

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“VIVENCIAS DE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN
EL CONTEXTO LATINOAMERICANO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA”

Trabajo Final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería para optar por el grado y título de
Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal

LIC. JAZMÍN JEANNETH BERMÚDEZ PRENDAS

LIC. ILEANA BEATRIZ PÉREZ VIDES

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

2023

Dedicatoria

“Los planes bien pensados y el arduo trabajo llevan a la prosperidad”

Proverbios 21:5

A Dios mi Padre Celestial, por el regalo de la vida y la bendición de la familia, porque ÉL es mi fuerza y porque veo su mano presente en todos los aspectos de mi vida.

Al amor de mi vida; mami Teresita Prendas Gutiérrez por ser incondicional, ejemplo y creadora de sueños, por enseñarme que el cielo es el límite y que siempre que se quiere se puede pero que hay que esforzarse.

A mi hermano, Edgar Eduardo Bermúdez Prendas quién está siempre involucrado en mis planes y quién todos los días me enseña que sí se puede y que el esfuerzo vale la pena. Por sus palabras y por toda su ayuda.

A mi abuelo, Guillermo Prendas Jiménez quién en vida fue ejemplo de trabajo, entrega, responsabilidad y sacrificio, para quién nuestra educación siempre fue prioridad y nos enseñó el valor de esta.

¡Los amo!

Jazmín Jeanneth Bermúdez Prendas

Agradecimiento

En esta etapa de mi carrera profesional es necesario dar gracias y reconocer el apoyo y el esfuerzo de quienes estuvieron siempre.

A Dios Todopoderoso A la Virgen María y a la Santísima Trinidad infinitas gracias por la vida y la vocación, por la fuerza y la sabiduría, pero sobre todo por la paciencia y el aprendizaje obtenido en este proceso, por la oportunidad de llegar al final de esta etapa con este trabajo, con la convicción de lograr un mejor desarrollo y preparación profesional en el bien de la atención de las pacientes a quienes debo servir en esta noble tarea.

A mi mamá y a mi hermano, por el apoyo y el amor incondicional con que siempre he contado de su parte, por sus palabras de motivación y por tantas veces que sacrificamos tiempo por la realización de este trabajo. Por el ejemplo de amor, compromiso y ser mi inspiración y motivo de lucha.

A mi compañera de Maestría y colaboradora en la realización del presente trabajo, Ileana Pérez, con quién compartí a lo largo de este trayecto de nuestra carrera profesional, le deseo muchos y éxitos, que recuerde siempre luchar por sus sueños y que jamás deje de soñar.

A Nancy Chacón por su entrega, vocación, y profesionalismo, infinitas gracias por su paciencia, consejos, la orientación y enseñanza recibida de su parte; su ayuda fue parte fundamental en mi formación como estudiante universitaria.

A Yamileth Gutiérrez por su dirección y sus palabras de apoyo durante la realización de este trabajo

A mi jefe Marta Vega, por toda la ayuda que me brindó y me brinda desde el día que ingresé a trabajar en el Hospital Calderón Guardia, por motivarme a siempre ser mejor y por ser ejemplo de liderazgo.

A mi amiga Shirleny por ser cómplice de esta aventura llamada maestría, y en general de la vida misma. No tengo palabras que puedan expresar lo agradecida que estoy de que formes parte de mi vida.

A mis compañeras y amigas Rebeca, Karelia y Kendra por hacer más llevaderas las clases y las prácticas y porque siempre fueron fuente de apoyo y de motivación para terminar la maestría.

A las demás personas que participaron tanto indirecta como directamente en mi desarrollo profesional y personal, no queda más que decir muchas e infinitas gracias, por su aporte y dedicación.

Jazmín Jeanneth Bermúdez Prendas

Dedicatoria

A Dios quien siempre es mi fortaleza y por Él, logro alcázar las metas trazadas.

A mi madre que con tanto amor me apoya y está lista para ayudarme siempre que lo necesite, a mis hermanos que nunca dudaron de que lograría esta meta.

A mis amigos cercanos que estuvieron animándome a completar este proyecto de vida.

A mis profesores e instructores que fueron parte de mi formación y que siempre nos animaron a seguir adelante para continuar con esta hermosa profesión.

A mis compañeras de estudio, Kendra, Rebeca, y Jazmín que me acompañaron en el transcurso de la maestría y, que conseguían que cada experiencia de aprendizaje dentro del campus como hospitalario, fuera un momento mucho más ameno y gratificante. Las recordaré siempre con mucho cariño.

Ileana Pérez Vides

Agradecimiento

A Dios, por darme vida y salud para lograr los deseos de mi corazón.

A mi madre y hermanos que son personas que me aman y me apoyan incondicionalmente en todos los proyectos de mi vida.

A nuestra profesora MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón, que, con profesionalismo, comprensión y paciencia nos guio en nuestro proceso de investigación.

A mi compañera de tesis por ser un complemento en la construcción de este trabajo.

A todos aquellos han sido parte integral de mi camino académico y personal.

Ileana Pérez Vides

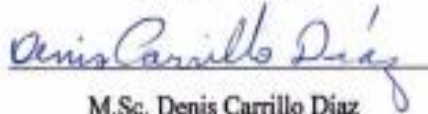
“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal”



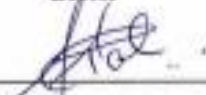
Dra. Ana Laura Solano López
Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado



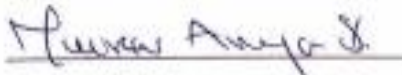
M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón
Profesora Guía



M.Sc. Denis Carrillo Díaz
Lector



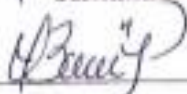
M.Sc. Laura López Quirós
Lectora



Mag. Mauren Araya Solís
Representante de Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



Jazmin Jeanneth Bermúdez Prendas
Sustentante



Ileana Beatriz Pérez Vides
Sustentante

Tabla de Contenidos

| | |
|---|------|
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Dedicatoria | v |
| Agradecimiento | vi |
| Hoja de aprobación | vii |
| Tabla de Contenidos | viii |
| Resumen | xi |
| Abstract | xii |
| Lista de Tablas | xiii |
| Lista de Figuras | xiv |
| Lista de gráficos | xv |
| Capítulo I: Introducción | 1 |
| 1.1 Introducción | 1 |
| 1.2 Antecedentes | 4 |
| 1.2.1 Antecedentes internacionales | 5 |
| 1.2.2 Antecedentes nacionales | 12 |
| 1.3 Justificación | 14 |
| 1.4 Planteamiento del problema | 19 |
| 1.5 Pregunta norteadora | 20 |
| 1.6 Objetivos | 20 |
| 1.6.1 Objetivo general | 20 |
| 1.6.2 Objetivos específicos | 20 |
| Capitulo II: Marco Referencial | 21 |

| | |
|---|----|
| 2.1. Marco conceptual | 21 |
| 2.1.1 Sexualidad ¿Cuál es el concepto de sexualidad? | 21 |
| 2.1.2 Salud sexual | 24 |
| 2.1.3 Derecho a la salud | 27 |
| 2.1.4 Derechos sexuales | 30 |
| 2.1.5 Cáncer de mama | 34 |
| 2.1.6 ¿Cómo promover los derechos sexuales si se ha sufrido la amputación de una mama? | 47 |
| Capítulo III: Metodología | 48 |
| 3.1 Modalidad | 48 |
| 3.2 Diseño del estudio | 49 |
| 3.3 Etapas de la revisión integrativa | 51 |
| 3.3.1 Primera etapa: Identificación del problema | 51 |
| 3.3.2 Segunda etapa: Búsqueda de literatura | 53 |
| 3.3.3 Tercera etapa: Evaluación de los datos | 62 |
| 3.3.4 Cuarta etapa: Análisis de los datos | 64 |
| 3.3.5 Quinta etapa: Presentación de los datos | 67 |
| 3.4 Consideraciones éticas | 67 |
| Capítulo IV: Resultados | 69 |
| 4.1 Búsqueda de literatura | 69 |
| 4.1.1 Selección de artículos | 70 |
| 4.2 Evaluación de los datos | 73 |
| 4.3 Análisis de los datos | 74 |
| 4.3.1 Caracterización de las publicaciones incluidas en la revisión | 76 |
| 4.3.2 Caracterización de la población según los artículos seleccionados. | 78 |

| | | |
|--|--|-----|
| 4.3.1 | Caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados | 80 |
| 4.3.2 | Análisis de la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada en el contexto Latinoamericano. | 85 |
| 4.3.3 | Distribución de los autores principales según profesión y formación académica | 98 |
| 4.3.4 | Distribución según el número de autores en las publicaciones incluidas | 100 |
| 4.3.5 | Distribución según la base de datos utilizada | 102 |
| 4.3.6 | Distribución según la revista de publicación | 103 |
| 4.3.7 | Distribución de acuerdo con el año de publicación | 103 |
| 4.3.8 | Distribución según idioma de publicación | 104 |
| 4.3.9 | Distribución de artículos de acuerdo con el país de origen | 105 |
| 4.3.10 | Distribución según el diseño metodológico | 106 |
| Capítulo V: Discusión | | 107 |
| 5.1 | Discusión | 107 |
| Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones | | 119 |
| 6.1 | Conclusiones | 119 |
| 6.2 | Recomendaciones | 123 |
| Bibliografía | | 126 |
| Anexos | | 134 |
| | Anexo 1. Carta de aprobación del tema. | 134 |
| | Anexo 2. Carta de cambio de tema | 135 |
| | Anexo 3. Carta de aprobación de filóloga..... | 136 |
| | Anexo 4. Visto bueno para defensa TFIA | 137 |
| | Anexo 5. Hoja de aprobación de defensa..... | 138 |

Resumen

Introducción: La situación epidemiológica del cáncer de mama en nuestro país lo ubica como el segundo padecimiento de carácter maligno, más común en la mujer después del cáncer de piel, así lo demuestran datos estadísticos brindados por el Ministerio de Salud de Costa Rica, para el 2013 se reportó una tasa del 47,90 por cada 100,000 mujeres costarricenses que adolecieron esta enfermedad (6), la sobrevivida se plantea del 70 % con un diagnóstico temprano (52). La mastectomía es más frecuente de lo que se presume. Se reflexionó sobre el impacto que ocasiona dicha cirugía en la vida sexual de la mujer sobreviviente de cáncer de mama, donde los senos de la mujer son estigmatizados por la sociedad como sinónimo de perfección femenina. **Objetivo:** Analizar la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible. **Método:** Se realizó una Revisión Integrativa de la literatura, fundamentada en los parámetros descritos por Whitemore y Knafl (23). Se realizó la búsqueda de artículos científicos en las diferentes bases de datos digitales los estudios seleccionados fueron evaluados y sintetizados de forma crítica, se utilizó el método de comparación constante mediante el cual se realizó reducción, visualización comparación de datos y elaboración de conclusiones. **Resultados:** se analizaron siete artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Desde la perspectiva de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mamas con mastectomía se destacó las características propias de la población femenina con mastectomía de cada estudio, entre ellas la región de origen de las participantes, las edades en las que oscilan, situación civil. Además se abordan las experiencias y sentires de las mujeres sobrevivientes al cáncer mamario, mastectomizadas sobre la afectación de su sexualidad. Aunado a esto se deseó conocer los aspectos físicos, psicológicos y sociales de las mujeres con mastectomía por cáncer de mama y la influencia de la mastectomía y sus implicaciones en la práctica sexual, este apartado singularmente transfiere a la pregunta *norteadora* evidenciando que, en efecto tras un procedimiento como la mastectomía, la mujer experimentó una preocupación latente en ellas que no las deja disfrutar de su actividad sexual, preocupación que más adelante se descubrió que se encontraban relacionadas con la autoimagen de las mujeres afectadas, además de la pérdida de estímulos propios que el seno les generaba en respuesta al estímulo de su pareja propiciando disminución en la satisfacción sexual en la mujer y en consecuencia también la pareja. **Conclusiones:** La mujer latinoamericana sobreviviente al cáncer de seno con una mastectomía completa de uno o de ambos senos, experimenta sentimientos negativos hacia la imagen de su cuerpo, los estudios presentan un impacto negativo de la imagen corporal en un 52,6 % - 90 % de la población de estudio, por ende, se cohibe ante su pareja y la sociedad, además experimenta menor grado de satisfacción sexual en comparación a la de su pareja. Sin embargo, estas afectaciones pueden ser tratadas y sanadas con la adecuada intervención médica que incluya un equipo multidisciplinar que trabaje a favor de la recuperación de la salud sexual y reproductiva de la mujer y su pareja.

Palabras clave: Mastectomía Simple, Sexualidad, Servicios de Salud para Mujeres.

Abstract

Introduction: Our country's epidemiological situation of breast cancer is ranked as the second most common illness in women after skin cancer. According to the 2013 report from the Ministry of Health of Costa Rica, this ailment is reported to have a rate of 47.90 percent. For every 100,000 Costa Rican women suffering from this disease (6), the survival rate is estimated at 70% when diagnosed early (52). The mastectomy; this procedure is more frequent than is presumed. Subsequently, a reflection is done on this surgical procedure's impact on the sexual life of the surviving woman with breast cancer, where the woman's breasts are stigmatized by society as synonymous with feminine perfection. **Objective:** Analyze the experience of sexuality of the mastectomized woman according to the available scientific evidence **Method:** An Integrative Review of the literature was carried out, based on the parameters described by Whittemore and Knafl (23). The search for scientific articles was carried out in the different digital databases, the selected studies were critically evaluated and synthesized, the constant comparison method was used through which reduction, comparison visualization of data and drawing of conclusions was carried out. **Results:** Seven articles that met the inclusion criteria were analyzed. From the perspective of women who survived breast cancer with mastectomy, the characteristics of the female population with mastectomy in each study were highlighted, including the region of origin of the participants, the ages in which they range, and marital status. In addition, the experiences and feelings of breast cancer survivors, mastectomized women, about the impact on their sexuality are addressed, in this section she comments. In addition to this, it was desired to know the physical, psychological and social aspects of women with mastectomy for breast cancer and the influence of mastectomy and its implications on sexual practice. This section uniquely transfers to the guiding question, showing that, in effect after a procedure such as a mastectomy, the woman experienced a latent concern in them that does not allow them to enjoy their sexual activity, a concern that was later discovered to be related to the self-image of the affected women, in addition to the loss of their own stimuli that the breast generated in response to the stimulus of their partner, leading to a decrease in sexual satisfaction in the woman and consequently also the partner **Conclusions:** The Latin American woman that survived breast cancer with a complete mastectomy of one or both breasts experiences negative feelings towards her body image. Studies negatively impact body image in 52.6% - 90 % of the study population. Therefore, this type of survivor inhibits herself from her partner and society and also experiences a lower degree of sexual satisfaction compared to that of their partner. However, these affectations can be treated and healed with the appropriate medical intervention, including a multidisciplinary team that cares about recovering the sexual and reproductive health of the woman and her partner.

Keywords: Mastectomy, Simple, Sexuality, Women's Health Services

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Definición de Tesoros, descriptores de búsqueda o términos clave: Descriptores DeCs.y MeSH | 55 |
| Tabla 2 Tabla con la descripción de las bases de datos utilizadas..... | 57 |
| Tabla 3 Jerarquización de los niveles de evidencia científica según el método de investigación: | 63 |
| Tabla 4 Ejemplo de la tabla para caracterización de la población según los artículos seleccionados. | 65 |
| Tabla 5 Ejemplo de tabla para la caracterización sociodemográfica de la población según los artículos seleccionados..... | 66 |
| Tabla 6 Ejemplo de tabla para la caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados. | 66 |
| Tabla 7 Resultados según bases de datos..... | 70 |
| Tabla 8 Jerarquización del Nivel de Evidencia según la metodología de investigación. | 74 |
| Tabla 9 Caracterización de la población según los artículos seleccionados..... | 77 |
| Tabla 10 Caracterización sociodemográfica de la población según los artículos seleccionados. | 79 |
| Tabla 11 Caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados. | 81 |
| Tabla 12 Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto físico..... | 87 |
| Tabla 13 Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto psicológico. | 91 |
| Tabla 14 Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto social | 96 |

Lista de Figuras

| | |
|---|-----|
| Figura 1 Ejemplo de diagrama de flujo PRISMA a emplear | 61 |
| Figura 2 Diagrama PRISMA para identificación de artículos. | 72 |
| Figura 3 Distribución de los artículos según la base de datos utilizados..... | 102 |

Lista de gráficos

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 Distribución de los autores principales según profesión y formación académica | 99 |
| Gráfico 2 Distribución según el número de autores en las publicaciones incluidas..... | 100 |
| Gráfico 3 Distribución de artículos de acuerdo con el año de publicación | 104 |
| Gráfico 4 Distribución de artículos de acuerdo con el idioma de publicación | 105 |
| Gráfico 5 Distribución de artículos de acuerdo con el país de origen | 106 |
| Gráfico 6 Distribución según el diseño metodológico..... | 106 |



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Jazmin Jeanneth Bermúdez Prendas con cédula de identidad 115520778, en mi condición de autor del TFG titulado Vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano: una revisión integrativa.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y el mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Ilama Beatriz Pérez Vides, con cédula de identidad 801140216, en mi condición de autor del TFG titulado Vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano: una revisión integrativa.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni viola ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.


FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuya falsedad asegura a la Universidad, que se constató sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declara contrario a la verdad de lo que manifiesta, padece como consecuencia, castigar en proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea obligado a realizar su mejor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Línea de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Capítulo I: Introducción

1.1 Introducción

El presente trabajo de investigación se lleva a cabo por la necesidad de desvelar las vivencias de sexualidad en las mujeres mastectomizadas dentro del contexto Latinoamericano, en un esfuerzo por evidenciar ante el profesional en salud y, particularmente al profesional en Enfermería de Ginecobstetricia el valioso aporte de la intervención de la disciplina en el tratamiento de adaptación de la mujer con mastectomía en este nuevo ciclo de vida al que se enfrenta.

Uno de los metaparadigmas centrales de la Ciencia de Enfermería es el *cuidado*, concepto multidimensional que constantemente se construye con la *investigación*, ambos conceptos deben de ir de la mano para no generar abismos o rupturas entre la formación disciplinaria y la práctica (48) en esta dirección:

La enfermera se destaca entre otras potencialidades, por la integralidad de la asistencia a la salud, por la capacidad de comprender el contexto social y se identifica con las necesidades y expectativas de los individuos, Lopera, M. et al (48).

Dentro de este orden de idea, este trabajo propone conocer la expresión de la sexualidad y el funcionamiento sexual que la mujer mastectomizada experimenta y, por lo tanto, también su pareja, a partir de dicho procedimiento quirúrgico. Por supuesto dentro de la mirada Ginecológica que, con certeza le permitirá al profesional en salud comprender las

afecciones que esta población enfrenta en esta etapa de vida, y les permita brindar el tratamiento y cuidado correcto.

Por tanto, para la construcción de este estudio se utilizó la metodología de *Revisión integrativa de la literatura*, que nos orientó a tomar pautas rigurosas que permiten que el proceso investigativo cuente con transparencia y fidelidad en el resultado del proceso.

La finalidad del estudio consistió en ubicar los mejores artículos de evidencia científica disponibles en bases de datos virtuales que permitan conocer las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto Latinoamericano, los ideales que conducen esta investigación son cuatro principios bioéticos que rigen el quehacer disciplinar de la Enfermería los cuales son: *La autonomía, beneficencia, no maleficencia y la justicia* (49) de este modo se busca brindarle al profesional de Enfermería instrumentos para *mejorar la efectividad del cuidado, mejorar la eficiencia del cuidado*, así como también *mejorar la seguridad de su intervención* y desde luego brindarle al gremio, sustento científico para *sustentar sus acciones de enfermería* (50). En concordancia con lo anterior, se espera que esta pesquisa ofrezca al profesional de Enfermería Obstétrica, herramientas para mejorar la calidad de la intervención de enfermería en la búsqueda de restaurar la salud de los problemas sexuales que vivencian las mujeres mastectomizadas con su pareja.

La investigación consta de seis apartados, de los cuales sustentan el desarrollo del presente estudio. En el primer capítulo se exponen las premisas del abordaje en torno al tema del cáncer de mama y la vivencia sexual en la mujer con mastectomía en nuestro país como en el nivel latinoamericano, con la intención de descubrir el abordaje del tema en cuestión en dicha región, de igual forma en esta sección se plantea el propósito general, donde se dispone a *analizar la vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada en el contexto*

Latinoamericano, así como la pregunta norteadora que nos impulsó a descubrir *¿cómo es la vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible?* dentro de nuestra investigación.

En el segundo capítulo se contempla el marco referencial, esta sección se refiere al conjunto de aportes teóricos que existen sobre nuestra problemática de estudio, conceptos que se consideran necesarios para el análisis final del mismo. Se describen los términos escogidos como la sexualidad, el derecho a la salud, derechos sexuales y posteriormente se aborda la temática de la mastectomía y el cáncer de mama desde sus aspectos más destacados.

En el tercer capítulo se presenta el marco metodológico el cual contiene los lineamientos que rigen el desarrollo del estudio, donde se precisa el tipo de investigación, las etapas de la investigación, se determina la población de estudio y las variables de búsqueda para la información, así como la estrategia de búsqueda de esta, y se describen todas las secciones que compone a este diseño metodológico.

Continuamos al cuarto capítulo que contiene la presentación de los resultados, es en este apartado donde se muestran las tablas y gráficos contruidos por las investigadoras, también se describen a detalle las variables de nuestro estudio de forma individual.

El penúltimo capítulo contiene el análisis y discusión de los hallazgos obtenidos de la investigación, estos hallazgos develan la necesidad que tienen las mujeres mastectomizadas de adaptarse a su nuevo cuerpo y de vivir una sexualidad plena y satisfactoria.

Finalmente, el capítulo seis presenta, las conclusiones y recomendaciones que las investigadoras percibieron de la información. Este apartado es muy interesante ya que

expresa los puntos más relevantes de la investigación, de igual manera se ofrecen recomendaciones para ser tomadas en cuenta por el personal de enfermería ginecoobstétrico y perinatal que trabaja e interviene con este tipo de población.

Sin más, introduzcámonos a descubrir la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada en el contexto latinoamericano.

1.2 Antecedentes

Para la construcción de los presentes antecedentes se llevó a cabo una revisión bibliográfica regida por criterios de inclusión como publicaciones en el idioma español, inglés y portugués, artículos que expresen estudios de las vivencias sexuales de las mujeres mastectomizadas sobrevivientes al cáncer de mama, tanto dentro del territorio nacional como internacional siempre dentro de la región latinoamericana, los artículos obtenidos serán detallados con forme el año de su publicación de forma ascendente. En este orden, se presenta los artículos dentro del ámbito internacional correspondientes a los años 2002 al 2011, más adelante se muestra el artículo correspondiente a 1985 como único precedente dentro del territorio nacional.

Partiendo de las delimitaciones propuestas, se inicia una búsqueda literaria exhaustiva en la base de datos proporcionados por la biblioteca virtual de la Universidad de Costa Rica por sus siglas “SIBDI” (Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información) dentro de dicha base de datos se encuentran diversas revistas sin embargo, de acuerdo a nuestro enfoque se seleccionaron revistas que correspondan al área médica por tanto dentro de ellas se dispone: Clinical Medicine- Web of Science, ENBASE, OVID MEDLINE, PubMed, Cochrane Library, SCIELO Scientific Electronic Library Online, ELSEVIER, SCIELO,

BMC Cancer; También se consultó la base de datos de Google Académico encontrando revistas como: Revista Latino- Americana de Enfermagem, Journal of the National Cancer Institute, Enfermería Global, Journal of Obstetrics and Gynaecology. Lo que esperamos de esta sección es conocer la bibliografía existente disponible, estudios tanto preliminares como los actuales, ambos horizontes nos proporcionarán una guía de como se ha ido tratando nuestro tema de interés a través del tiempo.

1.2.1 Antecedentes internacionales

En el nivel internacional encontramos inicialmente estudios que datan desde el 2002 se trata de un estudio publicado por una revista cubana que lleva por título: “Enfoque actual de la problemática salud- sociedad en pacientes con mastectomía”, escrito en español, investigación hecha por Mendoza, J y Canfux (39) comparten su experiencia propia al expresar que el interés de estudio inicia porque notaban que las pacientes con mastectomía que se acercaban a las citas médicas presentaban un *deterioro importante de su estado mental y físico*. Razón por la que procuraron una adecuada y eficaz relación médico- paciente, concepto refrendado como un elemento de elevada importancia en la atención médica según libro de Ética y Deontología Médica, además citan las palabras escritas por Lain Entralgo quien plantea *tres* aspectos que dichos estos autores prestan oído: a) saber ponerse en el lugar del otro, b) sentir como ella, y c) disponerse a ayudarle cuando enfrenten dificultades (39). Ideales que aportan valor a la disciplina científica.

Al comienzo de su trabajo investigativo describen a las mamas como: sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana”, continúan enfatizando el papel de este órgano glandular ante la sociedad, en el nivel cultural, de religión, e inclusive filosófico y como la pérdida de uno o ambas tras un diagnóstico de cáncer conlleva a la mujer a un sufrimiento de todo tipo (39). Ambos autores plantean cinco ámbitos de los cuales las mujeres en dicha circunstancia puede llegar a experimentar, el primero; *la situación económica*, seguidamente; *los problemas psicológicos* que pueden presentar de acuerdo con la edad, situación sentimental, soporte del núcleo familiar, también elude los; *los problemas familiares* que se pueden dar tras la incertidumbre y dudas del diagnóstico de cáncer en esta sección resaltan con especial interés el apoyo que el esposo le pueda dar durante esta etapa, continuando detalla los; *problemas socio – laborales*: aquí menciona la incapacidad para trabajar durante este tiempo o el rechazo que pueden experimentar esta mujeres por parte de sus empleadores. Finalmente expone; *la calidad de vida* que como ente de salud se le ofrezca a la persona para abordarla de forma integral y fortalecer la calidad de vida de cada una de ellas (39). Este trabajo evidencio que los ámbitos expuestos son vivenciales en cada mujer que sufre una mastectomía como tratamiento por cáncer de seno.

En el 2003 se encontró un estudio publicado por la Revista de Enfermería de la Universidad San Pablo Brasil titulado: “*Representación del cuerpo en la relación consigo misma después de la mastectomía*” publicación en el idioma portugués, sus autoras Marqués, M. y Villela, M. (40). Ambas enfermeras de profesión quienes indican que el objetivo de la pesquisa es entender cómo la mujer mastectomizada representa su cuerpo en las relaciones consigo misma. Estudio que inicialmente define a la mastectomía como uno de dos

tratamientos que la mayoría de las mujeres con cáncer de mamas es sometida, procedimiento que repercute física, emocional y socialmente (40).

Realizaron una entrevista a diez mujeres una vez por mes durante cuatro meses post operatorio, en cuanto a la representación del nuevo cuerpo demostraron cuatro unidades de importancia para la mujer: *a) cuerpo mutilado, cuya percepción se demostró de diferentes maneras; expresaron que el cuerpo perfecto ya no existe más, percibían asimetría en su cuerpo, insistieron en la adaptación paulatina de su cuerpo modificado b) sensación de impotencia; c) dolor y limitación, principalmente al principio de su recuperación; d) cuidado con el cuerpo enfermo* (40). Estos resultados ofrecen importantes elementos para la reflexión de los profesionales en salud para comprender la vivencia post operatoria de mastectomía por cáncer de mama, elementos que se convierten en una guía en el abordaje de la mujer sobreviviente al cáncer de seno de forma holística.

En el año siguiente 2004, se encontró nuevamente un artículo en relación con nuestro enfoque, titulado: “Sexualidad de la mujer después de la mastectomía” artículo publicado en el idioma portugués, realizado por Dutra, M.; Oliveira, I. (41) enfermeras en la ciudad de Rio de Janeiro, Brasil. El estudio se da con la intención justa de conocer las expresiones de la sexualidad de la mujer portadora de cáncer sometida a una mastectomía radical. En su estudio expresan que entre 1979 y 1999 encontraron más de 50 artículos donde abordaban temas como cáncer de mamas, mastectomía y sexualidad de forma separada, por tanto, a ese momento no encontraron ningún estudio que entrelazaran la sexualidad en la mujer mastectomizada.

Además, agregan que gran parte de los autores de estos artículos encontrados, en gran mayoría se trataba de profesionales en Medicina y Psicología, faltando estudios desde la disciplina de enfermería. Tras preguntas como: ¿cómo fue la experiencia la sexual posterior a la mastectomía, la totalidad de las entrevistadas indicó que “*normal*”. La siguiente pregunta se trató de la experiencia de ¿cómo fue la experiencia de convivir con un cuerpo mutilado? A esta pregunta respondieron que al inicio procuraban vestirse a solas donde el marido no las pudiera, ver sin embargo con el tiempo se acostumbró, las demás coinciden en acostumbrarse. En la tercera pregunta se trata si experimentó timidez, evitación y extrañeza por falta de seno la respuesta definitiva y repetida fue afirmativa, mencionan que sentían vergüenza para tomar un baño con su pareja; en la siguiente pregunta afirmaron la importancia de trato afectuoso y atento que recibe de su pareja para salir adelante.

Penúltima pregunta realizada en ese artículo, tras la reanudación de las actividades normales del día a día, les permite expresar la alegría de vivir en su totalidad afirmaron que sí, continuaron con sus actividades de trabajo, familiares, tratando de siempre “feliz que están bien con vida” finalmente les preguntaron si ¿nace el deseo de recuperar la integridad física al sentirse mejor? La respuesta fue afirmativa, dieron hincapié de pensar en reconstrucción mamaria en un futuro (41).

Las autoras concluyen afirmado que este es un tema que requiere de un tratamiento interdisciplinar ya que la sexualidad hace parte de la misma mujer, no solamente la acción del coito si no también el sólo hecho de vivir, *la sexualidad en la mujer mastectomizada no cambia, lo que cambia en acostumbrarse a su nuevo cuerpo*. Pues, es está claro para las autoras que, es un proceso en el cual posterior a la mastectomía inmediata las prioridades serán el cuidado, el reposo, la alimentación y controles médico. Sin embargo, cuando la

paciente se siente recuperada, retoma la atención por otras cosas y entre ellas su sexualidad (41).

Se encontró un estudio publicado en 2009 titulado: “Red de apoyo a la mujer mastectomizada” que sostuvo como objetivo *identificar la red de apoyo a la mujer mastectomizada*. Sí bien es cierto que su objetivo conlleva a otras perspectivas también proporciona robustez a nuestro estudio ya que dentro de este documento se preguntaron si “el modo de reacción de la pareja ejerce una influencia directa en el modo de comportamiento de la vida sexual de estas mujeres, siempre en el contexto del apoyo tras una cirugía de tal índole, a la cual, ellas contestaron que la reacción del marido es muy importante a tal punto que les permitieron experimentar su sexualidad con normalidad (42). Es indispensable como profesionales en salud conocer la red de apoyo con la que cuenta la mujer que atraviesa una circunstancia como esta, y así ofrecer un fortalecimiento y estimulación de estos si así se requiere, con el propósito de contribuir al proceso de bienestar durante y posteriormente del proceso que envuelve esta situación.

Hasta aquí se ha hecho énfasis en el desarrollo y conclusiones de las investigaciones encontradas aprovechando que son muy escasas y singulares. Sin embargo; a partir de 2010 se evidencia mayor interés por el tema en estudio, por lo tanto, mencionaremos de ellos datos puntuales para el aprovechamiento de la lectura.

Dos son los estudios recopilados para 2010, el primero realizado por las autoras Freitas, R. y Mendonça, R. (43). Donde su objeto de estudio fue comprender a las mujeres que experimentaron la mastectomía, con el objetivo de *reflexionar sobre la concepción del cuerpo de estas mujeres a partir de la obra Fenomenología de la percepción de Maurice*

Merleau-Ponty y otras obras como libros, tesis, disertaciones y artículos que aborden la concepción del cuerpo de la mujer mastectomizada.

La filosofía de Merleau-Ponty plantea que todo conocimiento presente que llega a nuestra consciencia pasa primeramente por la percepción, por tanto, la mujer al percibir una mastectomía produce una serie de consecuencias que van más allá de la alteración de la imagen corporal, ya que esta es una experiencia que pone de relieve una relación compleja humano con el mundo exterior (43).

La relación que la mujer establezca con su cuerpo forma parte esencial de la individualidad, y el descenso de este elemento por la enfermedad y la mutilación mamaria lleva a la mujer a un desencadenamiento de sentimientos como ejemplo el rechazo a su nueva imagen corporal, la feminidad amenazada, sentimientos que se sugiere que el personal de salud trate de entender y conocer para preparar a la mujer a enfrentar la realidad de la manera más valiente posible (43).

Siempre para ese mismo año se presenta otro artículo titulado: “Representaciones sociales de mujeres sometidas a mastectomía y las implicaciones para el autocuidado” donde se procura identificar las representaciones sociales de mujeres mastectomizadas sobre la mama y analizar las implicaciones de esas representaciones sociales en el autocuidado (44).

En el estudio participaron 18 mujeres con una mastectomía radical practicada tras un diagnóstico médico por cáncer de mamas del total de la población estudiada, 13 de ellas expresaron el proceso de mastectomía como una pérdida, pérdida en cuanto a la belleza femenina, pérdida del patrón postural. Las conclusiones del trabajo nos invitan sobre

entender los sentimientos que experimenten las mujeres para que el profesional en salud pueda aportar el tratamiento y el cuidado correcto (44).

En 2011 De Barros, D. et al (45) registra un estudio titulado: “*Nuestra vida después del cáncer de mama: percepciones y repercusiones desde la perspectiva de la pareja*”, estudio llevado a cabo en el Brasil con el objetivo de conocer el impacto del cáncer de mama en la vida de las parejas, donde las mujeres fueron sometidas a mastectomía y conocer la reacción de sus parejas hacia ellas ante tal situación. Sus autoras enfermeras, ellas llegan a la conclusión que las vivencias sexuales que experimenta los esposos (hombres) no cambian, inclusive puede intensificarse el vínculo, sólo el 1 % manifestó afectación en la intimidad por percibir a la esposa débil durante el tratamiento brindado para su diagnóstico incluyendo quimioterapia y mastectomía. Por lo contrario, las mujeres expresaron disminución de la libido, repercusiones que desorganizan el funcionamiento sexual de la pareja. Vivencias que también se ven intensificadas por efectos adversos que acarrea el tratamiento mismo del cáncer de mamas como lo es la menopausia precoz, disminución del libido y alteración en la producción de hormonas sexuales, lo que hace doloroso el acto sexual, además de disminuir la excitación e inhibir el orgasmo.

Es valioso recalcar que al tratarse de un estudio que no se centra meramente en la parte sexual de la pareja si no también en otros ámbitos, invitan a la población especialista en salud a realizar nuevos estudios que desvelen los problemas sexuales que pueden experimentar la pareja tras un diagnóstico de cáncer de mama.

Seguidamente se encontraron estudios a partir de 2014 que ya entran dentro del rango de los criterios de inclusión por tanto de ellos se hablará más adelante.

1.2.2 Antecedentes nacionales

En este apartado se refleja la búsqueda literaria sobre estudios previos que pudiéramos tomar de referencia para nuestro estudio, dentro del territorio nacional. se observó disposición de guías, artículos, relacionado a la prevención, diagnóstico y tratamiento, sin embargo, ninguno hace referencia a la problemática planteada en esta pesquisa. Se logró recopilar solamente un estudio con fecha publicación 1985 creado por Thomas, P. Saborío, F. (46) titulado: *“Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía”* creado con el objetivo de identificar el papel del busto en la condición de la mujer y, conocer las repercusiones psicosociales de la mastectomía en ellas, además de buscar recalcar la poca o nula ayuda social y psicológica proporcionada por los servicios de salud para esta población de ese entonces.

Un estudio desvelado desde la disciplina de Psicología, en este estudio participaron 17 mujeres con mastectomía donde el 85 % de ellas detallo la experiencia de la ausencia del seno como una mutilación a su feminidad, inclusive el (10 %) aquejaron el sentimiento de rechazo con expresiones como que dejaron de ser mujeres a partir de ese momento fatídico.

Muy importante la cifra que este estudio lanza donde indica que, particularmente jóvenes (menores de 45 años) relacionan la pérdida del seno con preocupaciones de orden sexual, el 24 por ciento de las entrevistadas informaron que sus relaciones maritales se vieron debilitadas posterior de la intervención quirúrgica en gran medida, a la vergüenza experimentada por ellas con respecto a su imagen física con el cónyuge o compañero, el 73 por ciento de las mujeres participantes manifestaron que se cuidan mucho de que el esposo o

compañero las vea desvestirse, acción que hacen en el baño y ya no en el dormitorio, el 46 por ciento de las entrevistadas señalaron el no haber mostrado a su cónyuge o compañero la herida, y varias de ellas tienen ya más de dos años de haber sido intervenidas.

Únicamente el 11 por ciento señaló que la relación entre ambos mejoró luego de la mastectomía y que han obtenido mucho apoyo afectivo por parte del cónyuge, tratándose en su mayoría de personas mayores de 60 años para quienes el esposo o compañero se constituyó en un valioso soporte emocional, facilitándoles superar la crisis consecutiva al descubrimiento del mal y a las intervenciones terapéuticas subsiguientes (46).

Thomas, P. Saborío, F. (46) concluyen refiriéndose que a lo largo del estudio se reportan una serie de datos que confirman la problemática que vive la mujer con diagnóstico de cáncer que se somete a una extirpación mamaria como tratamiento para esta enfermedad. Además, enfatizan a detalle la *poca o nula* ayuda social y psicológica que esta población recibe del medio que las rodea para este tiempo, también reflexionan que en Costa Rica desde el momento que se les documenta el diagnóstico de cáncer de seno a la mujer, no sólo se estigmatizaba esta enfermedad como sinónimo de muerte si no también en su mayoría como también una sentencia de soledad existencial plagada de sufrimientos orgánicos y de desmoronamiento progresivo de su integridad física, asociados a un aislamiento afectivo y espiritual forzado por la incomprensión, prejuicio y de las propias angustias que sufren quienes tienen relación con ellas.

Finalmente asentaron que todo lo mencionado solamente refleja un déficit importante en cuanto a las necesidades *reales* de las mujeres afectadas que requieran atención médica integral no exclusivamente orgánico si no también con igual importancia velar por los aspectos sociales y psicológicos teniendo en cuenta al ser humano como una unidad bio-

psicosocial y que la afección de cualquiera de sus instancias repercute, invariablemente, en el conjunto (46).

Esté único estudio hace hincapié en la necesidad de abordar el tema y motiva a iniciar un estudio dentro de nuestro país desde el ámbito disciplinar de la enfermería.

1.3 Justificación

Los seres humanos estamos compuestos por diferentes sistemas que permiten sentirnos completos y funcionales en nuestra vida cotidiana, entre ellos se encuentra el sistema reproductor, este sistema a la vez es conformado por órganos tan vitales para su desarrollo eficaz y placentero como lo es la mama, órgano glandular presente en ambos sexos. Sin embargo; en la pubertad es cuando las características secundarias de estas glándulas se desarrollan, esto ocurre cuando se produce la maduración de la capacidad para la función reproductiva, los cambios se originan en el cerebro y el hipotálamo dando lugar al comienzo de la foliculogénesis, lo que lleva a cambios cíclicos en la producción de estrógeno y progesterona. Por lo tanto, los tejidos como las mamas y el endometrio que son dependientes de los estrógenos para que comiencen su maduración, dando como resultado la telarquia, la menarquía y la protrusión del tejido mamario en el sexo femenino (1).

Sobre esta base biológica comprenderemos mejor una serie de conductas, pensamientos, emociones y patrones de interacción que conforman los senos para la población femenina. Después de la pubertad, los senos femeninos se desarrollan y permanecen abultados (1). Una vez desarrollados, los senos femeninos cumplen dos funciones biológicas: *una maternal y la otra sexual*. Haremos hincapié en la función sexual y se destaca el papel del estímulo visual y luego como táctil, (51).

Karchmer S. (51) describe los cambios en el seno femenino durante la excitación sexual:

“Los pechos mismos se hinchan con sangre, aumentando su tamaño total en más de 25%. Esta turgencia tiene el efecto de hacer toda su superficie más sensible y receptiva al abrazo cuerpo a cuerpo de la pareja”.

Esta respuesta a la estimulación se relaciona a que hay fibras musculares lisas que rodean la base del pezón, lo que lo hace muy sensible al tacto (15). Se destaca la función fisiológica del tejido mamario a modo de explicar la peculiaridad de este.

La característica femenina que se ha descrito puede llegar a convertirse en una desilusión cuando el cáncer de mamas aparece en la vida de la mujer donde el tratamiento es agresivo y definitivo como lo es la extirpación de uno o de ambos senos, la mastectomía radical modificada es el tratamiento estándar para la mayoría de mujeres con cáncer de mama de etapa I, II y III, en dicha cirugía se retira toda la mama la piel suprayacente, el pezón y el complejo areolar, así como la fascia pectoral subyacente en continuidad con los ganglios linfáticos axilares. La principal ventaja de la mastectomía radical modificada es que no siempre es necesaria la radioterapia y la desventaja de la mastectomía es el efecto estético y psicológico por la pérdida de la mama. (2)

La vivencia sexual en la mujer mastectomizada se ha visualizado desde distintas disciplinas como lo es el médico sexólogo, el especialista en psicología, sin embargo, es un tema poco ahondado por el profesional en enfermería razón por la cual surgió el interés de profundizar el estudio del afrontamiento social, sexual y maternal de la mujer posterior a la

extirpación total de la mama como respuesta al diagnóstico neoplásico del cáncer. La intervención interdisciplinaria de enfermería desvelará las vivencias de la población femenina post mastectomizada desde la perspectiva sexual, determinará las necesidades de atención específicamente en esa etapa tan vulnerable de sus vidas y así abordarlas con mayor precisión en cada intervención.

La disciplina de enfermería vela por el bienestar de la persona de forma holística a través de sus metaparadigmas que son una orientación en el quehacer interdisciplinario como es el cuidado con conocimiento de la persona que está viviendo el sentimiento de pérdida del seno, además promueve la salud física, mental, espiritual de la persona así también la armonía con su entorno (3).

El Reglamento de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal de Costa Rica proporcionado por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica, nos demanda a participar en explorar nuevos conocimientos y prácticas saludables para la población que requiere del cuidado, a fin de fortalecer el desarrollo profesional y su legitimación en el liderazgo conductor de una Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal para la transformación (5).

En el 2015 el Ministerio de Salud de Costa Rica brinda la situación Epidemiológica del cáncer en nuestro país dándole el segundo lugar en incidencia al cáncer de mama en la mujer costarricense, presentando en el 2013 una tasa 47,90 por cada 100,000 mujeres que sufren este tipo de cáncer (6).

En el nivel latinoamericano, datos estadísticos revelados por OPS (*Organización Panamericana de la Salud*) en su informe de la atención del cáncer de mama y resultados en América Latina para 2008 manifiesta una tasa de incidencia de 40/100.000 mujeres. Para el

En 2020, hubo más de 210,000 nuevos diagnósticos de cáncer de mama en América Latina y el Caribe, la supervivencia general de cáncer de mamas a 5 años para el 2008 oscila entre 58 % a 89.3 %, y en Costa Rica específicamente la sobrevida se indica del 70 % (52).

Actualmente, en Costa Rica no se encuentran registros de vivencias en la sexualidad de la mujer costarricense mastectomizada, el documento más cercano a la sobrevida de la mujer post tratamiento quirúrgico del cáncer de mama fue realizado por la CCSS, enfocándose en el nivel de estrés, ansiedad, ejercicio y alimentación de esta población.

Por tanto, la presente investigación responde a la construcción del conocimiento disciplinar de la enfermería logrando un mejor aprendizaje a partir de la retroalimentación y la búsqueda diaria del saber, concibiendo una praxis digna y efectiva en el cuidado de la mujer post mastectomía. Los principios que rigen el quehacer de la enfermería nos proporcionan un horizonte y una guía para nuestro desempeño laboral y mejorar la calidad de vida de quienes necesitan el cuidado.

El interés de realizar una revisión integrativa para el desarrollo de la presente investigación nace porque existe una rápida actualización y progreso en el conocimiento científico, producto de la aparición creciente de publicaciones en diferentes medios de comunicación, es especial en internet; es por ello por lo que se requiere realizar revisiones actuales de literatura científica que permite el obtener un conocimiento reciente sobre un tema de interés.

Como señalan Whittemore & Knalf (23), el aporte de una revisión integrativa en la enfermería es porque se presenta un estado actualizado de la ciencia contribuyendo al desarrollo de nuevas teorías y la aplicabilidad a la práctica; además por medio de una revisión

integrativa se “contribuye a la presentación de diversas perspectivas sobre un fenómeno de interés y se ha defendido como importante para la ciencia y la práctica de enfermería”.

El realizar una revisión integrativa es relevante desde el enfoque de la enfermería porque la misma es una exploración de nuevas formulaciones y temas que contribuyen a la explicación de algún fenómeno de estudio que se desee investigar, ya que por la existencia de un gran volumen de literatura se requiere por un lado el conocer y discernir la información relevante de aquella que no lo es, por otro lado, realizar una evaluación para localizar la documentación que aporte al nuevo conocimiento. La revisión integrativa resulta ser una herramienta que ayuda a informar y desarrollarla en la práctica, invitando entre los profesionales de enfermería a establecer una discusión sobre el trabajo académico.

Para la presente investigación resulta relevante el realizar una revisión integrativa sobre el tema de estudio ya que existen pocos artículos en el nivel de Latinoamérica, que ahonden sobre las vivencias en la sexualidad de la mujer mastectomizada, porque se presenta la oportunidad de mostrar un estudio inédito en el nivel nacional.

Desde la posición de los y las profesionales de Enfermería se deben valorar y detectar los problemas en torno a la sexualidad en las mujeres mastectomizadas, y establecer con ello pautas para su afrontamiento, por lo que se debe tener en cuenta la base personal y social de los cuidados que requieren esas pacientes para proporcionar de una forma efectiva de parte de la enfermería, el apoyo que la mujer necesita al enfrentar esta situación.

1.4 Planteamiento del problema

Como descrito previamente, en nuestro país la incidencia del cáncer de mama ocupa el segundo lugar, siendo la población de mujeres costarricenses, quienes se ven más afectadas por este tipo de tumores (6) situación que trasciende también las fronteras de nuestro país. La mujer sobreviviente a este diagnóstico debió someterse al tratamiento curativo donde la opción terapéutica, que se centra en el procedimiento quirúrgico llamado mastectomía, sobre esta base se plantea, por tanto, la necesidad de determinar: ¿Cómo vivencia la mujer mastectomizada, su sexualidad ahora sin un seno o sin ambos, sabiendo ya el papel sexual que la mama femenina cumple en la vida de la mujer?

En la actualidad se dispone de información sobre los cuidados pre, intra y post operatorios que conlleva este procedimiento quirúrgico, por el contrario al realizar una revisión bibliográfica se obtiene escasa literatura sobre la temática del presente trabajo en la región de Latinoamérica por tanto, conocer de cerca las vivencias sexuales que la mujer con mastectomía experimenta dentro del contexto Latinoamericano, le brindará al personal de salud las herramientas oportunas para comprender de forma más empática el momento por el que atraviesa la mujer mastectomizada.

Para lograr lo antes señalado se decide trabajar a través de la metodología de revisión integrativa, que permitirá con el desarrollo de cada una de sus etapas, la valoración crítica de otras investigaciones en el contexto Latinoamericano, sobre el tema en cuestión, proceso que ayuda a poner el tema en su contexto actual. (23)

Con la revisión bibliográfica de referencia se identifican artículos con abordaje a la mujer mastectomizada donde se refieren a diversos aspectos por los que atraviesa la mujer en ese momento de vida, como, por ejemplo: el deterioro del estado físico y mental, la situación económica, problemas familiares, problemas socio- laborales, la calidad de vida, la representación del cuerpo posterior al procedimiento quirúrgico de la mastectomía, la sexualidad de forma general, así como también la importancia de las diferentes redes de apoyo con los que cuente esta población en ese momento de vida. Es así como se plantea la siguiente pregunta *norteadora* para nuestro trabajo de investigación.

1.5 Pregunta norteadora

¿Cómo es la vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible?

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

- *Analizar la vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada en el contexto Latinoamericano.*

1.6.2 Objetivos específicos

- *Identificar los cambios físicos en la imagen corporal que sufre la mujer posterior a una mastectomía.*
- *Identificar el impacto psicológico que sufre la mujer posterior a una mastectomía.*
- *Identificar las repercusiones sociales que sufre la mujer mastectomizada.*

Capítulo II: Marco Referencial

Este apartado tiene como propósito robustecer la información de los conceptos indispensables que ayudarán a mejorar la calidad de atención del profesional en enfermería hacia la población femenina sin un seno, peor aún, sin los dos senos, como consecuencia de cáncer de mama. Se busca que el profesional adquiera herramientas para enfrentar y contribuir de manera eficaz a la salud sexual de cara a la problemática de las vivencias sexuales que sostiene la población femenina sobreviviente al cáncer mamario.

2.1. Marco conceptual

2.1.1 Sexualidad ¿Cuál es el concepto de sexualidad?

En el presente estudio se ha mencionado la palabra sexualidad en más de una ocasión asumiendo que se relaciona al contexto propuesto en ese momento, empero en verdad estaremos planteando de forma acertada esta palabra tan importante y referente en nuestra pesquisa.

La sexualidad es un tema que ha merecido la atención de las personas desde siempre por lo que se le ha etiquetado como un tema multidimensional y polisémico puesto que no todas las personas entienden lo mismo cuando se habla de *sexualidad*, también se puede afirmar que es un término polivalente ya que esta palabra se utiliza para referirse a la reproducción, al placer entre otras; poliédrico, porque tiene muchas caras, es dinámica, es cambiante con forme el ser humano se desarrolla y evoluciona; diversa ya que es entendida de manera distinta por diferentes culturas, religiones, ideales psicosociales, vivida y entendida de distinta forma por cada ser humano y es compartida con quien cada cual quiere

y por último podemos decir que también es una palabra polémica debido a la segregación por género o como herramienta de control social y de poder (7).

No cabe duda, que el contexto de la palabra sexualidad es más extenso de lo que se podía imaginar así que, es necesario unificar criterio para lograr identificar las acciones encaminadas al logro del bienestar sexual de la mujer post mastectomizada que finalmente es nuestra razón.

Por tanto, podemos partir a través de la definición de la Organización Mundial de la Salud donde se expresa así: La sexualidad es un aspecto central del hecho de humano a lo largo de toda la vida e incluye: el sexo, las identidades y papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (8).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también define la sexualidad humana de la siguiente manera: El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano: Identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (9).

La OMS y OPS ambos organismos concuerdan que, la salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales. Ambas definiciones concluyen recalando que, salud sexual está sujeta a los factores políticos, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales, lo cual de ahí emanan los derechos sexuales.

A manera de aclarar conceptos, también la OMS se refiere al término de sexo: como un conjunto de características biológicas que definen al espectro de los humanos como hembras y machos (7). Entonces adquirimos una mirada más clara más amplia, donde al hablar del sexo de una persona se refiere a su “biología” que involucra un proceso genético, hormonal, gonadales y meramente genital, en cambio al referirse a la sexualidad de la persona nos referimos a las “vivencias” la palabra sexualidad viene siendo lo que se “vive” y constituye la manera de vivir nuestro sexo en todas las etapas de la vida.

2.1.2 Salud sexual

En primera instancia vamos a recordar que “salud” según la OMS es un estado de completo bienestar bio-psico-social y no solamente la ausencia de las afecciones o enfermedades se trata de un proceso en el que intervienen, además de factores biológicos y del medio ambiente, aquellos relacionados con la atención, los cuidados y el acceso a los servicios (10). Como personal de salud es necesario reconocer este principio y difundirlo primeramente de forma general para luego profundizar y comprender el entrelace entre estas dos palabras “salud y salud sexual”, ya que desde aquí se comienza a promover la salud desde una mirada amplia.

La salud sexual ha sido reconocida a través de los años como un componente de la salud general. Por tanto, la OMS define dicha palabra como: Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso ante la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben de ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (8).

Dicho de forma breve la salud sexual es la capacidad del ser humano de disfrutar de su vida sexual aún en la enfermedad disfunción o discapacidad, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, éticos y sociales en las distintas etapas de la vida en la que se encuentra. Existen ciertos factores que afectan el disfrute y la salud sexual de la persona y la OMS propone programas que buscan alcanzar la salud y el bienestar sexual al alcance de todos y todas basados en sus derechos:

- ❖ Acceso a información integral de buena calidad sobre sexo y sexualidad.
- ❖ Conocimiento de los riesgos que pueden correr y su vulnerabilidad ante las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección.
- ❖ Posibilidad de acceder a la atención de salud sexual.
- ❖ Residencia en un entorno que afirme y promueva la salud sexual (11).

En Costa Rica, el reconocimiento a la salud sexual se ve reflejada a través de la Política Nacional de Sexualidad tomo I y II vigente desde el 2010 hasta el 2021 aportada por el Ministerio de Salud, estas normativas fueron construidas para la protección y promoción de una sexualidad integral como un derecho humano en todas las etapas de la vida. A través de esta Política Nacional de Sexualidad, Costa Rica busca construir programas tal como lo describe la OMS que promuevan la adecuada atención a la salud sexual mediante acciones por el personal multidisciplinario en salud, por ejemplo:

- ❖ Información, sensibilización, comunicación y divulgación para la promoción del derecho a una sexualidad segura, informada, y corresponsable, en el marco de los derechos humanos, género, y diversidad basada en la evidencia científica, actualizada, inclusiva, diversa y que retome todas las etapas del desarrollo evolutivo.
- ❖ Fortalecimiento del ejercicio individual y social para todas las personas que habitan el territorio del derecho a una sexualidad, segura, informada y corresponsable.
- ❖ Participación de las y los habitantes en la defensa y vigilancia del cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- ❖ Garantía de acceso a una educación de la sexualidad para todas las personas que habitan el territorio en el marco de los derechos humanos y género, basada en la

evidencia científica, actualizada, laica, inclusiva, diversa y que retome todas las etapas del desarrollo evolutivo.

- ❖ Garantía de acceso a servicios de salud sexual y a la salud reproductiva con equidad, calidad, seguridad, calidez y confidencialidad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social que responda a información actualizada, laica y científica.
- ❖ Prevención y atención integral, oportuna, integrada y con calidez y calidad de la violencia sexual.
- ❖ Garantía de acceso a servicios de atención integral en el marco de los derechos humanos, género y diversidad con calidad, calidez y seguridad
- ❖ Gestión y desarrollo de capacidades y competencias institucionales para la promoción y atención de una sexualidad integral.
- ❖ Generación de conocimiento, monitoreo y seguimiento orientado a una eficaz y oportuna conducción, dirección, análisis, ejecución y evaluación de las intervenciones en el campo de la sexualidad.
- ❖ Garantizar una gestión de Estado integrada, integral y sostenible que asegure el acceso y ejercicio al derecho de una sexualidad segura, informada y corresponsable para todas las personas que habitan este país (11).

Con la Política Nacional de Sexualidad El Estado Costarricense asegura a la población, el acceso a los servicios de salud donde se le proporcione atención integral sobre salud sexual así sea cuando el ser humano se sienta pleno sexualmente hablando, así también aun cuando se sintiera incompleto como resultado de cambios físicos por padecimientos en su cuerpo y llegue a pensar que ya no puede disfrutar más de su sexualidad y busque ayuda.

Continuando con el interés público sobre la salud sexual, el Ministerio de Salud desde el 2010 procura realizar encuestas en el nivel nacional que permita conocer la salud sexual de la población costarricense, a través de los resultados buscan comparar la realidad actual del país con encuestas internacionales para evaluar programas existentes y construir nuevos proyectos que garanticen el acceso a mejores servicios de atención de la salud sexual que posibiliten un ejercicio eficaz de la sexualidad para todas las personas que viven en Costa Rica.

Para llevar a cabo la atención en la salud sexual y prevención de problemas en la misma, se necesita el recurso humano y el profesional de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal es totalmente competente para desarrollar estrategias de Enfermería en la atención sobre la salud sexual y analizar la problemática que pueda afectar a esta, mediante técnicas como lo es la anamnesis, examen físico, estos métodos permiten interpretar las características fisiopatológicas que se encuentran alterando la salud sexual, posteriormente se define un diagnóstico de enfermería que dará acceso a un conjunto medidas terapéuticas para orientar a la paciente a mejorar su calidad de vida y que pueda sentirse plena en su sexualidad.

2.1.3 Derecho a la salud

De acuerdo con la Unión Interparlamentaria (12), el derecho a la salud se encuentra en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales. Las obligaciones del estado respecto a este derecho las establece la autoría señalada, y se citan a continuación:

- ❖ **Respetar:** Las autoridades no restringirán el derecho a la salud (entre otras cosas, mediante esterilizaciones forzosas o experimentación médica).
- ❖ **Proteger:** La mutilación genital femenina será prohibida y erradicada.

- ❖ **Cumplir:** Un número adecuado de hospitales y otros establecimientos públicos de asistencia sanitaria proporcionarán servicios accesibles por igual para todos.

La salud constituye un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Señala que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, y la efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.

Si bien es cierto, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano, existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos.

El derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado:

- ❖ **Disponibilidad.** Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte.
- ❖ **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- ❖ **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna.
- ❖ **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.
- ❖ **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.
- ❖ **Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas (8) acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- ❖ **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades.
- ❖ **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo

hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (12).

2.1.4 Derechos sexuales

Para que la salud sexual se logre y se mantenga es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen en todas las etapas de la vida del ser humano. De manera que los profesionales que se acerquen a la paciente mastectomizada se les sugiere que deben tener en cuenta no solo su biología, sino su historia, su anclaje sociocultural, sus saberes tradicionales, para que estos se puedan respetar con empatía. Por tanto, es de gran valor abordar este tema que se encuentra ligado estrechamente a la salud sexual del individuo e individuo.

Para darle continuidad al tema se mencionarán los derechos sexuales de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) derechos sexuales que se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas; entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan se tienen los siguientes:

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) 1981: Como su enunciado lo describe, en esta convención se trató la eliminación de la discriminación contra la mujer en lo relativo al acceso a los servicios y a la atención médica para asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres.

Conferencia de Viena 1993: Se reconocieron los derechos humanos de las mujeres.

Programa de Acción de Cairo 1994: Reafirman que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, por lo que se reconocen como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales.

Plataforma de Acción de Beijing 1995: Aquí se brindan lineamientos a tomar en cuenta para una definición de derechos sexuales: “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

Convención sobre los Derechos del Niño 1990: Aquí se trataron medidas de protección de los derechos humanos de los niños en asuntos de sexualidad.

Convención Iberoamericana de los Jóvenes, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 2005: La convención Iberoamericana de los Jóvenes establece en varios de sus artículos derechos de las personas jóvenes en relación con su salud sexual y reproductiva. Mientras que en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se dicta mediante el artículo 23 que se tomen las medidas pertinentes para eliminar la discriminación de las personas con discapacidad en asuntos relacionados a la sexualidad y reproducción, y que debe procurar que las personas con discapacidad, incluidos los niños, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás (9).

Los derechos sexuales son los siguientes:

El derecho a la libertad sexual: Este derecho abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual del individuo. Excluyendo toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier tiempo y situación de la vida.

El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo: Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. Además, están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

El derecho a la privacidad sexual: Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

El derecho a la equidad sexual: Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

El derecho al placer sexual: El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

El derecho a la expresión sexual emocional: La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor

El derecho a la libre asociación sexual: Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables: Esto abarca el derecho a decidir o no tener hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

El derecho a información basada en el conocimiento científico: Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la información científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

El derecho a la educación sexual integral: Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

El derecho a la atención de la salud sexual: La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales (13).

Estos son los derechos universales, en nuestro país existen leyes que se encargan en hacer valer estos derechos, leyes que siempre están dispuestos a los cambios para fortalecer su fin. La Política Nacional de Sexualidad del Ministerio de Salud costarricense es la prueba de ello, donde se plantea la lucha por el bienestar sexual del pueblo que habita en Costa Rica. La segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva realizada por el Ministerio de Salud expuesta durante el año 2016 indica en su gráfico 4.1 el porcentaje de personas que reciben información por personal de la CCSS sobre temas sexuales en mujeres por edad de 15 a 49 años dicha encuesta indica que cuanto más la edad avanza más información sobre salud sexual reciben señalando un 4.7 % en mujeres entre 45 a 49 años; además en cuanto a violencia sexual en su gráfico 7.1 refleja que alrededor del 48 % de

mujeres manifestó haber sufrido algún tipo de abuso u hostigamiento sexual relacionado a su cuerpo o manera de vestir.

En cuanto al gráfico 7.3 demuestra que el 0.3 % y el 17 % recibió agresión física durante el desarrollo de una relación sexual aumentado claramente conforme avanza la edad. La encuesta también presenta números sobre la percepción de la mujer sobre el acceso a los servicios de salud para la detección temprana del cáncer, por tanto, el gráfico 10.1 explica que entre el 3.6 % y 76.7 % de la población femenina se ha realizado una mamografía y una vez más este estudio se repite en la mujer igual a 50 años o más (14).

Entonces sabemos que el Estado Costarricense se esfuerza constantemente por garantizar los derechos sexuales y la educación sobre salud sexual por parte del sistema de salud del país, pero también se descubre que aún se necesita continuar trabajando por la promoción de la salud sexual como un derecho y la prevención de enfermedades que puedan obstaculizar el disfrute de esta, dentro de un marco de protección frente a la discriminación.

2.1.5 Cáncer de mama

Como cáncer de mama se conoce aquel tumor que se origina en las células mamarias, ya sea en las células de los lobulillos que son las encargadas de la producción de leche; o en los conductos que son las vías por las cuales es transportada la leche desde los lobulillos.

El cáncer de mama se cataloga como uno de los principales tipos de cáncer alrededor del mundo, donde como principales factores de riesgo se encuentran entre otros: la edad (a mayor edad, mayor riesgo), menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad, edad tardía del primer parto, obesidad en mujeres, densidad mamaria alta, el sedentarismo, la exposición

precoz a altas dosis de radiaciones ionizantes, el consumo de alcohol, los anticonceptivos orales (19).

Como ya se ha mencionado el cáncer de mama es un crecimiento de tipo maligno en las células que se originan en el tejido mamario; y el mismo se puede diseminar a otros tejidos adyacentes. En la mastectomía, las mujeres experimentan la extirpación completa del seno, lo que resulta en un cambio permanente en su apariencia. Además de las complicaciones derivadas de la enfermedad, el cáncer de mama y su tratamiento tienen repercusiones provocadas por la mutilación total o parcial de la mama, traduciéndose muchas veces en problemas asociados a la imagen corporal (IC), la autoaceptación, la sexualidad y la calidad de vida.

Las células cancerígenas que forman un tumor normalmente pueden ser palpable y se puede observar en una radiografía; pero por lo general la mayoría de los bultos palpables en las mamas son benignos, esto quiere decir que no presentan un peligro para la vida del paciente, aunque sí pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de mama (19).

2.1.5.1. Tipos de cáncer de mama

Entre los tipos de cáncer de mama se encuentran los siguientes:

Carcinoma ductal in situ (también llamado carcinoma intraductal): las células anormales se originan en las células que revisten los conductos sin invadir a través de las paredes de los conductos hacia el tejido de la mama, por lo tanto, no se pueden propagar a los ganglios linfáticos ni a otros órganos. No es una lesión invasiva, pero si se deja evolucionar, puede convertirse en un carcinoma infiltrante o invasor.

Carcinoma ductal invasivo (o infiltrante): es el cáncer de mama más común. Comienza en las células que revisten un conducto, y luego las células anormales penetran a través de la pared del conducto y se extienden hacia el tejido del seno. Desde allí, las células cancerosas pueden propagarse a los ganglios linfáticos cercanos o a órganos.

Carcinoma lobulillar invasivo (infiltrante): comienza en las células que revisten a las glándulas mamarias (lobulillos). Las células crecen a través de la pared de los lobulillos y luego se pueden propagar a los ganglios linfáticos cercanos o a otras partes del cuerpo.

Cáncer inflamatorio del seno: no se presenta una sola protuberancia o tumor, sino que este cáncer hace que la piel esté ruborizada y tumefactada. También puede hacer que la piel se haga más gruesa y presente hoyuelos, como la cáscara de una naranja. Puede que la mama aumente de tamaño, se ponga dura, sensible o que sienta comezón (picazón). Puede confundirse con una mastitis o con una infección. Debido a que no hay una masa definida, es posible que no aparezca en un mamograma, aunque otros estudios podrían ser útiles. Este cáncer tiene una mayor probabilidad de propagación y un peor pronóstico que otros tipos de cáncer de mama. (19)

Los diferentes tipos de cáncer de mama pueden presentar una serie de estadios, los cuales referencian lo lejos que se ha propagado las células cancerígenas del tumor original. A continuación, se señalan los diferentes estadios:

Estadio 0: Las células cancerígenas se encuentran dentro del conducto mamario y no han invadido el tejido mamario normal próximo

Estadio IA: El tumor mide hasta 2 cm. El cáncer no se ha extendido más allá de la mama y no ha afectado ganglios linfáticos.

Estadio IB: No hay tumor en mama; pero se observan en los ganglios linfáticos pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm. O se observa tumor en la mama menor de 2 cm y pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm en los ganglios linfáticos.

Estadio IIA: No hay tumor en la mama, pero se detectan células cancerígenas en los ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo). O el tumor mide 2 cm o menos y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares. O el tumor mide entre 2 y 5 cm y no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares.

Estadio IIB: El tumor mide entre 2 y 5 cm y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos de las axilas. O El tumor es mayor de 5 cm, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos de las axilas.

Estadio IIIA: No se detecta ningún tumor la mama. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están adheridos entre sí o a otras estructuras, o se encuentra en los ganglios linfáticos cercanos al esternón. O el tumor es de cualquier tamaño. El cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares, los cuales están adheridos entre sí o a otras estructuras, o se encuentra en los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

Estadio IIIB: El tumor puede ser de cualquier tamaño y se ha propagado a la pared torácica o a la piel de la mama y puede que se haya propagado hacia los ganglios linfáticos axilares que están aglutinados entre sí o adheridos a otras estructuras, o el cáncer pudo haberse propagado hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón. El cáncer de mama inflamatorio pertenece por lo menos al estadio IIIB.

Estadio IIIc: Puede que no haya indicios de cáncer en la mama o un tumor puede ser de cualquier tamaño y haberse propagado hacia la pared torácica o a la piel de la mama y el cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos sobre o debajo de la clavícula, y el cáncer puede haberse propagado hacia los ganglios linfáticos axilares o hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

Estadio IV: El cáncer se ha propagado (metastatizado) hacia otras partes del cuerpo. (16).

2.1.5.2. Diagnóstico de cáncer de mama

Como en toda enfermedad es importante el realizar un diagnóstico temprano de la misma con el propósito de evitar consecuencias mayores en el paciente.

En el cáncer de mama el diagnóstico se puede realizar por varios estudios como los señalados por la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO):

Mamografía: Es el principal método de diagnóstico por la imagen en patología mamaria. Se utiliza en pacientes asintomáticas como método de screening o cribado y en sintomáticas para alcanzar un diagnóstico. Generalmente se realizan dos proyecciones de cada mama, en craneocaudal a 0° y en oblicua externa a 60°. De esta manera se pueden localizar espacialmente la mayoría de las lesiones mamarias. También se pueden realizar proyecciones especiales como la medio-lateral (90°), la axilar, la craneocaudal exagerada, la tangencial y la magnificación de zonas determinadas

Ecografía: Diagnóstica tumoraciones sólidas o líquidas, zonas de distorsión parenquimatosa, adenopatías patológicas e incluso puede detectar las microcalcificaciones. Permite la punción dirigida de las tumoraciones sospechosas, en tiempo real y con visualización de la maniobra.

Puede utilizar como complemento en el diagnóstico el doppler, los contrastes de magnificación acústica y las técnicas de 3D.

Resonancia Magnética: La indicación principal es la detección de la multifocalidad y también puede utilizarse en el screening de mujeres de muy alto riesgo por ser portadoras de una mutación BRCA.

Ductoscopia: Es la endoscopia de los conductos galactóforos. Indicada en derrames únicos, en un diagnóstico de proceso papilar por citología del derrame y en el seguimiento de pacientes jóvenes con cáncer de mama o en mujeres con un alto riesgo de cáncer de mama familiar.

Biopsia: Extracción de una muestra del tejido de la zona sospechosa para analizarlo en el microscópico y poder determinar las características benignas o malignas de este, así como el tipo de células tumorales, el grado de agresividad y algún otro parámetro de interés a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento. Puede hacerse mediante PAAF (punción aspiración con aguja fina) o BAG (biopsia con aguja gruesa) (19).

2.1.5.3. Tratamiento del cáncer de mama

En lo relacionado al tratamiento del cáncer de mama, este debe ser tratado de manera individual y requiere de un trabajo conjunto de un equipo multidisciplinar donde se encuentran: médicos oncólogos, médicos cirujanos, enfermeras y auxiliares de enfermería, técnicos de radiología, psicólogos, farmacéuticos y nutricionistas.

Los tratamientos del cáncer de mama se pueden dividir en: tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y terapias dirigidas), tratamiento radioterápico (adyuvante o paliativo) y cirugía (conservadora o mastectomía y linfadenectomía). (20)

Cirugía: tiene como propósito el extirpar el cáncer del cuerpo, antes de realizar una cirugía se suele tratar al paciente con quimioterapia lo cual permite la reducción del tamaño del tumor y la cantidad de tejido que se requiere extirpar.

Entre los tipos de cirugía se encuentran:

Lumpectomía o cirugía conservadora de la mama: mediante esta técnica se extirpa el tumor y un pequeño margen de tejido sano circundante al tumor, dejando así la mayor parte de la mama. Normalmente, en casos de cáncer invasivo, después de la cirugía se recomienda radioterapia en el tejido mamario restante.

Mastectomía: consiste en extirpar todo el tejido mamario.

Radioterapia: tratamiento basado en la aplicación de rayos X de alta potencia con el objetivo de destruir las células cancerígenas o evitar que las mismas se multipliquen.

Entre los diferentes tipos de radioterapia se encuentran:

Radioterapia con haz externo: es el más utilizado de tratamiento. Se administra desde una máquina fuera del cuerpo.

Radioterapia intraoperatoria: se administra usando un catéter en el quirófano.

Braquiterapia: este tipo de radioterapia se administra colocando fuentes radiactivas en el tumor.

Quimioterapia: La quimioterapia utiliza fármacos que interrumpen la formación de células cancerígenas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación, la administración de la quimioterapia va a depender del tipo y del estadio en el cual se encuentra el cáncer.

Se puede señalar que cuando la quimioterapia es suministrada vía oral, vía intramuscular o vía intravenosa, los fármacos ingresan de manera directa a la sangre y con ello llegan a las células cancerígenas de todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Por otro lado, cuando la quimioterapia se inyecta directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano o una cavidad corporal, como el abdomen, los fármacos afectan sobre todo las células afectadas de esas áreas (quimioterapia regional).

Terapia con hormonas: este es un tratamiento que extrae hormonas o bloquea su acción para impedir la multiplicación de las células cancerosas. La terapia hormonal que es utilizada en el cáncer de mama tiene por objetivo la hormona estrógeno, producida en los ovarios, debido a que provoca el crecimiento de muchos cánceres de mama (16).

Entre los diferentes tipos de terapia hormonal se encuentran:

Tamoxifeno: el tamoxifeno bloquea el estrógeno e impide su fijación a las células afectadas. Reduce el riesgo de recidiva en la mama que tenía cáncer, el riesgo de desarrollar cáncer en la mama sana y el riesgo de recidiva posterior. Se utiliza tanto en mujeres que han pasado la menopausia como en las que no.

Inhibidores de la aromatasasa (AI): los AI disminuyen la cantidad de estrógeno producido por los tejidos no ováricos en las mujeres posmenopáusicas al bloquear la enzima aromatasasa. Esta enzima cambia las hormonas masculinas débiles, llamadas andrógenos, a estrógenos cuando los ovarios dejan de producir estrógenos durante la menopausia.

Supresión ovárica: la supresión ovárica evita que los ovarios produzcan estrógeno, existen dos métodos: Fármacos de la hormona liberadora de gonadotropina u hormona liberadora de luteinizante (GnRH o LHRH) detienen la producción de estrógeno en los ovarios, ocasionando una menopausia temporal. Cirugía para extirpar los ovarios, produciendo una menopausia permanente (16).

2.1.5.3.1. Mastectomía

La presente investigación tiene el desafío de desvelar las vivencias sexuales que la mujer latinoamericana experimente posterior a una mastectomía total unilateral o bilateral de mama después de un diagnóstico de cáncer de mama, un tema poco ahondado en dicha región y con mucho por conocer, de tal manera que se pueda ofrecer atención en salud sexual de calidad a la mujer con dicha característica.

Tras la pérdida de este órgano tan importante para la mujer requieren adaptación psicológica y social, tanto como la mujer y su familia los cuales serán la claves para afrontar el choque y distorsiones que este procedimiento le pueda generar a la mujer con cáncer mamario, razón por la cual se analizará holísticamente a la mujer mastectomizada de acuerdo con el modelo bio-sico-social ya que estos aspectos físicos, psicológicos y sociales interactúan entre sí y se influyen mutuamente para dar un ejemplo: si no enfermamos, nos sentiremos psicológicamente mal y viceversa, de igual forma acontece con nuestras

relaciones o roles en la vida, si uno de estos se altera repercutirán en nuestro bienestar emocional.

Durante la narrativa de nuestra pesquisa usaremos la palabra “sobreviviente” dicha palabra se escogió para referirse a las mujeres que cumplieron con su tratamiento y superaron el diagnóstico.

La mama femenina adulta contiene elementos glandulares y ductales un estroma que consta de tejido fibroso el cual une a los lóbulos individuales entre sí, y tejido adiposo dentro y entre los lóbulos. Cada mama contiene de 12 a 20 lóbulos cónicos, que a su vez cada lóbulo se forma de un grupo de lobulillos. Los lóbulos contienen diversos conductos galactóforos o mamarios que se unen para formar un conducto principal que drena a los lóbulos a medida que discurren hacia el complejo areola-pezones.

El tejido graso aumenta hacia la periferia del lóbulo, lo que le da a la mama su volumen y forma hemisférica. Alrededor de 80 a 85 % de la mama normal se compone de tejido adiposo. Los tejidos mamarios se encuentran unidos a la piel suprayacente y al tejido subcutáneo por medio de bandas fibrosas (15).

La superficie profunda de la mama yace sobre la fascia que cubre los músculos del tórax, el estroma fascial, los ligamentos de Cooper sostienen a la mama en su posición erguida sobre la pared torácica. macroscópicamente en su exterior se observa el pezón y la areola y en su interior se encuentra irrigada por múltiples arterias y venas que permiten el retorno venoso de la mama, consta de un sistema linfático que se puede dividir en dos categorías llamándolos: drenaje superficial incluyendo cutáneo y drenaje parenquimatoso profundo.

Las ramas cutáneas que cubren las mamas se encuentran inervadas por dos nervios principales y dos grupos más pequeños de nervios específicamente dentro de los dos principales tenemos al nervio toraco-dorsal y el nervio torácico largo y en los dos grupos de nervios más pequeños se encuentra los nervios inter-costo-humerales y los nervios pectorales medial y lateral (15).

Por tanto, podemos afirmar que este órgano femenino está compuesto por una serie tejidos y sistemas que lo hace ser un órgano de gran valor para la mujer ya que se caracteriza por ser dador de leche materna nutritiva, además por ser acogedor y maternal, también estéticamente hermoso y sensual, llamativo para los demás, y no se puede dejar de mencionar que es un órgano sensible por la cantidad de nervios que yacen en él, entonces el tratamiento de elección para el cáncer mamario definitivamente provocará cambios en la imagen, en la estética y, en la funcionalidad de la mujer, generando reacciones esperables ante el tratamiento de la extirpación de la glándula mamaria.

Se pueden mencionar tres tipos de intervenciones para la extirpación mamaria: mastectomía de Halsted, mastectomía de Patey y mastectomía de Maden. Donde en los tres se realiza una resección mamaria completa y de ganglios axilares y diferenciándose cada una de ellas en la resección o no de los músculos pectorales menor y mayor. Las tres intervenciones pueden ser englobadas en dos tipos: mastectomía total simple (Maden) y mastectomía radical modificada (Halsted y Patey) (16).

Tras la cirugía las repercusiones no son sólo en el nivel de imagen si no también en la autonomía o funcionalidad. Algunas mujeres se enfrentan a la dificultad de vestirse, conducir, alzar objetos de peso, sostener un bebé en brazos, tal es el cambio que si su trabajo tiene relación con los problemas antes mencionados se verá en la necesidad de un cambio de

trabajo. Pasados días o inclusive meses en el nivel funcional la mujer puede dejar de realizar actividades que impliquen exponer su cuerpo como, por ejemplo: ir al gimnasio y vestirse de ropa ajustada que realzan la silueta, llevar escotes, son detalles que puedan evidenciar ante los demás el cambio físico.

Biológicamente el cuerpo femenino al verse modificado físicamente tras la mastectomía puede producir problemas en la sexualidad de la mujer y su pareja ya que debemos recordar que la sexualidad es la expresión sexual de la persona en la que inevitablemente se mantiene un contacto corporal donde indudablemente un cambio físico puede impedir el desarrollo total o parcial de una sexualidad satisfactoria. Puede ocurrir que la mujer no quiere ser vista o tocada por su compañero, porque se siente disminuida ante él, también existe esa resistencia a ese primer contacto al espejo que refleja con elocuencia una realidad que es rechazado, no cabe duda de que el papel del compañero es muy importante en la vida de la mujer sobreviviente ya que será agente decisivo en conjunto con la ayuda especializada del personal en salud para lograr que con el tiempo la mujer se adapta al cambio de su imagen corporal.

En el aspecto *Psicológico* podemos mencionar que cualquier sufrimiento psíquico puede repercutir en una disminución de la libido y de la satisfacción obtenida en las relaciones sexuales. De forma general la ansiedad afecta las fases de excitación y orgasmo, además existe el riesgo que su autoestima se deteriore, forjando pensamientos negativos hacia su cuerpo y finalmente si estos pensamientos toman más fuerza la depresión afectará el deseo sexual (17).

La relación entre la emoción, pensamiento y conducta es muy estrecha, la mujer que se sometió a la extirpación mamaria puede llegar a experimentar la sensación de haber perdido su atractivo físico, lo que las hace sentirse vulnerables y sensibles. La sensación de la pérdida del atractivo físico va más allá de lo que podemos imaginar ya que puede vivirse un envejecimiento inesperado provocando una menopausia precoz y violenta induciendo la sequedad vaginal, grados diversos de incontinencia urinaria, entre otros.

Emocionalmente la mujer sobreviviente al cáncer de mama puede considerar difícil empezar a vivir una vida después de finalizar el tratamiento quirúrgico y verse ante ella y ante el mundo sin una o sin sus dos mamas y sí, es un hecho que no es fácil, no obstante, es cuando más ayuda profesional se le debe ofrecer a la mujer para que ella aprenda a *vivir de nuevo, su sexualidad, su familia, su trabajo, su vida.*

Finalmente, respecto al ámbito *social*, hay que reconocer que la mujer que opta por el tratamiento que conlleva extirpación de la glándula mamaria donde se encuentra el diagnóstico del cáncer, necesitará tomar tiempo para dicho tratamiento por lo que habrá un distanciamiento con la mayoría de su familia, con amistades, inclusive tendrá que tomar una pausa en su trabajo u actividades a la que se empleaba, para dedicar tiempo a los cuidados que la cirugía involucra en conjunto con la recuperación. Cada mujer vive el cambio de forma diferente en conjunto con su familia, vivencian sentimientos de preocupación por la incapacidad de regresar a su trabajo o la eventual pérdida del progreso de su carrera profesional.

Tras superar la cirugía, la mujer sobreviviente se enfrenta a la reincorporación a su núcleo familiar, a sus actividades diarias, donde algunas mujeres comentan haber sufrido menosprecio por parte de las personas, no haber sido invitadas a eventos, además no las saludan con un apretón de manos, aseguran que todo a su alrededor cambió (18). Evidentemente a pesar de los avances de la ciencia el afrontamiento individual de cada mujer sobreviviente al carcinoma mamario sigue siendo un reto de la salud pública.

2.1.6 ¿Cómo promover los derechos sexuales si se ha sufrido la amputación de una mama?

La promoción de la salud en todos los ámbitos es uno de los pilares fundamentales del profesional en enfermería. Los tratamientos mutilantes y agresivos que causan un alto grado de desfiguramiento resultan una amenaza para la integridad física, mental y emocional de los pacientes con cáncer (21). Razón por la cual los derechos sexuales son iguales en todo el ciclo de vida de la persona y la promoción a la salud de estos debe ser la misma.

Capítulo III: Metodología

Este apartado está dedicado a presentar los aspectos metodológicos utilizados para el desarrollo de esta investigación a continuación se detalla.

3.1 Modalidad

El estudio se llevó a cabo bajo la modalidad de Trabajo Final de Investigación Aplicada, mismo que en concordancia con el Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica encaja con la modalidad asignada para las maestrías profesionales, lo anterior según el artículo 45: Trabajos Finales de graduación sección.

El Trabajo Final de Investigación Aplicada (TFIA) como menciona Vargas C, Z. R. (47) puntualiza que las investigaciones aplicadas son “una forma de generar conocimiento y soluciones en realidades complejas, cuyos contextos son complejos a su vez. Así mismo el avance científico determina una mayor valoración externa de la profesión y el ejercicio profesional”.

La adopción de esta metodología para el tema “*vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano: una revisión integrativa*” le ofrece las herramientas en el ámbito disciplinar para la formación de un criterio propio, basado en criterios y evidencia científica en beneficio de la población de mujeres mastectomizadas.

La presente investigación se realiza como resultado de la propuesta de uno de los cursos de investigación de la malla curricular de la Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal en la cual se llevó a cabo el proceso bajo la dirección de

docentes de la Maestría, se contó con un comité asesor, se presentó el informe escrito y además la defensa pública tal y como se establece en el artículo 48 del Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica.

3.2 Diseño del estudio

Para la elaboración de este trabajo se empleó el diseño de la revisión integrativa de la literatura fundamentada en los parámetros descritos por Whittemore y Knafl (23) donde definen la revisión integrativa como un método de revisión específico que resume la literatura empírica o teórica pasada para proporcionar una comprensión más completa de un fenómeno particular o problema de salud y consideran que esta metodología tiene el potencial de desarrollar la ciencia sobre investigaciones, prácticas e iniciativas de políticas ya que contribuyen al desarrollo de la teoría y tienen aplicabilidad directa a la práctica.

Con base en lo descrito, se decide utilizar esta metodología como medio para favorecer la recolección de la evidencia en la literatura, y emplear las etapas de desarrollo que la conforman como fin para alcanzar los objetivos del estudio.

Los documentos que se revisan y analizan en una revisión integrativa son datos secundarios los cuales son importantes porque permiten la comprensión y el análisis de datos primarios, a la vez que ayudan al ahorro de costos y tiempos en comparación de fuentes primarias. Además, el análisis de datos secundarios también se ha vuelto más utilizado debido a los desafíos de realizar investigaciones empíricas y con ello se evitan un problema al realizar una investigación que es el reclutar poblaciones de pacientes o cuidadores a los que es difícil llegar. (22)

El tema presentado en esta investigación responde a una Revisión Integrativa que nos ofrece un resumen de la literatura empírica o teórica del pasado para proporcionar una comprensión más completa de un fenómeno particular o problema de salud. Una iniciativa que muestra el estado de la ciencia que contribuye al desarrollo de la teoría, como también en la aplicación de la práctica de enfermería para actuar de forma eficaz y oportuna en las necesidades de atención y vivencias de la sexualidad de las mujeres mastectomizadas como es el tema en cuestión.

La revisión integrativa sintetiza resultados de pesquisas anteriores, y muestra resultados, con lo que contribuye a la presentación de variadas perspectivas sobre un fenómeno de preocupación que ha sido defendido como importante para la ciencia y la práctica de enfermería (23).

Los datos analizados y comparados permiten la presentación de conclusiones generales sobre el problema de investigación, con la realización de la revisión integrativa, el investigador logra responder a varias preguntas.

Analizando los datos recolectados se logrará develar las principales vivencias sexuales y las necesidades de atención que surgen posterior al procedimiento quirúrgico y el cambio de estilo de vida, costumbres autopercepción y autoimagen a la que se enfrenta la población que atraviesa dicho proceso es por eso que el enfoque de la presente investigación es alcanzar los objetivos presentados en el capítulo uno, a través del conocimiento que brinden los estudios seleccionados para fundamentar la presente indagación.

Los métodos para mejorar el rigor continúan evolucionando debido a la complejidad de realizar una revisión exhaustiva. Si bien hay puntos en común con todas las revisiones, cada uno tiene un propósito distinto, marco de muestreo, definición y tipo de análisis.

3.3 Etapas de la revisión integrativa

Es importante destacar que la definición de las etapas es fundamental para organizar y realizar las revisiones integrativas. Whittemore y Knafl (23), basados en los planteamientos de Cooper y Ganoung, afirman que aunque se han propuesto diferencias respecto a la definición, el propósito, el alcance, el marco de muestreo y el análisis de los métodos de revisión, las revisiones debe cumplir con el rigor metodológico de las investigaciones primarias; adicionalmente, refieren que cada método incluye una etapa de formulación del problema, una etapa de búsqueda en la literatura, una etapa de evaluación de datos, una etapa de análisis de datos y una etapa de presentación de los datos y resultados.

3.3.1 Primera etapa: Identificación del problema

Es la primera etapa de la revisión integrativa, en dicha etapa se da importancia al principal propósito de esta. Se definen las variables de interés para la investigación y la población objeto Whittemore y Knafl (23). Además, se identifica el problema de manera clara lo que provee líneas y límites de búsqueda, para el proceso de revisión integrativa.

La definición y presentación de la pregunta guía es la fase más importante de la revisión, ya que determina qué estudios se incluirán, los medios adoptados para la identificación y la información recopilada en cada estudio seleccionado. Por lo tanto, incluye la definición de participantes, las intervenciones a evaluar y los resultados a medir. Debe

estar preparado de manera clara y específica, y estar relacionado con un principio teórico que comprenda las teorías y los fundamentos aprendidos por el o la investigadora (23).

En lo que respecta a esta revisión integrativa, las investigadoras identificaron el problema de manera clara lo que provee líneas y límites de búsqueda, para el proceso. Es de esta manera que se planteó la siguiente pregunta:

El tema de la presente investigación se elaboró a partir de la siguiente pregunta:
¿Cómo es la vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible?

En concordancia con nuestra pregunta guía, el propósito general de esta investigación se centralizó en analizar la literatura disponible en el nivel Latinoamericano que relate la expresión sexual de la mujer sobreviviente al carcinoma de seno después de una mastectomía, expresiones que evidencien el sentir de la pérdida de la mama tanto, psicológicas, físicas y socialmente hablando.

Tener clara la pregunta guía de la investigación facilitó la etapa de búsqueda, ya que esta nos proporcionó un enfoque y límite para el proceso de revisión de literatura (23). Recordando nuestra pregunta norteadora: *¿Cómo es la vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible?*

En relación con lo antes mencionado se definen los sesgos que se buscan evitar para que la investigación tome otro sentido.

- **Sesgo de evaluación inicial**

El sesgo de evaluación inicial son sesgos fáciles de evitar que aparezcan en la investigación, en este caso se evitará el uso de información antigua, por lo que se considerarán en la revisión de la literatura bibliografía actualizada, no mayor a 5 años de su publicación.

- **Sesgo de concepto**

El sesgo de concepto se origina en las investigaciones cuando las mismas en su desarrollo no se ajustan a los objetivos planteados. En la presente investigación se evitará el que surja este sesgo teniendo siempre presente los objetivos de la investigación.

3.3.2 Segunda etapa: Búsqueda de literatura

Whittemore y Knafl (23) Sugieren utilizar estrategias para la búsqueda de literatura con la finalidad de mejorar el rigor de cualquier tipo de revisión, porque las búsquedas incompletas y sesgadas dan como resultado una base de datos inadecuada y el potencial de resultados inexactos.

Según Conn et al. citados por Whittemore y Knafl (23) las estrategias de búsqueda son eficientes y eficaces, pero a pesar de ello poseen limitaciones asociadas con la terminología de búsqueda y, los problemas de indexación pueden producir tan sólo aproximadamente el 50% de los estudios elegibles. Razón por la cual recomiendan una búsqueda manual con la terminología apropiada al tema en estudio, además, abordar el tema del sesgo de publicación también puede ser relevante para la etapa de búsqueda de literatura.

3.3.2.1 Definición de términos de búsqueda

Para llevar a cabo esta búsqueda emplearemos tesauros propios del área de salud como los son los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, 2023), creados producidos por BIREME / OPS / OMS, lo que nos permitirá utilizar una terminología dinámica y compatible con los idiomas inglés, portugués y español, que facilitarán la recuperación de artículos con contenidos relacionados al tema en cuestión, así como la implementación de los MeSH (Medical Subject Health) creado y gestionado por la (National Library of Medicine) (53) que permite recuperar información del tema de interés.

A continuación, se presenta la primera tabla ilustrativa que contiene la definición de los Tesauros utilizados para esta pesquisa sugeridos por los DeCS y MeSH:

Tabla 1

Definición de Tesauros, descriptores de búsqueda o términos clave: Descriptores DeCs.y MeSH

| Lenguaje Natural | Descriptores DeCS | Descriptores MeSH |
|--|---|--|
| Mastectomía total. | <p>Descriptor en español: Mastectomía Simple</p> <p>Descriptor en inglés: Mastectomy, Simple</p> <p>Descriptor en portugués: Mastectomia Simples</p> <p>Definición: Remoción sólo del tejido mamario y del pezón y de una pequeña porción de la piel de recubrimiento.</p> <p>ID del Descriptor: D015413</p> | <p>Descriptor en inglés: Mastectomía Radical</p> <p>MeSH ID único: D015409</p> |
| Sexualidad | <p>Descriptor en español: Sexualidad</p> <p>Descriptor en inglés: Sexuality</p> <p>Descriptor en portugués: Sexualidade</p> <p>Definición: Funciones sexuales, actividades, actitudes y orientaciones de un individuo. La sexualidad, masculina o femenina, se hace evidente en la PUBERTAD, bajo la influencia de los esteroides gonadales (TESTOSTERONA o ESTRADIOL) y los contextos sociales.</p> <p>ID del Descriptor: D019529</p> | <p>Descriptor en inglés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportamiento sexual ✓ Fenómenos fisiológicos reproductivos <p>MeSH ID único: D019529</p> |
| Servicios de salud para mujeres | <p>Descriptor en español: Servicios de Salud para Mujeres</p> <p>Descriptor en inglés: Women's Health Services</p> <p>Descriptor en portugués: Serviços de Saúde da Mulher</p> <p>Definición: Servicios organizados para proporcionar atención de salud a la mujer, excluye atención maternos.</p> <p>ID del Descriptor: D014932</p> | <p>Descriptor en inglés: Servicios de Salud de la Mujer</p> <p>MeSH ID único: D014932</p> |

Nota: Elaboración propia con datos a través de la Biblioteca Virtual en Salud proporcionada por la OPS, OMS (53).

3.3.2.2 Fuentes de búsqueda

Se ejecutó inicialmente una revisión de literatura en general en las diferentes bases de datos electrónicas, para mejorar el abordaje en el estudio en cuestión y para eso es preciso optimizar los posibles descriptores a utilizar para la búsqueda.

Seguidamente se efectuó la búsqueda de la materia en las siguientes bases de datos suscritas al Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica: Current Contents: Clinical Medicine- Web of Science, ENBASE, OVID MEDLINE, PubMed, Cochrane Library, SCIELO Scientific Electronic Library Online, Google Académico, juntamente con revistas como ELSEVIER, SCIELO, BMC Cancer, Revista Latino- Americana de Enfermagem, Journal of the National Cancer Institute, Enfermería Global, Journal of Obstetrics and Gynaecology, durante el periodo establecido.

En la siguiente tabla, se muestran las bases utilizadas con su respectiva descripción:

Tabla 2

Tabla con la descripción de las bases de datos utilizadas.

| Base de datos | Descripción |
|----------------------|---|
| ClinicalKey | ClinicalKey apoya tanto a los profesionales sanitarios como los clínicos en formación a encontrar información actualizada, fiable y basada en la evidencia de forma rápida y segura. |
| EMBASE | Embase es una base de datos biomédica y farmacológica de publicaciones y farmacovigilancia. |
| OVID MEDLINE | MEDLINE es la base de datos bibliográfica/índice de artículos de la Biblioteca Nacional de Medicina que contiene más de 27 millones de referencias a artículos de revistas. |
| SCIELO | La Biblioteca Científica Electrónica en Línea es un proyecto de dos fundaciones de investigación. Esta plataforma tiene como objetivo el desarrollo de una metodología común para la preparación almacenamiento, diseminación y evaluación de la literatura científica en formato electrónico. Actualmente, |
| Scopus | participan países centroamericanos, suramericanos, Portugal y Sudáfrica. Scopus es una base de datos bibliográfica de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas propiedad de Elsevier lanzada en 2004. |
| Cochrane | La Biblioteca Cochrane es el principal producto de la Colaboración Cochrane. Es una publicación electrónica que se actualizada cada tres meses. |
| Otras fuentes | Current Contents: Clinical Medicine- Web of Science, PubMed, Google Académico, ELSEVIER, BMC Cancer, Revista Latino- Americana de Enfermagem, Journal of the National Cancer Institute, Enfermería Global, Journal of Obstetrics and Gynaecology. |

Nota: Elaboración propia, mediante los resultados de la búsqueda cibernética (Sistema Nacional de Bibliotecas, Universidad de Costa Rica y búsqueda cibernética en Google académico.)

3.3.2.3 Estrategias de búsqueda

Para continuar con nuestra búsqueda se hizo uso de los booleanos OR y AND, y es así que se insertó en las bases de datos SIBDI, los términos en español, inglés y portugués facilitando la búsqueda, ya sea a ampliándola o restringiéndola para lograr los resultados deseados mediante conceptos de interés identificados como palabras claves disponibles en los DeCS y MeHS para optimizar la indagación como lo son en español: “mastectomía”, “mujer mastectomizada”, “vivencias sexuales”, “atención en la salud sexual”, “sexualidad Femenina”, “Salud reproductiva en la mujer mastectomizada”, “Derechos sexuales” en inglés se utilizaron las palabras clave como: "Mastectomy", "mastectomized woman", "sexual experiences", "sexual health care", "female sexuality", "reproductive health in the mastectomized woman", "sexual rights" y en el idioma portugués se introdujeron las frases: "Mastectomia", "mulher mastectomizada", "experiências sexuais", "assistência à saúde sexual", "sexualidade feminina", "saúde reprodutiva na mulher mastectomizada", "direitos sexuais".

La estrategia se puntualiza mediante los operadores booleanos como los son “AND, OR” con los términos siguientes: “mastectomía AND sobrevivientes de cáncer”, “mujer mastectomizada OR mastectomía”, “vivencias sexuales AND mastectomía”, “necesidades de atención en la salud sexual AND mujer mastectomizada”, “sexualidad femenina AND mastectomía”, “salud reproductiva en la mujer mastectomizada OR salud sexual en la mujer mastectomizada”, “derechos sexuales AND mujer mastectomizada AND sobreviviente al cáncer de mama OR necesidades de atención en la salud sexual de la mujer mastectomizada debido a cáncer de mama” términos insertados en los tres idiomas seleccionados incluidos para refinar la exploración para una especificidad oportuna de los títulos de los artículos,

asimismo se valorizaba el resumen de cada uno de ellos para establecer su relevancia antes de seleccionarlos para la revisión de texto completo tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para garantizar la calidad y relevancia de los estudios incluidos en la temática en estudio.

3.3.2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio fueron definidos con base en la revisión sobre los principales estudios realizados a la población femenina que se ha sometido a una mastectomía posterior a un proceso de cáncer de mama, es por esa razón que la presente investigación se limita a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- ❖ **Parámetros del tema:** Trabajos científicos que aborden temas sobre las vivencias sexuales en la mujer mastectomizada.
- ❖ **Parámetros de Población:** Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama con mastectomía total, y sin reconstrucción de seno.
- ❖ **Parámetros temporales:** Publicaciones desarrolladas durante el 1 de enero del 2014 al 30 de junio 2019.
- ❖ **Parámetros del alcance geográfico:** Estudios dentro del Continente Latinoamericano.
- ❖ **Parámetros de idioma:** Estudios publicados en español, inglés y portugués.
- ❖ **Parámetros de diseño:** Investigaciones cualitativas e investigaciones mixtas.

Criterios de exclusión:

- ❖ Mujeres que eligieron realizarse una mastectomía de forma profiláctica.

- ❖ Literatura que no se encuentre disponible a texto completo.

3.3.2.5 Selección de artículos

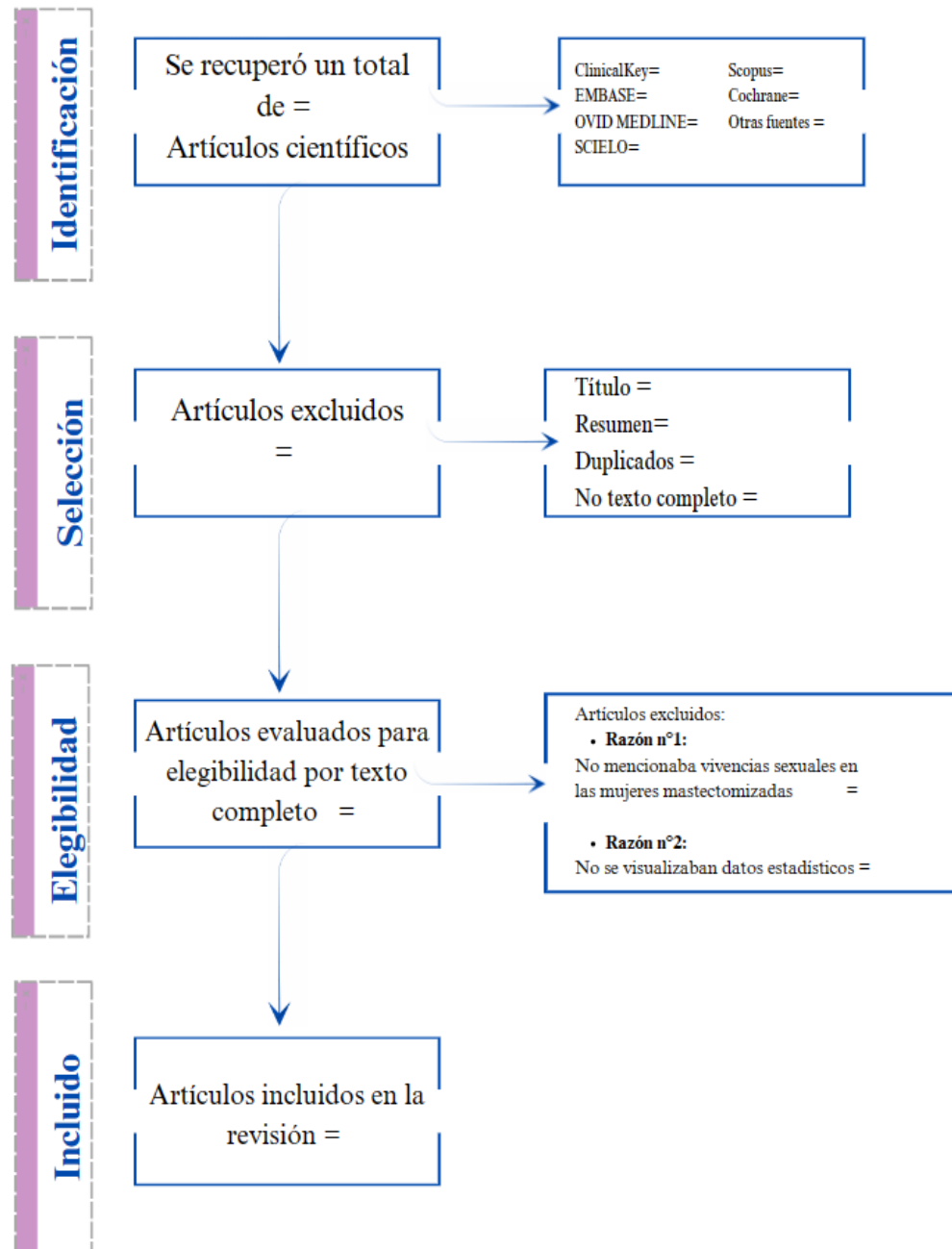
El diagrama PRISMA, se puede definir como una herramienta “diseñada para ayudar a los autores de revisiones bibliográficas, a reportar de manera transparente las razones de la selección de artículos para el análisis.” (28).

La elaboración de un Diagrama de flujo PRISMA tiene el propósito de mostrar la cantidad de artículos o referencias que se utilizaron en la revisión integrativa, iniciando por la etapa identificación, donde se ubica el total de artículos recuperados, de igual forma se hace mención la base de datos de procedencia de cada artículo recuperado, seguidamente se realiza la etapa de selección, donde se depuran los estudios duplicados y se describe la razón por la cual se excluyeron, se continúa por la etapa de elegibilidad donde posicionan los estudios elegibles, pero también en esta misma etapa se posicionan los estudios elegibles que serán excluidos, finalmente se obtiene la etapa de los artículos incluidos que se utilizarán para el análisis del contenido.

Figura 1

Ejemplo de diagrama de flujo PRISMA a emplear

Identificación de artículos a través de las bases de datos



Nota: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (28)
 Contenido de cuadro como elaboración propia.

3.3.3 Tercera etapa: Evaluación de los datos

Este apartado se enfocará en evaluar la autenticidad, calidad metodológica y el valor informativo de los estudios seleccionados para el sustento de esta indagación científica, razón por la que se propone emplear como herramienta evaluativa de *Jerarquización de la evidencia* disponible para el ámbito de la salud, propuesta por el Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM) de la Universidad de Oxford (38) modelo inglés donde la clasificación de cada artículo seleccionado se basará en el diseño del estudio donde proviene la evidencia, valorando la validez de la metodología empleada, los riesgos y sesgos, el impacto de los resultados y finalmente la reproducibilidad en la población.

Según Whittmore y Knafl (23) se debe realizar evaluaciones de calidad específicas de la literatura, no obstante, indican que no existe un patrón de oro para evaluar e interpretar la calidad en las revisiones de investigación, y es así como determina utilizar el sistema de evaluación de calidad de la evidencia diseñado por (CEBM).

El Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (38) de la Universidad de Oxford, propone una clasificación para valorar la evidencia según la metodología de estudio y el escenario clínico que involucra el problema clínico en cuestión. El CEBM sugiere que los NE (Niveles de Evidencia) se interpreten con una dosis de sentido común y buen juicio.

Tras la elección en conjunto por parte de las investigadoras del sistema evaluativo para determinar los niveles de evidencia científica, se inicia la evaluación crítica de los siete artículos para la ubicación de cada uno de ellos con la tabla siguiente a manera de guía.

Tabla 3

Jerarquización de los niveles de evidencia científica según el método de Investigación:

| Nivel de Evidencia | Método de investigación | Descripción del método |
|---|--|--|
| Nivel 1 -Ensayos clínicos controlados y aleatorizados bien diseñados y estudios prospectivos | | |
| 1-A | Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados y aleatorizados | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan las pruebas científicas más sólidas del efecto del tratamiento. • Los pacientes reciben todas las intervenciones en orden aleatorio mientras dure la investigación. |
| 1-B | Ensayos clínicos controlados y aleatorizados individuales | <ul style="list-style-type: none"> • Reúne una muestra de pacientes y luego asigna a los individuos un grupo de tratamiento mediante una asignación no sesgada o aleatoria. |
| 1-C | Estudios de todo o nada | <ul style="list-style-type: none"> • La muerte o la supervivencia son medidas que se utilizan para la finalización de los estudios de todo o nada, los resultados absolutos son poco frecuentes. |
| Nivel 2- Estudios de cohortes | | |
| 2-A | Revisión sistemática de estudios de cohortes | <ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser de diseño prospectivo o retrospectivo • Los estudios de cohortes retrospectivos identifican los grupos según la exposición a la situación de riesgo o a la intervención en algún momento del pasado. |
| 2-B | Estudios de cohortes individuales | <ul style="list-style-type: none"> • No es posible la asignación aleatoria. |
| 2-C | Investigación de resultados | <ul style="list-style-type: none"> • Busca comprender los resultados finales de prácticas e intervenciones de atención sanitaria particulares. |
| Nivel 3- Estudios de casos y controles | | |
| 3-A | Revisión sistemática de estudios de casos y controles | <ul style="list-style-type: none"> • Se hace una comparación entre grupos de sujetos según un resultado, en lugar de una exposición o intervención. |
| 3-B | Estudios de casos y controles individuales | |
| Nivel 4 | | |
| | Serie de casos | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan descripciones detalladas de una serie de casos o de un caso único. • Según el diseño, no proporcionan comparaciones estadísticas, sino describen el curso de un tratamiento y el resultado en uno o más casos. |
| | Estudios de cohortes con diseño deficiente | |
| | Estudios de casos y controles con diseño deficiente | |
| Nivel 5 | | |
| | Pruebas científicas anecdóticas | |
| | Investigación en animales | <ul style="list-style-type: none"> • No pueden ofrecer pruebas científicas sobre las cuales puedan basar decisiones clínicas. |
| | Investigación básica | |
| | Observaciones clínicas no publicadas | |

Nota: Elaboración propia a través de la pirámide jerárquica de niveles de evidencia sugeridos por CEBM (38).

3.3.4 Cuarta etapa: Análisis de los datos

Como mencionan Whitemore & Knafl (23), en las revisiones integrativas, el análisis de la información obtenida precisa del ordenamiento, codificación y reducción de los datos en una conclusión centrada en el problema de investigación.

Posterior a la extracción de los datos se realiza la comparación de estos, para que los datos similares se categoricen y se agrupen de forma que posterior a esto sean codificados para favorecer el análisis y síntesis de los datos.

Para un mejor análisis de la información obtenida se utilizó el método de comparación constante, método que es utilizado en una amplia gama de diseños cualitativos y que convierte los datos extraídos en categorías sistemáticas, facilitando la distinción de patrones, temas, variaciones y relaciones, este método según menciona Whitemore & Knafl (23) se compone de 4 fases a saber: reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos, elaboración de conclusiones y verificación.

3.3.4.1 Reducción de datos

Según Whitemore & Knafl (23) quien cita a Broome y Brown, se da como un conjunto de técnicas que son utilizadas para, resumir, simplificar la forma de codificación y lograr una organización adecuada de los datos extraídos. En nuestra investigación se realizó una lectura minuciosa y detallada de las publicaciones y clasificación por subgrupos de acuerdo con el tema en cuestión. De, esta forma también se garantizó que no existiera publicaciones repetidas.

3.3.4.2 Visualización de los datos

Según Whitemore & Knafl (23) este paso, organiza la información recolectada de cada artículo seleccionado en un solo instrumento, reuniendo los datos relevantes de cada uno de ellos, construyendo una matriz elaborada mediante el programa Microsoft Word.

Todos los documentos que cumplieron los criterios de inclusión son datos significativos que responden a la pregunta en revisión y los objetivos específicos puntualizados.

La visualización de los datos, es decir, convertir los hallazgos en una forma visual de subgrupos, en tablas, gráficos o cuadros, es una forma en el cual todos los estudios seleccionados pueden ser comparados. Además, la identificación de patrones, diferencias y redistribución de estos temas puede incluirse como parte de la discusión general.

Tabla 4

Ejemplo de la tabla para caracterización de la población según los artículos seleccionados.

| N.E. | Código – Título | Autores | Idioma | Año | Objetivo | Población de estudio |
|-------------|------------------------|----------------|---------------|------------|-----------------|-----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Nota: Elaboración propia.

Tabla 5

Ejemplo de tabla para la caracterización sociodemográfica de la población según los artículos seleccionados

| Publicación | Descripción. |
|---------------------|---------------------|
| Código del Artículo | ➤ Desarrollo |
| Código del Artículo | ➤ Desarrollo |

Nota: Elaboración propia.

Tabla 6

Ejemplo de tabla para la caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados.

| Publicación | Hallazgos. |
|--------------------|-------------------|
| Código de Artículo | ➤ Desarrollo |
| Código de Artículo | ➤ Desarrollo |

Nota: Elaboración propia.

3.3.4.3 Comparación de datos

Brown 1999, citado por Whittemore & Knafl (23) esta etapa consiste en “un proceso interactivo, de examinar las presentaciones de los datos de origen primario, para identificar patrones, temas o relaciones. Una vez que los patrones comienzan a ser discernidos, se puede dibujar un mapa conceptual que incluya la mayoría de las variables o temas identificados”

Para el caso específico de esta investigación, se examina cada subcategoría de los objetivos propuestos y con ellas se elaboran tablas donde se refleja la información encontrada y que se relaciona de manera estricta con el tema de estudio.

3.3.4.4 Extracción de conclusiones

Miles & Huberman 1994 citado por Whittemore & Knafl (23) indica que esta etapa corresponde a la fase final donde: “Las conclusiones o modelos conceptuales que se desarrollan y se revisan continuamente con el fin de incluir tantos datos como sea posible para la síntesis de conclusiones importantes.

En consecuencia, se realizará la fase final de esta etapa, mediante una síntesis de cada categoría establecida (aspecto físico, aspecto psicológico, aspecto social) que complementará el tema en cuestión conforme al resultado científico de cada artículo seleccionado.

3.3.5 Quinta etapa: Presentación de los datos

En esta etapa se presenta de forma gráfica y dinámica, los resultados y conclusiones en relación con las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano.

3.4 Consideraciones éticas

Para la realización de la presente investigación, se utilizó el *Reglamento de la Investigación de la Universidad de Costa Rica* (última versión aprobada por el Consejo Universitario en el 2018).

Además, también se utilizó la Guía del procedimiento para la entrega, recepción y procesamiento técnico de los trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica-RESOLUCIÓN VI -7969-2014. Por tanto, el tema una vez propuesto, fue avalado por la

subcomisión de la maestría en Enfermería GOYP y ratificado por la Comisión del Posgrado en Ciencias de Enfermería del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica.

Se destaca que la presente investigación documental no presenta riesgos de acuerdo con la ley N° 9234 (36). También se resaltan los principios éticos que se consideraron para desarrollar el presente trabajo, respecto a la recolección de los datos, el método de análisis, la utilización de la información y el uso eficaz de las referencias, tomando en cuenta: La protección del derecho de autor, la protección a las compilaciones de datos, la fidelidad a la información y la autoría del presente documento, expuestos en la ley N°. 6683 de 1982 con la última reforma ley N° 7397 del 3 de mayo de 1994. (37).

Capítulo IV: Resultados

En este apartado, se exponen y comentan los resultados obtenidos a partir de la revisión bibliográfica, método escogido como instrumento para el análisis del problema de investigación, cuya pregunta señala: *¿Cómo es la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible?* permitiéndole explicarle al lector de manera gráfica y dinámica los hallazgos relevantes.

En ese sentido, se presenta el desarrollo del proceso de búsqueda y selección de literatura, seguidamente de la evaluación del nivel de evidencia y el análisis de datos.

4.1 Búsqueda de literatura

De acuerdo como se describió en el capítulo dos, la búsqueda de literatura se inicia a través del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica, y se consultaron las siguientes bases de datos: Current Contents: Clinical Medicine- Web of Science, ENBASE, OVID MEDLINE, PubMed, Cochrane Library, SCIELO Scientific Electronic Library Online, Google Académico, juntamente con revistas como ELSEVIER, SCIELO, BMC Cancer, Revista Latino- Americana de Enfermagem, Journal of the National Cancer Institute, Enfermería Global, Journal of Obstetrics and Gynaecology.

Se obtuvieron 74 artículos en total, debidamente indexados a las bases de datos de origen, esto se realizó mediante el almacenamiento en carpetas proporcionadas por el Software Microsoft Word de igual forma se hizo un registro bibliográfico para posterior recuperación de los documentos.

Tabla 7

Resultados según bases de datos.

| Base de datos | Documentos recuperados |
|--|-------------------------------|
| Clinical Key | 0 |
| ENBASE | 5 |
| OVID MEDLINE | 4 |
| SCIELO | 8 |
| Scopus | 13 |
| Cochrane | 5 |
| Otras fuentes: <i>Current Contents: Clinical Medicine-Web of Science, PubMed, Google Académico, ELSEVIER, BMC Cancer, Revista Latino- Americana de Enfermagem, Journal of the National Cancer Institute, Enfermería Global, Journal of Obstetrics and Gynaecology.</i> | 39 |
| Total de documentos recuperados: | 74 |

Nota: Elaboración propia conforme a los resultados de artículos recuperados.

Una vez finalizado este proceso, se continúa con la selección de literatura según los criterios de elegibilidad, requiriendo pasar por diferentes etapas: 1) Identificación; 2) Selección; 3) Elegibilidad; 4) Incluido, etapas que se desarrollarán en el flujograma PRISMA.

4.1.1 Selección de artículos

Según Whittemore y Knafl (23) se debe realizar una interpretación exhaustiva de los datos que se obtuvieron de la búsqueda, y estos datos deben pasar por un proceso de selección, orden codificación y clasificación para eso utilizamos el método PRISMA (28).

Para esta etapa de selección, se trabajó con el Software Microsoft Excel en donde se almacenaron los 74 artículos recuperados, lo cual permitió la organización de los artículos por orden alfabético de los estudios, acción que permitió la identificación de los documentos duplicados y posteriormente el análisis de cada artículo restante para la depuración por problemas de título, resumen y texto incompleto, favoreciendo el método de selección de selección.

La estrategia de búsqueda recuperó en total 74 estudios de los cuales 35 fueron identificados mediante las bases de datos ya mencionadas y 39 mediante otras fuentes, además fueron removidos: 16 por su condición investigaciones duplicadas, por problemas de metodología nueve, por problemas con el título 18 y finalmente por no contar con el texto completo 11, sumados estos números un total de 54 artículos excluidos, quedando un restante de 20 artículos elegibles de los cuales se eligen un total de (n = 7) artículos publicados entre enero 2014 a junio 2019.

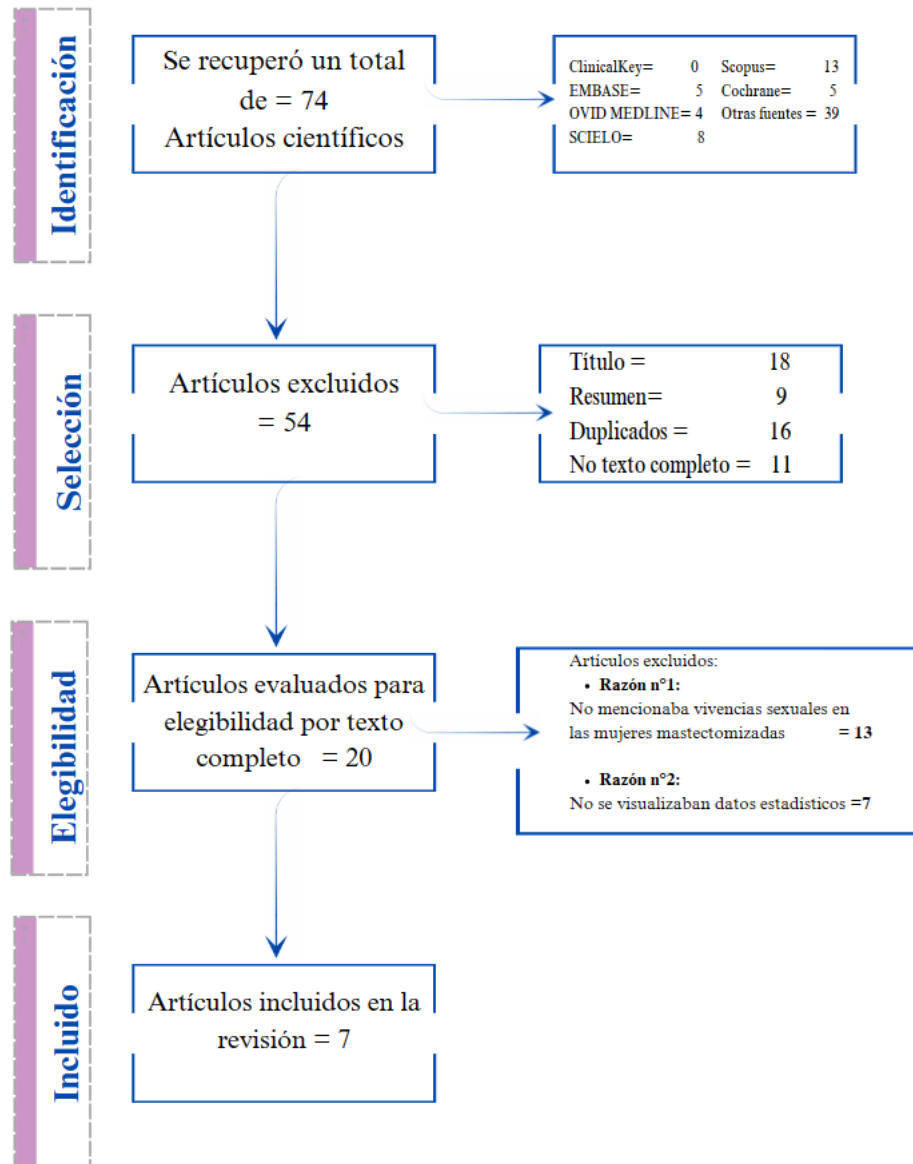
Se descubrió que durante el período 2014-2019, el año con más trabajos disponibles a nivel electrónico respecto al tema de interés fue: 2016 con un total de tres artículos, seguido de 2017, 2018 y 2019 con un único artículo. Estos siete artículos seleccionados provienen de dos bases de datos a saber: Scielo y Google Académico, de los cuales, cuatro corresponden a Scielo y tres a Google Académico.

De acuerdo con los datos obtenidos se procede a construir el flujograma PRISMA, figura que se muestra a continuación.

Figura 2

Diagrama PRISMA para identificación de artículos.

Identificación de artículos a través de las bases de datos



Nota: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (28) Contenido de cuadro como elaboración propia.

Luego de la selección y revisión de artículos, corresponde ordenar, clasificar y asignar códigos a cada una de las publicaciones encontradas. Para dicha codificación se asigna de forma secuencial letras y números para de esta forma lograr establecer el origen y procedencia de cada artículo según la base de datos consultada.

Dichos códigos se asignan de la siguiente manera:

- ❖ Scielo: A.
- ❖ Google académico: B.

4.2 Evaluación de los datos

En esta sección se analiza el método de investigación utilizado por cada artículo seleccionado, con fin de ubicarlos según el nivel de evidencia que sugiere la pirámide presentada en el capítulo tres, propuesta por El Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (38), este análisis se llevó a cabo por las investigadoras quienes de forma unánime razonaron, evaluaron y consensaron el nivel de evidencia científica para cada artículo. Para esta evaluación, se tomó en cuenta la metodología de estudio, considerando el buen juicio por parte de las investigadoras.

De los siete artículos ($n = 7$) todos son con enfoque cualitativo ($n=7$), de ellos seis son de diseño fenomenológico y su alcance descriptivo ($n=6$) y solamente uno es de diseño investigación de resultados ($n=1$). A cada artículo se le evaluó la calidad metodológica con el interés de mantener la revisión crítica de la mejor bibliografía actual, para ello presenta a continuación una tabla con la descripción gráfica de la jerarquización de estudios de resultados de tratamiento, según la metodología de investigación, ya que en esta ocasión se

desea conocer los resultados del tratamiento de la mastectomía en la vivencia sexual de la mujer.

Tabla 8

Jerarquización del Nivel de Evidencia según la metodología de investigación.

| Artículo | Metodología | Nivel de evidencia |
|-----------------|-----------------------------------|---------------------------|
| A1 | Estudios de cohortes individuales | 2-B |
| B1 | Estudios de cohortes individuales | 2-B |
| A2 | Estudios de cohortes individuales | 2-B |
| B2 | Estudios de cohortes individuales | 2-B |
| B3 | Estudios de cohortes individuales | 2-B |
| A3 | Investigación de resultados | 2-C |
| A4 | Estudios de cohortes individuales | 2-B |

Nota: Elaboración propia.

Finalizado el proceso de evaluación, se procedió al análisis de los datos.

4.3 Análisis de los datos

En esta sección se presentan en primera instancia las características de las publicaciones incluidas en esta pesquisa, seguidamente se presentan los datos extraídos según categorías y subcategorías.

Dentro de los siete artículos seleccionados encontramos que el primer artículo fue diseñado por seis hombres y dos mujeres, un Médico Psiquiatra, tres Médicos Oncólogos, y dos Médicos con especialidad en cirugía plástica y reparadora, dos Psicólogas especializadas en Psico-oncología y Psicología clínica y metodológica; luego en el segundo artículo visualizamos el aporte de un hombre y dos mujeres, dividido en un Médico Cirujano, una

Licenciada en Humanidades y Ciencias Sociales y una Enfermera con maestría en Salud Pública.

Seguidamente en el tercer artículo teniendo como autores a seis profesionales, cuatro de ellos son mujeres y dos hombres, de ellos dos son enfermeras especialistas en Enfermería Pediátrica y Enfermería Materno Infantil, cuatro médicos, dos de ellos especialistas en patología quirúrgica; el cuarto artículo fue elaborado por tres autoras todas mujeres, dos de ellas son Fisioterapeutas y una profesional en medicina especializada en salud de la mujer; para el caso del quinto artículo este fue confeccionado por cinco autoras, todas mujeres son Enfermeras cuatro de ellas especialistas.

En el artículo seis dispone de seis autoras todas mujeres, entre ellas, cinco son enfermeras especialistas, dos de ellas son Enfermeras Gineco obstetras, y un médico especialista en Gineco Obstetricia; y en el sétimo y último artículo propuesto en la presente investigación se encuentran tres autoras todas mujeres son Psicólogas, dos de ellas especializadas y una de ellas cuenta con un doctorado en Psicología social.

Además, de los artículos seleccionados tenemos que sólo uno se publicó en español, cinco en portugués y uno en inglés, el predominio del portugués denota amplitud de investigación en Latinoamérica por el tema en cuestión en la región de Brasil para ser exactos. Es relevante señalar que el 100 % de los artículos desvelaron las vivencias de la sexualidad en las mujeres con cirugía total de seno, sobrevivientes al cáncer de seno.

4.3.1 Caracterización de las publicaciones incluidas en la revisión

En esta sección se presentan los resultados obtenidos al ejecutar la cuarta etapa de la revisión integrativa de literatura, se reunió la información adquirida mediante los programas Word y Excel para luego elaborar gráficos y tablas para una mejor visualización para el lector, apegándose siempre a la esencia de la pesquisa referente.

Tabla 9

Caracterización de la población según los artículos seleccionados.

| Código – Título | Autores | Idioma | Año | Objetivo | Población de estudio |
|--|--|---------------|------------|--|---|
| A1- Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama | Irarrázaval, M; Kleinman, P; Fernández González, L; Torres, C; Fritis, M; Barriga, C; Waintrub, H; Silva F. | Español | 2016 | Describir la calidad de vida de pacientes sobrevivientes al cáncer de mama, con al menos un año de haber concluido su tratamiento. | 91 mujeres la edad fluctuó 38 y 83 años. Todas las pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, 49 de ellas el (53,8 %) se le practicó mastectomía total. |
| B1- Câncer de mama: sentimentos e percepções das mulheres mastectomizadas | Ferreira, M; Chaves, F; Monterrosa L. | Portugués | 2016 | Busca conocer las características socioeconómicas y reproductivas y emocionales de la mujer mastectomizada, para aportar conocimiento y sensibilización a los profesionales y estudiantes de la salud. | 10 mujeres con cáncer de seno que se sometieron a una mastectomía. |
| A2-Cáncer de mama e imagen corporal como factor pronóstico de depresión. Un estudio de caso en ciudad de México. | Aguilar Cordero, M; Mur Villar, N; Neri Sánchez, M; Pimentel-Ramírez, M; García-Rillo, A; Gómez Valverde, E. | Inglés | 2015 | Relacionar la imagen corporal y la depresión. En segundo lugar, determinar la posible implicación entre la depresión y el diagnóstico reciente y tardío de cáncer de mama. | 60 mujeres mastectomizadas de más de 1 año. |

Nota: Elaboración propia.

Tabla 9

Caracterización de la población según los artículos seleccionados.

| Código – Título | Autores | Idioma | Año | Objetivo | Población de estudio |
|---|---|---------------|------------|--|---|
| B2- Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas. | Batista Pereira G.; Silva Martins Gomes a.; Rute de Oliveira R. | Portugués | 2017 | Evaluar el impacto del tratamiento del cáncer de mama en la imagen corporal y las relaciones de las mujeres mastectomizadas. | 38 mujeres mastectomizadas |
| B3- Mastectomia: As cicatrizes na sexualidade feminina. | Durães Rocha, J; Rodrigues Cruz, P; Vieira, M; Marques da Costa, F; De Almeida Lima, C. | Portugués | 2016 | Describir los reflejos de la mastectomía sobre la sexualidad de las mujeres atendidas en el Programa Salud de la Mujer. | 14 mujeres sometidas a mastectomía total de más de 1 año. |
| A3- Modelo PILSET: aconselhamento sexual para sobreviventes do câncer de mama. | Gondim de Almeida, N; Fernandes Britto, D; Vieira Figueiredo, J; Magalhães Moreira, T; Lima de Carvalho, R; Melo Fialho, A. | Portugués | 2019 | Informar la experiencia del uso del modelo PILSET como herramienta de cuidado de enfermería para sobrevivientes de cáncer de mama con disfunción sexual. | 15 sobrevivientes de cáncer de mama mastectomizadas. |
| A4- Representações sociais sobre o corpo e satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. | Ramalho Hirschle, T; Carneiro Maciel, S; Amorim, G. | Portugués | 2018 | Comprender las representaciones sociales del cuerpo de la mujer y del cuerpo mastectomizado y ahondar en el nivel de satisfacción sexual de estas parejas. | 10 matrimonios (mujeres mastectomizadas y sus parejas). |

Nota: Elaboración propia.

4.3.2 Caracterización de la población según los artículos seleccionados.

Tabla 10

Caracterización sociodemográfica de la población según los artículos seleccionados.

| Publicación | Descripción |
|--------------------|--|
| A1 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Total, de la población de estudio: 91 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, el 48,4 % lo había tratado hacía más de 5 años. ➤ La edad de la población seleccionada: Fluctuó entre los 38 y 83 años, con una media de 60 años. ➤ Estado civil: Casada o conviviendo 61 mujeres, sin pareja 30 mujeres. ➤ Tratamiento practicado para el cáncer de mama: Todas las mujeres recibieron una cirugía de extirpación mamaria, el 53,8 % se les practicó mastectomía total. ➤ Otras observaciones: El 24 % del total de la muestra sólo recibió la cirugía únicamente y el resto se le sumó tratamiento con otras alternativas médicas como la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. Además, para participar en el estudio debían haber finalizado su tratamiento por lo menos un año atrás. |
| B1 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Total, de la población de estudio: 10 mujeres. ➤ La edad de la población seleccionada: Entre 35 a 70 años. ➤ Estado civil: El 80 % de las mujeres son casadas, el 20 % son solteras. ➤ Tratamiento practicado para el cáncer de mama: Todas sometidas a mastectomía. |
| A2 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Total, de la población de estudio: 60 mujeres. ➤ La edad de la población seleccionada: 36 a 76 años. ➤ Estado civil: No se obtienen datos exactos, indica 6 de las 60 mujeres concibieron un hijo mayor a 30 años, luego 19 de las 60 mujeres brindó lactancia materna, datos que nos dan noción de una relación sentimental de las mujeres en estudio. ➤ Tratamiento practicado para el cáncer de mama: Mastectomía completa. ➤ Otras observaciones: También las 60 participantes del estudio recibieron otro tipo de tratamiento como radioterapia, quimioterapia, terapia de reemplazo hormonal (TRH). |

Nota: Elaboración propia.

Tabla 10

Caracterización sociodemográfica de la población según los artículos seleccionados.

| Publicación | Descripción |
|-------------|--|
| B2 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Total, de la población de estudio: Participaron 88 mujeres, 38 mujeres se mantuvieron sin reconstrucción mamaria. ➤ La edad de la población seleccionada: Se excluyeron mujeres mayores a 70 años y que presentasen dificultad cognitiva. ➤ Estado civil: 25 comparten su vida con un compañero, el 64 % más de la mitad de ellas son casadas o en unión libre. ➤ Tratamiento practicado para el cáncer de mama: Mastectomía Radical modificada Madden ou Pattey. ➤ Otras observaciones: 25 mujeres se reportaron sexualmente activas. |
| B3 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Total, de la población de estudio: 14 mujeres. ➤ La edad de la población seleccionada: 47 a 71 años. ➤ Estado civil: 12 mujeres son casadas, una divorciada y, una soltera. ➤ Tratamiento practicado para el cáncer de mama: Mastectomía total. ➤ Otras observaciones: Un año post mastectomía, ninguna con reconstrucción mamaria. |
| A3 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Total, de la población de estudio: 15 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. ➤ La edad de la población seleccionada: Criterio de inclusión ser mayor a 18 años. ➤ Estado civil: Exactamente no se describe, sin embargo, uno de los requisitos para ser partícipes del estudio, fue que ya hubieran reiniciado su actividad sexual y durante las sesiones del estudio se presentaban con su pareja. ➤ Tratamiento practicado para el cáncer de mama: Seis meses de haberse practicado la cirugía de mastectomía. ➤ Otras observaciones: Criterio de inclusión, seis meses como mínimo del procedimiento de la mastectomía. |
| A4 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Total, de la población de estudio: 10 mujeres. ➤ La edad de la población seleccionada: Edad promedio 50 años. ➤ Estado civil: No describe exactamente, sin embargo, indica que las 10 mujeres contaban con su pareja respectivamente. ➤ Tratamiento practicado para el cáncer de mama: Mastectomía ➤ Otras observaciones: Se incluyeron mujeres que se habían practicado un año atrás la mastectomía. |

Nota: Elaboración propia.

4.3.1 Caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados

Tabla 11

Caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados.

| Publicación | Hallazgos |
|--------------------|---|
| A1 | <p>A mayor puntaje significa mayor funcionabilidad. En este estudio se evaluó la calidad de vida global que experimentaba la mujer después de la extirpación de seno, donde también dentro de este ámbito los autores valoraron la salud sexual dentro de la calidad de vida de cada una de las participantes y estadísticamente se detectó los puntajes a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La calidad de vida global arrojó un puntaje de 71,1 ➤ El funcionamiento sexual recibió un puntaje de 20,2 ➤ El disfrute sexual obtuvo 44,1 <p>Notablemente se desvela una afectación directa al funcionamiento sexual de la mujer a lo que los autores de este estudio atribuyen a problemas de autoimagen, disminución de libido y también síntomas como sequedad vaginal producto de una menopausia prematura inducida por el tratamiento recibidos o la edad.</p> |
| B1 | <p>Para el análisis de este apartado se recuerda que ocho de diez mujeres convivían con su pareja, no se ubicó estadísticamente la experiencia sexual con la pareja como tal, sin embargo, se desveló problemas en la percepción de imagen de sí mismas en el 90 % de las participantes donde luego ellas comentan las vivencias personales a forma de narración breve. Narraciones que coinciden sobre cómo les es difícil verse al espejo y percibirse sin uno o los dos senos, también mencionó la pérdida de su feminidad al haber perdido su mama. Mientras un segundo relato comenta la experiencia de percibirse extraña, incompleta lo que la hace buscar vestirse alejada de los demás. Llama la atención los relatos que coinciden al mencionar el esmero por ocultar la ausencia de una de sus mamas en sus cuerpos tanto para ellas mismas como para los demás.</p> |

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11

Caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados.

| Publicación | Hallazgos |
|-------------|--|
| A2 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para este estudio el interés principal es desvelar la relación del proceso de mastectomía con la depresión en la mujer sobreviviente al cáncer de seno, objetivo para el cual utilizaron la Escala de Imagen Corporal (BIS) de Hopwood que incluía la averiguación de áreas como la pérdida percibida de feminidad, los sentimientos de la paciente sobre su atractivo sexual y el grado de satisfacción con la cicatriz entre otros no relacionados a este enfoque. ➤ Finalmente, el estudio concluye que se descubrió que las mujeres mastectomizadas se percibían menos femeninas y atractivas físicamente, hallazgo que también las hacía sentir menos atractivas para su pareja, lo que les generaba insatisfacción con su propio cuerpo provocando evitar el contacto directo con la zona del cuerpo que había sido operado. <p>Para los autores de este artículo la cirugía mamaria no sólo tuvo un efecto negativo en la autoimagen de los pacientes, sino también en sus relaciones sexuales y actividades sociales.</p> |
| B2 | <p>Estadísticamente afirma que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Del total de la población igual a 38 mujeres, 25 indicaron una vida sexualmente activa significando el 64,1 %. ➤ En relación con el impacto negativo en la imagen corporal con el no deseo sexual, 6 mujeres lo afirmaron siendo el 17,1 %, mientras que 33 negaron esta relación siendo así el 82,9 %. ➤ Acerca del impacto negativo en la imagen corporal con la respuesta sexual de la mujer mastectomizada, 7 mujeres afirmaron que la imagen corporal les produjo un impacto negativo en la respuesta sexual, por el contrario 17 respondieron negativamente a esta relación, representando el 68,7 %. <p>En el desarrollo de la investigación se detallan gráficos que denotan la satisfacción con las relaciones afectivas, sexuales de la mujer con su pareja en una comparación en el pre y post mastectomía, los resultados fueron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfacción sexual: Se evidenció un deterioro significativo para la satisfacción sexual post mastectomía comparada con el desempeño sexual previo a la cirugía de extirpación mamaria donde $p=0,04$. ➤ En lo que se refiere en la relación de pareja: No se refleja deterioro significativo en la relación con su esposo posterior a la mastectomía con un valor de $p= 0,17$. |

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11

Caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados.

| Publicación | Hallazgos |
|--------------------|---|
| B3 | <p>Los resultados de la prueba aplicado a las participantes de este estudio no muestran datos estadísticos, si no testimonios de las mujeres mastectomizadas. En la categoría de: Cuando la mastectomía trasciende el cuerpo: las cicatrices en la sexualidad, los autores relatan que se evidenció mediante la prueba aplicado, la vergüenza de la mujer mastectomizada en exponerse delante su pareja, el impacto negativo que esta condición genera, así como también la pérdida de la sensación del pezón. El estudio narra el papel los senos como medio de excitación sexual en los momentos de intimidad, por lo que su ausencia puede provocar perturbaciones en estos momentos de placer.</p> <p>Enseguida se presentan tres testimonios por las participantes (E3), (E13) y (E14) las cuales todas coinciden en no sentir más deseo sexual o placer. Continuando con la presentación de los resultados obtenidos para esta categoría, el documento afirma la pérdida de sensibilidad que genera la estimulación del pezón, sitio que ahora la ocupada una (cicatriz), ya que los placeres de la piel se integran como paso previo a la actividad sexual adulta, ya sea estimulando la zona de la mama mediante caricias orales o por el tacto. Es así como presentan nuevamente dos testimonios por las participantes (E2) y (E10) donde la primera describe el momento cuando la pareja la tocaba sentía entumecimiento en la zona de la cicatriz. La segunda relató que la sensibilidad no es la misma, cambió, parece que se ha perdido.</p> <p>Es relevante mencionar que los autores destacan datos estadísticos de un estudio previo la cual sustenta sus afirmaciones, sobre la sensibilización de la región mamaria operada, en el que el 94,1 % de las mujeres que se sometieron a la mastectomía tuvieron una reducción de la sensibilidad en la mama operada y el 82,3 % perdió por completo la sensación del tacto y las caricias en sus mamas.</p> |

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11

Caracterización del comportamiento sexual según los artículos seleccionados.

| Publicación | Hallazgos |
|--------------------|------------------|
|--------------------|------------------|

| | |
|-----------|---|
| A3 | <p>Este artículo se esfuerza por evidenciar la utilidad del método PILSET en los problemas de sexualidad que vive la mujer después de la mastectomía. Este modelo se distribuye en cuatro partes:</p> <p>P: Permiso para ayuda (<i>Permite acceder al tratamiento, iniciando la terapia participan en un taller donde cada uno exterioriza las cualidades del otro, seguidamente se les presentó una película donde la protagonista es una mujer con mastectomía y se presentaban momentos de relación íntima con su pareja.</i>)</p> <p>IL: busca de informaciones (<i>Acá se brinda información del órgano femenino y sus formas de estimulación para el placer, ayudándose de maniqués de la pelvis y de la vulva.</i>)</p> <p>SE: sugerencias específicas (<i>Se les brindó un papel y lápiz previamente para que las parejas participantes colocaran sus dudas e inquietudes con la intención de proteger la identidad de la pareja, esta actividad dio hincapié para aclarar dudas relacionadas a la sexualidad y su función, además del uso correcto de gel lubricante y de los juegos eróticos que puede utilizar con su pareja.</i>)</p> <p>T: Terapia (<i>Acá la enfermera tras un diagnóstico y proceso de evaluación refiere a las parejas con necesidad de atención por un médico especialista en sexología para su ayuda.</i>)</p> <p>La aplicación de este modelo evidenció un mayor puntaje en la escala del índice de función sexual femenina (<i>FSFI</i>). Previo al uso del modelo la puntuación de la escala arrojó un 13,78 y posterior a la aplicación del modelo aumento a 36,85.</p> |
| A4 | <p>Los autores presentan una tabla con resultados estadísticos donde se expresa el nivel de satisfacción sexual de la pareja, antes y después de la mastectomía.</p> <p>A mayor puntaje, mayor satisfacción sexual.</p> <p>En una escala del 1 al 10, la satisfacción sexual previo a la mastectomía, fue calificada por ambos (mujer y hombre) con un puntaje excelente de 9,4.</p> <p>Posterior al procedimiento de mastectomía, la puntuación para la satisfacción sexual en el hombre cae a 7,8 similar situación ocurre con la mujer calificando este ámbito en 7,3. Ahora bien, es notable el declive que muestra la satisfacción sexual en la pareja después de la mastectomía, pero es evidente aún más el declive para la mujer en comparación a su pareja.</p> |

Nota: Elaboración propia.

4.3.2 Análisis de la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada en el contexto Latinoamericano.

Seguidamente de la caracterización de los artículos que integran la presente pesquisa, se continúa a analizar a través de ellos, las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas latinoamericanas, conforme a categorías y subcategorías.

En esta sección se detallarán los resultados significativos de las vivencias sexuales que experimenta la mujer de Latinoamérica, posterior al procedimiento quirúrgico de la mastectomía, como tratamiento de sobrevivencia al carcinoma mamario, de los cuales se analizarán desde el ámbito bio-psico-social siendo nuestra referencia para las categorías de este trabajo. En letra cursiva se reflejarán las subcategorías.

Aspecto físico.

El aspecto físico está subcategorizado por la *pérdida de la integridad corporal y el surgimiento de la cicatriz*, por supuesto posterior al procedimiento quirúrgico de extirpación mamaria. Se debe recordar que las mujeres tratadas por cáncer de mama se encuentran expuestas a cambios muy marcados en relación con su aspecto físico, iniciando por la pérdida de uno o de sus dos senos, situación que viene a modificar de forma directa el autoconcepto sobre la imagen corporal que la mujer sobreviviente al cáncer de mama creó de sí misma, por tanto, la visualización de su apariencia desnuda es el área que esta población evalúa de forma más negativa, afirmación que se constató en seis artículos (A1- B1- A2 - B2- B3 - A4), en el primer artículo (A1) se visualiza que el 74.4 % de la población mostró un descontento con su imagen corporal, afectación que según los autores de este artículo, es la afectación principal que aqueja la mujer chilena. En el segundo artículo (B1) el 90% de las mujeres aseguraron sentirse desoladas tras la “mutilación” a la que fueron sometidas, y solamente el

10% expresaron frases de aceptación, y así se descubre el mismo sentir en la población de los demás artículos (A2 - B2- B3 - A4).

Recordemos que la mujer utiliza las mamas como un medio de excitación sexual en los momentos de intimidad, de forma que la ausencia de estas puede romper el momento de placer, entonces, con el *surgimiento de la cicatriz* también llega, la pérdida de sensación que genera la estimulación del pezón y la piel que recubre los senos, así lo describe el artículo (B3) que además, reporta que el 100% de las mujeres participantes de ese estudio, afirmaron problemas de sensación en el sitio de la cicatriz, problemas como la pérdida de sensación al tacto y a las caricias orales; en cambio, la única sensación experimentada en respuesta a este tipo de caricias se describe como “entumecimiento” en el área afectada.

De los siete artículos solamente uno, especifica y describe de forma puntual, la vivencia sexual tras el *surgimiento de la cicatriz*, hecho que constató el cambio de la sexualidad en la vida de la mujer.

Tabla 12

Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto físico.

| Categoría | Subcategoría | Evidencia |
|-----------------------|--|---|
| Aspecto Físico | <i>Pérdida de la integridad corporal</i> | A1: Puntuación para la percepción de su imagen corporal es del 74,4 también se encuentran datos estadísticos sobre la función física con un puntaje del 88,2. |
| | | B1: Acá las participantes se refirieron a la incapacidad física que les generó el procedimiento quirúrgico donde siete de 10 mujeres confirmaron incapacidad física, los autores resaltan que este sentir de las mujeres se debe a sufrimientos psicológicos que desencadenan reacciones en el cuerpo. En relación con la imagen corporal de la mastectomía el 90 % de las participantes manifestaron sentirse desoladas por la mutilación a la que fueron sometidas. |
| | | B2: De las 38 mujeres con mastectomía sin reconstrucción mamaria, 32 usaban una prótesis mamaria. La afectación de visualizar el cuerpo desnudo sin un seno o sin los dos les generaba un impacto negativo sobre su imagen corporal del 52,6 %. |
| | | A3: Con la intención de buscar la aceptación física, las mujeres reciben información de los órganos femeninos y su función enfocado en el placer sexual apoyándose inclusive de maniqués. |
| | | A4: Se presentaron un total de 43 respuestas sobre la percepción del cuerpo mastectomizado incluyendo la percepción de la mujer y su pareja. De las 43 palabras en respuesta al cuerpo femenino mastectomizado. Las mujeres afirmaron 22 veces palabras como (falta, vergüenza, cambio y miedo). Los hombres afirmaron 21 veces palabras como (falta, diferente, misma cosa) |

Nota: Elaboración propia

Tabla 12

Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto físico.

| Categoría | Subcategoría | Evidencia |
|-----------------------|-----------------------------------|--|
| Aspecto Físico | <i>Surgimiento de la cicatriz</i> | <p>A2: Del total de mujeres con mastectomía el 56,7 % perciben una imagen corporal alterada o incompleta. Los autores afirman que el grado de satisfacción con su apariencia desnuda fue el área evaluada más negativamente, afirman que la población declaró que evitaban ver su cicatriz mientras se duchaban y se esfuerzan por ocultar la cicatriz ante los demás.</p> <p>B3: Expuso la vergüenza de la mujer mastectomizada en exponerse frente a su pareja. Además de percibirse fuera de los estándares de belleza, las mujeres participantes de ese estudio afirmaron, problemas de sensación en el sitio de la cicatriz, problemas como la pérdida de sensación al tacto y a las caricias orales; en cambio, la única sensación experimentada en respuesta a este tipo de caricias se describe como “entumecimiento” en el área afectada.</p> |

Nota: Elaboración propia

Aspecto psicológico

En la dimensión psicológica se buscó identificar, las *emociones adquiridas* y la *respuesta afectiva* que la mujer muestra cuando se encuentra en una situación de la cual se viene razonando.

De acuerdo con los artículos incluidos en esta investigación, las *emociones adquiridas* surgen como respuesta al estímulo físico como lo es la distorsión física, emociones que generalmente son de naturaleza negativa, lo que hace más compleja la *respuesta afectiva* ante la satisfacción sexual.

En México se realizó un estudio direccionado a descubrir la relación de la nueva imagen de la mujer sin uno o sin los dos senos con la aparición de la depresión (A-2); así mismo en Brasil específicamente en el Joiville municipio de Santa Catarina, se llevó a cabo un estudio enfocado en evidenciar los aspectos emocionales como resultantes después de la mastectomía (B1), en ese estudio se cuantificó, solamente el 1% aseveró sentimientos de aceptación; por el contrario el 90% de la población expresaron *emociones adquiridas* como miedo, inseguridad y tristeza.

Los estados emocionales que se observaron en los estudios incluidos para el aspecto psicológico (A1- B1 - B 2 - A4 – B3 – A2) son: miedo, depresión leve, inseguridad, tristeza, sentimiento de inferioridad, sentimientos de mutilación, sentimientos de pérdida del atractivo físico y la pérdida del deseo sexual.

De lo anterior, con certeza la mastectomía consigue impactar las emociones de la mujer sobreviviente al cáncer de seno, estas *emociones adquiridas*, cada mujer las vive de forma diferente, con diferente intensidad, de acuerdo con el nivel de afrontamiento que cuente cada mujer en ese momento de vida.

Siempre en el plano de la sexualidad, para las autoras de esta literatura, son las *emociones adquiridas* las que modifican la *respuesta afectiva* de la mujer, entre la principal respuesta afectiva ubicaremos al disfrute sexual, entre los estudios analizados en esta investigación, se observa que esta respuesta afectiva se vive de forma subjetiva e individual en función del estado físico y psíquico (emociones y sensaciones). En el estudio (A1) se evalúa la calidad del disfrute sexual, dándole un porcentaje de 44,1 %, evidentemente la mujer con mastectomía radical tiene, un menor disfrute sexual en comparación con las mujeres con mastectomía conservadora, hecho que se atribuye a problemas con la autoimagen.

Así mismo en el estudio (A4) el resultado del nivel de satisfacción sexual antes de la mastectomía reveló un porcentaje de 9.4%, calificándolo como excelente satisfacción sexual por parte de la mujer, sin embargo, el resultado cambia de manera drástica posterior al procedimiento de mastectomía asignando al disfrute sexual un porcentaje de 7.3% demostrando cuantitativamente la afectación directa en la respuesta afectiva de la mujer ante el procedimiento quirúrgico en cuestión.

Tabla 13

Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto psicológico.

| Categoría | Subcategoría | Evidencia |
|----------------------------|-----------------------------|--|
| Aspecto Psicológico | <i>Emociones Adquiridas</i> | <p>B1: Este aspecto se describe en este artículo por una atención psicológica donde, una participante indicó bastante tensión psicológica y cinco más indicaron un poco. Además, los sentimientos de generados posterior al procedimiento fue de 10 mujeres, seis indicaron tristeza que según los autores se refieren a la tristeza generada por la mutilación de una parte de su cuerpo. Tres de ellas expresaron sentimientos de miedo e inseguridad y, solamente una denotó aceptación.</p> <p>A2: En cuanto a los resultados de la Escala BIS aplicada para ese estudio, los resultados para la asociación entre la imagen corporal y la depresión el 23, 30 % indicó que sí posee una imagen alterada de su cuerpo y el 34, 40 % indicó que además de visualizar su cuerpo como incompleto también sufría de depresión. Solamente el 23, 30% declaró sentir un cuerpo completo y no contar con depresión, sin embargo, el 20 % declaró sentir el cuerpo completo, pero con tendencia a la depresión. No obstante, los autores indican que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre imagen corporal y depresión ($p > .05$).</p> <p>B3: Los sentimientos de molestia en relación con la pérdida de su seno fueron evidenciados por las entrevistadas.</p> <p>A4: Para la mujer al ver su cuerpo con la mastectomía afirmó 26 veces palabras aceptación, cambio y nuevamente miedo. En cambio, la pareja de la mujer ante este ámbito afirmó 24 veces palabras de pena, tristeza, difícil, preconcepto</p> |

Nota: Elaboración propia

Tabla 13

Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto psicológico.

| Categoría | Subcategoría | Evidencia |
|----------------------------|---------------------------|--|
| Aspecto Psicológico | <i>Respuesta Afectiva</i> | A1: Se describe el funcionamiento emocional con un puntaje de 69,6 |
| | | B2: Respecto a la satisfacción con la relación afectiva de la pareja post mastectomía no se evidenció deterioro significativo ($p= 0,17$) |
| | | B3: una de las participantes informó tristeza al encontrarse sin un pedazo de ella. Otra indicó que su cuerpo nació perfecto y, desligarse de ese cuerpo perfecto es muy difícil. Una de las participantes indicó sentirse inferior. Otra de las participantes exclamó experimentar sensación de mutilación. |
| | | A3: Realizaron sesiones de asesoramiento sexual que le permite a la mujer y pareja trabajar con las particularidades de cada mujer sobreviviente al cáncer de seno. |

Nota: Elaboración propia

Aspecto social

El perfil social de la mujer mastectomizada perteneciente a los estudios tomados en cuenta en esta pesquisa se ve manifestado inicialmente por la *ruptura del papel femenino* lo que hace hincapié en ciertas *conductas desadaptativas* tales como comportamientos de evitación y de aislamiento.

En el estudio proveniente de Chile (A1) se quiso conocer, el funcionamiento de rol y el funcionamiento social de la mujer ante tal situación, los resultados arrojados para el funcionamiento de rol en cuanto a quehaceres y pasatiempos no se observan cambios significativos, sólo un decrecimiento del 15.4%, no obstante, el funcionamiento de rol en relación con el interés o actividades sexuales, se observa un decrecimiento del 20 por ciento.

En otro artículo esta vez proveniente de Brasil (B2) llevaron a cabo un estudio, donde evidencian el impacto de la mastectomía en papel femenino, los resultados son presentados en porcentajes, a mayor puntaje, mayor afectación: el impacto negativo en el vestuario fue del 36.8%, el impacto negativo para el uso de vestido de baño fue del 39.5% y el impacto negativo en el deseo sexual fue del 15.4%.

Todas las áreas de funcionamiento de rol se vieron afectadas, sin embargo, esta vez las afectaciones tienen como características que no denotan altos grados de afectación, sin embargo, estas inconformidades en el rol femenino dan hincapié a las conductas desadaptativas con su pareja y los demás.

Dentro de las *conductas desadaptativas* se descubrieron los comportamientos de evitación y de aislamiento de sí misma y con su pareja, se señala que estos comportamientos se producen inicialmente en sí misma, ya que a través de la indagación se encontró en un estudio (B1) que, en primera instancia una de las mujeres (Lirio) expresa que, se tomó su tiempo para mirarse frente al espejo, otra de las participantes (Gérbera) también expresa el

sentir de no querer mirarse frente al espejo, tiempo que le tomó “seis meses” y que además, percibía miradas curiosas por causa de la ausencia de la mama. Los autores de este trabajo literario aclaran dentro de su artículo que, los nombres usados para las participantes son ficticios y, solamente se usan a manera de identificar a cada una de ellas.

En otro estudio (B3) de diseño descriptivo, una de las participantes (E13) expresa la experiencia de verse a sí misma sin un seno, la participante afirma el sentimiento de sentirse extraña, sólo con un seno, en otro relato, otra de las participantes (E5) confiesa que se estremeció mucho al verse frente al espejo, se conmueve mucho consigo misma; y una participante más (E2), exterioriza que visualiza su pecho lisiado de un lado. Los autores de este estudio concluyen que, en relación con esta subcategoría las mujeres visualizan su cuerpo fuera de los patrones de belleza y, que además se sienten avergonzadas delante la sociedad. Es importante aclarar que los autores de este estudio asignaron códigos a las participantes, con el fin de proteger la identidad de estas.

El evitarse a sí misma y el aislamiento social son comportamientos que la mujer experimenta como resultado del rechazo a su nueva imagen corporal, imagen que para esta población no cabe dentro de los patrones de belleza, situación que acarrea comportamientos de aislamiento ante los demás por miedo al rechazo.

Ahora el comportamiento de evitación y aislamiento con su pareja es similar al que se describe anteriormente, siempre usando la misma literatura en el artículo (B1) se encontró la descripción de una de las participantes (Margarida) una de las participantes relata que ella se viste en el baño, no se viste enfrente de su pareja, (Hortencia) atestigua que se sintió acomplejada y que además durante la relación sexual con su pareja ella permanece con sostén y blusa para que no la vea ahí y para que no pueda tocar más nada.

Retomando el estudio (B3) para conocer el comportamiento social ante su pareja se descubren relatos como el de la participante (E1) la cual describe que procuraba no vestirse frente a su marido, a pesar de que su marido insistía para verla, era ella quien se ocultaba. (E6) relata, que siente vergüenza mostrarse completamente desnuda frente a su pareja, toma comportamientos como el no desvestirse en frente de él, simplemente no tiene valor. El relato de otra participante es parecido al de (E6), para (E8) no me vestía en frente de mi pareja por ningún motivo, le pedía salir del cuarto, en realidad no me dejaba ver de nadie.

Siempre dentro de este mismo estudio (B3) se encuentran tres relatos en relación con el comportamiento de evitación en cuanto a las relaciones sexuales, (E3) cuenta que no siente más deseos de tener sexo, (E13) expresa: ¡ya ni pienso en eso, ya no tengo sexo, no siento más deseo, placer, solo pienso en mi pérdida, es muy difícil! y (E14) menciona que su relación de pareja parece que acabó, ya no es lo que era.

A manera de cierre se analiza, que no es fácil para la mujer latinoamericana enfrentar una situación como la temática que este estudio viene desarrollando, a tal punto que evita verse frente al espejo, evita mostrarse ante ella y ante los demás sin prótesis externa mamaria. Se observa en la mujer una constante preocupación de rechazo de su pareja por el hecho de percibirse incompleta a tal punto, que se ve minimizado el contacto íntimo y sexual con sus parejas.

Tabla 14

Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto social

| Categoría | Subcategoría | Evidencia |
|-----------------------|---------------------------------|---|
| Aspecto Social | <i>Conductas desadaptativas</i> | <p>A1: El funcionamiento social demarca una puntuación de 83,2, también se menciona el funcionamiento de rol que incluye quehaceres y pasatiempos con 84, 6, En este estudio el aspecto más deteriorado es el aspecto psicológico donde claramente hay problemas emocionales.</p> <p>B1: A las participantes se les consultó por el apoyo social que reciben y nueve de ellas indicaron no sentir apoyo social de ningún tipo, solamente una indicó percibir algún tipo de apoyo. En cuanto al apoyo familiar el 100 % indicaron sentirse apoyadas por su familia. La participación por las participantes en el grupo de apoyo que le brindó el estudio confirmó un 100 % de ayuda para una mejor aceptación de su condición del tratamiento de extirpación mamaria.</p> <p>A3: En la primera etapa de este modelo de atención a la mujer mastectomizada se le ofrece un taller impartido por un médico especialista en sexología y personal de enfermería especializado. Finalmente, se las autoras exponen que compartir las experiencias vividas en su sexualidad con otras mujeres con la misma condición ayuda a cambiar la percepción de lo que anteriormente era anormal en algo que se encuentra dentro de lo normal en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.</p> |

Nota: Elaboración propia

Tabla 14

Resultados de las vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano identificados en la literatura para la categoría aspecto social.

| Categoría | Subcategoría | Evidencia |
|-----------------------|---------------------|--|
| Aspecto Social | <i>Evitación y</i> | A2: En cuanto a los factores determinantes para el desarrollo de la depresión en la mujer mastectomizada es la ocupación laboral u profesión que pueda desempeñar y que le permita interactuar con otras personas por tanto se describe un mayor porcentaje de mujeres de amas de casa que padecían depresión (79,5 %) en comparación con las que trabajaban fuera del hogar (38,1 %). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). |
| | <i>Aislamiento</i> | <p>Se observa una mayor afectación al estado físico de la mujer con mastectomía con actitudes de rechazo ante la cicatriz de mastectomía.</p> <p>B2: Los resultados de la relación fraternal en la pareja tampoco se evidenció un deterioro significativo ($p=0,32$).</p> <p>B3: La mujer relató experiencias de aislamiento y de ocultarse para su pareja y familiares.</p> <p>A4: Podemos incluir la interacción que la pareja puede generar en su relación de marido y mujer. Para la mujer en el ámbito sexual se observa cero veces de palabras relacionadas a su sexualidad. En cambio, para el hombre se registró dos veces palabras como sexo y deseo. Se visualiza en las 3 categorías mayor afectación de cada aspecto para la mujer en relación con la mastectomía en comparación a su pareja.</p> |

Nota: Elaboración propia

4.3.3 Distribución de los autores principales según profesión y formación académica

En la siguiente distribución se plantea analizar la profundidad que han alcanzado las investigaciones en el tema por parte de la profesión de enfermería. Para lo cual corresponde identificar a los autores según su género, y profesión. Ahora bien, autores en total son 34, de los cuales 28, son mujeres y 6 hombres.

Al describir cada una de las profesiones de los autores se ratifica lo descrito en la primera etapa de nuestro estudio; determinándose el interés interdisciplinario que posee el mismo y beneficiándose de la evolución epistemológica de cada una de las disciplinas que representan los distintos autores.

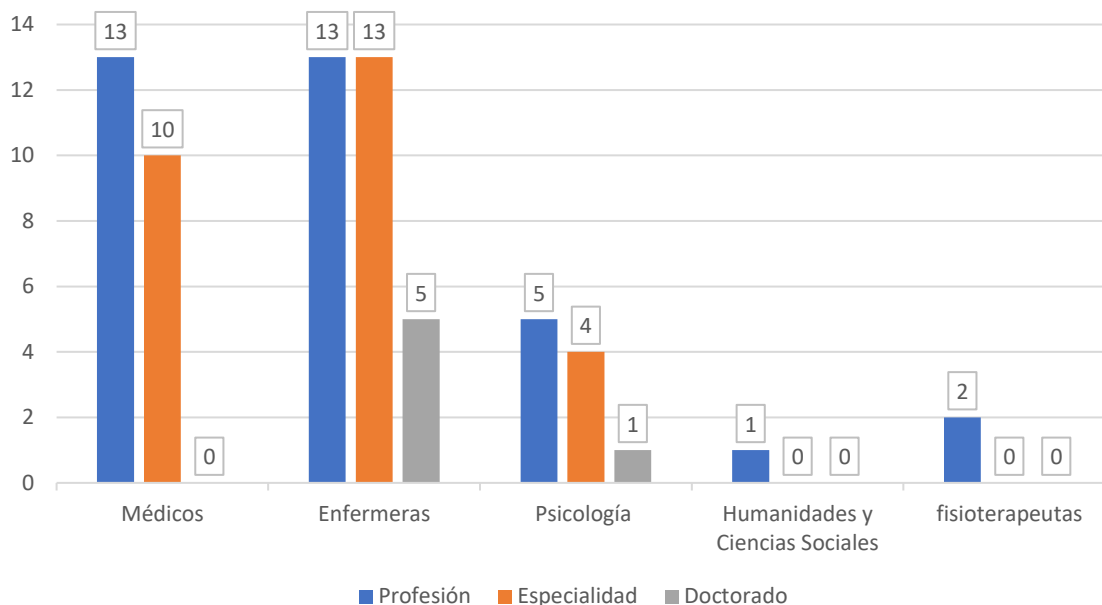
Para la presente investigación, encontramos la participación de 13 médicos, 10 de ellos cuentan con diversas especialidades (Oncología, Cirugía plástica y reparadora, Ginecoobstetra, Psiquiatra, Patología quirúrgica); cinco de ellas son Psicólogas, cuatro de ellas poseen especialidades (Posgrado en Psicología Social, Psico-oncología, Metodologías Cualitativas de Investigación), una de las cuatro Psicólogas especializadas posee también un doctorado en Psicología Social.

También se encontró una Licenciada en Humanidades y Ciencias Sociales; dos fisioterapeutas no se registraron datos de especialidades, finalmente se cuantificaron 13 enfermeras especializadas (Salud Pública, Enfermería Pediátrica, Materno Infantil, Salud de la familia, Salud, Sociedad y Medio Ambiente, Gineco obstetricia, Gestión en Salud, Clínica y Atención a la Salud.) cabe destacar que dos de las 13 enfermeras son Enfermeras Gineco obstétricas, también es esencial mencionar que cinco de ellas cuentan con el grado de doctorado (Ciencias de la Salud, Atención Clínica en Enfermería y Salud, Salud Pública).

Tal y como se ilustra en el siguiente gráfico.

Gráfico 1

Distribución de los autores principales según profesión y formación académica



Nota: Elaboración propia.

La preparación académica de los autores se manifiesta con titulación académica máster y doctorado.

Se destaca la participación de la disciplina de Enfermería y el grado de preparación académica de cada una de ellas y ellos, siendo una de las profesiones con más interés en el tema de estudio; es importante mencionar que esta situación no se puede atribuir a un hecho aislado, sino al interés de la disciplina por garantizar que el cuidado se brinde de forma holística a la población sobreviviente de adenocarcinoma mamario y que además se le practicó una extracción total de tejido mamario como consecuencia del tratamiento médico.

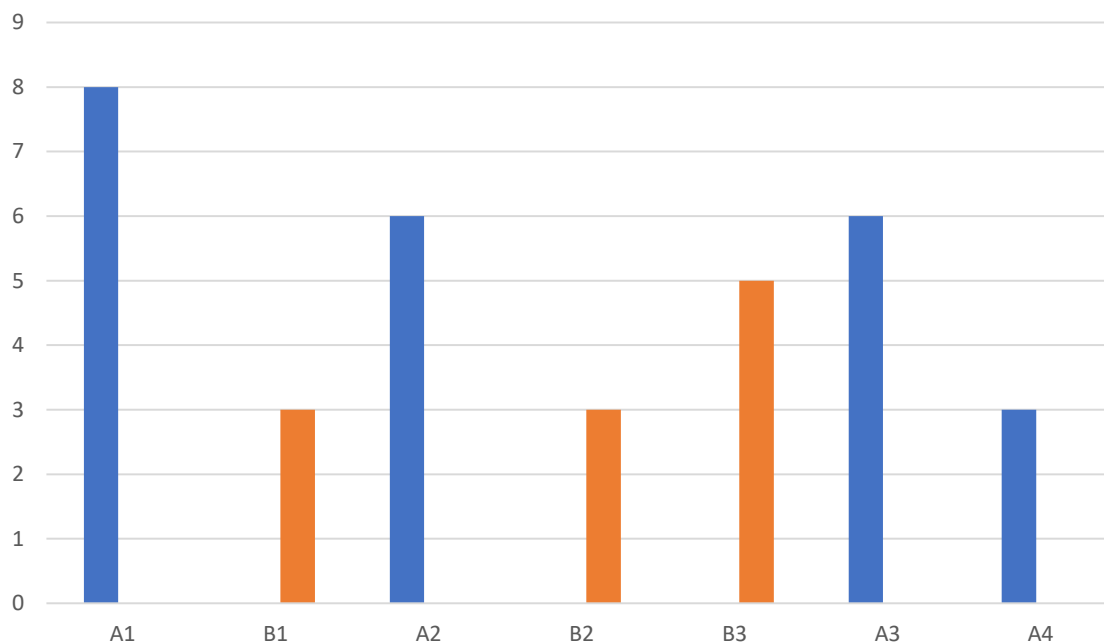
4.3.4 Distribución según el número de autores en las publicaciones incluidas

Esta sección esquematiza la cantidad de autores que participaron en cada artículo publicado y seleccionado; se determina que solamente un artículo contabiliza ocho autores, en dos de los artículos cuentan con seis autores, en un artículo se registran cinco autores, y tres artículos contabiliza tres autores únicamente.

De lo expuesto se confecciona el siguiente gráfico, con la intención de simplificar la información volviéndola más precisa para el lector:

Gráfico 2

Distribución según el número de autores en las publicaciones incluidas



Nota: Elaboración propia.

En este gráfico se emplea una combinación de letras y números con el propósito de distinguir en cada barra del estudio que se trata, además de precisar la fuente de origen de cada uno de ellos, debido a esto, se propone la siguiente codificación:

- **A1-** Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama
- **B1-** Câncer de mama: sentimentos e percepções das mulheres mastectomizadas
- **A2-**Câncer de mama e imagen corporal como factor pronóstico de depresión. Un estudio de caso en ciudad de México.
- **B2-** Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas.
- **B3-** Mastectomia: As cicatrizes na sexualidade femenina.
- **A3-** Modelo PILSET: aconselhamento sexual para sobreviventes do câncer de mama.
- **A4-** Representações sociais sobre o corpo e satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros.

Es valioso mencionar que por el nivel de exigencia científica que las publicaciones obtenidas presentan, es comprensible el aporte de varios profesionales en cada uno de los artículos, ya que el trabajo investigativo requiere de múltiples actividades como es el análisis de contenido, revisiones bibliográficas, digitalización de contenido, además de la aplicación de instrumentos como entrevistas, encuestas, terapias entre otros.

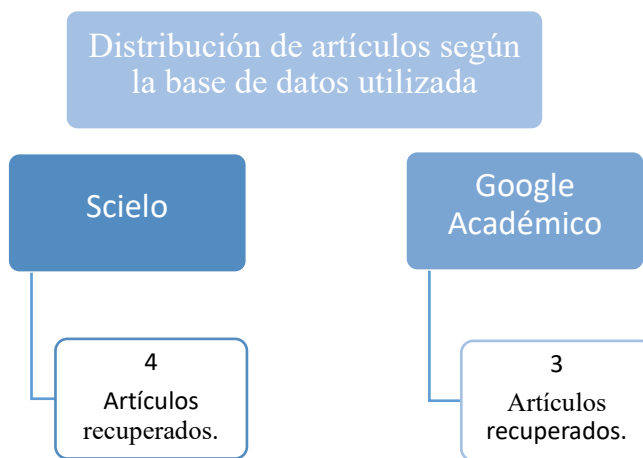
4.3.5 Distribución según la base de datos utilizada

Durante el proceso de consultoría en las bases de datos para la revisión integrativa se examinaron siete bases de datos, de las cuales arrojaron muchos artículos en relación con el tema, la selección de estos se apega a los criterios de inclusión descritos en el capítulo tres, como resultado de esa selección se toman en cuenta siete artículos la cual se obtuvieron de la base de datos de Scielo y Google Académico únicamente.

De la base de datos de Scielo se recuperaron cuatro artículos y de Google Académico se recuperaron tres artículos, a continuación, se presenta gráficamente lo descrito:

Figura 3

Distribución de los artículos según la base de datos utilizados



Nota: Elaboración propia.

4.3.6 Distribución según la revista de publicación

Los artículos seleccionados son publicados por diversas revistas con reconocimiento de larga data, revistas con publicaciones en las bases de datos consultadas como Scielo y Google Académico.

Los mismos fueron ubicados cada uno en las siguientes revistas: Revista Médica de Chile, Revista de Atenção à Saúde, Revista Nutrición Hospitalaria, Revista UNASP, Revista de Enfermagem UFPE on line, Revista Brasileira de Enfermagem, Periódicos Eletrônicos de Psicologia, Revista PePSIC.

Dado los resultados, denota que la información que ofrecen las Revistas con relación al tema es aún poca, evidenciando la necesidad de estudios como el actual para fortalecer el conocimiento disciplinar. Además, es oportuno describir la importancia de la búsqueda literaria en diferentes bases de datos para obtener referencias científicas destacadas.

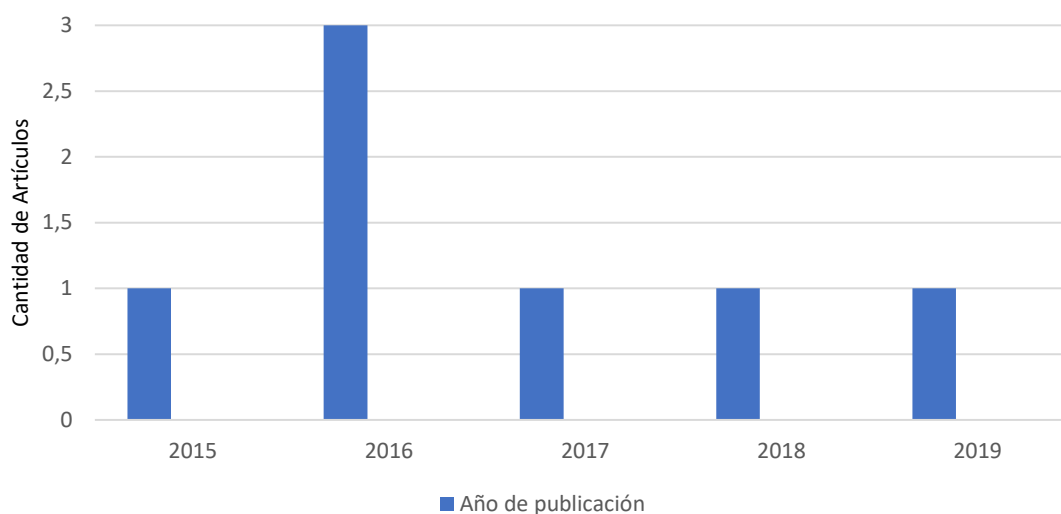
4.3.7 Distribución de acuerdo con el año de publicación

La selección de artículos se ajustó a los criterios de inclusión, uno de esos criterios define el periodo de años de la publicación que permite la selección, fecha que inicia el 1 de enero de 2014 al 30 de junio de 2019. Por tanto, dentro de ese rango de tiempo se encontró un artículo publicado en 2015, tres artículos en 2016, un artículo en los siguientes 2017 y 2018.

Nuevamente se mostrará la construcción de un gráfico que nos proporcione la misma información antes mencionada de manera precisa y dinámica:

Gráfico 3

Distribución de artículos de acuerdo con el año de publicación



Nota: Elaboración propia.

Se observó, que las publicaciones de artículos a fin con la investigación en curso se desarrollaron dentro de un intervalo de tiempo anual, lo que permite que se mantenga constante el ámbito metodológico, el enfoque teórico para un seguimiento valioso a través del tiempo.

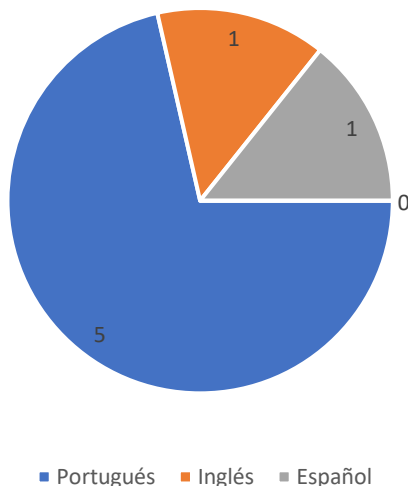
4.3.8 Distribución según idioma de publicación

Nuevamente la selección del idioma de las fuentes literarias, también son escogidos según los criterios de inclusión, esta vez definitivamente el idioma que dominó el total de artículos seleccionados es el portugués seguido uniformemente por el idioma español e inglés. Este fenómeno es acorde al país con mayores investigaciones con el tema en estudio.

Una vez más se procede a ilustrar los resultados encontrados en este análisis mediante el siguiente gráfico:

Gráfico 4

Distribución de artículos de acuerdo con el idioma de publicación



Nota: Elaboración propia

Este hallazgo es importante ya que el estudio es delimitado dentro del contexto Latinoamericano donde el dominio del idioma español y portugués son lenguas maternas, sin embargo, se tomó en cuenta el idioma inglés por ser un lenguaje universal. Por tanto, se destaca el interés sobre el tema tratado en la región sur de América y la necesidad de contar con más estudios con nuestra lengua materna.

4.3.9 Distribución de artículos de acuerdo con el país de origen

Para los artículos seleccionados en la realización de la presente revisión integrativa, se encontraron cinco artículos de Brasil, uno de México y uno de Chile para un total de siete artículos tomados en cuenta.

A continuación, se presentan la información obtenida de forma gráfica estimando el valor ilustrativo:

Gráfico 5

Distribución de artículos de acuerdo con el país de origen



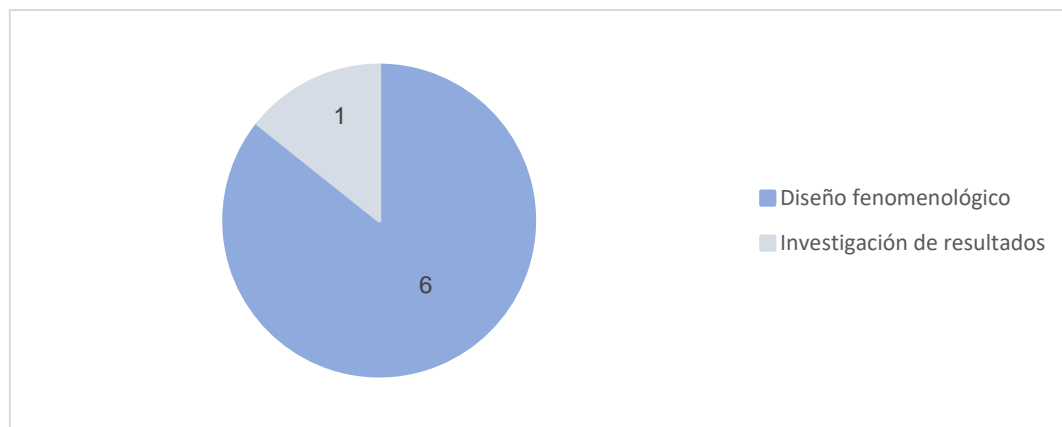
Nota: Elaboración propia.

4.3.10 Distribución según el diseño metodológico

Para la presente investigación, siete estudios recuperados son de enfoque cualitativo, seis de ellos poseen diseño fenomenológico y un único artículo diseño de investigación de resultados. A continuación, se presenta una descripción gráfica de los resultados de lo antes descrito.

Gráfico 6

Distribución según el diseño metodológico



Nota: Elaboración propia.

Capítulo V: Discusión

5.1 Discusión

Según Whitemore y Knafl (23) las revisiones integradoras sistemáticas y rigurosas tienen el potencial de presentar una comprensión integral de los problemas relevante para la atención médica. En este sentido, se trabajó en la discusión de los resultados obtenidos con la teoría, en relación con los objetivos planteados en este estudio, espacio que más tarde facilitará la construcción de las conclusiones y recomendaciones.

Entonces, en esta sección se presenta la relación de los resultados obtenidos de los siete artículos incluidos para el análisis de la presente investigación, con la teoría presentada en el gran marco teórico, capítulo II, en relación con la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada en el contexto Latinoamericano.

Dentro de lo que se conoce como proceso de socialización, las investigadoras se comprometen a la elaboración y presentación de un artículo científico para la divulgación de los resultados finales de la presente investigación, con el objetivo de marcar un precedente de la vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible.

Inicialmente se planteó la pregunta norteadora de esta revisión integradora: *¿Cómo es la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible?* en ese momento se desconocía la disponibilidad de artículos actuales sobre el tema en cuestión a nivel Latinoamericano, por lo que se decide comenzar la búsqueda con el objetivo de “analizar la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada en el contexto Latinoamericano”. El primer artículo caracterizado en el capítulo IV (A1) indicó que su

principal propósito fue el de describir la calidad de vida de pacientes sobrevivientes al cáncer de mama, con al menos un año de haber concluido su tratamiento. El siguiente artículo (B1) buscó conocer las características socioeconómicas, reproductivas y emocionales de la mujer mastectomizada, para aportar conocimiento y sensibilización a los profesionales y estudiantes de la salud, el tercer artículo según la tabla de caracterización (A2) se buscó relacionar la imagen corporal y la depresión y en segundo lugar determinar la posible implicación entre la depresión y el diagnóstico reciente y tardío de cáncer de mama. Otro artículo (B2) tuvo como propósito: Evaluar el impacto del tratamiento del cáncer de mama en la imagen corporal y las relaciones de las mujeres mastectomizadas, el siguiente artículo (B3) se interesó por describir los reflejos de la mastectomía sobre la sexualidad de las mujeres atendidas en el Programa Salud de la Mujer, y el artículo penúltimo (A3) se interesó por informar la experiencia del uso del modelo PILSET como herramienta de cuidado de enfermería para sobrevivientes de cáncer de mama con disfunción sexual y finalmente el artículo (A4) propuso comprender las representaciones sociales del cuerpo de la mujer y del cuerpo mastectomizado y ahondar en el nivel de satisfacción sexual.

Por tanto, se garantiza que: a través de la revisión bibliográfica disponible, se desvelan diferentes aspectos sobre la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada en el contexto Latinoamericano, lo que viene a responder nuestra pregunta norteadora antes planteada.

De acuerdo con la caracterización de las siete publicaciones incluidas en esta revisión de literatura, se enfatiza que la mayoría de las investigaciones tienen origen en América del Sur, siendo Brasil el país con más artículos publicados (n=5) le sigue Chile (n=1) para un total de seis artículos recuperados de esa región y, solamente un artículo se encontró disponible en la región de Norte América específicamente en México (n=1), con un conteo general de siete artículos recuperados en la región América de Latina. Es así como se muestra la necesidad de la producción de estudios sobre el tema en curso, por los países restantes que conforman dicha región y por supuesto nuestro país Costa Rica.

Los artículos tomados en cuenta se encontraron en dos bases de datos distribuidos de la siguiente manera: cuatro artículos recuperados de Scielo y tres artículos recuperados de Google Académico, este resultado se relaciona con el objetivo de la biblioteca electrónica Scielo por diseminar la literatura científica de países centroamericanos y sudamericanos, además del esfuerzo de las investigadoras del presente estudio, en ubicar literatura dentro del contexto latinoamericano. Se debe considerar que se consultaron otras 14 bases de datos, sin embargo, Google Académico al ser una base de datos de libre acceso cuenta con revistas destacadas en los países procurados.

Los artículos recuperados (n=7) se encuentran publicados en el idioma español, inglés y portugués resultando que: (A1) se encuentra publicado en el idioma español, (A2) en el idioma inglés, (B1), (B2), (B3), (A3), (A4) en el idioma portugués, Es así como se determina que, el idioma portugués es el más utilizado en las publicaciones incluidas para el análisis, este hallazgo va de la mano con el idioma oficial del país de origen, sin embargo, esta afirmación sólo concuerda para los artículos en idioma portugués y español, el único artículo publicado en el idioma inglés proviene de México.

El año de publicación de estos artículos se distribuyó de la siguiente manera: (A2) su publicación fue en el 2015; (A1), (B1) y (B3) se publicaron durante 2016; (B2) fue el 2017; (A4) en el 2018 y (A3) en el 2019, por tanto, en el 2016 se publicaron más artículos, tres en total.

En cuanto a los resultados de la distribución de los autores según la profesión y grado académico se encontró que del total de los investigadores 13 son médicos, cinco psicólogos, dos fisioterapeutas y un profesional en humanidad y ciencias sociales. Es importante destacar la intervención de los profesionales de enfermería, en temas de salud sexual independientemente de la condición física de las personas, en esta oportunidad se contabilizó la colaboración de 13 enfermeros y enfermeras, todos especialistas resaltando la capacidad curricular para intervenir y aportar en temas de sexualidad aún poco ahondados; se refuerza la idea del trabajo multidisciplinar para el abordaje integral de la salud sexual.

De acuerdo con la tabla caracterización de la población según artículo, se detalla el total de participantes de cada uno de ellos, dando como resultado de la sumatoria general el total de 238 mujeres latinoamericanas. Ahora bien, de las 238 mujeres, aproximadamente 193 de ellas se reportó sexualmente activa.

El rango de edad de la población total de las mujeres participantes de los estudios bajo análisis son los siguientes: (A1) osciló entre 38 y 83 años; (B1) entre 35 a 70 años; (A2) 36 a 76 años; (B2) 18 a 70 años; (B3) 47 a 71 años; (A3) no es claro, pero indica como criterio de inclusión ser mayor a 18 años. (A4) edad promedio 50 años. Estos datos nos dan la noción que el rango de edad es de 18 a 83 años, se observa un amplio rango de edad, lo que permite identificar los aspectos físicos, psicológicos y sociales en la mujer latinoamericana de forma amplia, desde la perspectiva de la mujer adulta joven, adulta y adulta mayor.

Respondiendo a uno de los criterios de inclusión de esta investigación el 100% de las 238 mujeres se practicó el tratamiento médico quirúrgico de mastectomía radical, sin reconstrucción mamaria. Este dato permite que los resultados de esta revisión de literatura sean confiables, entonces de las 238 mujeres mastectomizadas, 193 indicó disfrutar de una vida sexual activa, de acuerdo con lo planteado se reconoce en los artículos analizados el respeto por los derechos sexuales y reproductivos de las participantes, notando el cumplimiento del acuerdo por la convención Iberoamericana de los Jóvenes, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 2005, que establece en su artículo 23 medidas que eliminan la discriminación de las personas con discapacidad en asuntos relacionados a la sexualidad y reproducción (9). Por tal razón, se destaca el respeto a este derecho en todas las publicaciones recuperadas en este trabajo investigativo.

En esta revisión de literatura el objetivo general fue analizar la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada en el contexto Latinoamericano, recordemos que la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Razón por la cual, esta vez analizaremos la sexualidad desde el ámbito bio-psico-social, siendo referencia para las categorías que se discutirán a continuación. (9).

Categoría: Aspecto físico.

En cuanto al aspecto físico se refiere, el tejido mamario es un órgano glandular, presente en ambos sexos, no obstante, es hasta en la pubertad cuando las características secundarias de estas glándulas se desarrollan, esto ocurre cuando se produce la maduración de la capacidad para la función reproductiva, los cambios se originan en el cerebro y el hipotálamo dando lugar al comienzo de la foliculogénesis, lo que lleva a cambios cíclicos en la producción de estrógeno y progesterona. Por lo tanto, los tejidos como las mamas y el endometrio que son dependientes de los estrógenos para que comiencen su maduración, dando como resultado la telarquia, la menarquía y la protrusión del tejido mamario en el sexo femenino (1).

La característica femenina que se ha descrito puede llegar a convertirse en una desilusión cuando el cáncer de mamas aparece en la vida de la mujer donde el tratamiento es agresivo y definitivo como lo es la extirpación de uno o de ambos senos, la mastectomía radical modificada es el tratamiento estándar para la mayoría de mujeres con cáncer de mama de etapa I, II y III, en dicha cirugía se retira toda la mama la piel suprayacente, el pezón y el complejo areolar, así como la fascia pectoral subyacente en continuidad con los ganglios linfáticos axilares (2)

En relación con la subcategoría, *pérdida de la integridad corporal* se identificó en seis de los siete artículos seleccionados para el análisis de este documento, el descontento de la mujer latinoamericana tras ver la extirpación de su seno o de ambos, con el desarrollo de los resultados se distinguió que, no todas las mujeres perciben y reaccionan a tal situación de la misma forma, sin embargo, para más del 70% de la población general estima que su imagen

corporal es el área más afectada en la vida de cada una, en la mayoría de casos expusieron que percibieron que fueron sometidas a una “mutilación” (29, 30, 31, 32, 33, 35).

El sentimiento de no sentirse completas corporalmente las lleva a tomar acciones determinadas para mitigar esta experiencia de vida, así lo describe el artículo (B2) donde afirma que la totalidad de su población utilizaba prótesis mamaria externa como una forma de compensar la ausencia del seno, caso parecido sucedió con la población descrita en el estudio (A3), donde las mujeres con la intención de buscar la aceptación física, recibieron información de los órganos femeninos y su función enfocado en el placer sexual apoyándose inclusive de maniqués además de compartir sus sentires y percepciones con otras mujeres con la misma condición bajo la modalidad de talleres (32, 34). Solamente el 10% de la población relató aceptar su nueva imagen, pero recalcan que la aceptación no fue de manera inmediata (31, 32, 33, 35).

En cuanto a la subcategoría del *surgimiento de la cicatriz* solamente un artículo relata de forma precisa lo que ocurre en el sitio de la cicatriz, los demás se enfocan en la alteración de la imagen corporal y las afectaciones que esta acarrea, desde luego vista desde otras perspectivas. Sin embargo, únicamente se encontró un artículo actualizado que se focalizó en la afectación propiamente de la cicatriz de la mastectomía, descubriendo así que con el *surgimiento de la cicatriz* también surgen nuevas sensaciones, como la sensación de entumecimiento tras la falta de todo el tejido mamario que la literatura menciona (33).

Tras la extirpación de toda la estructura mamaria por causa de las células malignas, también se extirpa de forma consecuente tejido sensitivo, fibras musculares que rodean todo el pezón que son las encargadas anatómicamente de responder fisiológicamente a la hora de la estimulación oral o táctil como se describe en el capítulo I, las mujeres en el artículo (B3)

reportaron problemas de sensación en el sitio de la cicatriz, problemas como la pérdida de sensación al tacto y a las caricias orales durante una relación sexual con su pareja. Se puede entender que la interacción de estos factores consecuentes del procedimiento de la mastectomía frena la expresión en la práctica sexual de la mujer latina (33).

Se puede evidenciar claramente, que físicamente hay una relación con la teoría de este estudio y las vivencias de la mujer latina encontradas en los artículos resultantes de la búsqueda de literatura realizada por las investigadoras de esta pesquisa.

Categoría: Aspecto psicológico.

Relacionado a esta categoría primeramente se debe destacar la función fisiológica que la glándula mamaria ejerce durante la excitación sexual, para luego relacionar de forma más congruente los sentimientos que emanan en la mujer latina posterior al procedimiento quirúrgico de mastectomía.

La peculiaridad en la función fisiológica de los senos femeninos la describe Karchmer S. (51) y la detalla en el periodo de excitación sexual tras el estímulo visual y táctil: “Los pechos mismos se hinchan con sangre, aumentando su tamaño total en más de 25%. Esta turgencia tiene el efecto de hacer toda su superficie más sensible y receptiva al abrazo cuerpo a cuerpo de la pareja”.

Entonces para esta categoría se identifican dos subcategorías, una de ellas son las *emociones adquiridas* que surgen como respuesta al estímulo visual que les produce la distorsión física a la que se vieron sometidas como método de sobrevida al cáncer mamario. Partiendo de esto, los estudios hicieron hincapié en sentimientos como el miedo, la depresión leve, la inseguridad, la tristeza, el sentimiento de inferioridad, el sentimiento de mutilación,

el sentimiento de pérdida del atractivo físico y la pérdida del deseo sexual recalca la teórica del presente estudio que estos sentimientos no todos se viven al mismo tiempo ni con la misma intensidad y es así como el artículo realizado en México (A2) define con menos afectación de depresión a las mujeres mastectomizadas que contaban con un trabajo donde se requería desentenderse de sus emociones negativas que le causa la mastectomía en comparación de las que se quedaron en casa. También otros estudios explican que, de acuerdo con el apoyo de la pareja o de la familia logran lidiar con estas emociones o por lo menos experimentarlas con menos intensidad. (30, 32, 33, 34, 35)

Siempre en el desarrollo del aspecto psicológico la siguiente subcategoría se define como la *respuesta afectiva* que muestra la mujer durante el momento de la relación sexual, cuatro de los artículos evaluaron el disfrute sexual como respuesta afectiva del momento sexual, tal experiencia resultó con datos estadísticos insatisfactorios, en uno los puntajes que las mujeres de este estudio le dieron al disfrute sexual fue de 44.1 (A1), una población más calificó el nivel de disfrute sexual, nivel que también fue medianamente satisfactorio con un 7.3 (A4). Situación parecida acontece con unos de los artículos publicados en Brasil (B2) donde se evaluó el impacto negativo de la imagen corporal con la respuesta sexual de la mujer donde el 29.2 % afirmó haber sido impactada en este aspecto como nos lo plantea esta sección de subcategoría.

Con base en lo señalado, cabe preguntarse: ¿Disfrutará de la sexualidad la mujer latina, sin la estructura mamaria con la que nació y que, además ya no experimenta respuestas fisiológicas ante el estímulo táctil durante periodo de excitación?

Como autoras de este trabajo investigativo razonamos que, por supuesto el disfrute sexual también sufre de alteraciones, cada mujer con intensidad distinta, unas más que otras, pero siempre habrá un grado de alteración en el disfrute sexual, este desencanto del que se comenta cuenta con la ventaja que se puede trabajar con los profesionales de salud a fin con talleres, charlas grupales con su pareja o familia, terapias individualizadas o con su pareja ya que en el artículo (A3) se demostró que después del desarrollo del método PILSET un espacio de terapia para la pareja la satisfacción sexual mejoró un 36,8 % (29, 32, 34, 35).

Categoría: Aspecto social.

A la luz de la teoría de este estudio, recordaremos que para la Organización Mundial de la Salud la sexualidad también se expresa con la identidad de género ante la familia y sociedad, se vive a través de las actitudes, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones interpersonales que la persona exprese en un momento dado de la vida (8).

Con base a lo antes sustentado cuatro de los artículos desvelan que, con la llegada de la mastectomía se produce de forma inmediata la *ruptura del papel femenino* así lo relata el estudio realizado en Chile, donde se visualiza un decrecimiento del 20 por ciento en el funcionamiento de rol en relación con el interés o actividades sexuales, en otro estudio desglosa actividades que identifican a la mujer dentro de su papel femenino como lo es el vestuario, el traje de baño, y así también el deseo sexual que esta pueda experimentar y desenvolver, todas estas actividades tuvieron cierto grado de afectación lo que lleva a las autoras de esta investigación a analizar, que la ruptura del papel femenino no se rompe totalmente, impresiona que sólo se inhibe es ahí donde florecen las conductas desadaptativas (29,32).

Entre las *conductas desadaptativas* se desvelaron comportamientos de evitación y de aislamiento consigo misma como con su pareja, en relación consigo misma, se encontraron comportamientos como el de no querer mirarse frente al espejo, siempre procuraban mostrarse para ellas ya con la prótesis, ahora las *conductas desadaptativas* de evitación y de aislamiento con su pareja relativamente es similar, en el sentido que procuraban no mostrarse ante la pareja completamente desnuda, en los momentos de la relación sexual procuraban mantenerse con la prótesis mamaria externa, con brasier y además con una blusa que la mantuviera cubiertas, también se menciona que se llegaba al punto de no dejarse tocar el área de los senos para no mostrarse incompleta ante la pareja, muchas indicaron que habían perdido el interés por la práctica sexual inclusive mencionaron ya no mantener relaciones sexuales con su pareja. Se percibió el sentimiento de inferioridad marcado por la belleza femenina, el miedo constante de rechazo por parte de la pareja se analizó que es la mujer misma que se aísla de los demás por el hecho de sentirse incompleta, se concluye que esta conducta únicamente interrumpió el contacto íntimo y sexual con su pareja (30, 32, 33).

A través de uno de los ejes de acción en la práctica de enfermería como lo es la investigación se descubren artículos que evidencian las vivencias de las mujeres que son sometidas a una mastectomía completa por causa de un diagnóstico de cáncer de seno, en este sentido como personal de la salud especialista en Gineco-obstetricia se reflexiona sobre la necesidad de continuar fortaleciendo uno de los cuatro componentes de los metaparadigmas de la Enfermería como lo es el *Cuidado* (3), por tanto, precisamos cuidar del otro con conocimiento, pero más allá de cuidar del otro con conocimiento necesitamos cuidar al otro *con interés humano*.

Comprender el momento vivido por estas mujeres ayuda a optimizar la gestión clínica, asegurándole a la población blanco un servicio de *calidad con calidez* (5). A pesar del escenario de salud al que ellas se enfrentan precisan un profesional de salud que le ofrezca un cuidado integral que incluya *salud sexual*, ya que sus beneficios son claros.

En este contexto el inadecuado disfrute sexual que pueden llegar a experimentar estas mujeres mastectomizadas repercute directamente en su salud física, emocional y social, por tanto, la enfermera o enfermero especialista en Ginecoobstetricia y Perinatal es uno de los profesionales competentes para el abordaje oportuno del cuidado ginecológico y, que además incluyan el abordaje de las emociones y experiencias sexuales con el fin de promover la salud de estas.

Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

A continuación, se plantean las consideraciones finales del presente estudio de investigación.

Relacionado a los aspectos físicos, psicológicos y sociales que vivencia la mujer latinoamericana con la mastectomía

- ❖ En la presente investigación se percibió en cada uno de los estudios consultados, relatos claros de expresiones negativas de las mujeres latinoamericanas sobre sus senos alterados posterior a una mastectomía. Donde la sensación de mutilación física fue la frase más utilizada por las participantes de los estudios, además de manifestar la pérdida de la perfección femenina y por consiguiente delataban la preocupación de no sentirse atractivas para su pareja.
- ❖ Además, se percibe de parte de los investigadores un esfuerzo por evidenciar un mayor impacto negativo en la visualización de la imagen corporal del cuerpo mastectomizado por parte de la mujer que lo vivencia en comparación con su pareja, ya que la pérdida de la mama acarrea múltiples cambios en relación con su sexualidad, aspectos que incluyen cambios en el vestuario, en la visualización del cuerpo desnudo, así como también en el deseo sexual y el nivel de satisfacción de este.
- ❖ Se constató que el procedimiento quirúrgico de la extracción mamaria en la mujer sobreviviente al cáncer de mama les ocasiona un momento de fragilidad emocional especialmente sobre su propia imagen corporal lo que generalmente provocaba un comportamiento de aislamiento de sí misma hacia su compañero por sentimientos de

vergüenza y miedo por el rechazo de su pareja, por supuesto que este comportamiento afecta de manera directa la salud sexual de la mujer y su pareja.

- ❖ Se rescata la evidencia reflejada en dos de los artículos seleccionados para este estudio, el registro estadístico sin cambios significativos para la relación afectiva y fraternal en la pareja que vivencia una mastectomía, en cambio, se refleja un deterioro significativo en la satisfacción sexual de la pareja.
- ❖ Socialmente el principal estereotipo que se evidencia dentro la percepción de las autoras corresponde al dúo seno- belleza femenina, por tanto, desde esta perspectiva podemos visualizar con mayor claridad que la pérdida del seno rompe de inmediato la unidad de este estereotipo, desestabilizando la identidad de la mujer ante ella misma y la sociedad.
- ❖ Sin embargo, así como la sociedad se encarga de fomentar un estereotipo con el cuerpo femenino, así también es la sociedad misma, que con las redes de apoyo como la de su pareja, familia, amigos, ONG y personal médico, son fundamentales en el afrontamiento del proceso de adaptación a la extirpación mamaria. Pues la literatura destacó el trabajo positivo que estos grupos generan en la mujer, ayudándola a recuperar la salud en sus emociones y en la relación personal con su pareja y las demás personas a su alrededor.

Conforme a nuestro objetivo general, sobre la vivencia de la sexualidad de la mujer mastectomizada en el contexto Latinoamericano.

- ❖ De los siete artículos considerados para el fundamento de estudio, seis de ellos confirmaban que más del 90 % de su población se encontraba en una relación de pareja, este hecho aporta veracidad a los resultados develados para cada uno de ellos, en cuanto a la vivencia sexual de la mujer mastectomizada se refiere.
- ❖ Este estudio analizó el impacto de la cirugía de mastectomía en el disfrute y satisfacción sexual de la mujer, encontrando diferencia significativa antes del procedimiento y después de la cirugía. Previo a la cirugía, la mujer se refiere al placer sexual como óptimo, sin embargo, el panorama cambia posterior a la mastectomía, reportando considerablemente menor satisfacción sexual, se trata de un menor disfrute sexual y satisfacción en relación con su pareja.
- ❖ Se evidenció que, en uno de los siete estudios de investigación, la totalidad de las mujeres participantes de la pesquisa reportaron pérdida de sensibilidad, originada por la estimulación del pezón, ya sea por caricias orales o táctiles de parte de su pareja como parte de la intercomunicación durante las experiencias sexuales, consiguiendo debilitar la calidad a la respuesta del placer sexual. Al contrario, estas mujeres expresaron sensaciones de entumecimiento en el área de la cicatriz.

Respondiendo nuestra pregunta norteadora: ¿Cómo es la vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada según la evidencia científica disponible?

- ❖ Tras el análisis de los resultados obtenidos, se confirma el acierto por parte de las investigadoras en la implementación de la metodología de Revisión Integrativa, ya que facilitó artículos disponibles en el nivel nacional e internacional logrando revelar los aspectos de interés propuestos al inicio del presente trabajo. En este contexto se manifiesta que mereció la pena el abordaje de la salud sexual de la mujer, ya que se conoció que, en dicha región, el país con más estudios relacionados al tema es Brasil, le sigue México y Chile, encontrando a nuestro país carente de información de este tipo. Por tanto, se visualiza la necesidad de trabajar con estudios que aborden la salud sexual de la mujer con mastectomía de Latinoamérica y nuestro país.
- ❖ Se percibió la participación investigativa multidisciplinaria confirmando que la mujer con mastectomía requiere de una atención multidisciplinaria y con certeza la participación del enfermero o enfermera obstetra y perinatología, ya que esta disciplina demostró la efectividad de la aplicación de actividades como la aplicación del modelo PILSET, talleres educativos, labor que abrió espacio para que la mujer con mastectomía expresara sus sentimientos y vivencias sexuales pero también esos espacios posibilitaron que la mujer se capacitara para adaptarse y aceptar su cuerpo ahora sin uno o sin los dos senos.

6.2 Recomendaciones

A continuación, las investigadoras presentan las recomendaciones posteriores al análisis de los resultados:

- ❖ La principal recomendación de esta pesquisa responde al que hacer disciplinar de la enfermería en el área de la investigación, se incentiva a la participación activa de los Enfermeros y Enfermeras especialistas en Ginecología Obstetricia y Perinatología de nuestro país al desarrollo de investigaciones futuras, en estudios enfocados en profundizar en otros mecanismos de intervención que auxilien a las mujeres a enfrentar y aceptar los cambios que acarrea la mastectomía en su salud sexual, con el propósito de garantizar el bienestar físico, funcional y psicosocial de la mujer en ese momento de su vida.
- ❖ Se motiva al profesional especialista en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal de nuestro país, a la construcción de investigaciones futuras donde se aborde a la salud sexual y salud reproductiva de la mujer mastectomizada con la implementación del Modelo de Adaptación de Callista Roy, con la intención de ayudar a que la mujer mastectomizada logre alcanzar el mayor grado de aceptación en las cuatro esferas de su vida como lo son área fisiológica, autoimagen, dominio del rol e interdependencia de forma que pueda recuperar la salud bio-psicosocial y logre disfrutar su sexualidad de manera plena.
- ❖ Fomentar la participación del profesional de enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal en conjunto con otras disciplinas con fines comunes, para que puedan trabajar en equipo en el abordaje integral de la mujer con mastectomía, para su bienestar bio-psico-social. El trabajo articulado multidisciplinar favorecerá la

intervención especializada para la solución de los problemas de salud sexual que enfrenta la mujer y su pareja.

- ❖ Desarrollar espacios educativos por parte del personal Enfermería Ginecológica Obstétrica y Perinatal, dirigidos al personal de salud a cargo como son los auxiliares de enfermería, personal ATAP, y de nuevo ingreso en el primer nivel de atención, con actividades educativas como por ejemplo: preclínicas, charlas, talleres educativos, que fortalezcan el conocimiento de enfermería en el cuidado directo, y la sensibilización por estos temas tabúes hacia los problemas de salud sexual que enfrenta la mujer mastectomizada, permitiendo el mejoramiento continuo para la calidad de atención tanto para ella como también de su pareja.
- ❖ Ejecutar y promover actividades educativas como, por ejemplo: talleres exploratorios, la aplicación del modelo PILSET, para las parejas que vivencian las afectaciones de la mastectomía como también para su familia, orientadas a la solución de los problemas e inquietudes de la salud sexual y reproductiva que puedan afrontar en ese momento de sus vidas, además trabajar en la prevención, así como también del fomento de la salud sexual y salud reproductiva. Actividades que el personal de Enfermería especialista en Ginecobstetricia puede llevar a cabo con la finalidad de alcanzar y mantener una salud integral de la mujer sobreviviente de cáncer de seno y su familia.
- ❖ Las enfermeras y enfermeros Ginecobstetras y Perinatales siempre dentro del escenario educativo, puede participar en la elaboración diagnóstica sobre las actitudes y prácticas que acostumbra la pareja, respecto a los derechos sexuales de la persona, y mediante espacios de reflexión dentro del centro de salud, fortalecer las flaquezas encontradas, destacando la importancia del consolidar el vínculo afectivo de amor

sano en la pareja, con el propósito de lograr el disfrute satisfactorio, pleno y sano, además de disfrutar de su sexualidad de modo responsable y segura.

- ❖ Sensibilizar a los profesionales en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal en los diferentes niveles de atención en salud, sobre la importancia del acompañamiento de la disciplina no sólo para brindarle los cuidados pre, intra o post operatorios, que son propios de un procedimiento quirúrgico, si no también intervenir en el cuidado biopsicosocial de la mujer con cáncer de seno previamente, durante y por supuesto posterior a la mastectomía, se aconseja integrar la participación del recurso interdisciplinar disponible de enfermería como lo es Salud Mental, Enfermería Oncológica, para la aplicación integral del proceso de atención de enfermería que propiciará reducir las repercusiones que la condición médico-quirúrgica le genere a la mujer en un momento dado.
- ❖ Incluir en el plan de estudios universitario de la Maestría ginecológica, obstétrica y perinatal, temarios referentes al abordaje y manejo de los problemas en salud sexual que puedan vivenciar personas con procedimientos médico quirúrgicos dentro de la rama ginecológica que afecte directa o indirectamente su sexualidad, con el fin de instruir al estudiante sobre estrategias en la intervención del cuidado de la mujer con pérdida de la salud sexual o salud reproductiva con mastectomía, potencializando sus habilidades y destrezas en el campo laboral, además de generar empatía por la mujer mastectomizada y su familia.

Bibliografía

1. Hammer G. Fisiopatología de la enfermedad: Una Introducción a La Medicina Clínica. 8a ed. México: McGraw-Hill; 2019.
2. Papadakis M. Diagnóstico clínico y tratamiento. 56a ed. California, E.E.U.U.: McGraw Hill; 2017.
3. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Rev. Arch Med Camagüey [Internet]. 2019 [citado 11 de agosto de 2021]; 23(6):814-825. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n6/1025-0255-amc-23-06-814.pdf>
4. Universidad de Alicante. Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades. Abril; N°53; 2019.
5. Reglamento de Enfermería ginecobstétrica y perinatal de Costa Rica. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Diario Oficial La Gaceta. 2005. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=54204&nValor3=59293&strTipM=TC
6. Boletín Estadístico de Incidencia de Tumores malignos más frecuentes en Costa Rica del año 2013. Ministerio de Salud Pública de Costa Rica. San José. Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de la Salud; 2015. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas-y-bases-de-datos-vigilancia-de-la-salud/estadisticas-vigilancia-de-la-salud/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/boletines-de-incidencia-cancer/1725-boletin-de-incidencia-de-cancer-2013/file>

7. Zapata RM, Gutiérrez M. Salud Sexual y Reproductiva. Almería: Editorial Universidad de Almería; 2016.
8. De la Fuente JR, Heinze G. Salud mental y medicina psicológica. 3a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.; 2017.
9. Política Nacional de Sexualidad. Ministerio de Salud Pública de Costa Rica. - I Parte. 1a ed. San José: Impresión: Diseño y Artes Amón; 2011.
10. Dapuez M. Educación Sexual Integral ¿Como implementar la ESI con equidad de género? en territorio de educación y salud. Córdoba Argentina.: Editorial Brujas; 2019.
11. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual. [Internet].; 2021 [citado 25 de abril de 2022]. Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1.
12. Unión Interparlamentaria. Derechos Humanos. Manual para Parlamentarios N° 26. Naciones Unidas. [Internet]. 2016. [citado 25 de abril de 2022]. Disponible en https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookParliamentarians_SP.pdf
13. Ministerio de Salud. Declaración de los Derechos Sexuales. [Online].; 2016 [cited 2021 Octubre 05. Available from: HYPERLINK "https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sexualidad/decladerecsexu.pdf"
14. Ministerio de Salud de Costa Rica. II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Encuesta Nacional. San José; 2016.
15. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 12a ed. España: McGraw Hill Education Inc.; 2021.

- 16.** Martín-Gines C. El cáncer de mama y la sexualidad. NPUNTO. [Internet]. 2020. [citado 25 de abril de 2022]. Vol.III N°33: 56-78. Disponible en <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5fe3258b28a3dart4.pdf>
- 17.** Madinabeitia TE. Cáncer: Cómo afrontar los tres días esenciales. 1a ed. Barcelona: © Editorial UOC; 2018
- 18.** Batista da Silva M, Pessoa Junior JM, Nunes de Miranda FA. Trajetória de vida de mulheres mastectomizadas à luz do discurso do sujeito coletivo. Revista de Pesquisa, cuidado é fundamental online. 2016;8(2):4365-4375.
- 19.** Villacampa-Alonso M. Sexualidad en mujeres mastectomizadas: comparación del antes y después de la mastectomía. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2020. [citado 25 de abril de 2022]. Disponible en <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sexualidad-en-mujeres-mastectomizadas-comparacion-del-antes-y-despues-de-la-mastectomia/>
- 20.** Ortiz-Rozalén C. La vivencia de la sexualidad en la mujer mastectomizada. [Tesis de grado en Enfermería]. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid; 2016. Disponible en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675746/ortiz_rozalen_cristinatfg.pdf?sequence=1
- 21.** Herrera-Gómez A, Ñamendys-Silva SA, Meneses García A. Manual de Oncología. 6a ed. Pérez MB, editor. México: McGraw-Hill Interamericana; 2017.
- 22.** O'Connor S. Secondary Data Analysis in Nursing Research: A Contemporary Discussion. Clinical Nursing Research [Internet]. 2020 [citado 26 de mayo de 2022]; 29(5):279-284. Disponible en DOI: 10.1177/1054773820927144

- 23.** Whittemore. R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546–553.
- 24.** Crossetti, MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):8-9.
- 25.** Manterola Carlos, Asenjo-Lobos Claudla, Otzen Tamara. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2014. [citado 21 mayo 2020]; 31(6): 705-718. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
- 26.** Barrantes R. *Investigación un Camino al Conocimiento.* San José: EUNED: 2018
- 27.** Toronto C, Remington R. *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review.* 1st ed. Switzerland: Springer Nature; 2020.
- 28.** Ciapponi, A. La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para reportar revisiones sistemáticas. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria* [Internet]. 2021 [citado 26 de mayo de 2022]; 24(3). Disponible en <https://doi.org/10.51987/evidencia.v24i4.6960>
- 29.** Irarrázaval M, Kleinman P, Silva F, Fernández L, Torres C, Fritis M. et al. Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2016 [citado 26 de mayo de 2022]; 144(12):1567-1576. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200008
- 30.** Ferreira M, Chaves F, Monterrosa L. Câncer de mama: sentimentos e percepções das mulheres mastectomizadas. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Su* [Internet]. 2016 [citado 26

de mayo de 2022]; 14(9): 41-52. Disponible en https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3736

31. Aguilar M, Mur N, Neri M, Pimentel M, García A y Gómez E. Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutr Hosp.* [Internet]. 2015 [citado 26 de mayo de 2022]; 31(1): 371-379. Disponible en <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7863.pdf>

32. Batista Pereira G.; Silva Martins Gomes A.; Rute de Oliveira R. Impacto do tratamento do câncer de mama na autoimagem e nos relacionamentos afetivos de mulheres mastectomizadas. [Internet]. 2017 [citado 26 de mayo de 2022]; Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v4.n1.p99-119>

33. Durães J, Rodríguez P, Vieira M, Marques F, de Almeida C. Mastectomy: scars in female sexuality. *J Nurs UFPE on line.* [Internet]. 2016 [citado 26 de mayo de 2022]; 10(5): 4255-4263. Disponible en <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11171/12704>

34. Gondim N, Fernandes D, Vieira J, Magalhães T, Fontenele R y de Melo A. PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2019 [citado 26 de mayo de 2022]; 2(4): 1109-1113. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>

35. Tamiris R, Carneiro S, de Amorim G. Representações sociais sobre o corpo e satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. *Temas psicol.* [Internet]. 2018 [citado 26 de mayo de 2022]; 26(1): 469-479. Disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2018000100018

- 36.** Asamblea Legislativa. CR. Ley N. 9234, ley reguladora de investigación biomédica. La Gac. 2014;79:6–19.
- 37.** Asamblea Legislativa. CR. Ley N. 6683, ley de derechos de autor y derechos conexos. La Gac. 1992;13:417–24.
- 38.** Manterola C.; Asenjo-Lobos C.; Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. [Internet]. 2014 [citado 18 de enero de 2023]; Disponible en <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n6/art11.pdf>
- 39.** Mendoza, J; Canfux, A; Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. Rev cubana Med Militar. [Internet] 2002. [citado 21 de octubre 2019]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v31n1/mil08102.pdf>
- 40.** Marqués, M; Villela, M.; “Representación del cuerpo en la relación consigo misma después de la mastectomía”. Rev. de Enfermería de la Universidad de San Pablo, Brasil. [Internet] 2003. [citado 10 de febrero 2023]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VPkQTWQJGszjx8brkJTfYt/?format=pdf&lang=pt>
- 41.** Dutra, M.; Oliveira, I. Sexualidad de la mujer después de la mastectomía, Rev. de Enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil. [Internet] 2003. [citado 10 de febrero 2023]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062011.pdf>
- 42.** Mirapalhete, I. Manfrin, R. Lopes, A. Könzgen, S. Cruz, L. Red de apoyo a la mujer mastectomizada. Rev. de Enfermería de la Universidad Federal de Santa María, Brasil. [Internet] 2009. [citado 21 de Abril 2020]; Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10790/pdf>.

- 43.** Freitas, R. y Mendonça, R. Concepción de cuerpo en Merleau-Ponty y mujeres mastectomizadas, Rev. Revista Brasileña de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, Brasil, [Internet] 2010. [citado 10 de febrero 2023]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xdD3LsXTdntsWvJKJpkFCvF/?format=pdf&lang=pt>
- 44.** Dias da Silva, S. Vilela, E. De Santana, M. Leal, I. Valente, T. et al. Representaciones sociales de mujeres sometidas a mastectomía y las implicaciones para el autocuidado. Revista Brasileña de Enfermería REBEn. [Internet] 2010. [citado 10 de febrero 2023]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LwRZJRqH4VSN8fKshS9FRdw/?format=pdf&lang=pt>
- 45.** De Barros, D. Moreira, P. Diniz, P. Schwerz, S. Nuestra vida después del cáncer de mama: percepciones y repercusiones desde la perspectiva de la pareja. Revista Brasileña de Enfermería REBEn. [Internet] 2011. [citado 10 de febrero 2023]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rSGJW8dGZJjSQ3tbPbNCfDN/?format=pdf&lang=pt>
- 46.** Thomas, P. Saborío, F. Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. Rev. Costarricense de Ciencias Médicas. [Internet] 1985. [citado 10 de febrero 2023]; Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3811/art4V6N2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 47.** Vargas C, Z. R. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Revista educación, 33(1), 155-165.
- 48.** Lopera, M. Forero, C. Paiva, I. Cuartas, V. El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. Revista Cuidarte [Internet]. 2016 [citado 09 de mayo de 2023]; Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.320>.

- 49.** Ramírez, S. Pérez, O. Lozano, O. Perspectiva de la investigación en enfermería: el caso México. Revista Scielo [Internet]. 2020 [citado 09 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n4/1988-348X-ene-13-4-e1349.pdf>
- 50.** Castro, M. Simian, D. La enfermería y la investigación. Revista Elsevier. [Internet]. 2018. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864018300531?token=2BA8ADDF785A4434A171533097AE45636FBF4FEF22C640839C5B009457884B908C836AC2A289DAA373180E50DF28EE4B&originRegion=us-east-1&originCreation=20230512000744>
- 51.** Karchmer KS. La mama. Dama sensual. Revista Ginecol Obstet Mexico; 82:268-276. [Internet]. 2014 [citado 03 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom144i.pdf>
- 52.** Organización Panamericana de la Salud. Una revisión de la atención del cáncer de mama y resultados en América Latina. [Internet].; 2008 [citado 04 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/BC-Karolinska-Institute.pdf>
- 53.** Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. (2023). DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Sobre o DeCS/MeSH – DeCS (bvsalud.org)

Anexos

Anexo 1. Carta de aprobación del tema.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

22 de octubre de 2020
SEP-3369-2020

M.Sc. Sunny González Serrano
Directora
Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería

Estimada señora:

En atención a su oficio PPCE-302-2020, se procede con la ratificación del Tema y Comité asesor de **Jazmin Bermúdez Prendas**, carné universitario **B20950** y **Ileana Pérez Vindas**, carné universitario **B89911**; estudiantes de la Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

Tema: "NECESIDADES DE ATENCIÓN Y VIVIENCIAS DE LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES MASTECTÓMIZADAS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA"

Comité asesor:

- Mag. Pilar Cárdenas Sánchez (Profesora Guía)
- Mag. Laura López Quirós (Lectora)
- M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón (Lectora)

Atentamente,

Este documento está firmado digitalmente 

Dr. Utman Jose Quiros Madrigal
Decano

mog

C.

Archivo

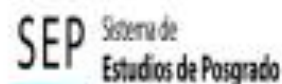
80 años de
UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Nuestra
salud integral
(en pos)

Sistema de
Estudios de
Posgrado
1970 - 2020

45

Anexo 2. Carta de cambio de tema



17 de enero de 2022
SEP-188-2022

Dra. Ana Laura Solano López
 Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería

Estimada señora:

En atención a su oficio PPCE-500-21, se procede con el cambio del Tema de **Ileana Pérez Vides**, carné universitario **B89911** y de **Jazmin Bermúdez Prendas**, carné universitario **B20950**; estudiantes de la Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

Tema: "Vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano: una revisión integrativa."

UCR | Firmado digitalmente

Dra. Flor Isabel Jimenez Segura
 Decana

Mcg

C.
 Archivo



Anexo 3. Carta de aprobación de filóloga

Isaura Murillo Rojas

Licda. Decencia con énfasis en Filología Española • M.Sc. Periodismo y Comunicación Digital

Correo: estila.correcciones@gmail.com • Teléfono: (506)70119907

San José, junio de 2023

MRC0331

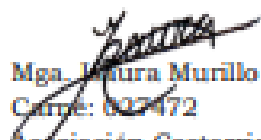
Universidad de Costa Rica
Escuela de Enfermería
Sistema de Estudios de Posgrado

Señores evaluadores:

Hago constar que he leído y sugerido las correcciones pertinentes en la investigación titulada: "Vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano: una revisión integrativa", de las postulantes: Lic. Jazmín Jeanneth Bermúdez Prendas y Lic. Ileana Beatriz Pérez Vides.

Hechos los cambios recomendados, la propuesta de investigación cumple con los requisitos filológicos de redacción, ortografía y estilo, necesarios para que sea sometida a la consideración del tribunal correspondiente, con el fin de optar por el grado académico de: Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

Atentamente,



Mga. Isaura Murillo R.

Carné: 007472

Asociación Costarricense de Filólogos

Colegio de Licenciados y Profesores (COLYPRO)

Anexo 4. Visto bueno para defensa TFIA

UNIVERSIDAD DE
COSTA RICAPPCE Programa de Posgrado en
Ciencias de la EnfermeríaSan José, 18/07/2023

Máster Sunny González Serrano
Directora
Posgrado en Ciencias de la Enfermería

Asunto: Visto bueno para defensa Trabajo Final de Investigación Aplicada

Estimada señora:

Para lo que corresponde me permito informarle que el Trabajo Final de graduación titulado:
"Vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano: Una revisión integrativa".

de los proponentes:

Deana Pérez Vides carné B 89911Jazmín Bermúdez Prendes carné B 20950

Cuentan con el aval respectivo del Comité Asesor, para ser presentado y defendido el próximo:

(Fecha) 21 de agosto 2023, a partir de las (hora) 16:00 hrs. en(lugar) Auditorio de Escuela de Enfermería.

Agradeciéndole de antemano la atención brindada.

[Firma] Tutor (a) TFIA [Firma] Lector (a) [Firma] Lector (a)

Proponentes:

[Firma][Firma]SEP Consejo de
Estudios de Posgrado

Anexo 5. Hoja de aprobación de defensa

UNIVERSIDAD DE
COSTA RICASEP Sistema de
Estudios de PosgradoSISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN APLICADA
Acta 2802-2023

El día 21 de agosto de 2023, Ileana Beatriz Pérez Vides carné universitario B89911 y Jazmin Jeanneth Bermúdez Prendas carné universitario B20950, estudiantes de la Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal,

Mención Honorífica Aprobaron Reprobaron

su Trabajo Final de Investigación Aplicada con el proyecto titulado: "Necesidades de atención y vivencias de la sexualidad de las mujeres mastectomizadas: una revisión integrativa"

TRIBUNAL EXAMINADOR

| Nombre | Firma | No. Cédula |
|--|-------|------------|
| Mag. Mauren Araya Solís Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrado | | 353760942 |
| M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón Profesora guía | | 601470307 |
| M.Sc. Laura López Quirós Lectora | | 109730329 |
| M.Sc. Denis Carrillo Díaz Lector | | 1.671.530 |
| Dra. Ana Laura Solano López Representante de la Directora del Programa de Posgrado | | 304050852 |

POSTULANTES

| | | |
|--|--|-----------|
| Ileana Beatriz Pérez Vides Estudiante | | 801140216 |
| Jazmin Jeanneth Bermúdez Prendas Estudiante | | 118520778 |

Observaciones:

Se realiza cambio en el título: Vivencias de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas en el contexto latinoamericano: una revisión integrativa.

Nota: En cada caso, firmar en esta columna los responsables de la actividad docente.

2023
Universidad de Costa Rica
100 años