria local, a los 7 meses después del diagnóstico, presentan problemas en su funcionamiento sexual, asociados a sequedad vaginal, a malestar emocional, a sentimientos negativos relacionados con su imagen corporal o a dificultad de la pareja para entender sus sentimientos. Por su parte, Beckjord y Compas⁽⁴⁾ constataron que un 60% de las 191 mujeres, evaluadas por ellos, con

diagnóstico reciente de cáncer de mama y sometidas a distintos tipos de cirugía manifestaban una alteración de su calidad de vida sexual durante el tratamiento. Los factores, que según estos autores, tienen más incidencia en dicha calidad de vida sexual son: recibir quimioterapia, ser joven, tener un estadio más avanzado de la enfermedad, presentar sintomatología depresiva y haber sido sometida a una mastectomía. Resultados similares se recogen en otros estudios⁽⁵⁾.

Por otra parte, hay suficientes evidencias empíricas que nos permiten sostener la idea de que ciertas alteraciones en el ajuste psicosexual de las mujeres tratadas por cáncer de mama persisten transcurridos varios años después de los tratamientos⁽⁶⁾. Así Broeckel et al.⁽⁷⁾ encuentran que, después de más de siete años desde la finalización de los tratamientos oncológicos persisten alteraciones como la falta de deseo sexual (en un 35% de casos), la dificultad para relajarse y disfrutar de las relaciones sexuales (en un 22% de casos), las dificultades de excitación (en un 28% de casos) y la dificultad para lograr el orgasmo (en un 22% de casos).

Los estudios previos realizados dirigidos a evaluar los problemas sexuales que, de forma específica, se presentan en mujeres que han sido sometidas a cirugía radical de la mama son más escasos y no encontramos un consenso respecto a cuáles son concretamente tales dificultades^(4,8-12). Por ejemplo, hay autores que observan que el nivel de satisfacción sexual no es diferente al de las mujeres sanas⁽⁹⁾ mientras que en otros estudios⁽¹²⁾ se constata una disminución tanto en el grado de satisfacción con la propia vida sexual, como en nivel de deseo sexual. Por otra parte, en algunos trabajos se observa una disminución de la frecuencia del orgasmo tras el inicio de la enfermedad⁽⁷⁾ y en otros se informa que tal efecto no se produce⁽⁸⁾. Tampoco existen suficientes datos que nos ayuden a deter-

minar la influencia del transcurso del tiempo sobre los indicadores de ajuste sexual.

Son escasos los estudios que tratan de forma específica las consecuencias de la mastectomía sobre la imagen corporal, lo que no contribuyen a esclarecer la evolución de dichos problemas con el paso del tiempo, ya que frecuentemente se mezclan en los grupos estudiados mujeres sometidas a diferentes tipos de cirugía, estando unas recién operadas mientras que otras llevan meses o años desde la intervención. Por el contrario, abundan aquellos que tratan de determinar las ventajas de las cirugías conservadoras de la mama sobre la mastectomía, en los que se constata que las mujeres sometidas a intervenciones conservadoras presentan una mejor preservación de la imagen y la integridad corporales, que aquellas sometidas a cirugías más radicales⁽¹⁾.

Con relación a este tema, Achte et al.⁽⁹⁾, al comparar un grupo de 100 mujeres mastectomizadas con otro de 90 mujeres sanas, observan un claro efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal, que se puso de manifiesto por el número de quejas relacionadas con los sentimientos de vergüenza y con los problemas para verse desnudas. Asimismo, del estudio de Rosbund-Zickert⁽¹³⁾ se desprende que las mujeres afectadas por cáncer de mama, perciben su esquema corporal como una de las principales fuentes de tensión y malestar. Las principales quejas de las mujeres mastectomizadas, según la anterior autora, se refieren a problemas relacionados con las prendas de vestir (p.e. escotes, bañadores), dificultad para verse desnudas ante el espejo y sentimientos negativos por el hecho de percibirse asimétricas.

De otra parte, en numerosos trabajos de investigación se pone de relieve que el tratamiento conservador de la mama, frente a la mastectomía, protege mejor los sentimientos de atractivo y deseabilidad sexuales^(10,14-15).

Objetivos del estudio

Centramos nuestro interés principal en la determinación de las consecuencias de la mastectomía por cáncer de mama sobre la imagen corporal y el ajuste sexual de las mujeres que pasan por dicha experiencia. Asimismo, estudiaremos el efecto del paso del tiempo, de tal forma que analizaremos si pasado el primer año tras la cirugía, entre el segundo y el quinto año, persisten o no los efectos de la cirugía radical de la mama sobre la imagen corporal y la sexualidad.

MÉTODO

Muestra

Tomamos tres grupos muestrales, formados por 30 mujeres cada uno de ellos. En dos de los grupos las mujeres estaban mastectomizadas por cáncer de mama y se diferenciaban en el tiempo que había transcurrido desde la mastectomía; en el primer grupo hacía menos de un año que habían sido operadas y en el segundo de los grupos las pacientes estaban entre su segundo y quinto año tras la intervención. El tercero de los grupos, considerado como control, estaba compuesto por mujeres con características sociodemográficas similares a las de los dos grupos anteriores (Tabla 1), que no padecían ni habían padecido cáncer de mama, ni ninguna otra enfermedad grave o incapacitante.

La media de edad de los tres grupos estudiados oscilaba entre los 41 y los 43 años, casi todas estaban casadas y llevaban una media de alrededor de 20 años en la relación con sus parejas. Por otra parte, la mayoría tenía estudios primarios o medios y se dedicaban a labores en el hogar o a profesiones liberales (ver tabla 1).

Entre las características médicas de las mujeres que conformaban los dos grupos de pacientes mastectomizadas des-

tafar que habían sido diagnosticadas de un cáncer de mama en estadios I, II ó III-A (cáncer de mama local o regional), se encontraban en intervalo libre de enfermedad, tras la mastectomía unilateral no habían sido sometidas a reconstrucción mamaria y en todos los casos los demás tratamientos antineoplásicos se aplicaron tras la intervención. Asimismo, eran mujeres que no sufrían ni habían sufrido ninguna otra enfermedad grave o incapacitante, aparte del cáncer de mama. De otro lado, la proporción de mujeres menopausicas y cíclicas es equiparable en los tres grupos (Tablas 1).

La similitud de los grupos en cuanto a las variables sociodemográficas y médicas queda demostrada a través de las diferentes pruebas estadísticas que se expresan en la Tabla 2.

Variables e instrumentos de medida

Para evaluar la imagen corporal consideramos como un indicador relevante la medida del autoconcepto físico, que representa una valoración general de distintas áreas que incluyen salud, aspecto, capacidades funcionales y sexualidad, valorados a través de las tres dimensiones actitudinales (cognitiva, afectiva y comportamental)⁽¹⁶⁾. Junto con lo anterior, también consideramos otros aspectos más específicamente relacionados con la imagen corporal, como son las actitudes ante el propio cuerpo desnudo y la valoración del atractivo físico, que no se incluyen en el concepto anterior y pueden considerarse áreas de especial interés en las pacientes tratadas por cáncer de mama⁽¹⁷⁾.

De otra parte, para valorar el ajuste sexual, consideramos como indicadores o predictores del mismo las siguientes variables: nivel de excitación sexual, nivel de satisfacción sexual, frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia de orgasmos (analizada en base a la forma de estimula-

Tabla 1. **Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y médicas.**

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS		MASTEC. < 1 AÑO	MASTEC. > 1 AÑO	GRUPO CONTROL	
Edad por grupos N (%)	Menos de 40 años	9 (30%)	9 (30%)	10 (33%)	
	Entre 40 y 45 años	13 (43,3%)	8 (26,7%)	8 (26,7%)	
	Más de 40 años	8 (26,7%)	13 (43,3%)	12 (40%)	
Edad	Media (Desv. Típica)	41,1 (6,7)	42,9 (5,5)	43,7 (7)	
Nivel de estudios N (%)	Leer y escribir	3 (10%)	6 (20%)	3 (10%)	
	Primarios	16 (53,3%)	17 (56,7%)	13 (43,3%)	
	Medios	6 (20%)	6 (20%)	10 (33,3%)	
	Universitarios	5 (16,7%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)	
Profesión N (%)	Sus Labores	15 (50%)	17 (56,7%)	20 (66,7%)	
	Profesión Liberal	9 (30%)	9 (30%)	4 (13,3%)	
	Operaria/Obrera	6 (20%)	4 (13,3%)	6 (20%)	
Estado civil N (%)	Casada	28 (93,3%)	30 (100%)	30 (100%)	
	Soltera	2 (6,7%)			
Tiempo de relación (en años)	Media (Desv. Típica)	19,6 (7,4)	20,1 (6,6)	21,1 (6,5)	
Estadio del cáncer N (%)	Estadio I	2 (6,7%)	4 (13,3%)		
	Estadio II	20 (66,7%)	18 (60%)		
	Estadio III-A	8 (26,7%)	8 (26,7%)		
Tratamiento oncológico N (%)	Sólo cirugía	5 (16,7%)	5 (16,7%)		
	Cirugía + Qt, Rt ó Ht	14 (46,7%)	15 (50%)		
	Cirugía + Varios	11 (36,7%)	10 (33,3%)		
Estadio Hormonal N (%)	Meno-pausia	Inducida	7 (23,3%)	5 (16,7%)	----
		No inducida	7 (23,3%)	6 (20%)	12 (40%)
	Cíclica	16 (53,3%)	19 (63,3%)	18 (60%)	
Tiempo en menopausia (en meses)	Media (Desv. Típica)	21,3 (25,9)	39,6 (29,6)	45,7 (33,5)	

Tabla 2. **Análisis comparativo de las variables sociodemográficas y médicas.**

VARIABLES	MAST.<1AÑO vs. CONTROL		MAST.>1AÑO vs. CONTROL		MAST.<1AÑO vs. MAST.>1 AÑO	
	Z	G° SIG.	Z	G° SIG.	Z	G° SIG.
Edad (Prueba Kolmogorov-Smirnov)	0,77	0,586	0,52	0,952	0,77	0,586
ESTADÍSTICO	T	G° SIG.	T	G° SIG.	T	G° SIG.
Edad (Prueba T de Student)	-0,97	0,371	-0,04	0,967	-0,97	0,338
ESTADÍSTICO	G° SIG.		G° SIG.		G° SIG.	
Tiempo en menopausia (Prueba de Kruskal-Wallis)	0,137		0,728		0,133	
ESTADÍSTICO	CH²	G° SIG.	CH²	G° SIG.	CH²	G° SIG.
Nivel de estudios	1,4	0,700	4,3	0,227	3,7	0,296
Profesión	2,6	0,267	2,5	0,277	0,5	0,769
Estado civil	0,5	0,472	----	----	0,5	0,472
Estadio del cáncer					0,77	0,680
Tratamiento oncológico					0,08	0,959
ESTADÍSTICO	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.
Estadio Hormonal	0,6	0,794	0	1	0,6	0,432

ción más común, que es el orgasmo conseguido a través del coito con estimulación simultánea del clítoris). Asimismo, incluimos algunos aspectos que tienen especial relevancia en las relaciones sexuales de las mujeres afectadas de cáncer de mama, según otros autores⁽¹⁾, y que se refieren al afrontamiento de las primeras relaciones sexuales tras la mastectomía, a la percepción del nivel de interés sexual, junto con otros aspectos relacionados con la estimulación sexual de la zona del pecho (frecuencia de caricias sexuales en la zona y grado de excitación sexual experimentado ante dicha forma de estimulación).

De acuerdo con estas variables, la batería de pruebas psicológicas que utilizamos para la evaluación estuvo compuesta por los siguientes instrumentos:

– *Entrevistas estructuradas sobre datos sociodemográficos y médicos.* Se crearon dos entrevistas, una destinada a los dos grupos de mujeres mastectomizadas y otra para el grupo control, con el fin de obtener información sobre distintos aspectos sociobiográficos y médicos de interés.

– *Subescala del “Sí mismo físico” de la Escala de Autoconcepto físico de Tennessee* creada por Fitts en 1965 y adaptada al español⁽¹⁶⁾, la cual ofrece una valoración

del autoconcepto físico de la persona, referida a su propio cuerpo, su estado de salud, su aspecto físico, su capacidad funcional y su sexualidad. El autoconcepto físico comprende tres dimensiones internas: la cognitiva, la afectiva y la comportamental; las cuales nos informan, respectivamente, sobre la percepción, la valoración y el comportamiento que el sujeto tenga o manifieste respecto a su físico. Esta Subescala proporciona una medida global del autoconcepto físico y, otras tres medidas, referidas a sus tres componentes mencionados. La Subescala consta de 18 ítems con una serie de enunciados, donde se puntúa del 1 al 5 según el grado de acuerdo con los mismos.

– *Entrevistas Estructuradas sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones Afectivas.* Se elaboraron dos para el presente estudio, una para las pacientes mastectomizadas y otra para el grupo de mujeres sanas. Se incluyeron cuestiones referidas a las actitudes ante el cuerpo desnudo, las caricias realizadas en la zona del pecho, la valoración del atractivo físico, la pareja sexual, las relaciones sexuales y la relación afectiva. En la entrevista elaborada para las mujeres mastectomizadas se incluyeron preguntas relativas a estos mismos temas pero referidas al período previo y al inmediatamente posterior a la operación. Esta entrevista resultó con un total de 41 ítems, mientras que la elaborada para el grupo control tenía 19 ítems. Las preguntas sobre cuestiones sexuales (experiencia sexual, frecuencia de relaciones y frecuencias de orgasmos) fueron reproducidas de la adaptación española del *Cuestionario sobre Sexualidad Femenina* de Chambles⁽¹⁸⁾.

– *Escalas de Excitación y Satisfacción del Inventario de Ansiedad y Excitación Sexual Ampliado de Hoon (SAI-E)* (adaptación y validación española de Aluja, Torrubia y Gallart)⁽¹⁹⁾. Estas escalas constan de 28 ítems que hacen referencia a

actividades o situaciones que pueden ser consideradas como sexualmente excitantes, tales como: conductas preliminares o seductoras, caricias corporales, estimulación genital y oral-genital o coito. La escala de Excitación evalúa, desde un punto de vista subjetivo, la respuesta de excitación sexual del individuo ante estos estímulos y la escala de Satisfacción nos informa acerca del sentimiento de bienestar que experimenta la persona ante los mismos. En ambas escalas el individuo tiene que valorar cada situación o conducta sexual en una escala tipo Lickert que va del -1, cuando las mismas resultan desagradables o insatisfactorias, al +5, cuando el estímulo sexual es altamente excitante o extremadamente satisfactorio. En un trabajo de validación realizado por los autores, comprobamos que la eliminación de la escala de Ansiedad del SAI-E no altera la validez de las otras dos escalas⁽²⁰⁾.

Procedimiento

Debido a las características de las variables de nuestro estudio, para la selección de las mujeres que conformaron los diferentes grupos muestrales, tuvimos en cuenta que el hecho de que mantuvieran una relación de pareja estable; en todos los casos dicha relación resultó ser de carácter heterosexual. Asimismo, consideramos un rango de edad comprendido entre los 25 y los 59 años. Otros criterios que tuvimos en cuenta a la hora de seleccionar a las mujeres fueron que no hubieran estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos diez años y que en el momento de la entrevista no estuvieran bajo el efecto de medicación psicoactiva. Por otro lado, al seleccionar sólo aquellas mujeres que tuvieran al menos un nivel básico de escritura y lectura, se garantizaba el hecho de que en todos los casos la batería de pruebas se contestara de forma autoaplicada.

Las mujeres mastectomizadas eran pacientes de los Servicios de Oncología Médica o de Cirugía Mamaria de los diferentes hospitales que colaboraron con el presente trabajo, todos ellos de Sevilla capital (principalmente H. Universitario Virgen Macarena y H. Universitario Virgen del Rocío). Una vez que eran seleccionadas, atendiendo a los diferentes criterios de inclusión, el médico que las atendía informaba del estudio que estábamos realizando, preguntaba a la paciente por su disposición a colaborar en el mismo y se le solicitaba su consentimiento informado.

Las mujeres del grupo control eran asistentes a diferentes charlas y talleres sobre cuestiones de salud en la mujer, que se impartieron en la ciudad de Sevilla por el Instituto Andaluz de la Mujer. En este caso, el/la monitor/a era quien informaba sobre el estudio y pedía la colaboración de las mujeres para su participación en el mismo, así como su consentimiento.

La evaluación siempre estuvo a cargo de una profesional de la psicología y se realizó en todos los casos de forma individual, cuidando especialmente que las condiciones ambientales fueran las más idóneas.

RESULTADOS

En la Tabla 3 se muestran los datos referidos a las medidas del autoconcepto físico y a las del nivel de excitación y satisfacción sexuales. Puede observarse que los tres grupos estudiados obtuvieron puntuaciones medias muy semejantes entre sí, tanto en lo que se refiere a la puntuación global del autoconcepto físico como a sus tres componentes internos, el cognitivo, el afectivo y el comportamental. El análisis de varianza realizado (Oneway) demostró que dichas puntuaciones medias no son estadísticamente significativas. Los contrastes a posteriori realizados con el Méto-

do de la Diferencia Mínima Significativa, revelaron que no había diferencias entre las medias de los grupos tomados dos a dos, para cada una de las variables analizadas, a un nivel de significación del 0,05.

En cuanto a los niveles de excitación y satisfacción sexuales experimentados ante la estimulación sexual, encontramos que las puntuaciones medias obtenidas en estas dos variables por las mujeres mastectomizadas son levemente inferiores a las del grupo control. No obstante, el análisis de varianza y los contrastes a posteriori pusieron de manifiesto que las diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas.

Los datos referentes a los aspectos relacionados con la imagen corporal que se reflejan en la Tabla 4, ponen de manifiesto que los problemas para verse desnuda ante el espejo (definidos por la presencia de sentimientos negativos y de conductas de evitación) parecen ser un problema frecuente entre las mujeres mastectomizadas, observándose en porcentajes que están en torno al 30-37%. Es de destacar, que el nivel de incidencia de este problema no disminuye transcurrido el primer año desde la intervención, sino que es en el grupo de mujeres que llevan más tiempo operadas donde el porcentaje es superior. De hecho, la frecuencia de dicho problema establece diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que llevan más de un año operadas y las mujeres del grupo control, como se pone de relieve a través del nivel de significación del Coeficiente de Continuidad de Yates en la Tabla 6.

Asimismo, las dificultades para desnudarse delante de la pareja (definidos igualmente por la presencia de sentimientos y de conductas de evitación), es también un problema de elevada frecuencia en las mujeres sometidas a cirugía mamaria radical, afectando a prácticamente la mitad de ellas (Tabla 4). De la misma manera que con los problemas para verse a sí misma

Tabla 3. **Análisis descriptivo y comparativo de las variables cuantitativas de la imagen corporal y el ajuste sexual.**

VARIABLES IMAGEN CORPORAL Y AJUSTE SEXUAL		MASTEC. < 1 AÑO	MASTEC. > 1 AÑO	GRUPO CONTROL	ONEWAY (*)
		Media (Dt)	Media (Dt)	Media (Dt)	G° Sig.
AUTO- CONCEPTO FÍSICO	Global	65,1 (13,4)	65 (11,1)	64,5 (8,7)	0.976
	Componente cognitivo	22,7 (4,6)	23,2 (3,8)	22,6 (3,6)	0.863
	Componente afectivo	20,8 (5,9)	20,6 (4,7)	20,9 (4,5)	0.974
	Comp. comportamental	21,6 (4,4)	21,3 (4,4)	21 (3,2)	0.849
EXCITACIÓN SEXUAL		67.5 (25.7)	68,5 (23,9)	72,6 (23,7)	0,690
SATISFACCIÓN SEXUAL		69.6 (27.2)	72,3 (23,3)	76,9 (23,9)	0,524

(*) Los contrastes a posteriori realizados con el Método de la Diferencia Mínima Significativa revelaron que no había diferencias entre las medias de los grupos tomados dos a dos, para cada una de las variables analizadas, a un nivel de significación de 0.050.

desnuda, estas dificultades no disminuyen con el paso del tiempo tras la operación. En el caso de esta variable, las diferencias entre los grupos no alcanzaron el nivel de significación estadística.

Respecto a la valoración del propio atractivo físico, observamos en la Tabla 4, que entre un 45% y un 50% de las pacientes oncológicas entrevistadas consideran que son menos atractivas que la mayoría de las mujeres de su edad, frente a un 3% en el grupo control. Como puede observarse a través de la Prueba χ^2 de Pearson en la Tabla 6, este aspecto de la imagen corporal estableció diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres del grupo control y las mujeres mastectomizadas (tanto con las que llevaban menos de un año operadas, como con las que llevaban entre uno y cinco años).

Cuando preguntamos a las mujeres cómo creían ellas que sus parejas valoraban su atractivo físico, encontramos un alto porcentaje de mujeres sanas que perciben muy positivamente dicha valoración

(cerca de un 70%), mientras que sólo entre el 3 y el 7% de nuestras pacientes mastectomizadas pensaban que sus parejas las consideraban más atractivas que la mayoría de las mujeres de su edad (Tabla 4). Este aspecto también establece diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que han padecido cáncer y las del grupo control (Tabla 6).

La exploración de estos aspectos en el período anterior al diagnóstico de la enfermedad, evaluado a través del recuerdo retrospectivo, nos indica que la presencia de problemas para desnudarse ante la pareja, la valoración del atractivo físico o la percepción que de dicha valoración realiza la pareja es muy similar al del grupo de mujeres controles. Se comprueba que la percepción de la incidencia de los mismos en las mujeres mastectomizadas aumentó después de la cirugía, siendo este aumento estadísticamente significativo (Comparaciones realizadas en la Tabla 6 con la Prueba de McNemar para Diseños "antes-después" y la Prueba de Signos

Tabla 4. **Análisis descriptivo de las variables cualitativas de la imagen corporal.**

VARIABLES IMAGEN CORPORAL		ACTUALMENTE			ANTES DE LA ENFERMEDAD	
		MASTEC. < 1 AÑO	MASTEC. > 1 AÑO	GRUPO CONTROL	MASTEC. < 1 AÑO	MASTEC. > 1 AÑO
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Problemas para verse a sí misma desnuda		9 (30%)	11 (36,7%)	3 (10%)	---	---
Problemas para desnudarse ante la pareja		14 (46,7%)	15 (50%)	9 (30%)	5 (16,7%)	5 (16,7%)
Valoración del atractivo físico en comparación con la mayoría de las mujeres de la misma edad	Peor	13 (43,3%)	15 (50%)	1 (3,3%)	0 (0%)	3 (10%)
	Igual	17 (56,7%)	14 (46,7%)	18 (60%)	27 (90%)	24 (80%)
	Mejor	0 (0%)	1 (3,3%)	11 (36,7%)	3 (10%)	3 (10%)
Percepción de la valoración que del propio atractivo físico realiza la pareja en comparación con la mayoría de las mujeres de la misma edad	Peor	3 (10%)	5 (16,7%)	1 (3,3%)	0 (0%)	1 (3,3%)
	Igual	26 (86,7%)	23 (76,7%)	9 (30%)	14 (46,7%)	13 (43,3%)
	Mejor	1 (3,3%)	2 (6,7%)	20 (66,7%)	16 (53,3%)	16 (53,3%)

para grupos relacionados y variables no paramétricas).

Según se muestra en la Tabla 5, existe un elevado porcentaje de las pacientes oncológicas estudiadas, entre un 43% y un 53%, que manifestaron haber estado preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales tras la operación de la mama. El 40% afirmó que tras la mastectomía tuvieron miedo de que sus parejas las rechazaran como consecuencia de la amputación de la mama.

Cuando se preguntó a las mujeres mastectomizadas por su interés actual en las relaciones sexuales, en comparación con el que tenían antes de la operación, hubo un 53% de ellas que percibían una disminución en el nivel del mismo (Tabla 5), siendo este porcentaje idéntico entre las recién operadas y las que llevaban entre uno y cinco años.

De acuerdo con los datos de la Tabla 5, alrededor del 60% de las pacientes recientemente operadas (menos de un año) y aproximadamente el 40% de las que han superado el primer año tras la operación, manifestaron que sus parejas no acariciaban la zonal del pecho (ninguno de los dos lados) ni como expresión de afecto, ni como forma de estimulación sexual. En el grupo control, estos problemas se presentaron sólo en el 20% de los casos. Las diferencias estadísticamente significativas se establecieron entre el primer y último grupo comentados, en el caso de las caricias afectivas y entre los dos grupos de mastectomizadas y el control para las caricias sexuales (Tabla 6). Al analizar estos aspectos de forma retrospectiva en las pacientes y comparar los momentos antes y después de la operación de la mama (Tabla 5), observamos cómo la elevación de

Tabla 5. **Análisis descriptivo de las variables cualitativas del ajuste sexual.**

VARIABLES AJUSTE SEXUAL		ACTUALMENTE			ANTES DE LA ENFERMEDAD	
		MASTEC. < 1 AÑO	MASTEC. > 1 AÑO	GRUPO CONTROL	MASTEC. < 1 AÑO	MASTEC. > 1 AÑO
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Preocupación por la reanudación de las relaciones sexuales		13 (43,3%)	16 (53,3%)			
Miedo al rechazo por parte de la pareja		12 (40%)	12 (40%)			
Disminución del interés sexual desde la operación		16 (53,3%)	16 (53,3%)			
La pareja no suele tocar la zona del pecho como una caricia		17 (56,7%)	11 (36,7%)	6 (20%)	5 (16,7%)	3 (10%)
La pareja no suele tocar la zona del pecho durante el acto sexual		18 (62,1%)	13 (43,3%)	5 (16,7%)	3 (10%)	6 (20%)
Frecuencia relaciones sexuales con coito (al mes)	Ninguna vez	3 (10%)	3 (10%)	1(3,3%)	0 (0%)	0 (0%)
	De 1 a 3 veces	8 (26,7%)	6 (20%)	4 (13,3%)	8 (26,7%)	2 (6,7%)
	De 4 a 6 veces	8 (26,7%)	10 (33,3%)	9 (30%)	6 (20%)	12 (40%)
	De 7 a 9 veces	7 (23,3%)	4 (13,3%)	6 (20%)	9 (30%)	7 (23,3%)
	Más de 9 veces	4 (13,3%)	7 (23,3%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)	9 (30%)
Frecuencia de orgasmos	Nunca (0%)	3 (11,1%)	2 (7,1%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)
	A veces (1-29%)	4 (14,8%)	4 (14,3%)	3 (10%)	5 (16,7%)	5 (16,7%)
	A menudo (30-58%)	2 (7,4%)	5 (17,9%)	7 (23,3%)	3 (10%)	4 (13,3%)
	Mayor parte (60-89%)	7 (25,9%)	6 (21,4%)	5 (16,7%)	7 (23,3%)	8 (26,7%)
	Casi siempre (90-100%)	11 (40,7%)	11 (39,3%)	14 (46,7%)	13 (43,3%)	11 (36,7%)
Excitación si la pareja acaricia su/s pecho/s con la mano	Afecta negativamente	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0%)		
	Nunca es excitante	8 (26,7%)	3 (10%)	4 (13,3%)		
	A veces es excitante	5 (16,7%)	9 (30%)	5 (16,7%)		
	Casi siempre excitante	16 (53,3%)	16 (53,3%)	21 (70%)		
Excitación si la pareja acaricia su/s pecho/s con la boca o lengua	Afecta negativamente	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0%)		
	Nunca es excitante	5 (16,7%)	2 (6,7%)	3 (10%)		
	A veces es excitante	5 (16,7%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)		
	Casi siempre excitante	19 (63,3%)	22 (73,3%)	23 (76,7%)		

la frecuencia de casos, donde se produce esta ausencia de caricias, es precisamente a raíz de la operación. La prueba estadística de McNemar (Tabla 6) pone de relieve que el aumento de la frecuencia de este problema en las mujeres mastectomizadas estudiadas es estadísticamente significativo.

El análisis de la frecuencia de relaciones sexuales coitales (Tabla 5) nos muestra

que más del 50% de las mujeres operadas del pecho afirmaron que, previamente a la enfermedad mamaria, tenían en torno a 9 encuentros sexuales íntimos mensuales con sus parejas (de 7 a 9 veces y más de 9 veces al mes), porcentaje que es similar al de las mujeres control en la actualidad. Sin embargo, en el momento de la evaluación, era un 36.6% de pacientes las que mantenía encuentros sexuales con dicha

Tabla 6. **Análisis comparativo de las variables cualitativas de la imagen corporal y el ajuste sexual.**

VARIABLES	MAST.<1AÑO vs. CONTROL		MAST.>1AÑO vs. CONTROL		COMPARACIÓN ANTES-DESPUÉS DE LA OPERACIÓN
	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.	G° SIG. McNemar
Problemas para verse a sí misma desnuda	2,6	0,106	4,5	0,032 (*)	----
Problemas para desnudarse ante la pareja	1,1	0,288	1,7	0,187	0,0001 (*)
ESTADÍSTICO	CH ²	G° SIG.	CH ²	G° SIG.	Prueba de Signos G° SIG.
Valoración del propio atractivo físico	21,3	0,001(*)	21,1	0,001(*)	0,0001(*)
Percepción de la valoración que el propio atractivo físico realiza la pareja	26,4	0,001(*)	23,5	0,001(*)	0,0001(*)
La pareja no suele tocar la zona del pecho como una caricia	7,1	0,007 (*)	1,3	0,251	0,0001(*)
La pareja no suele tocar la zona del pecho durante el acto sexual	10,9	0,001(*)	3,9	0,048(*)	0,0001(*)
Frecuencia relaciones sexuales con coito	5	0,283	2,4	0,665	0,0001 (*)
Frecuencia orgasmos	4,4	0,346	1,2	0,879	0,109
Excitación si la pareja acaricia su/s pecho/s con la mano	3,01	0,390	3,96	0,266	
Excitación si la pareja acaricia su/s pecho/s con la boca o lengua	1,99	0,574	2,22	0,527	

(*) $\alpha < 0.05$

frecuencia. De hecho, el análisis comparativo puso de manifiesto que, aunque las diferencias entre los dos grupos de pacientes y el control no eran significativas, si existía un número estadísticamente significativo de mujeres mastectomizadas –en torno al 40%– que percibió que se había producido una disminución en la frecuencia con que realizaban el coito con sus respectivas parejas, en comparación con el período previo a la enfermedad (Prueba de Signos-Tabla 6).

El análisis de la frecuencia de la respuesta orgásmica (Tablas 5 y 6) nos indica, por un lado, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes mastectomizadas y las mujeres del grupo control en lo que a esta variable respecta y, por otro lado, que no se produce un cambio negativo significativo, en sentido de disminución de las frecuencias de orgasmos, al comparar la frecuencia actual con la que las pacientes dijeron tener antes de la operación. De hecho, alrededor del 85% de las pacientes no percibió que se hubiera producido un cambio negativo en tales frecuencias.

Cuando analizamos el grado de excitación experimentado ante las diferentes formas de estimulación sexual de la zona del pecho (Tabla 5), se observa que para la mayor parte de las mujeres de los diferentes grupos estudiados, estas conductas sexuales resultan habitualmente o casi siempre excitantes. No obstante, en los dos grupos de pacientes, más aún en el que lleva menos tiempo de operación, se observa una ligera tendencia a responder con menor frecuencia a esta categoría. También destacamos que para algunas de las pacientes estas formas de estimulación resultaban aversivas, mientras que en el grupo control en ningún caso se dio esta circunstancia. A pesar de estas diferencias comentadas, no se alcanzó la significación estadística al comparar los grupos de mastectomizadas con el control (Tabla 6).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En cuanto a los indicadores de la imagen corporal valorados en nuestro estudio y según los resultados obtenidos, podemos concluir que la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una autovaloración más negativa del propio físico cuando ésta se realiza de forma global, donde se incluyen los aspectos relacionados con el estado de salud, la apariencia física y las capacidades funcionales del organismo. No obstante, sí podemos afirmar que se ven afectadas determinadas áreas concretas de la imagen corporal como son las actitudes ante el propio cuerpo desnudo o la autovaloración del atractivo físico. Estos problemas se manifiestan a través de sentimientos negativos cuando se ven desnudas ante el espejo o cuando las ve la pareja, tales como sentir vergüenza, falta de atractivo, desagrado; también suelen anticipar reacciones negativas por parte de la pareja. Todo ello les lleva en muchas ocasiones a evitar mirarse o a esconderse ante las miradas del compañero.

Esta devaluación del atractivo físico, así como la presencia de otros sentimientos negativos asociados a la propia imagen corporal, se produce principalmente como consecuencia de la amputación de la mama, ya que los datos referidos a la comparación antes - después de la operación, sugieren la existencia de un cambio negativo significativo en la incidencia y presencia de los problemas de imagen corporal a raíz de la intervención quirúrgica. La desfiguración resultante a la amputación de la mama, junto con otros efectos negativos de los tratamientos adyuvantes, como la caída del cabello, van a repercutir negativamente en el sentimiento de atractivo de la mujer, debido a la importancia que tienen estos atributos físicos, en los patrones y valores de belleza femenina.

Nuestros datos vienen a confirmar los resultados de otros estudios precedentes;

como el de Achte et al.⁽⁹⁾, quienes observan que las mujeres mastectomizadas presentan significativamente, en comparación con las mujeres sanas, más problemas para verse desnudas, así como más sentimientos de vergüenza, con lo que concluyen que la mastectomía se relaciona con una peor imagen corporal. Por otro lado, Rosbund-Zickert⁽¹³⁾ informa que las principales quejas relacionadas con la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama se refieren a los problemas para verse desnudas ante el espejo, junto con las dificultades para usar las prendas de vestir y los sentimientos negativos asociados a la percepción del propio cuerpo desfigurado.

El hecho de que el cáncer de mama y sus terapéuticas afecten a áreas muy concretas de la imagen corporal, nos pone de manifiesto la importancia de disponer de instrumentos de medida diseñados concretamente para la valoración de estos problemas específicos en estas personas, ya que los tests contruidos para la población general pueden no detectarlos. Con relación a este tema, destacamos diversos estudios^(8,21-23) que utilizaron instrumentos no específicos y que no resultaron sensibles a la hora de detectar diferencias en imagen corporal entre las mujeres mastectomizadas y mujeres sometidas a cirugía conservadoras o mujeres controles. En dichos estudios, se emplearon instrumentos como por ejemplo la Escala de Imagen Corporal de Derogatis y Melisaratos (en los trabajos de Andersen y Jochimsen y de Wolberg et al.)^(8,21), el "*Body-Cathexis Inventory*" (en el trabajo de Gerard)⁽²²⁾ o el "*Body Image Scale de Hopwood*" (en el estudio de Ramos y Patrão)⁽²³⁾. Todos estos instrumentos de evaluación, incluida la Subescala del Sí mismo Físico empleada por nosotros, están diseñados para población general y/o clínica. Por esto, en ellos se conceptualiza la imagen corporal como la valoración que realiza el individuo de la satisfacción con diferentes aspectos generales como carac-

terísticas físicas (peso, altura), morfológicas (partes del propio cuerpo como cara, muslos, pecho, brazos, etc.) y funcionales (estado de salud, actividad, capacidad). La mastectomía unilateral, aún siendo una cirugía muy radical, afecta a un pecho, a la axila y en algunas ocasiones al brazo (cuando se produce linfedema). La satisfacción de la mujer respecto a estas zonas concretas puede verse afectada, e incluso como ya se ha puesto de manifiesto, son muy frecuentes la alteración de sentimientos concretos como el de atractivo físico o el de femineidad, pero no altera íntegramente todos los aspectos que tienen cabida en la imagen corporal. Es por ello, la importancia que tiene el hecho de disponer de instrumentos específicos que sean sensibles a los cambios concretos que se producen en la imagen corporal tras los diferentes tratamientos de la neoplasia mamaria.

Recientemente, Dalton et al.⁽²⁴⁾ han desarrollado y validado fuera de nuestro país, una escala para valorar la imagen corporal y el ajuste sexual en pacientes de cáncer de mama, que se denomina "*Sexual Adjustment and Body Image Scale (SABIS)*". Consideramos que instrumentos como éste, con probada validez y fiabilidad, deberían ser adaptados a la población española.

Respecto al análisis de los indicadores de ajuste sexual, comentar en primer lugar que no encontramos diferencias significativas en las medidas de excitación y satisfacción sexuales en las mujeres mastectomizadas respecto a las mujeres del grupo control. Según esto puede afirmarse que presentan niveles comparables de placer y bienestar sexuales experimentados ante los estímulos sexuales y que, por tanto, su capacidad para la respuesta sexual es similar.

Estos resultados no corroboran los encontrados por Andersen y Jochimsen⁽⁸⁾, quienes observaron una disminución del nivel de excitación sexual en mujeres con

cáncer de mama; tampoco respaldan los datos del estudio de Karabulut y Erci⁽¹²⁾, en el cual se puso de relieve el alto porcentaje de mujeres mastectomizadas para las cuales las relaciones sexuales dejaban de ser satisfactorias. Golden⁽²⁵⁾ también observó una disminución del placer y la satisfacción sexual tras la operación.

Nuestros resultados, por el contrario, sí estarían en la misma dirección que los de Gerard⁽²²⁾ quien no observó diferencias en excitación sexual, evaluada con el mismo instrumento que el utilizado en este estudio, entre las mujeres mastectomizadas y las del grupo de comparación. Por otro lado, Achte et al.⁽⁹⁾, también concluyeron que no había diferencias en satisfacción sexual entre las mujeres mastectomizadas y las controles.

El hecho de que el nivel de excitación sexual no se vea alterado de forma significativa por el cáncer de mama y sus tratamientos, puede incidir en que las mujeres mastectomizadas no presenten más dificultades para lograr el orgasmo en sus relaciones sexuales que las mujeres sanas, como así constatamos, ya que el primero es una condición necesaria para el segundo. Nuestros datos coinciden con los aportados en el estudio de Andersen y Jochimsen⁽⁸⁾.

De otro lado, constatamos una elevada incidencia (en torno al 50%) del número de mujeres que perciben una disminución en su interés sexual en comparación con el período previo al diagnóstico de la enfermedad. Además, este problema no mejora transcurrido el primer año tras la operación y por el contrario su incidencia permanece constante varios años tras la misma.

En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, nuestros datos apoyan la idea de que, a raíz de la enfermedad, la proporción de mujeres que disminuyen la frecuencia con que mantienen relaciones sexuales coitales con sus parejas es importante (40%); aunque, esto no llega a establecer

diferencias significativas en comparación con las mujeres sanas. Este dato corrobora con los de otros autores^(8,26) quienes observaron que las mujeres mastectomizadas tenían significativamente menos relaciones sexuales con sus compañeros y que éstas podían incluso cesar por completo.

Respecto a la disminución de la frecuencia de contactos íntimos con la pareja, nuestros datos nos llevan a la conclusión de que la incidencia de este problema tampoco mejora tras el primer año de la operación y se mantiene al menos los cinco primeros años después de la misma.

La causa de la disminución del interés sexual y de la frecuencia de relaciones sexuales tras la mastectomía, a nuestro juicio, creemos que debe asociarse a las secuelas físicas y psicológicas del cáncer de mama. En este sentido, pensamos que el malestar físico asociado a los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos, el estrés emocional que supone afrontar la enfermedad y la insatisfacción relacionada con la propia imagen corporal, pueden incidir en una disminución de la motivación de las pacientes a la hora de involucrarse en una relación sexual con la pareja. Asimismo, la disminución del interés sexual del compañero, que se produce hasta en un 27% de los casos, también va a afectar al descenso del número de contactos sexuales íntimos de las mujeres mastectomizadas por neoplasia mamaria⁽²⁰⁾.

De otra parte, se constata que entre las mujeres mastectomizadas se produce una mayor incidencia de ausencia de caricias realizadas en la zona del pecho por parte de la pareja, bien como expresión de cariño, o bien como parte del juego sexual. Asimismo, nuestros datos apoyan la idea de que es a partir de la operación de la mama cuando se produce el aumento de problemas en esta área. En muchos casos, la ausencia de este tipo de caricias puede deberse a los problemas de imagen corporal de la propia paciente; ya se ha

comentado que es a partir de la operación cuando surgen sentimientos negativos en torno al propio cuerpo y a la propia desnudez, que se acompañan de conductas de evitación (eluden mirarse, tocarse, que las miren, etcétera). Pero, también hemos puesto de manifiesto que para un elevado porcentaje de pacientes estas conductas de la pareja pueden seguir siendo excitantes, por lo que pensamos que en determinados casos puede producirse un problema de comunicación entre ambos miembros de la pareja: la paciente cree que su pareja no le acaricia la zona del pecho porque le desagrada tocar la cicatriz y su compañero, a su vez, no le acaricia porque teme provocarle sentimientos negativos. No es raro que muchas parejas eviten hablar de sexo y de los sentimientos negativos asociados a las conductas sexuales, por lo que no se da una oportunidad a que se resuelvan los miedos, las dudas y los problemas. De hecho, se constata que tras la operación es muy frecuente la preocupación por la reanudación de las relaciones sexuales (entre 43% y 53% de casos) y el miedo al rechazo por parte de la pareja (40% de casos).

Con relación a estos resultados, Rosbund-Zickert⁽¹³⁾ demuestra que la principal fuente de preocupación, dentro del área sexual, de las mujeres con cáncer de mama se refiere a que la pareja evita tocar la zona del pecho. Otros autores⁽²⁷⁾ han puesto de relieve la necesidad de apoyo en el área de las relaciones de pareja para trabajar la identificación y clarificación de las percepciones asociadas a la imagen corporal y la sexualidad, ya que a menudo las mujeres sienten o creen que sus parejas podrían rechazarles debido a los cambios de su cuerpo.

A modo de conclusión, en primer lugar, podemos afirmar que la mastectomía por cáncer de mama, si bien no provoca una desestructuración del autoconcepto físico, sí provoca alteraciones en determinados

aspectos concretos de la imagen corporal. De este modo, se asocia a una mayor incidencia de actitudes negativas relacionados con el propio cuerpo, como lo ponen de manifiesto la presencia de sentimientos negativos en torno a la propia desnudez y la devaluación del sentimiento de atractivo físico.

Una segunda conclusión sería que tras la pérdida de una mama como consecuencia de un cáncer, hay algunos indicadores de su ajuste sexual que se ven alterados y otros que no sufren modificación significativa. De esta manera, las mujeres mastectomizadas manifiestan niveles de excitación y de satisfacción sexuales normales, pero otros aspectos importantes de la sexualidad se alteran, por cuanto se producen cambios negativos en el nivel de interés sexual, en la frecuencia de contactos íntimos con la pareja y en la incidencia de casos en los que la pareja deja de acariciar o besar la zona del pecho como parte del juego sexual. Estos cambios están asociados, probablemente, a los sentimientos negativos de falta de atractivo, al miedo al rechazo por parte de la pareja y a la falta de comunicación adecuada entre ambos en lo referente a estos temas íntimos.

De nuestros resultados se desprende que los aspectos psicosexuales y de la imagen corporal que se alteran tras la mastectomía por cáncer de mama, no mejoran con el tiempo y perduran transcurrido el primer año desde la operación hasta, al menos, los cinco años siguientes desde la realización de la misma, si no se realiza ningún tipo de terapia psicológica. De esto, se deduce la importancia de realizar intervenciones psicoterapéuticas, individuales y/o grupales, donde se aborden de forma general la adaptación psicológica a la enfermedad, y de forma específica los problemas concretos asociados a la imagen corporal y el ajuste psicosexual. En este sentido proponemos algunas líneas de

intervención dirigidas a trabajar específicamente los siguientes objetivos terapéuticos: mejorar el sentimiento del atractivo físico, modificar los sentimientos negativos asociados a la desnudez, conseguir por parte de ambos miembros de la pareja adaptarse a las nuevas sensaciones de la cicatriz y de la zona del pecho, recuperar el nivel de interés sexual y proporcionar de herramientas de comunicación para el manejo y abordaje de estos temas íntimos en el seno de la pareja.

Disponemos de evidencias empíricas en nuestro entorno, como el trabajo de Lumbreras y Blasco⁽²⁸⁾ que ponen de relieve los efectos beneficiosos de intervenciones psicoterapéuticas específicas dirigidas a mejorar el ajuste sexual de mujeres tratadas por neoplasia mamaria, donde se obtienen mejoras en el nivel de deseo sexual y en la calidad de la relación de pareja, así como una disminución significativa de molestias genitales durante las relaciones íntimas. Por su parte, Sebastián et al.⁽²⁹⁾, también en el ámbito español, demostraron la eficacia de un programa de intervención psicosocial sobre la autoestima y sobre la imagen corporal de mujeres tratadas por cáncer de mama.

De otra parte, debido a la importante incidencia de los diferentes problemas psicosexuales que se manifiestan como consecuencia del cáncer de mama en general y específicamente después de la cirugía radical mamaria, creemos que estas intervenciones psicoterapéuticas deberían ofertarse y dirigirse, como parte del protocolo terapéutico, a todas las mujeres tratadas por cáncer de mama ya desde los primeros días después de la intervención o incluso antes, como preparación al impacto de la misma. De esta manera se pueden trabajar las percepciones y sentimientos asociados a la imagen corporal y a la identidad sexual, cuando los problemas aún son incipientes, de manera que no se incrementen con el paso del tiempo o lleguen a

cronificarse, que como hemos visto es la tendencia.

Las intervenciones psicológicas más inmediatas después de la cirugía radical, además de abordar la adaptación emocional, deben estar dirigidas a fomentar el ajuste psicosexual y a mejorar las actitudes en torno a la imagen corporal; en este trabajo terapéutico hay que involucrar necesariamente a la pareja. Es un error pensar que no es momento para preocuparse por esos temas, porque lo cierto es que esas preocupaciones existen en muchas pacientes y sus compañeros, aunque no se expresen abiertamente. Por un lado, las intervenciones deben ir encaminadas a la adaptación a las nuevas sensaciones corporales de la zona del pecho (p.e. el tacto de la cicatriz) y la nueva imagen corporal (p.e. acostumbrarse a verse desnuda). De otro lado, el trabajo terapéutico debe ir encaminado a la prevención y abordaje de temores y preocupaciones en torno a la reanudación de las relaciones y al miedo al rechazo por parte del compañero. En este sentido, se puede fomentar la comunicación sexual dentro de la pareja en lo relacionado con temas como los siguientes: Cuándo es más conveniente reanudar las relaciones sexuales, en su caso, cuáles son los motivos para esperar, cuáles son los temores, suposiciones e ideas que cada uno guarda interiormente, qué piensa cada uno sobre lo que la mastectomía pueda o no hacer cambiar las relaciones sexuales y las conductas sexuales habituales entre ellos, etc. Es muy probable, que el diálogo despeje temores, alivie preocupaciones y aclare los sentimientos, fomentando la intimidad afectiva y física en la pareja.

Una vez conseguidos los anteriores objetivos terapéuticos sería conveniente trabajar la prevención de ciertas actitudes que suelen provocar malestar, aversión o evitación como son las relacionadas con las caricias sexuales en la zona del pecho. Diferentes técnicas de habituación

o desensibilización, aplicadas poco tiempo después de la operación, conseguirán que tanto la paciente como su pareja se acostumbren mejor a las nuevas sensaciones táctiles del pecho, de manera que las mismas puedan seguir siendo una fuente de estimulación afectiva y sexual. De este modo, la zona pectoral podría llegar a ser considerada como cualquier otra zona del cuerpo, con su aspecto y sensaciones físicas particulares, sin que se evite de forma sistemática porque recuerda a la enfermedad y genera malestar. Es importante fomentar el uso de las caricias entre los miembros de la pareja como parte esencial del juego sexual, de manera que se pueda seguir disfrutando de la intimidad sexual igual que antes de que la enfermedad oncológica hiciera aparición en sus vidas.

NOTAS Y REFERENCIAS

1. Die Trill M, Die Goyanes A. El cáncer de mama. En: Die Trill M, editor: *Psico-Oncología*. Madrid: ADES, 2003; p. 165-84.
2. Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Wyatt GE, Ganz PA. Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther* 1999; 25(3):237-50.
3. Fobiar P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks P, Bloom J. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15(7):579-94.
4. Beckjord E, Compas BE. Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2007; 25(2):19-36.
5. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: A prospective study. *Cancer* 2001; 92(5):1288-98.
6. Casso D, Buist D, Taplin S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2:25.
7. Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2002; 75:241-48.
8. Andersen BL, Jochimsen PR. Sexual functioning among breast cancer, gynecologic cancer and healthy women. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53(1):25-32.
9. Achte K, Lindfors O, Salokari M, Vauhkonen M-L, Lehtonen R. Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychiatria Fennica* 1987; 18:103-12.
10. Schover LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA Cancer J Clin* 1991; 41(2):112-20.
11. Schover LR, Yetman RJ, Tauson LJ, Meigier E, Esselstyn CB, Hermann RE et al. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychological adjustment, body image and sexuality. *Cancer* 1995; 75(1):54-64.
12. Karabulut N, Erci B. Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *J Psychosoc Oncol* 2009; 27(3):332-43.
13. Rosbund-Zickert AM. Los correlatos psicosociales del cáncer de mama y genitales en la mujer; y un estudio transcultural, España vs. Alemania (tesis doctoral). Valencia: Universidad de Valencia, 1989.
14. Schain WS. The sexual and intimate consequences of breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin* 1988; 38(3):154-61.
15. Pérez G. Tratamiento conservador del cáncer de mama. *Quimioterapia neoadyuvante*. Madrid: Ela, 1995.
16. Garanto J. Las actitudes hacia sí mismo y su medición. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 1984.
17. Carver ChS, Pozo-Kaderman Ch, Price AA, Noriega V, Harris SD, Derhagopian RP et al. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosom Med* 1998; 60(2):168-74.

18. Aluja A, Torrobuia R, Gallart D. Frecuencias de conductas sexuales en mujeres de nivel sociocultural medio-alto. *Cuad Med Psicossom Sexol* 1992; 3:6-32.
19. Aluja A, Torrobuia R, Gallart D. Validación española del autoinforme de ansiedad y excitación sexual ampliado (SAI-E). *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 1990; 27(6):252-68.
20. Vázquez-Ortiz J. Adaptación psicosexual en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama (tesis doctoral no publicada). Sevilla: Universidad de Sevilla, 1998.
21. Wolberg WH, Romsaas EP, Tanner MA, Malec JF. Psychosexual adaptation to breast cancer surgery. *Cancer* 1989; 63(8):1645-55.
22. Gerard, D. Sexual functioning after mastectomy: Life vs lab. *J Sex Marital Ther* 1982; 8(4):305-15.
23. Ramos AS, Patrão I. Imagen corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica* 2005; 23(3):295-304.
24. Dalton EJ, Rasmussen VN, Classen CC, Grumann M, Palesh OG, Zarcone J. Sexual Adjustment and body Image Scale (SABIS): A new measure for breast cancer. *Breast J* 2009; 15(3): 287-90.
25. Golden M. Female sexuality and crisis of mastectomy. *Dan Med Bull* 1983; 30(2): 13-6.
26. Golden JS. Sex and cancer. *Dan Med Bull* 1983; 30(2): 4-6.
27. Sheppard LA, Ely S. Breast Cancer and Sexuality. *Breast J* 2008; 14(2):176-81.
28. Lumbreras SG, Blasco T. Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2008; 5(1):155-70.
29. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Psicooncología* 2007; 18(2):137-61.

