



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

“Necesidades detectadas en la esfera sexual en las mujeres con cáncer de mama”

Autora: Patricia Lorenzo Moraleja.

Tutora: Dra. Carolina González Hernando.

Contenido

1. Resumen y palabras clave.	3
2. Planteamiento del problema (introducción / justificación).	4
3. Objetivos.....	4
4. Metodología.....	5
5. Desarrollo del tema.....	6
5.1. Que es el cáncer de mama.	6
5.2. Tipos de cáncer de mama.	6
5.3. Etiología del cáncer de mama.....	7
5.4. Tratamientos del cáncer de mama.	8
5.5. Alteraciones más prevalentes.	9
5.5.1. Ansiedad y depresión.....	9
5.5.2. Imagen corporal.	11
5.5.3 La sexualidad.	12
5.6. Patrón de la sexualidad: atención integral de la salud de las personas.....	12
5.7. Anamnesis clínica.....	13
5.8. Estudios sobre la influencia del cáncer de mama en las mujeres afectadas.	15
6. El proceso asistencial.....	16
6.1. Necesidades y expectativas de los destinatarios.....	17
6.2. Características de la calidad de los servicios.....	19
6.3. Intervenciones.....	20
6.4. Unidad multidisciplinar del cáncer de mama (UMCM).....	21
6.5. Cuidados para las mujeres mastectomizadas.....	21
7. Conclusiones e implicaciones para la práctica.	25
8. Bibliografía.....	26
9. Anexos.....	29

1. Resumen y palabras clave.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre las mujeres de todo el mundo siendo necesaria una adaptación a los cambios en la imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que repercuten en la sexualidad. El objetivo de este trabajo es proponer un proyecto de investigación sobre el impacto psicológico y las necesidades de información y atención a los cambios que se producen en la sexualidad de las pacientes con cáncer de mama. Se trata de un estudio descriptivo y transversal de metodología mixta a través de encuestas y experiencias personales de las mujeres con cáncer de mama. La muestra incluye a mujeres entre 20 y 70 años, que han padecido un cáncer de mama, no se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad y que haya pasado un año como mínimo desde el último tratamiento de radioterapia o quimioterapia. Se respetarán los aspectos éticos y confidenciales según la declaración de Helsinki. Para evaluar la calidad de la información, se realizarán entrevistas breves a los profesionales de enfermería que atienden a estas pacientes. La importancia de este trabajo radica en que a través de los resultados podremos conocer las afectaciones y los problemas que se presentan en estas pacientes para realizar unos cuidados de enfermería de calidad y lo más importante, prevenir la aparición de problemas en la esfera sexual.

Palabras clave: cáncer de mama, sexualidad, imagen corporal, impacto psicológico, información y atención.

2. Planteamiento del problema (introducción / justificación).

El interés del tema abordado en el trabajo fin de grado surge a raíz de la desinformación con la que se encuentran las pacientes diagnosticadas de un cáncer de mama en la esfera sexual. Para la realización del proyecto se plantearon varias preguntas:

- ¿Las mujeres con cáncer de mama están informadas sobre la esfera sexual y los cambios que pueden sufrir sobre su tratamiento?
- ¿Es necesario formar a los profesionales de enfermería para abordar la esfera sexual en mujeres sometidas a tratamientos con cáncer de mama?
- ¿La calidad de atención y la satisfacción de las pacientes que sufren cáncer de mama es mejor si la atención del médico se complementase con consultas específicas de enfermería? ¿El gasto sanitario es menor si las pacientes están bien informadas por enfermeras expertas y realizan de forma correcta los tratamientos y los cuidados prescritos?

Las hipótesis de este proyecto son:

- Las mujeres con cáncer de mama necesitan información sobre los cambios y adaptaciones que pueden presentarse en su sexualidad.
- Los profesionales de enfermería necesitan formarse y estar actualizados en temas de sexualidad para realizar los planes de cuidados y las actividades de EPS de las mujeres que sufren cáncer de mama de forma integral.
- La consulta, específica de enfermería, realizando el abordaje integral de las mujeres con cáncer de mama mejora la eficiencia, calidad de atención y satisfacción de las pacientes. Valorando las necesidades de las mujeres con cáncer de mama en la esfera sexual, se podrán diseñar actividades de educación para la salud donde se informará sobre los sentimientos que las podrán surgir en ese tramo de su vida, así como poder resolver todas las dudas y preguntas que las sean importantes desde las consultas de enfermería.

3. Objetivos.

- Identificar las necesidades en la esfera sexual de las mujeres con cáncer de mama para mejorar la calidad de la atención sanitaria.
- Detectar necesidades formativas en sexualidad de los profesionales de enfermería que atienden a mujeres con cáncer de mama.

- Proponer la utilidad de una consulta de enfermería en la que se tenga en cuenta el bienestar psicológico y los sentimientos de las pacientes con cáncer de mama y se diseñen actividades de educación para la salud individualizadas incluyendo la esfera sexual.

4. Metodología.

Se ha elaborado un proyecto de investigación sobre las necesidades en la esfera sexual en mujeres con cáncer de mama, para este TFG se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud. El proyecto de investigación es un estudio descriptivo y transversal de metodología mixta a través de encuestas y experiencias personales de las mujeres con cáncer de mama. La muestra incluye a mujeres entre 20 y 70 años, que han padecido un cáncer de mama, no se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad y que haya pasado un año como mínimo desde el último tratamiento de radioterapia o quimioterapia. Se respetarán los aspectos éticos y confidenciales según la declaración de Helsinki. Para evaluar la calidad de la información, se realizarán entrevistas breves a los profesionales de enfermería que atienden a estas pacientes.

La recogida de datos se realizará a través de encuestas, se solicitará la cooperación a pacientes que han padecido un cáncer de mama a través de un cuestionario (anexo A) autoadministrado y confidencial comprobando el funcionamiento de la esfera sexual y también se solicitará cooperación a enfermeros/as de oncología y ginecología, sobre la intervención enfermera que realizan y su formación en la esfera sexual a través de una entrevista breve (anexo B) autoadministrada y confidencial, tanto pacientes como enfermeros/as aceptan consentimiento informado (anexo C).

El cuestionario a pasar a las pacientes se compone de preguntas extraídas de:

- Datos sociodemográficos (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8)
- Escala de la imagen corporal de Hopwood (2001) (preguntas 9, 10, 11, 12 y 13) (1).
- Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer (SFM) (preguntas 14,15 y 16) (2).
- Cuestionario de la función sexual e impacto de los tratamientos (SFQ) (preguntas 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25) (3)

5. Desarrollo del tema.

5.1. Que es el cáncer de mama.

El cáncer es una enfermedad de tipo crónico, afecta a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como el aspecto físico, el bienestar psicológico, el trabajo y las relaciones interpersonales. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, después del cáncer de pulmón en el hombre, diagnosticándose más de la mitad en los países desarrollados (4).

El cáncer de mama es el resultado de la transformación maligna de las células epiteliales que forman el sistema ducto-lobulillar de la glándula mamaria. Es la primera causa de cáncer en la mujer y, aunque con variaciones según el área geográfica considerada, representa el 30 % de todos los tumores malignos que afectan a este sexo. El riesgo de que una mujer padezca un cáncer de mama a lo largo de su vida es del 12 %, y del 3,6 % de morir por la enfermedad. Esta proporción puede ser mayor en aquellos casos donde existe agregación familiar (5).

La probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer invasivo del seno durante su vida es de 1 entre 8. La probabilidad de morir por cáncer de seno es de aproximadamente 1 entre 35 (6).

5. 2. Tipos de cáncer de mama.

- Carcinoma ductal in situ (DCIS): es el tipo más común de carácter no invasivo. Significa que el cáncer no ha pasado de los conductos a los tejidos de la mama. Casi todas las mujeres pueden curarse en esta etapa. Puede diagnosticarse, a veces, con una simple mamografía.
- Carcinoma lobulillar in situ (LCIS): el cáncer se produce en las glándulas mamarias, que producen la leche, y no atraviesa los lobulillos. Aunque no es un verdadero cáncer, suele degenerar en un tumor canceroso.
- Carcinoma ductal invasivo (infiltrante) (IDC): es el más común de todos. Surge en el conducto mamario, atraviesa su pared e invade el tejido del seno. De ahí puede propagarse a otras partes del cuerpo. Son el 80% de los cánceres invasivos.

- Carcinoma lobulillar invasivo (infiltrante) (ILC): comienza en las glándulas mamarias o lobulillos y puede propagarse a otras partes del organismo. Suponen un 1% de los cánceres invasivos.
- Cáncer inflamatorio del seno (IBC): es poco común (entre un 1 un 3% de todos los cánceres de mama). Tiene un mal pronóstico porque, a veces, se confunde con una infección. No se presenta como un tumor o protuberancia bien definida, sino con un enrojecimiento e hinchazón del pecho, que presenta una textura parecida a la piel de la naranja. Suele diagnosticarse mal al principio, pues no se ve en una mamografía (6).

5.3. Etiología del cáncer de mama.

Es difícil hablar de etiología en una enfermedad como el cáncer cuyo origen es multifactorial. Numerosas investigaciones han permitido la identificación de algunos factores que contribuyen a un aumento del riesgo. No obstante, hasta en el 50 % de los casos no es reconocible ningún factor, salvo la edad y el sexo (5).

No se conocen exactamente las causas del cáncer pero sí los factores de riesgo. En el caso del cáncer de mama estos factores son:

- Ser mujer y tener más de 50 años.
- Cambios genéticos debido a mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2.
- Antecedentes familiares (aunque entre un 70 un 80% de las afectadas no tienen historial familiar de cáncer de mama) y personales de cáncer de seno.
- Raza (las mujeres blancas lo padecen en mayor número que las de color)
- Una biopsia anormal del seno suele asociarse con una mayor predisposición a padecer la enfermedad.
- Si los períodos menstruales comenzaron antes de los 12 años y terminaron después de los 55 tienen una probabilidad ligeramente superior.

- Los antecedentes de tratamientos con radiación incrementan mucho el riesgo de padecer la enfermedad, tratamiento con dietilestilbestrol (DES) a las embarazadas (el riesgo sería tanto para ellas como para sus hijas).
- El no tener hijos o tenerlos después de los 30 años.
- A veces, los tratamientos hormonales (tanto los contraceptivos como las terapias hormonales de la posmenopausia, aunque, en este caso, se combina la progesterona con los estrógenos para prevenir el posible cáncer a las mujeres que conservan el útero).
- Una lactancia prolongada y el embarazo reducen el riesgo de padecerlo.
- El alcohol y el sobrepeso aumentan las probabilidades de contraer ese tipo de cáncer, mientras que el ejercicio físico lo disminuye (6).

5.4. Tratamientos del cáncer de mama.

En el tratamiento del cáncer de mama se sigue un protocolo, normas y pautas , establecidas en base a la experiencia científica que se tiene en el tratamiento de este tumor.

Estos protocolos, que se emplean de forma generalizada en todos los hospitales, recogen las indicaciones o limitaciones del tratamiento en función de los siguientes factores: edad del paciente, estado general y hormonal (premenopausia, menopausia), localización del tumor, fase o estadio en la que se encuentra la enfermedad (TNM), receptores hormonales del tumor, grado de las células y positividad para algunos factores biológicos (por ejemplo Her2).

El tratamiento propuesto por el especialista no va a ser el mismo en todos los pacientes. Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

Se utilizan diversas definiciones respecto al tratamiento:

- Tratamiento Local: la cirugía y la radioterapia son ejemplos de ello.
- Tratamiento Sistémico: la quimioterapia y la hormonoterapia son ejemplos.

- Tratamiento Adyuvante: se llama así al tratamiento sistémico y/o local administrado tras el primer tratamiento. El objetivo de este tratamiento es profiláctico, tanto a nivel sistémico como local, es decir, pretende reducir el riesgo de recidiva del cáncer de mama.
- Tratamiento Neoadyuvante: consiste en administrar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía (7).

5.5. Alteraciones más prevalentes.

Las alteraciones más prevalentes son la ansiedad y la depresión; los efectos secundarios, como pueden ser la alopecia por la quimioterapia, quemaduras y posterior acartonamiento de la piel por la radioterapia local, la pérdida de la fertilidad y la aparición de sintomatología menopáusica prematura son otros de los factores que contribuyen a la aparición posterior de la depresión. Existen una serie de variables que influyen en el bienestar emocional, tales como el tipo de cirugía, el estadio en el que se encuentra la enfermedad, el estado menstrual de las mujeres y su influencia hormonal y la terapia adyuvante, entre otras. Numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal correlaciona negativamente con la autoestima, el autoconcepto y la sexualidad de la mujer (4).

Las posibles variables a estudiar pueden ser ansiedad, depresión, la imagen corporal y la sexualidad.

5.5.1. Ansiedad y depresión.

El término, del latín *anxietas*, congoja o aflicción, consiste en una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque, en realidad; esta manera de reaccionar de forma no adaptativa hace que sea nociva, por excesiva y frecuente. Por ello, es considerada como un trastorno mental prevalente, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, su carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes cognitivos, conductuales y psicofisiológicos, que se expresan en diferentes ámbitos, familiar, social o laboral (8).

Los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad se clasifican en subjetivos y en motores u observables.

- Síntomas subjetivos: Preocupación, inseguridad, miedo o temor, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Síntomas motores u observables: Hiperactividad, paralización motora, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo; síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta; respiratorios: sensación de sofoco, ahogo; gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas; genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia; neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva; neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva (8).

La depresión es un trastorno emocional común que se caracteriza por presentar humor deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o autovaloración baja, sueño o apetito desequilibrado, baja energía, y concentración pobre. Estos problemas pueden hacerse crónicos o recurrentes, y conducir a daños sustanciales en la capacidad para realizar las responsabilidades diarias (9).

La depresión y la ansiedad se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. La distinción de estos cuadros no resulta fácil, ya que ambas entidades cursan con trastornos del sueño, alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia, irritabilidad. Los pacientes oncológicos presentan síntomas de depresión en un 25% de los casos (10).

En mujeres con Cáncer de mama se ha encontrado niveles decrecientes de depresión, en la medida que avanza el tiempo, sin embargo, en el año posterior al diagnóstico, cerca del 50% de las pacientes pueden presentar depresión, ansiedad, o ambas. Afecta todos los niveles del curso de la enfermedad neoplásica y de sus tratamientos. El impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como de una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo, complican el curso de la enfermedad a varios niveles (11).

Al hacer referencia a la salud sexual en mujeres sometidas a tratamientos por cáncer de mama y sus compañeros sexuales, indudablemente es necesario relacionarla con el impacto de los tratamientos, las alteraciones del estado de ánimo, la ansiedad y la depresión (12).

5.5.2. Imagen corporal.

La enfermedad del cáncer de mama y las consecuencias de su tratamiento, llevan a la paciente a adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva.

La alteración en la imagen corporal es una de las reacciones a la mastectomía y se refiere a la modificación de la totalidad, sensación de asimetría e impresión de tener el cuerpo deformado. La autoestima y el optimismo se muestran como factores que influyen sobre la imagen corporal y el funcionamiento sexual. La imagen corporal y el funcionamiento sexual son aspectos que son perjudicados por el cáncer de mama, el grado de afectación de estos a nivel emocional, son comparables a las que se experimentan por la muerte de un ser querido, los cambios en la apariencia física se convierten en una fuente de estrés que afecta directamente el estado emocional, la calidad de vida y el funcionamiento personal, familiar, social y laboral de las mujeres con cáncer de mama (1).

La imagen corporal se ve claramente afectada, tanto por la asimetría provocada por la cirugía, como por los efectos secundarios de los tratamientos adyuvantes, tales como alopecia, aumento/ disminución del peso corporal o quemaduras en la zona irradiada. Los cambios en la apariencia física pueden deteriorar la relación de pareja y las relaciones sexuales, siendo frecuente la disminución de las mismas o la aparición de algún tipo de trastorno sexual (13), una alteración en el deseo sexual que suele derivar en una disminución o bloqueo de éste, una baja actividad sexual, una disminución de sentir placer o ansiedad y dolor durante el acto. Además se puede producir una pérdida del interés sexual, del atractivo y de la feminidad; también es importante el efecto del cáncer de mama sobre la autoestima, sobre todo en aquellas mujeres que basan su autoconcepto en atributos físicos (4).

De todos los tipos de cáncer que hay, en el cáncer de mama es donde más se pueden observar los efectos de la enfermedad y el tratamiento en la imagen corporal. Las percepciones negativas de la imagen corporal en el cáncer de mama incluyen insatisfacción con la apariencia, una percepción de pérdida de la feminidad y la integridad corporal, evitar verse desnuda, sentirse menos atractiva e insatisfacción con el resultado quirúrgico.

5.5.3 La sexualidad.

La feminidad, la maternidad y el erotismo contribuyen a la percepción de la identidad sexual femenina, y todos estos elementos pueden ser afectados - en varios niveles - por el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

La feminidad puede verse seriamente afectada por la imagen corporal, el linfedema del brazo y la menopausia iatrogénica

El cáncer de mama puede afectar a la sensualidad, el atractivo y capacidad de respuesta debido a la pérdida de sensaciones placenteras después de la cirugía de mama que puede reducir la excitación sexual. La depresión y la ansiedad afectan a la propia imagen y la función sexual (deseo sexual sobre todo).

Los síntomas y signos más comunes en la función sexual en las pacientes tras un cáncer de mama son trastornos de la excitación, dispareunia, anorgasmia y la pérdida de satisfacción sexual (14).

5.6. Patrón de la sexualidad: atención integral de la salud de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medio que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (15).

La sexualidad que es otra de las facetas afectadas por el cáncer de mama forma parte de la calidad de vida de las personas y se compone de 3 aspectos: el deseo sexual (que sería el interés por la actividad sexual), la satisfacción sexual (apreciación global de la sexualidad) y el funcionamiento sexual (donde se englobarían conceptos como la excitación y el orgasmo) (4).

La sexualidad es un componente importante de la vida y de la salud. Sin embargo, la información recogida en los Registros Enfermeros con frecuencia se limita a la reproducción y / o el estado civil de los pacientes.

Valorar el Patrón de la sexualidad de forma exhaustiva, evidencia la mejora de la información cuali-cuantitativa, para el cuidado de los pacientes.

Los conocimientos científicos, la rigurosidad, la observación, las habilidades, la coherencia y el sentido común, de los profesionales deben ser los principios para evaluar la pertinencia, circunstancias o necesidad de realizar determinadas preguntas, y las personas decidirán si contestan o no (16).

Los profesionales de enfermería en general son reticentes a valorar este patrón, argumentando tanto que es una parcela íntima de las personas, como que sus propios valores y creencias le impiden realizar determinadas preguntas, mientras que otros profesionales de enfermería argumentan no tener conocimientos para realizar las preguntas y aportar soluciones (16).

La sexualidad humana incluye la actividad sexual y los cambios en la experiencia personal afectan a la forma en que nos vemos a nosotros mismos, nuestro cuerpo y las relaciones interpersonales que tenemos. La sexualidad está relacionada con la feminidad, la cual a su vez se relaciona con la imagen corporal, por tanto las alteraciones en la imagen corporal repercutirán en la sexualidad de las mujeres. Los aspectos más importantes relacionados con la sexualidad en el cáncer de mama son: la relación de pareja, la edad y el estado hormonal, el estado físico global, la imagen corporal después de la operación, el equilibrio emocional y los efectos de la quimioterapia o de la terapia hormonal.

La reconstrucción del pecho provoca también una alteración en el bienestar general, ya que se tiene que adaptar a las nuevas prótesis y cambiar el ritmo de vida (4).

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. 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 (15).

5.7. Anamnesis clínica.

La utilización sistemática de la historia sexual como parte de la evaluación médica y de enfermería, permitirá en gran medida prevenir los problemas gracias a una valoración de la función sexual y a la identificación de pacientes y sus parejas que requieran una especial atención (17).

Es necesario adoptar una actitud de búsqueda activa, sobre todo entre la población de riesgo. Se debe preservar la confidencialidad del encuentro, y se llevará a cabo con naturalidad, empatía, adoptando una actitud de escucha activa, cuidando el lenguaje no verbal, sin emitir juicios de valor y recurriendo a la asertividad para superar las resistencias.

Preguntar a los pacientes acerca de su vida sexual suele despertar recelos, sentimientos de vergüenza y/o de culpa. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que una sexualidad satisfactoria beneficia física y emocionalmente a mujeres y a hombres, repercutiendo favorablemente en su calidad de vida.

La actividad sexual ha demostrado ser beneficiosa para alcanzar el sueño, reduce el estrés, mejora la forma física, proporcionando una imagen corporal de mayor juventud.

Las dificultades para realizar la anamnesis en salud sexual por parte del profesional y del sistema son:

- Las áreas de competencias se centran excesivamente en la enfermedad médica, en especial en las enfermedades más prevalentes: diabetes, hipertensión, etc., en perjuicio de aspectos tan fundamentales para la salud integral del sujeto como la salud mental, sexual o laboral.
- Sigue siendo un tema tabú.
- Temor a ser juzgado negativamente por los pacientes o por los compañeros.
- Falta de habilidades para abordar aspectos íntimos y privados.
- Identificar sexualidad exclusivamente con procreación o función eréctil.
- Falta de tiempo de consulta.
- La salud sexual, como elemento a integrar en el concepto de salud global individual, no es prioritario en los planes de salud.

La experiencia clínica de confirma la intervención en salud sexual es muy satisfactoria al generarse a través de ella una vinculación favorable con el paciente.

Es necesario resaltar la carencia de estudios controlados que evalúen la calidad de los datos registrados en las historias clínicas en salud sexual (18).

5.8. Estudios sobre la influencia del cáncer de mama en las mujeres afectadas.

- El objetivo de este estudio de Monterrey México fue evaluar los niveles y la relación de la imagen corporal, el funcionamiento sexual, la autoestima y el optimismo en un grupo de mujeres con cáncer de mama. Los niveles de las variables fueron diferentes a los esperados, se encontró un nivel bajo de alteración en la imagen corporal y funcionamiento sexual, así como un nivel alto de autoestima y de optimismo (19).
- El cáncer ginecológico y sus tratamientos pueden alterar profundamente distintos aspectos de la calidad de vida de las mujeres afectadas, entre ellos, su vida sexual. Según este estudio realizado en Girona las mujeres en su mayoría expresaron su deseo de tener mas información adecuada sobre como la enfermedad y sus tratamientos pueden influenciar en su vida sexual y la de sus parejas. La literatura presenta evidencia de que una mujer bien informada tiene más probabilidades de recuperar su vida sexual que una mujer que no sabe bien a qué atribuir los cambios. Tener la información adecuada ayuda a entender, aceptar y adaptarse a los cambios experimentados, mientras que la falta de información es un factor ansiogénico (20).
- El cáncer de mama y el tratamiento influye en aspectos psicológicos. Según un estudio demuestra la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en grupo para la mejora de la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad después de haber pasado por un cáncer de mama (13).
- El objetivo de otro estudio es analizar las repercusiones que tiene la mastectomía por cáncer de mama sobre la adaptación psicosexual y la imagen corporal de las mujeres. 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. En este estudio concluyeron que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal que perduran transcurrido el primer año desde la mastectomía cuando no hay intervención psicológica (15).

- 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 (15).
- Los objetivos de otro estudio se refieren a varios aspectos relacionados con la imagen corporal y la autoestima, como son: a) comprobar la eficacia de un programa de intervención psicosocial que incide sobre la mejora de la imagen corporal y la autoestima, comparando dos grupos de intervención y control en cada uno de los momentos pretratamiento, post-tratamiento y seguimiento y b) analizar la influencia de las variables socioeconómicas y médicas (tipo de cirugía y tipo de tratamiento) en la imagen corporal y la autoestima. Los resultados muestran que para la imagen corporal, el grupo de intervención obtiene puntuaciones más elevadas que el grupo control en el postratamiento y seguimiento, mientras que para la autoestima, las diferencias sólo se dan en el seguimiento y aparece la relevancia del variable tiempo transcurrido. Ninguna de las variables sociodemográficas fue significativa. En cuanto al tipo de cirugía, las mujeres tumorectomizadas tuvieron una mejor imagen corporal que las mastectomizadas (21).
- El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de la información sobre aspectos relacionados con la sexualidad, los factores que la determinan y la relevancia que los datos obtenidos puedan tener sobre la salud de las personas. (16).
- Los resultados de un estudio realizado en Elche sobre la repercusión de la autopercepción corporal en las relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas se concluyó que el cambio en la imagen corporal de la mujer mastectomizada influye en sus relaciones de pareja, dependiendo de la técnica quirúrgica a la que haya sido sometida (12).

6. El proceso asistencial.

El objetivo para mejorar el proceso asistencial en el proyecto “Oncologuías” de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León se centra en conseguir aumentar la supervivencia de las mujeres afectadas por esta patología y mejorar su calidad de vida. Se pretende responder satisfactoriamente a las necesidades de pacientes y familiares, al tiempo que se intenta facilitar la tarea de los profesionales (5).

6.1 Necesidades y expectativas de los destinatarios.

➤ Pacientes:

○ Accesibilidad

- Acceso fácil y rápido, incluso urgente, incluyendo preferencia en la realización de las pruebas diagnósticas, en la comunicación de resultados, y en la instauración del tratamiento oncológico.
- Acceso a: las últimas tecnologías, tratamiento oncológico (incluyendo atención psico-oncológica), los recursos sociales, reinserción laboral, grupos de autoayuda, asesoramiento en caso de problemas de pareja y sexuales secundarios a la enfermedad, los distintos profesionales participantes en el subproceso, demandar información de acuerdo a las necesidades o dudas que puedan ir surgiendo y a las técnicas de reconstrucción mamaria.

○ Información

- Información clara y sencilla, adecuándola a las necesidades, características personales y socio-culturales de cada paciente, sobre todo el subproceso, las distintas pruebas diagnósticas y las opciones terapéuticas posibles, acerca de los efectos secundarios del tratamiento y de la ubicación de las distintas unidades que participaran en el subproceso, así como de aquellos servicios de apoyo.
- Información específica sobre las posibilidades de reconstrucción plástica.

○ Coordinación

- Coordinación entre los diferentes niveles organizativos y profesionales sanitarios que participan en el subproceso.

- Continuidad de los mismos profesionales en la atención y creación de unidades específicas para el tratamiento del cáncer de mama.
 - Efectividad
 - Atención sanitaria lo más eficaz y efectiva posible, tanto en lo referente a las pruebas diagnósticas como a los tratamientos prescritos.
 - Existencia de pautas claras de actuación conocidas por los diferentes profesionales que actúan en cada momento del Subproceso.
 - Trato
 - Personalizado y flexible, respetando la intimidad y al secreto profesional.
 - Sensibilidad y estimulación del ánimo por parte de los distintos profesionales.
 - Atención Psicológica.
 - Apoyo psicológico tanto al inicio como durante y después del proceso. Existencia de profesionales capacitados en psico-oncología.
- Familiares:
 - Posibilidad de acompañar y visitar al paciente durante todo el subproceso.
 - Información en lenguaje claro, sencillo y exento de tecnicismos.
 - Apoyo psicológico desde el principio para afrontar la enfermedad y ayuda para el abordaje de los problemas de pareja.
 - Estudios de detección precoz en los familiares con riesgo de enfermedad.
- Común a todos los profesionales:
 - Creación y desarrollo de las Unidades Multidisciplinares para el tratamiento del Cáncer de Mama.
 - Recursos materiales, humanos y estratégicos adecuados para poder realizar un abordaje integral del Cáncer de Mama.
 - Disponibilidad de medios de diagnóstico y tratamiento basados en la mejor evidencia científica disponible.
 - Implantación de un sistema informático que permita una gestión integral del proceso. Acceso a medios de información y formación científica actualizada.
 - Formación en habilidades y estrategias de acogida y comunicación para mejorar la interacción con la paciente y los familiares.

- Entrenamiento en habilidades personales para evitar el síndrome de Burnout.
Disponibilidad de profesionales especializados.
- Específicos del equipo multidisciplinar:
 - Servicios de cirugía y ginecología de oncología radioterápica, de radiología, de anatomía patológica y de oncología médica de los que cabe destacar:
 - Dotación adecuada en medios técnicos, humanos y estratégicos, evitando masificaciones y retrasos.
 - Disponibilidad de personal de enfermería entrenado y especializado e integrado en las consultas.
 - Acceso a todos los recursos farmacológicos disponibles para poder utilizarlos según la mejor evidencia científica posible.
 - Posibilidad de participar en Ensayos Clínicos multicéntricos.
 - Posibilidad de atender consulta telefónica.
 - Posibilidad de coordinación y participación con grupos de autoayuda y asociaciones no gubernamentales implicadas en la atención del paciente oncológico (5).

6.2 Características de la calidad de los servicios.

- Asistencia
 - A través de Unidades Multidisciplinares del Cáncer de Mama, integral, ágil, coordinada y basada en la evidencia científica.
 - Historia clínica común e informatizada con un sistema de registro que permita la gestión del proceso.
- Información
 - Información clara y veraz al paciente o persona que él designe.
 - Identificación de los profesionales.
 - Información sobre el tratamiento reconstructivo, el apoyo psicológico y el tratamiento fisioterápico.
 - Proporcionar pautas de cuidados y recomendaciones y facilitar información y recursos sociales cuando se precise.
- Hostelería

- Unidades cómodas, que permitan mantener la intimidad y posibilidad de acompañamiento durante la hospitalización y los tratamientos (5).

6.3 Intervenciones.

- La intervención psicológica en la imagen corporal en este tipo de enfermedad neoplásica representa un reflejo de la necesidad que tienen las pacientes de recibir una atención sanitaria que recoja el impacto emocional que provoca su diagnóstico y las dificultades de adaptación que surgen como resultado de los tratamientos tales como cirugía, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia (4).
- Para afrontar la ansiedad se pueden usar técnicas de relajación (relajación muscular de Jacobson, respiración abdominal...) (4).
- Realizar una descripción de sí mismas en cuanto a su imagen corporal y en los diferentes roles de su vida (como pareja, como madre, como amiga, como hija y como profesional). Se persigue tener una descripción más exacta de su autoimagen y la identificación de posibles distorsiones cognitivas. Esto ayuda a modificar las creencias irracionales en relación a la importancia del aspecto físico en el atractivo y valía personal (13).
- Se pueden mediar la autoestima y la imagen corporal en la sexualidad mediante psicoeducación (13).
- La intervención grupal cognitivo-conductual se muestra eficaz para el tratamiento de la autoestima, la mejora del estado de ánimo y la sintomatología ansiosa, tras la experiencia de un cáncer de mama (13).
- 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. Las intervenciones deben ir encaminadas a la adaptación a las nuevas sensaciones corporales de la zona del pecho y la nueva imagen corporal y 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. 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. 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 (15).

6.4. Unidad multidisciplinaria del cáncer de mama (UMCM).

Grupo de profesionales sanitarios que, apoyados en la clínica y en unos medios técnicos imprescindibles, tienen como fin aunar criterios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer de mama, se compone de: cirujano o ginecólogo, radiólogo, patólogo, oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta, personal de apoyo compuesto por servicio de enfermería, servicio de fisioterapia, servicio de salud mental y cirujano plástico.

Cada miembro debe tener amplios conocimientos y experiencia contrastada en el manejo de los pacientes con cáncer de mama. La UMCM debe ocupar un área específica dentro del hospital, con medios adecuados y diferenciados (15).

Los trabajos del equipo multidisciplinario se encaminarán hacia 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.

6.5. Cuidados para las mujeres mastectomizadas.

El propósito es que todas las mujeres que pasen por esta situación dispongan de información suficiente para que ellas y sus familias puedan hacer frente a la enfermedad, adaptarse a la vida diaria de la forma más efectiva posible y favorecer de este modo el proceso de recuperación.

La mastectomía por cáncer de mama, provoca alteraciones en determinados aspectos concretos de la imagen corporal, como sentimientos negativos en torno a la propia desnudez y la devaluación del sentimiento de atractivo físico.

- Cuidados generales durante la estancia hospitalaria
 - Mantener el brazo afecto elevado sobre una almohada.
 - Evite, siempre que sea posible, la toma de TA, extracciones de sangre e inyecciones en el brazo afecto.
 - Comenzar con los ejercicios de rehabilitación, movilización temprana.
 - Comentar con el personal de enfermería todas aquellas cuestiones que se le planteen durante su estancia hospitalaria.
- Cuidados generales tras el alta hospitalaria
 - Higiene y cuidados del brazo afecto: jabón con pH alto o neutro, desodorantes con menor contenido en alcohol, la depilación usando cremas depilatorias más una crema hidratante vitaminada. Después de la ducha o baño, secar bien la zona de la herida y aplicar crema hidratante. Evitar lugares con altas temperaturas (sauna y rayos uva). Cuando se use el secador, proteger hombros y brazos de la acción del calor.
 - Vestido y complementos: se puede seguir utilizando el vestuario habitual, a nivel general se recomienda usar tejidos de algodón y fibras naturales, prescindir de prendas muy ajustadas, utilizar sombreros y camisetas ligeras en la exposición al sol, evitar sortijas, pulseras y otros complementos en el brazo y mano de la intervención y llevar el bolso en el brazo no afectado.
 - Alimentación: una dieta equilibrada en la que no existe ninguna restricción.
 - Actividades de la vida diaria
 - Se aconseja que las actividades cotidianas se realicen gradualmente intercalando periodos de descanso.
 - Al realizar las actividades de la vida diaria hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones para evitar posibles complicaciones en el brazo afecto:
 - No coger peso y evitar la tensión en esa extremidad.
 - No usar sustancias tóxicas sin llevar guantes.

- Precaución con la plancha. en la cocina y con el manejo de utensilios cortantes o punzantes.
- Evitar arañazos o mordeduras y las picaduras de insectos.
- Evitar llevar sin cubrir el lado afectado al freír alimentos y el agua muy caliente al lavar o fregar.
- La baja laboral es habitual un periodo aproximado de 6-12 meses.
- Deportes y ocio
 - La realización de ejercicio físico progresivo y controlado provoca un efecto positivo, ya que aumenta la fuerza, mejora el movimiento del brazo, disminuye el dolor y la rigidez del hombro, general previene la osteoporosis y mejora el sistema cardiovascular.
 - Tras una mastectomía, el temor, la ansiedad y la depresión pueden provocar una alteración en las relaciones de pareja, personales y familiares, es muy importante la comunicación sincera de los sentimientos y las preocupaciones.

➤ Embarazo tras la mastectomía

El embarazo tras una mastectomía se consideraba contraindicado hace años. En la actualidad no es una contraindicación absoluta. La mayoría de las pacientes con cáncer de mama pueden quedar embarazadas después del tratamiento oncológico sin que eso empeore el pronóstico de la enfermedad. No obstante, es una cuestión que depende de distintas variables, y debe considerarla con su especialista.

➤ Complicaciones tras la mastectomía

La mastectomía es una cirugía muy segura donde la mayor parte de las mujeres se recuperan sin complicaciones aunque existen riesgos y/o complicaciones:

- Linfedema: Es la inflamación del brazo de la zona donde se le ha realizado la mastectomía causada por la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila. Se desarrolla en un 20% de los casos. Puede aparecer hasta meses o años tras la operación. Las precauciones a tener en cuenta son: evitar extracciones de sangre del brazo del mismo lado de la operación, coger peso o realizar ejercicios bruscos, heridas que puedan provocar infección y ropa ajustada, no llevar reloj, pulsera o anillos en el brazo afectado y por las noches mantener el brazo ligeramente elevado.

- Alteración de la sensibilidad de la zona operada: Apareciendo sensaciones dolorosas, punzantes... El grado de intensidad es variable pero no hay tratamiento eficaz. También puede aparecer adormecimiento e hipoestesia.
- Alteración de la movilidad del brazo operado: Se produce por el linfedema o por defecto neuromuscular postquirúrgico. A veces el área se amplía al hombro, columna cervical y parrilla costal.
- Seroma: Aparece normalmente tras la retirada del drenaje.
- Acudir al médico si cualquiera de estos síntomas: Fiebre de más de 38°C, escalofríos, secreción procedente de la incisión, hinchazón alrededor de la incisión, aumento del dolor en la zona de la incisión e hinchazón en el brazo o en la mano del mismo lado de la operación
- Se debe realizar un plan de ejercicios sencillo y continuados en el tiempo a fin de recupere la máxima movilidad del brazo afecto, así como la elasticidad de la piel de la zona, lo que va a mejorar su actividad cotidiana y servirá de prevención en la aparición del linfedema. Estos ejercicios deberán empezar a realizarse de forma temprana, entre las 24-48 horas tras la intervención.

➤ Reconstrucción de mama

Ayuda a restablecer la imagen corporal. En la actualidad existen varias técnicas, las más habituales son: utilización de expansores y prótesis de silicona: es sencilla y se realiza en dos etapas. Primero se implanta un expansor que se llena de suero durante semanas sucesivas dilatando la piel y luego se coloca una prótesis de silicona o utilizar tejidos de la propia paciente, bien sea de la espalda (músculo dorsal ancho) o del abdomen (músculo recto). Es una técnica más compleja pero los resultados son muy satisfactorios. La reconstrucción del pezón y la areola se realiza bien con injerto de piel de la ingle o bien mediante tatuaje.

Las reconstrucciones pueden ser inmediatas, al mismo tiempo que la mastectomía o diferidas (aproximadamente 18-24 meses después), es necesaria una valoración rigurosa e individualizada. Éstas no modifican el pronóstico de su enfermedad (la reconstrucción no mejora ni empeora la enfermedad), no obstruye las pruebas de control (mamografía, ecografía...) y no limita los tratamientos que pueda necesitar en el futuro (quimioterapia, radioterapia y otros).

➤ Prótesis externas

La primera prótesis que se colocará será una fabricada con materiales suaves (algodón), se pueden colocar en el momento que se han retirado los puntos de la piel.

Prótesis de silicona: se colocarán a los 30-40 días, cuando el proceso de cicatrización ha terminado, salvo en pacientes con colgajo miocutáneo o que hayan sido tratadas con radioterapia, se esperará hasta que la piel esté íntegra. Esta prótesis será recetada por el cirujano y su financiación correrá a cargo de la Seguridad Social. Se podrá acercarse a cualquier ortopedia especializada y adquirirla.

El uso diario de prótesis externas es importante para evitar deformaciones de la columna vertebral. Los cuidados de las prótesis son: no golpearlas, no exponerlas a temperaturas altas, lavarlas cada 4-5 días con jabón neutro y agua templada y cambiarlas cada 2-3 años. La finalidad de las prótesis y de la reconstrucción mamaria es lograr un volumen en el lugar de la mastectomía y una simetría en cuanto a su forma y posición (22).

7. Conclusiones e implicaciones para la práctica.

- La implicación de los profesionales de enfermería en los cuidados de la mujer que sufre cáncer de mama debe enfocarse en que las pacientes dispongan de información suficiente para que ellas y sus familias, puedan hacer frente a la enfermedad, adaptarse a la vida diaria de la forma más efectiva posible y favorecer de este modo, el proceso de recuperación. Mejorando la calidad de la atención enfermera, las mujeres con cáncer de mama obtendrán un mayor bienestar.
- Durante el proceso de realización de este trabajo no se ha podido llevar a la práctica este proyecto de investigación ni obtener resultados (aunque al ser un estudio limitado en el tiempo los resultados serían aproximaciones). Se decidió realizar un estudio de revisión bibliográfica y un proyecto de investigación que incluyese los cuestionarios, hipótesis, objetivos... con proyección futura para realizar un Trabajo Fin de Master o una Tesis Doctoral.
- Creemos que es necesario facilitar la investigación a Enfermería y sugerimos la necesidad de realizar nuevas investigaciones en este campo.

8. Bibliografía.

1. Juárez D, Landero R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. Nova Scientia. [Internet] 2011[consultado 3 febrero 2014]; 4 (7): 17-34. Disponible en: http://nova_scientia.delasalle.edu.mx/numero_7/articulos/NovaScientia_07_017.pdf
2. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Junta de Andalucía. [Actualizado 14 marzo 2013; consultado 27 enero 2013] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5
3. Bueno LS. Salud sexual e impacto en mujeres sometidas a tratamientos por cáncer de mama y sus compañeros sexuales. Tesis doctoral. Bogotá: Universidad nacional de Colombia DC., facultad de enfermería; 2012; 249-257.
4. Pintado MS. Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama [Internet] Tesis doctoral. Valencia: Facultad de psicología. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria; 2013. [consultado 10 enero 2014]. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26371/Tesis%20Sheila%20Pintado.pdf?sequence=1>
5. García A, Nieto A, Cuezva JF, Aragón J, Rodríguez Y, Fernández F et al. Cáncer de mama. Guía para la gestión de procesos asistenciales relacionados con el cáncer: proyecto oncoguías. [Internet].Junta de Castilla y León. Consejería de sanidad. [Consultado 6 febrero 2014]. Disponible en : <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/mejora-practicas-clinicas/gestion-procesos-oncologicos-oncoguias>
6. Rodríguez Martínez MJ. Cáncer de mama Información imprescindible sobre tumores cancerígenos [en línea] Suite. 2013 [consultado 8 abril 2014] Disponible en: <http://suite101.net/article/cncer-de-mama-a5179>
7. Asociación española contra el cáncer. Cáncer de mama. Elección del tratamiento. [en línea]. 2014[consultado 9 abril 2014] Disponible en : [//www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCER/MAMA/Paginas/elecciondeltratamiento.aspx](http://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCER/MAMA/Paginas/elecciondeltratamiento.aspx)

8. Virues, Elizondo R. A. Estudio sobre ansiedad. Universidad Autónoma de Nuevo León. México: Psicología científica.com. 2005; 1-15.
9. Organización mundial de la salud. Salud mental [en línea]. 1-2. [consultado 11 abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
10. Sarason I, Sarason B. Psicopatología: psicología anormal – el problema de la conducta inadaptada. 11a. ed. Editorial Pearson educación, 2006; 333
11. Alarcon P.A.. El cáncer y la depresión. En: Manual de Psicooncología. Capítulo 10. Bogotá: Fundación cultural Javeriana de artes gráficas, 2006; 217-218.
12. Casillas J. M. A., Cerveró F.S. Repercusión de la autopercepción corporal en las relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas . Elche: Scele, 2010.
13. Narváez A, Rubiños C, Cortés-Funes F, Gómez R, García A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. Psicooncología [Internet]. 2008 [consultado 5 febrero 2014]; 5(1): 93-102. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2648984>
14. Graziottin A., Rovei V. Sexuality after breast cancer. La sexualité après un cancer du sein. La sexualidad después de un cáncer de mama. Turín: Elsevier Manson. Sexologies 16. 2007; 292–298.
15. Vázquez J, Antequera R, Blanco A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. Psicooncología. [Internet]. 2012 [consultado 3 febrero 2014]; 7 (2-3):433-451. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220433A/15069>
16. Navarro JI, Rodríguez C, Garrido P, de la Rosa E, Moreno A, Robles A. Valoración del Patrón de la Sexualidad: atención integral de la salud de las personas. Enfermería global. [Internet]. 2013 [consultado 30 enero 2014]; (31): 1-13. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.3.174221>
17. Quinn M.A. Sexual function after treatment of gynaecological cancer
Fonction sexuelle après traitement pour cancer gynécologique
La función sexual

tras tratamiento por cáncer ginecológico. Carlton, Victoria, Australia: Elsevier Manson. *Sexologies* 16 .2007; 286–291.

18. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes SEMERGEN - Medicina de Familia.2013; 39 (8):433–439.

19. Hopwood P, Fletcher I, Lee A Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients [en línea]. *European Journal of Cancer*. 2001, nº. 37, pp. 189-197. [consultado 3º enero 2014] Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0959804900003531/1-s2.0-S0959804900003531-main.pdf?_tid=f8fd5428-b8a8-11e3-a93a-0000aab0f27&acdnat=1396252342_4cafcf06eebd62b9799706eee26c95bc

20. Pallí C, Lluch J., Valero S. Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. Girona: *Psicooncología*. Vol. 7, Núm. 1, 2010; 153-173.

21. 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. *Clínica y Salud* [Internet]. 2007 Sep [citado 2014; consultado 28 enero 2014]; 18(2): 137-161. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002&lng=es.

22. Bañón I, Castejón J, Cervantes A, Espinosa MA, Gamayo A, Gil F et al. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas. [Internet]. Orihuela: Hospital Vega Baja; 2009. [consultado 30 enero 2014]. Disponible en: <http://www.dep21.san.gva.es/deporihuela/wp-content/uploads/2009/12/GUIA-MAMA.pdf>

9. Anexos.

A. Cuestionario dirigido a pacientes diagnosticados de cáncer de mama.

Buenos días/tardes. Se está realizando un estudio de carácter académico relacionado con “*Necesidades detectadas en la esfera sexual en las mujeres con cáncer de mama*” dentro del Plan de Estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Por este motivo solicitamos su colaboración y se la agradecemos anticipadamente. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez grabada la información de forma anónima, los cuestionarios individuales son destruidos.

P.1. Edad:

P.2. Estado civil:

Casada Soltera Viuda Pareja de hecho Divorciada

P.3. Nivel académico:

Sin estudios Estudios primarios Grado medio
Grado superior Bachiller Universitario

P.4. Situación laboral actual:

Ama de casa Parada Activo Jubilada

P5. Tipo de cirugía:

Conservadora Radical

P.6. Año de diagnóstico de la enfermedad:

P.7. Antecedentes familiares de cáncer:

Sí No

P. 8 Tratamiento adyuvante recibido:

Quimioterapia Radioterapia Hormoterapia Quimioterapia
Radioterapia

P.9. ¿Se ha sentido avergonzada por su apariencia?

Nada Un poco Bastante Mucho

P. 10. ¿Se siente menos atractiva físicamente a causa de su enfermedad o su tratamiento?

Nada Un poco Bastante Mucho

P.11. ¿Se ha sentido menos atractiva/o sexualmente a causa de su enfermedad o el tratamiento?

Nada Un poco Bastante Mucho

P.12. ¿Se ha sentido insatisfecha/o con su cuerpo?

Nada Un poco Bastante Mucho

P.13. ¿Se ha sentido insatisfecha/o con la apariencia de su cicatriz?

Nada Un poco Bastante Mucho

P.14. Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

Nada Un poco Bastante Mucho

P. 15. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?

Nada Un poco Bastante Mucho

P.16. En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

Nada Un poco Bastante Mucho

P.17. ¿Con qué frecuencia ha comunicado sus deseos o preferencias sexuales a su pareja en el ÚLTIMO MES?

No he tenido pareja <input type="checkbox"/>	He sido incapaz de comunicar mis deseos o preferencias <input type="checkbox"/>
Raras veces, menos del 25% <input type="checkbox"/>	Algunas veces, alrededor del 50% <input type="checkbox"/>
Usualmente, alrededor del 75% <input type="checkbox"/>	Siempre comuniqué mis deseos o preferencias <input type="checkbox"/>

P.18. Por favor califique qué tan satisfecha se ha sentido usted compartiendo cariño (afecto) e intimidad con su pareja durante el ÚLTIMO MES. Marque con una cruz un número de 0 a 10, teniendo en cuenta que: (0 = Nada satisfecha y 10 = extremadamente satisfecha).

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
No he tenido pareja <input type="checkbox"/>										

P.19. Por favor califique qué tan cómoda se sintió usted al tocar, abrazar o estar con su pareja durante el ULTIMO MES, marcando con una cruz un número de 0 a 10 (0 = Nada cómoda, 10 = extremadamente cómoda).

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
No he tenido pareja <input type="checkbox"/>										

P.20. Por favor califique si se ha adaptado bien a los cambios en su vida sexual desde el inicio de la enfermedad y los tratamientos. Por favor marque con una cruz de 0 a 10 (0 = Nada bien, 10 = extremadamente bien).

0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

P.21. ¿Qué impacto ha tenido la enfermedad o tratamiento en su vida sexual?

Mi vida sexual es mucho mejor que antes de la enfermedad o tratamiento <input type="checkbox"/>
Mi vida sexual es un poco mejor que antes de la enfermedad o tratamiento <input type="checkbox"/>
Mi vida sexual no es diferente que antes de la enfermedad o tratamiento <input type="checkbox"/>
Mi vida sexual es un poco peor que antes de la enfermedad o tratamiento <input type="checkbox"/>
Mi vida sexual es mucho peor que antes de la enfermedad o tratamiento <input type="checkbox"/>

P.22. ¿Qué impacto ha tenido la enfermedad o tratamiento sobre su interés o deseo sexual? (Esta pregunta se refiere a sus pensamientos, fantasías o deseos, no a cómo se siente durante la actividad sexual).

Mi interés es más fuerte <input type="checkbox"/>
Mi interés es más o menos el mismo <input type="checkbox"/>
Mi interés es un poco menor <input type="checkbox"/>
Mi interés es menor <input type="checkbox"/>
He perdido todo el interés <input type="checkbox"/>

P.23. ¿Qué impacto ha tenido la enfermedad o tratamiento sobre su excitación sexual durante la actividad sexual? Por excitación, nos referimos las respuestas físicas y emocionales en su cuerpo y mente que le indica que está experimentando una sensación sexual.

Me excito más fácilmente que antes

Mi excitación es más o menos lo mismo.

Toma más tiempo excitarme, pero el nivel de excitación es más o menos el mismo

Toma más tiempo excitarme, y el nivel de excitación no es tan intenso

Es un poco más difícil excitarme

Pareciera que no puedo excitarme

P.24. Durante la actividad sexual ¿Qué impacto ha tenido la enfermedad o el tratamiento sobre sus orgasmos?

Son más fuertes que antes de la enfermedad o tratamiento.

Son más o menos lo mismo

Toma más tiempo llegar a un orgasmo, pero la intensidad es más o menos la misma

Toma más tiempo llegar al orgasmo y ahora son menos intensos que antes de la enfermedad y el tratamiento

Desde el inicio del tratamiento, soy incapaz de alcanzar un orgasmo

Nunca he experimentado orgasmos

P.25. ¿Hay algo que quisiera añadir acerca de cómo su sexualidad ha cambiado para usted desde el inicio de la enfermedad y el tratamiento?

P.26. ¿Está satisfecha con la información recibida respecto a la esfera sexual?

P.27. ¿Quiere dar alguna sugerencia?

B. Entrevista dirigida a enfermeros de oncología y ginecología.

Buenos días/tardes. Se está realizando un estudio de carácter académico relacionado con *“Necesidades detectadas en la esfera sexual en las mujeres con cáncer de mama”* dentro del Plan de Estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Por este motivo solicitamos su colaboración y se la agradecemos anticipadamente. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez grabada la información de forma anónima, los cuestionarios individuales son destruidos.

P.1. ¿Se informa sobre los cambios en la sexualidad a las mujeres que sufren cáncer de mama?

P.2. ¿Crees que tienes formación como enfermera en el área sexual para informar y resolver dudas de estas pacientes?

P.3. ¿Crees que sería útil una consulta de enfermería?

P.4. ¿Alguna sugerencia de mejora?

C. Consentimiento informado.



Universidad de Valladolid

Consentimiento informado:

El departamento de Enfermería de la Universidad de Valladolid prevé la realización de los Trabajos de Fin de Grado de los estudiantes de Enfermería de 4ª curso, por ello se está realizando esta investigación sobre el impacto psicológico y las necesidades que se producen en la sexualidad de las pacientes con cáncer de mama.

La importancia que tiene este trabajo radica en que a través de los resultados podremos conocer las afectaciones y problemas que se presentan en las pacientes y con ello poder brindar unos cuidados de Enfermería más eficaces, pero lo más importante es que con este trabajo podremos prevenir la aparición de problemas en el orden sexual que pudieran aparecer.

Es bueno señalar que la cooperación de ustedes en este trabajo es fundamental y absolutamente imprescindible, a la vez que totalmente voluntaria y anónima, no es necesario que se nos brinden datos acerca de su identidad, solo hacemos solicitud de algunos datos generales, que son necesarios para poder llegar a conclusiones generales acerca de las personas que van a ser estudiadas.

Por tal motivo solicitamos su cooperación y consentimiento para que sean incluidas en la muestra de estudio, así como les garantizamos las estrictas condiciones de privacidad en cuanto a los resultados.

Dada la importancia que tiene esta investigación, pues sus resultados nos ayudaran para mejorar la salud, se hace necesario que respondan a las preguntas que les formulan de forma cuidadosa y con total sinceridad, tratando de ser lo más exactos posibles en cada una de ellas, según sea el caso personal.

Muchas gracias.

Universidad de Valladolid.

Trabajo Fin de Grado: Patricia Lorenzo Moraleja.

Tutora: Dra. Carolina González Hernando.