

**ESTUDIO CORRELACIONAL DE LA SEXUALIDAD Y AUTOVALORACIÓN EN MUJERES  
MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA**

Zeida Castillo Díaz, Liván Rodríguez Alejo, Nivia Castillo Díaz, Víctor Reyes Castillo  
(Cuba)

RESUMEN

En la actualidad es conocido el cáncer de mama como una de las patologías que más afectan a la mujer, estas son sometidas a tratamientos severos tal como la mastectomía radical, repercutiendo dramáticamente en su sexualidad, afectando considerablemente las funciones orientadoras y reguladoras de su personalidad, por lo que se abordó la problemática siguiente: ¿Qué características asume la sexualidad en las mujeres con radical de mama en relación con las peculiaridades de su autovaloración después de un año de operada?, dándonos respuesta nos trazamos el objetivo general de Caracterizar la sexualidad en mujeres mastectomizadas con cáncer de mama, en relación con las peculiaridades de su autovaloración y autoestima. Para esto realizamos un estudio cuantitativo de tipo descriptivo correlacionar con técnicas y análisis de tipo cualitativo; para el procesamiento de los datos estadísticos se aplicó el paquete estadístico SPSS. La muestra fue tomada de forma intencional quedando integradas por 25 casos en el Concejo Popular de Mataguá. Pudimos identificar un cambio en la sexualidad de estas mujeres después de mastectomizadas, interviniendo considerablemente la autovaloración como subsistema de la personalidad, incluyendo un conjunto de intereses y motivos, no dirigidos hacia la regulación de un comportamiento favorable de cara a la sexualidad, adoptando en la mayoría de los casos un tono vital bajo y una ausencia de implicación activa, no priorizando un comportamiento solucionador de control interiorizado. Recomendando especialmente, relacionado a la sexualidad en la pareja: Se desarrollen estudios teniendo en cuenta el impacto psicológico causado en los esposos de mujeres mastectomizadas.

SUMMARY

At the present time, breast cancer is one of the pathologies that affects most of the female population. They get under severe treatments like the mastectomy, making sometimes dramatic changes in terms of sexuality and in the orientating and regulating functions of their personality. For this reason, we decided to work on the following problematic. What happens in the woman with mastectomy treatment, taking into

consideration their sexuality and their selfvaluation after being operated. Our main objective in this investigation was to characterize mastectomy operated women in terms of self valuation and self stime. That is why wema de descriptive quantitative study with qualitative techniques. To process this data, it was applied the SPSS statistical data model. The sample was intentionally choosea being formed by 25 cases in Mataguá and suburbs. We could identify a change in these women's sexuality after the operation. The selfvalorations showed up as a personality subsystem, including a group of interes and motives. These factors are not headed to a favorable regulation of the behavior towards sexuality. In most of the cases, these women adopted a low vital tone and an essence of active implication, non having an interiorized control of their behaviour. We recommend: To develop studies taking into account the psychological impact that the operation process cosed in these women's husbands.

PALABRAS CLAVES: Mastectomía, autovaloración, sexualidad, autoestima.

#### INTRODUCCIÓN

A través de la historia, la humanidad ha experimentado enfermedades que por sus características, momentos de ocurrencia y significado social, se han convertido en simbólicas de una etapa del desarrollo de la sociedad; se puede decir que a estas alturas el cáncer como enfermedad crónica no transmisible ha prevalecido como una de estas enfermedades, representando una seria amenaza para la vida, el cual ha cobrado innumerables vidas, 7,6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante 2007 (1), y se estima que para el año 2020 se producirán 20 millones de nuevos casos cada año y el 70% de quienes lo padecerán vivirán en países que cuentan con menos del 5% de los recursos para su control, o sea, que para estos países se incrementará a un ritmo del 100%, es decir, que de 17.5 millones de enfermos de cáncer en el año 2000, la cifra pasará a ser de 30 millones en el año 2015. Almanza relaciona la presencia del cáncer como un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupciones de la relación con otros. Además de todo esto, se encuentra la problemática de los tratamientos empleados, generalmente agresivos, cargados de efectos colaterales y difíciles de entender por el que sufre la enfermedad. (2)

Finalmente, en los pacientes de cáncer es frecuente la aparición de determinados trastornos psíquicos una vez que sospechan o tienen conocimiento del diagnóstico de esta enfermedad, entre los que se podrían destacar problemas tales como la anorexia, la depresión y los trastornos de ansiedad. (3)

Es innegable que cada sujeto responde de manera única e individual a cada estímulo; sin embargo, alrededor del cáncer existe una representación social entendida como el significado que tiene para la sociedad la enfermedad, en el cual se encuentran inmersas las creencias sobre el evento específico, en este caso sobre el cáncer, estas creencias inciden en la interpretación individual del evento mórbido, el cual es comúnmente evaluado como una condición que amenaza a la integridad física, así como a la vida misma; señala que recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento del mismo, supone un hecho estresante que sobrepasa en muchas ocasiones a las personas que lo padecen y a su familia, reconociendo la importancia y la trascendencia de la alteración emocional secundaria. (4)

Existen diferentes tipos de cánceres, dentro de estos tenemos el de mama, el cual constituye una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios; es el más común entre las mujeres en los países desarrollados y responsable aproximadamente de uno de los diez millones de neoplasias diagnosticadas cada año y uno de los responsables de mayor mortalidad en el mundo entero, el cual ha llegado a adquirir ciertas proporciones de incidencia alta en la población femenina, produciendo anualmente 502 000 muertes. (5, 6)

Como anteriormente se mencionaba, desafortunadamente, una vez que sea detectada esta enfermedad, los tratamientos, según el caso, deben ser agresivos para poder erradicar el problema, esto implica que a muchas pacientes se les tenga que realizar una extirpación completa del seno afectado como parte del tratamiento, dejando una de las secuelas más terribles para una mujer como es la mutilación de uno de sus caracteres femeninos. La pérdida de este importante distintivo de la feminidad afecta la imagen corporal y redundante, desde el punto de vista psicológico, en una baja notable de su autoestima que puede llevar a depresiones, ansiedad y alteraciones en el comportamiento en las relaciones de pareja, sociales y hasta laborales. (7)

La angustia generalmente continúa incluso después de haber superado el impacto inicial del diagnóstico; por lo que se puede observar cambios psicológicos que aparecen desde el inicio de la enfermedad, los cuales son fuertes, de gran confusión en la paciente, y consisten en la generación de miedo, ansiedad y enojo. Estos a su vez involucran cambios en los patrones de vida como malestar físico, ruptura marital y disminución de la actividad sexual. (8) La neoplasia de mama se ha convertido en una pandemia que amenaza con seguir propagándose. (9)

En Cuba es la afección que ocupa el primer eslabón dentro de las causas de incidencia y mortalidad entre las neoplasias malignas del sexo femenino, pues en el año 2007 se perdieron 17.6 años potenciales de vida por cáncer en nuestro país por 1000 habitantes. La mortalidad por esta causa en ese año fue de 1 328 mujeres, siendo las mayores de 60 años más afectadas, con 576 pacientes, cifras alarmantes que generalmente conservan su estabilidad, pues anterior a esta fecha, en el 2004 se presenta esta afección ocupando el primer lugar dentro de la población femenina, con una tasa bruta de 43.0 por 100 000 habitantes con un total de 2415 casos nuevos. (10)

En Villa Clara en el año 2005 se presentó una incidencia de 193 casos, para una tasa de 47.6 por 100 000 habitantes, y una tasa de mortalidad de 8.3. En el año 2006 se reportaron 198 casos nuevos para una tasa de 48.9 y fallecieron 75 casos para una tasa de mortalidad de 9.2, siendo la segunda causa de muerte por tumores malignos. En el año 2007 la morbilidad tiende a disminuir, con una cifra de 149 casos reportados para una tasa de 37.1 por cada 100 000 habitantes, sin embargo con relación a la mortalidad se observa en este año el valor más elevado, con un número de fallecidos de 86 lo que significa una tasa de 10.6. Finalmente en el año 2008 se reportaron 176 casos nuevos, para una tasa bruta de 43.9 por 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 9.91 lo que equivale a un número de 80 fallecidos por esta causa. (11)

El cáncer de mama puede ser más devastador en aquellas mujeres que han hecho un culto a la belleza física y tienen grandes expectativas al respecto. Tales preocupaciones pre mórbidas son a menudo inculcadas profundamente desde tempranas edades y pueden contribuir a generar malestar psicológico importante y difícil adaptación ante los cambios dramáticos, en los que la paciente se observa desfigurada, con alopecia, gorda, envejecida y avergonzada de cómo luce. (12)

Es válido destacar que desde la antigüedad, las mamas han sido siempre símbolo de feminidad y fertilidad. Esta parte del cuerpo representa para la mujer una parte fundamental de su aspecto físico, simbolizando para ella la maternidad, la belleza, la feminidad y además su identidad sexual. (13) De forma general se puede decir que, los efectos del cáncer de mama y su tratamiento influyen directamente en la percepción que tiene la paciente de su imagen corporal y, por lo tanto, condiciona su vida de pareja. Aún, cuando las condiciones físicas reales de la enfermedad ubiquen a la mujer en una situación favorable para la recuperación de la salud física, es difícil luchar contra la representación emocional que la paciente hace al respecto y a partir de la cual se manejará durante el evento. Por lo tanto el efecto psicológico en la paciente es innegable,

dado que las exigencias de la enfermedad que por sí misma obligan a la mujer a un replanteamiento de su vida y de sus expectativas.

Como se ha podido observar más de un autor coinciden en que una de las consecuencias que acarrea una mastectomía en la mujer, están vinculadas con: las alteraciones en las relaciones de pareja, disminución de la actividad sexual, incluyendo la ruptura marital y esto debido no solo al estrés que provoca la idea de temores muy legítimos sobre las posibilidades de supervivencia, sino, al temor de las posibles respuestas de los demás, sobre todo al de su pareja.

El dolor del rechazo aumenta en la intimidad, y los mayores temores de la mujer giran en torno al hombre con quien está más íntimamente ligada. Lo que muchas mujeres temen no es solo el rechazo en forma de aversión o de negativa, sino también en forma de compasión o lástima en efecto, mientras la simpatía y la preocupación implican una conciencia de los sentimientos de pérdida y de temor que experimenta la mujer, la compasión implica el convencimiento de que la mujer ha quedado realmente disminuida y representa no una participación de los sentimientos de la paciente, sino un refuerzo de las fantasías de esta, que se infravalora y se considera incompleta» (14) Requiere de tiempo y fortaleza interna o externa. Por eso se habla del apoyo psiconcológico. (15)

A menudo se observa por parte de los médicos, profesionales y especialistas de salud una notable negligencia respecto a la problemática sexual de los pacientes con enfermedades crónicas, pues a las personas sanas le es más fácil y conveniente olvidarse de que el paciente oncológico sigue teniendo necesidades y sentimientos sexuales, o les es más fácil asumir que tales pacientes ya no sienten interés por la sexualidad, cuando en verdad es un asunto que interfiere enormemente en la integridad de la pareja y por demás en la propia recuperación del la paciente, pues estudios han demostrado que los aumentos de estrés sumados a distintos inconvenientes estrechamente relacionados con los problemas matrimoniales afectan la salud y a su vez repercuten en el proceso de recuperación, retrasándolo en el caso de esta enfermedad. La angustia matrimonial es un factor de riesgo para los numerosos resultados en diversas áreas de la salud, por lo cual nunca es demasiado tarde para trabajar en lo que respecta mejorar la relación matrimonial, ya que no sólo afecta su bienestar emocional, sino también su salud en general. (15)

Se necesita unido al tratamiento oncológico, el apoyo y asesoramiento sexológico y psicológico en el ofrecimiento de claves y dotación de recursos a la pareja para que esta se enfrente a la nueva situación y la asimile, pues este es un asunto que afecta la

sexualidad entre la pareja, y preocupa enormemente a las mujeres que han atravesado por esta experiencia, pues una vez reestablecidas biológicamente su repercusión psicológica tiende a permanecer.<sup>(16)</sup>

Tal como ha explicado Miren Barrutia, "No podemos hablar de mujeres plenamente restablecidas, mientras una parte de ella siga negando los cambios sufridos en su cuerpo y se muestre insegura en la intimidad con la pareja". (17)

A partir de la importancia que juega la autovaloración como formación de la personalidad y su papel en la regulación del comportamiento consideramos de significativa importancia su estudio en relación con el esclarecimiento de las determinantes subjetivas que intervienen en el reajuste de la mujer a la pérdida de la autoimagen y la manera en que esto influye en la recuperación o pérdida del disfrute sexual y la relación de pareja.

*Problema de investigación.* ¿Qué características asume la sexualidad en las mujeres con radicales de mama en relación con las peculiaridades de su autovaloración después de un año de operada?

OBJETIVO GENERAL:

- Caracterizar la sexualidad en mujeres mastectomizadas con cáncer de mama en relación con las peculiaridades de su autovaloración y autoestima.

*Objetivos específicos:*

- Identificar las características que asume la sexualidad en la muestra estudiada.
- Caracterizar las peculiaridades de la autovaloración como formación psicológica.
  - Correlacionar las características de la sexualidad con las peculiaridades de la autovaloración

*Hipótesis.* La satisfacción sexual en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama después de un año de operada está en relación con la adecuación de su autovaloración.

Metodología Utilizada

En este trabajo investigativo se adoptó un diseño metodológico bajo el paradigma cuantitativo intentando indagar sobre el comportamiento de varios elementos con el objetivo de describirlos y hallar la correspondencia entre los mismos. El estudio correlacionar tiene como propósito y utilidad principal el saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

Criterio de selección de la muestra

Realizamos un estudio acerca de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas pertenecientes al Concejo Popular de Mataguá del municipio de Manicaragua. El universo

quedó integrado por 25 casos, los cuales de forma intencional constituyeron nuestra muestra abarcando el universo en su totalidad que cumplió con los criterios de selección de la muestra. Se desarrollo durante los meses de diciembre 2008 a marzo 2009

Durante la investigación realizada se emplearon las siguientes técnicas:

Revisión oficial de documento Análisis psicológico de la anamnesis y Fichas de dispensarizados. Entrevista semiestructurada. Test de completamiento de frases, Escala Dembo Rubinstein. Inventario de autoestima

#### VARIABLES. Definición y Operacionalización

- Sexualidad, Sexo reservado, *Indicadores de Satisfacción sexual*.
  - Satisfactoria.
  - No satisfactoria.
    - Algo satisfactoria.
    - Insatisfactoria, con relaciones sexuales.
    - Insatisfecha sin relaciones sexuales.
- Autoestima, Autovaloración, Edad, Tiempo de operada, Escolaridad, Ocupación Laboral, Estado Civil, Relaciones interpersonales

Para la valoración de los datos necesarios a este trabajo se emplearon métodos estadísticos que permitieron resumir descriptivamente las variables, construir tablas y gráficos así como hacer uso de las pruebas no paramétricas correspondiente para contrastar las características de los elementos estudiados, entre estos, la prueba Chi-cuadrado y la binomial que posibilitaron hacer inferencias relacionadas con los objetivos iniciales; se efectuaron todos los cálculos mediante el procesador estadístico SPSS 11.0 sobre una significación asociada de 5%.

#### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Relacionado a la muestra se puede decir que trabajamos con una muestra adulta (ver tabla 1), Otro aspecto a considerar es la raza, pues todo parece indicar que la raza blanca es más vulnerable a contraer esta patología. Con la misma frecuencia se comporta el estado civil de la muestra, pues 19 casos contraen relaciones matrimoniales, lo que representa el 76% (ver tabla 4), por lo que 6 de los casos han sufrido ruptura matrimonial, lo que será un aspecto a analizar en cuanto a las causas que intervinieron en la afectación del matrimonio, pues estudios realizados han llegado a conclusiones que casi la mitad de las afectadas con cáncer de mama señalan la influencia negativa de esta en las relaciones íntimas de pareja.

Tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica hasta la actualidad (tabla 7), se aprecia un mayor porcentaje en aquellas pacientes cuyo tiempo de operadas se ubica en los primeros 5 años, lo que suma un número de 10 casos, representando un 40%, similar a esta cifra, tenemos que 9 casos se sitúan en el rango de 6 a 10 años de operadas con un 36% de la muestra, quedando el 24% de la muestra restante incluidas en el grupo de más de 10 años de intervención quirúrgica.

En la tabla 9 se ofrece la relación entre la autoestima y relaciones interpersonales, se puede decir que estas variables se corresponden entre sí, alcanzando un valor significativo  $X^2=8.1$   $p=0.02$ , la tabla expresa que de 14 casos con relaciones interpersonales positivas, lo que representa el 56% de la muestra, de estos, el 36%, es decir 8 casos poseen un nivel alto de autoestima y el 24% restante se concentra en un nivel medio, por lo que se puede decir que no existen casos de autoestima baja en aquellas pacientes con aceptables relaciones interpersonales, no siendo así en el resto de la muestra, para un 20%, es decir, 5 casos, que poseen un nivel bajo de su autoestima y a su vez se encuentran afectadas en sus relaciones interpersonales y sexuales.

El comportamiento de la sexualidad antes y después son variables que se correlacionan en la tabla 11 pues como se puede observar en los valores obtenidos, estadísticamente no ofrece significación entre las variables,  $X^2= 0.65$   $p= 0.1$  no obstante se aprecia un comportamiento desigual entre estas, tal es así que el 88% de la muestra manifiesta haber tenido una sexualidad satisfecha antes de la intervención quirúrgica, lo que responde a un número de 22 casos, de estos, solo 4 declaran no haber sufrido daño en la expresión de su sexualidad, lo que representa el 16%, mientras que 18 casos predomina una sexualidad no satisfecha, lo que representa el 72% y el 12% restante de la muestra manifiesta una sexualidad algo satisfecha anterior a la mastectomía, lo cual significa un número de 3 casos, las cuales hoy cuentan con total insatisfacción.

Podemos decir por tanto, que del total de la muestra existe un acumulado del 84%, que se encuentran no satisfechos, lo que responde a 21 casos en total (ver tabla 11), según los valores reflejados en la tabla tenemos que, de estos no satisfechos, 6 declaran una sexualidad algo satisfecha y 15 manifiestan estar insatisfechas, de estas, 7 practican relaciones sexuales esporádicamente y 8 de estas han anulado estas relaciones.

En la tabla 14 encontramos la relación del comportamiento de la sexualidad después de la enfermedad con el estado civil, el cual tenemos por datos estadísticos, que existe una alta significación entre las variables  $p=0.009$ . De igual forma nótese que del 76% de mujeres casadas, lo que responde a un número de 19 casos, los cuales, solo 4 se encuentran

satisfechas lo que representa un 16%, el 24% se encuentra algo satisfecha, el 20% insatisfecha con relaciones sexuales y el 16%, es decir, 4 casos, no practican relaciones sexuales, por lo que existe un total de 15 mujeres casadas que no se sienten completamente satisfechas en su sexualidad, lo que representa el 60%; en cuanto a las divorciadas tenemos el 24% de la muestra, lo que responde a un número de 6 casos, estas en su totalidad se hallan insatisfechas y sin relaciones sexuales, por lo que significa que no poseen relaciones fuera del matrimonio.

Con relación al análisis estadístico, constatando con los resultados de la entrevista aplicada, se puede decir que del total de mujeres que han perdido su matrimonio tras la mastectomía por lo referido a ellas mismas, las causas fundamentales han sido producto a disturbios provocados por la enfermedad, frases que demuestran en el Rotter esta insatisfacción en forma de reproche son: "Los hombres me parecen falsos en la gran mayoría".

Una variable que se ha incluido en este estudio es la de prejuicios sexuales, la cual cuenta con dos indicadores, sexo sin reserva y reservado, esto sin dudas constituye un factor que condiciona en gran medida el comportamiento sexual de la pareja, ambas se correlacionan en la tabla 15, expresando significación entre estas  $p=0.01$ , nótese por tanto, que existen un total de 16 casos de la muestra estudiada que experimentan una sexualidad reservada, lo que representa el 64%, lo cual en su total refieren estar insatisfechas, los 9 casos restantes poseen una sexualidad que se desarrolla sin reservas, representando el 36% de la muestra estudiada, de esta, 4 casos, para un 16% poseen una sexualidad satisfecha y 5, para un 20%, refieren estar insatisfechas, lo que sin dudas para estas no ha sido una opción solucionadora mostrar su cuerpo totalmente a su pareja.

Otra relación establecida se encuentra en la tabla 16, la cual contempla las variable autovaloración y el comportamiento de la sexualidad después de operada ofreciendo valores significativos  $X^2=15.1$   $p=0.02$ , en este caso se aprecia que, de 13 casos que se subvaloran, lo cual alcanza un 52% con relación a la muestra, refieren a la vez estar insatisfechos sexualmente, así mismo el 24% se sobrevalora, las que de igual forma experimentan insatisfacción, lo que se aprecia un acumulado del 76% de la muestra estudiada que se valora de forma inadecuada, y el 24% de la muestra, lo cual responde a un número de 6 casos, lo hacen adecuadamente, de estos, 4 casos poseen una sexualidad satisfactoria lo que representa el 16% y dos casos, para un 8%, no satisfactoria. Se plantea por tanto que es la autovaloración un influyente mecanismo en el

comportamiento de la sexualidad, correspondiente con la hipótesis general, pues como anteriormente se planteaba, coexisten en la muestra un total de 19 casos, lo que representa el 76% de la muestra estudiada que se valora de forma inadecuada. En la tabla 17 se expresa la relación de la autoimagen con el comportamiento de la sexualidad después de la intervención quirúrgica, lo que como se puede contemplar, pronuncia valores significativos  $X^2=12.2$   $p=0.04$ , reflejando el 64% de la muestra subvalorada, siendo a la vez no satisfechas su sexualidad, el 28% se autovalora adecuadamente, de estas 4, para un 16% cuentan con una sexualidad satisfecha y los 3 restantes, representando el 12% se encuentran no satisfechas, el resto por tanto representa el 12% de la muestra, lo que responde a solo dos casos que se sobrevaloran estando no satisfechos, se puede decir que del total de la muestra, el 72% se autovalora de forma inadecuada en cuanto a la belleza o autoimagen.

La tabla 18 recoge los valores de la autovaloración en cuanto a la autoconfianza y la sexualidad después de la intervención quirúrgica relacionados entre sí, como se puede observar la misma expresa valores altamente significativos  $X^2=10.1$   $p=0.008$  apreciándose estrecha correspondencia entre las variables, pues de 10 casos, para el 40% de la muestra que se subvalora, estos en su totalidad se encuentran no satisfechos, similar a este resultado el 28% que se sobrevalora, se hallan igualmente no satisfechos, por lo que existe un acumulado del 68% de la muestra estudiada que se valora inadecuadamente en esta categoría, el resto de la muestra, o sea, el 32% de esta posee una valoración adecuada sin embargo, estas se hallan paralelamente distribuidas entre satisfechas y no. Se puede decir con relación a los resultados estadísticos que sin dudas la falta de confianza en sí misma generada sobre todo por temores a ser rechazadas es un factor que afecta considerablemente el disfrute de la vida en pareja.

En la tabla 19 se relacionan la autoestima con la sexualidad después de la intervención quirúrgica, por lo que en este caso no ofrece significación  $p=0.1$ , no obstante es importante considerar los resultados, pues de 5 casos, para un 20% de la muestra que posee un nivel bajo de autoestima, las mismas se encuentran no satisfechas. Así mismo el 32% que posee un nivel medio de autoestima, de igual forma se hallan no satisfechas en su sexualidad, por lo que podemos afirmar que el 52% de la muestra estudiada carece de autoestima alta, no siendo así en el resto de la muestra, la cual consta del 48% con un alto nivel de autoestima, sin embargo de estos, 8 casos, para un 32% poseen una sexualidad no satisfecha, por lo que se puede apreciar un comportamiento ilegítimo de esta variable, siendo probable la presencia de mecanismos de defensa para ocultar sus

sentimientos, en este caso, Allport destaca que las heridas continuas del amor propio, el intenso sentido del fracaso, pueden conducir a un sentimiento general de inseguridad y falta de confianza en uno mismo.

Para dar respuesta a nuestro objetivo general, dado las dificultades estadísticas presentadas, fue necesario utilizar como recurso estadístico la prueba no paramétrica binominal, la cual funde en un análisis las respuestas dadas por las pacientes en las variables "Autovaloración" y "Sexualidad después de la intervención quirúrgica" (tabla.20) entre las cuales se observa que, 8 casos, lo que representa el 32% de la muestra, no coinciden sus respuestas con el comportamiento de su sexualidad, en tanto el 68% restante si coincide, por lo que estos resultados ofrecen bajo este test una probabilidad menor que una diezmilésima, lo que indica una diferencia muy significativa entre ambos grupos, de modo que, el hecho de autovalorarse debidamente y tener una sexualidad satisfactoria o no, se corresponde a la pertenencia del primer grupo, es decir, los coincidentes. Se debe tener en cuenta en este caso que, del 32% da la muestra de los cuales no coinciden, el 24%, es decir 6 casos, se autovaloran por exceso, refiriendo a la misma vez insatisfacción en su sexualidad ( ver tabla. 16)

#### Conclusiones

Después de la intervención quirúrgica, se obtuvo que casi la totalidad de la muestra estudiada ha manifestado cambios dramáticos en la sexualidad, en correspondencia con el comportamiento anterior la sexualidad en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama y está en relación con la adecuación de su autovaloración.

Más de la mitad de los casos estudiados que conservan sus matrimonios, poseen una sexualidad no satisfecha, por tanto, no es el matrimonio un factor que garantiza la satisfacción sexual de estas.

Es significativo que en la muestra estudiada predomina la presencia de una sexualidad reservada ante su pareja, constituyendo esto un factor que quebranta la integridad de la pareja.

Constituye la autovaloración un influyente mecanismo en el comportamiento de la sexualidad, hallándose que la muestra estudiada se valora mayoritariamente, de forma inadecuada.

La autoconfianza es un factor que se corresponde con el comportamiento de la sexualidad, pues un número significativo de los casos se valora inadecuadamente, ofreciendo poca sensación de control personal ante la situación.

Como hallazgo en una tercera parte de los casos de estudio se manifiesta un comportamiento ilegítimo de su autoestima, ostensible en comportamientos incongruentes entre las manifestaciones que se utilizan para evitar las lesiones severas a su amor propio y las manifestaciones concretas que contradicen las mismas.

#### BIBLIOGRAFÍA

<http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer>.

1. Almanza-Muñoz, J, J. Holland, J, C. (200). *Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras*. *Cancerología*; 46:196-206
2. Casal, G. & Moreno, S. (1999). *Manual de Psicología de la Salud: Intervención psicológica en cáncer*. Madrid: Biblioteca Nueva.
3. Báñez, M., Blasco, T. & Fernández, J. (2003). *La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*.
4. Jemal, A., Ward, E., Siegel, R., Murria, T. (2007). *Cancer Statistics*. *CA Cancer J Clin* (XU J).
5. Colectivo de autores. (2007). *Servicio Informativo de la Biblioteca Médica Nacional*. 14(8)
6. Ezequiel, M. (2008). *Belleza y salud corporal: reconstrucción mamaria*. [Versión Electrónica]. Extraído el 12-12-2008 desde <http://bellezaysaludcorporata.blogcindario.com/2008/12/00012-reconstruccion-mamaria.html>
- Olper, P. (2003). *Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. Aspectos psicosociales de los pacientes con cáncer de mama*. México: Manual Moderno.
7. Torres, P., Guerra, M., Galán, Y., García, M., Lezcano, M. & Fernández, L. (2007). *Incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer cubana*. *Revista Cubana de Medicina*, 46(2), 36-47.
8. Colectivo de autores. (2008). *Anuario estadístico de Salud*. Dirección Nacional de Registros médicos y estadística de salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana: MINSAP.
9. *Reporte Provincial del cáncer*. (2008). *Cáncer de mama*. Santa Clara: Dirección Provincial de salud.
10. Helms, R., O'Hea, E. & Corso, M. *Body image issues in women with breast cancer*. *Psychol Health Med*, 13(3), 313-25.
- Boy, C. (2001). *Breast Cancer: the value and meaning of Breast*. *Cancer Forum*. 25(3):160-61.)

12. Witkin, M. (1975). Therapy and mastectomy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1:290-304.
13. <http://viviendosanos.com/2009/01/problemas-maritales-pueden-afectar-a-la-recuperacion-del-cancer-de-mama-ii.html>
14. <http://elmundoaldia.blog.com.es/2009/02/05/estras-matrimonial-dificulta-recuperacion-de-cancer-de-mama-5461171/>
15. [http://blogs.periodistadigital.com/vidasaludable.php/2007/05/31/el\\_cancer\\_de\\_mama\\_e\\_n\\_pareja](http://blogs.periodistadigital.com/vidasaludable.php/2007/05/31/el_cancer_de_mama_e_n_pareja)
16. Knapp, R. (2005). *Psicología de la Salud*. La Habana: Félix Varela.
17. Stone, G., Cohen, F & Adler, N. (1979). *A Handbook theories, applications and challenger of a psychological to the health care systems. Health psychology*. California: Jasse-Bass.
18. Holland, J. En J.C.Holland y J.H.Rowland (1989). *Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: Human syudies*. Handbook of Psycho-Oncology. Oxford University Press.
19. Núñez, V. (2001). *Psicología de Salud*. La Habana: Ciencias Médicas.
20. Suárez, D. (2002). *Personalidad, Cáncer y Sobrevida*. La Habana: Científico - Técnica.
21. Perera, F. & Suárez, M. (1996). *Enfermedades de las glándulas mamarias*. Santiago de Cuba: Oriente.

## Anexos

Tabla.1 Datos generales de la muestra seleccionada. Managua.2009

Edad			Estado Civil		Nivel Escolar			Ocupación Laboral		Años de Operada			Raza	
41-50	51-60	Más de 61	Casada	Divorciada	6to	9no	12	Ama de Casa	Trabaja	1 a 5	6 a 10	+ de 11	Blanca	no blanca
9	12	4	17	8	3	11	11	9	16	10	8	7	19	6

Tabla. 9 Tabla de contingencia, Relaciones interpersonales y autoestima. Managua. 2009

Autoestima	Relaciones Interpersonales				
	Negativa		Positiva		Total
	Fr	%	Fr	%	
Baja	5	20	0	0	5
Media	2	8	6	24	8
Alta	4	16	8	32	12
Total	11	44	14	56	25

$X^2 = 8.1$

$p = 0.02$

Tabla. 10 Tabla de contingencia, autoestima y tiempo de intervención quirúrgica. Managua. 2009

Años de intervención	Autoestima						Total
	Baja		Media		Alta		
	Fr	%	FR	%	FR	%	
De 1 a 5 años	3	12	5	20	2	8	10
De 6 a 10 años	2	8	3	12	4	16	9
Más de 10 años	0	0	0	0	6	24	6
Total	5	20	8	32	12	48	25

$X^2 = 9.7$

$p = 0.05$

Tabla. 11 Tabla de contingencia, Sexualidad antes de la intervención quirúrgica y Sexualidad después de esta. Managua. 2009

Sexualidad antes	Sexualidad después				Total
	Satisfecho		No Satisfecho		
	Fr	%	Fr	%	
Satisfecho	4	16	18	72	22
Algo satisfecho	0	0	3	12	3
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>84</b>	<b>25</b>

$X^2 = 0.6$      $p = 1.00$

Tabla. 12 Tabla de contingencia, prejuicios y sexualidad antes de la intervención quirúrgica. Managua. 2009

Sexualidad antes	Prejuicios				Total
	Reservados		Sin reservas		
	Fr	%	Fr	%	
Satisfecho	13	52	9	36	22
Algo Satisfecho	3	12	0	0	3
Insatisfecho con relaciones sexuales	0	0	0	0	0
Insatisfecho sin relaciones sexuales	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>64</b>	<b>9</b>	<b>36</b>	<b>25</b>

Tabla. 13 Tabla de frecuencia, sexualidad después de la intervención quirúrgica en base a sus 4 indicadores.

Managua. 2009

Sexualidad después en base a sus 4 indicadores			
Válidos	Fr	%	% acumulado
Satisfecha	4	16	16
Algo satisfecha	6	24	40
Insatisfecha con relaciones sexuales	7	28	68
Insatisfecha sin relaciones sexuales	8	32	100
Total	25	100	

Tabla. 14 Tabla de contingencia, Sexualidad después y Estado civil.

Managua. 2009

Estado Civil	Sexualidad Después									
	Satisfecho		Algo Satisfecho		Insatisfecho con relaciones sexuales		Insatisfecho sin relaciones sexuales		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Casada	4	16	6	24	5	20	4	16	19	
Divorciada	0	0	0	0	0	0	6	24	6	
Total	4	16	6	24	5	20	10		25	

$$X^2 = 11.8 \quad p = 0.009$$

Tabla. 15 Tabla de contingencia, relaciones sexuales después de la intervención quirúrgica y prejuicio. Managua. 2009

Prejuicios	Sexualidad después				
	Satisfecho		No satisfecho		Total
	Fr	%	Fr	%	
Reservados	0	0	16	64	16
Sin reservas	4	16	5	20	9
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>84</b>	<b>25</b>

$X^2 = 8.5$        $p = 0.002$

Tabla. 16 Tabla de contingencia sexualidad después de la intervención quirúrgica y autovaloración. Managua. 2009

Autovaloración	Sexualidad después				
	Satisfecho		No Satisfecho		Total
	Fr	%	Fr	%	
Baja	0	0	13	52	13
Media	4	16	2	8	6
Alta	0	0	6	24	6
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>84</b>	<b>25</b>

$X^2 = 15.6$        $p = 0.002$

Tabla. 17 Tabla de contingencia, sexualidad después de la intervención quirúrgica y auto imagen. Managua. 2009

Autoimagen	Insatisfacción general				
	Satisfecho		No satisfecho		Total
	Fr	%	Fr	%	
Subvalorada	0	0	16	64	16
Normal	4	16	3	12	7
Sobrevalorada	0	0	2	8	2
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>84</b>	<b>25</b>

$X^2 = 12.2$

$p = 0.004$

Tabla. 18 Tabla de contingencia, Sexualidad después de la intervención quirúrgica y autoconfianza. Managua. 2009

Autoconfianza	Insatisfacción general				
	Satisfecho		No satisfecho		Total
	Fr	%	Fr	%	
Subvalorada	0		10		10
Normal	4		4		8
Sobrevalorada	0		7		7
<b>Total</b>	<b>4</b>		<b>21</b>		<b>25</b>

$X^2 = 10.1$

$p = 0.008$

Tabla. 20 Correlación entre autovaloración y sexualidad.  
Managua. 2009

Prueba binominal				
Sexualidad				
	Categoría	N	Proporción observada	Sig. Exacta(unilateral)
Grupo 1	Coincidente	17	,68	,000
Grupo 2	No coincidente	8	,32	
Total		25	1,00	