

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Ciencia y Tecnologías Sociales y**  
**Humanidades**  
**Escuela Profesional Psicología**



**RESPUESTA SEXUAL FEMENINA, DEPRESIÓN E IMAGEN CORPORAL EN  
MUJERES MASTECTOMIZADAS CON TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**Luza Portilla, Mirna Gabriela**

**Palacios Lajo, Carla Cecilia**

para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Psicología

**Asesor:**

Mg. Ramos Vargas, Luis Fernando

**Arequipa- Perú**  
**2023**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**PSICOLOGIA**  
**TITULACIÓN CON TESIS**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 16 de Junio del 2023

**Dictamen: 007935-C-EPSIC-2023**

Visto el borrador del expediente 007935, presentado por:

**2018246822 - PALACIOS LAJO CARLA CECILIA**  
**2018203312 - LUZA PORTILLA MIRNA GABRIELA**

Titulado:

**RESPUESTA SEXUAL FEMENINA, DEPRESIÓN E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES  
MASTECTOMIZADAS CON TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA.**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29281582 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA**  
**DICTAMINADOR**



**29238564 - ZEVALLOS CORNEJO ASUNTA VILMA**  
**DICTAMINADOR**



**10141900 - CHIRINOS CASTILLO JOL MILTON**  
**DICTAMINADOR**



## Dedicatoria

*A mis padres, Renato Luza y Luz Portilla, que han sido parte fundamental en mi desarrollo profesional, me enseñaron a no rendirme y a seguir adelante, gracias por su esfuerzo, amor y apoyo incondicional en los momentos más duros, sin duda alguna este logro es también suyo.*

*A Renata Michelle, mi querida hermana gracias por ser mi compañera en cada instante de mi vida, gracias por cada risa, por cada consejo, siempre serás mi pequeña que me da esperanzas en cada cosa que me decido a hacer.*

*A mis ángeles en el cielo Dora, Ernesto y Mónica, que desde donde se encuentren ellos me apoyan e iluminan en cada paso que doy, pero sobre todo en la infinita memoria de mi abuelo Renato Luza Reyli, que más que un mentor para muchos, para mí siempre será el norte que quiero seguir para mi carrera, espero hacer cosas tan grandes como tú.*

***Mirna Gabriela Luza Portilla***

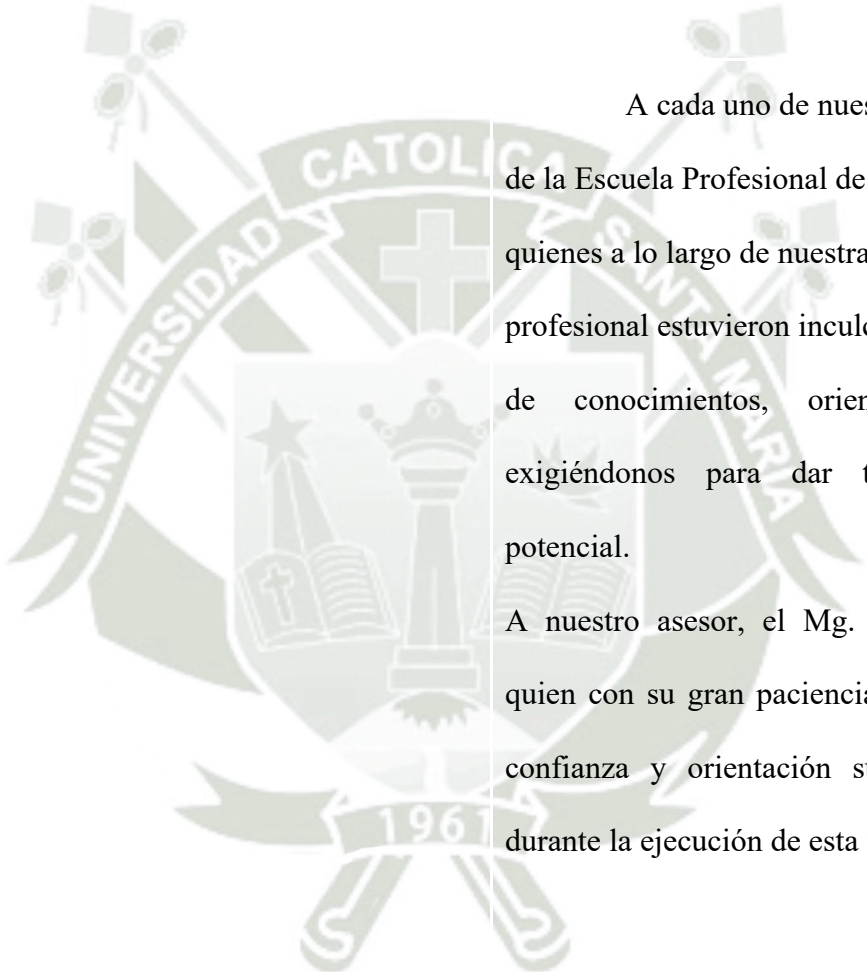
*Dedico esta tesis a mis padres Elia Lajo y Carlos Palacios, por ser mi fuerza, mi razón y mi motivo de cada una de las cosas que hago, enseñándome desde muy pequeña a ser perseverante y fuerte en cada una de las cosas que decido, por ese amor, por estar siempre para mí y estar ahí en cada uno de mis logros, siendo este uno más por y para ustedes.*

*A mi pequeña guerrera, mi hermana Luciana de los Ángeles, gracias por enseñarme a no darme por vencida y luchar hasta el final, aunque ya no estés físicamente aquí conmigo, cada uno de mis logros te los dedico, para mi eres y serás la persona por la que de todo.*

*A ustedes les dedico este logro más y todos aquellos que están por venir, gracias por estar ahí para mí, apoyándome, los amo.*

***Carla Cecilia Palacios Lajo***

## Agradecimiento



A cada uno de nuestros docentes de la Escuela Profesional de Psicología, quienes a lo largo de nuestra formación profesional estuvieron inculcándonos de conocimientos, orientándonos y exigiéndonos para dar todo nuestro potencial.

A nuestro asesor, el Mg. Luis Ramos, quien con su gran paciencia, dedicación, confianza y orientación supo guiarnos durante la ejecución de esta tesis.

**Mirna Gabriela Luza Portilla**

**Carla Cecilia Palacios Lajo**

## Resumen

El objetivo del presente estudio fue establecer la relación entre la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal en mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para ello se realizó una investigación de tipo no experimental, cuantitativo con un alcance correlacional de corte transversal; mediante la técnica de la encuesta para la recolección de datos a través de tres cuestionarios, el primer instrumento llamado Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF); el segundo instrumento llamado Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II); y el tercer instrumento llamado Escala de Imagen Corporal; el estudio se realizó en 80 mujeres, se utilizó el paquete estadístico de JAMOV 2.3.18 para procesar los datos recolectados. En conclusión, no se ha encontrado evidencia para comprobar la hipótesis; por tanto, no se encontró relación entre las tres variables del estudio; sin embargo, se encontró relación entre dos de estas variables, depresión e imagen corporal, lo cual es concordante con algunas investigaciones con variables similares, aunque en otras son contrarios los resultados encontrados.

**Palabras Claves:** *Respuesta Sexual Femenina, Depresión, Imagen Corporal, Mujeres con Cáncer de Mama.*

### Abstract

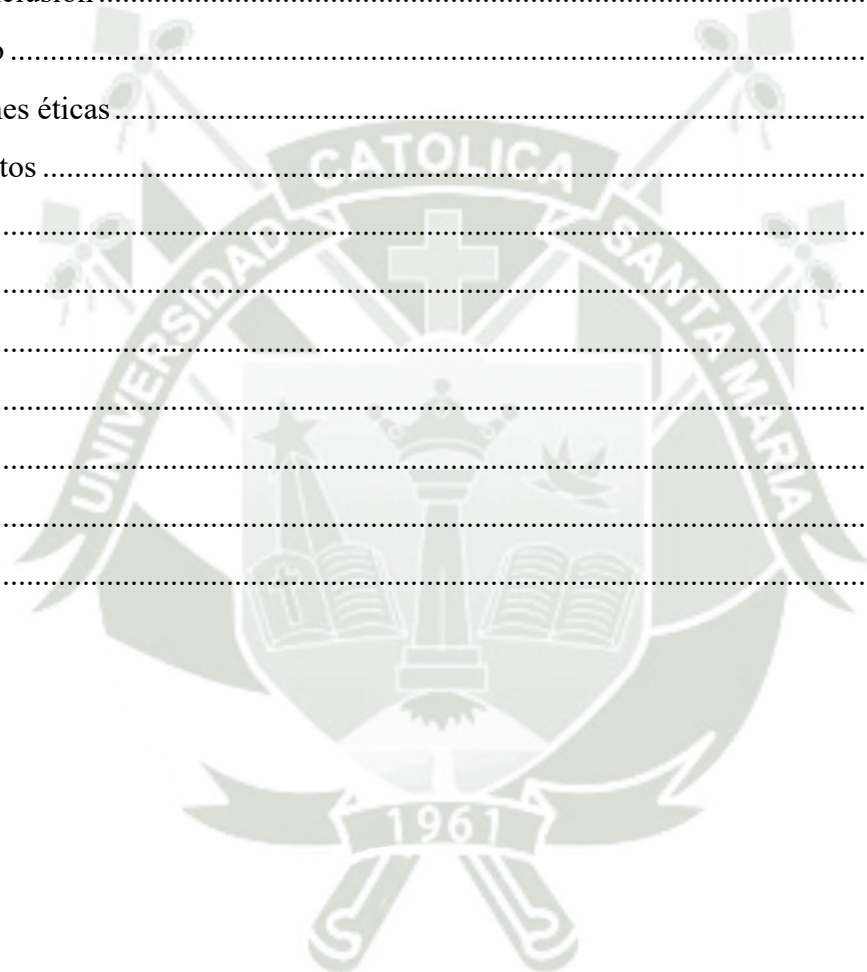
The objective of this study was to establish the relationship between female sexual response, depression and body image in mastectomized women with breast cancer treatment treated at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South, for this purpose a non-experimental, quantitative research with a cross-sectional correlational scope was conducted; using the survey technique for data collection through three questionnaires, the first instrument called Female Sexual Function Index (FSFI); the second instrument called Beck Depression Inventory-II (BDI-II); and the third instrument called Body Image Scale; the study was conducted in 80 women, the JAMOVI 2 statistical package was used. SPSS 3.18 was used to process the data collected. In conclusion, no evidence was found to prove the hypothesis; therefore, no relationship was found between the three variables of the study; however, a relationship was found between two of these variables, depression and body image, which is consistent with some investigations with similar variables, although in others the results found are contrary.

**Key words:** *Female Sexual Response, Depression, Body Image, Women with Breast Cancer*

## Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Problema y Marco Teórico.....	1
Introducción.....	1
Problema.....	5
Pregunta de Investigación.....	5
Definición Operacional de las Variables.....	5
Variable 1. Respuesta sexual Femenina.....	5
Variable 2. Depresión.....	5
Variable 3. Imagen corporal.....	6
Objetivos.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Antecedentes Teórico Investigativos.....	7
Respuesta Sexual Femenina.....	7
Aspectos fisiológicos de la respuesta sexual.....	8
Disfunción sexual femenina.....	13
Sexualidad de la mujer con cáncer de mama.....	16
Depresión.....	24
Imagen corporal.....	28
Cáncer de mama.....	30
Afrontamiento.....	31
Calidad de vida.....	32
Hipótesis.....	33
Método.....	34

Instrumentos.....	34
Instrumento 1. Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF).....	34
Instrumento 2. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).....	35
Instrumento 3. Escala de Imagen Corporal.....	36
Instrumento 4. Ficha Sociodemográfica.....	36
Participantes.....	37
Criterios de inclusión.....	38
Procedimiento.....	38
Consideraciones éticas.....	39
Análisis de datos.....	39
Resultados.....	40
Discusión.....	49
Conclusiones.....	54
Sugerencias.....	55
Limitaciones.....	56
Referencias.....	57
Anexos.....	71

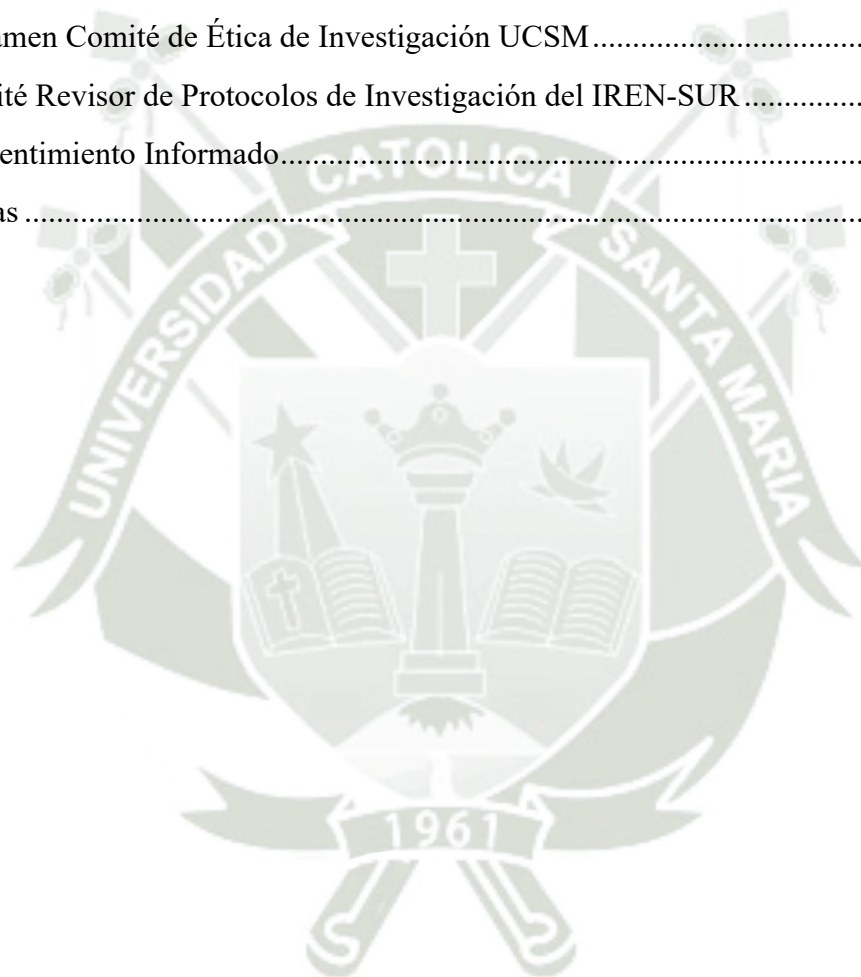


## Índice de Tablas

Tabla 1 Niveles de respuesta sexual femenina .....	41
Tabla 2 Niveles de depresión .....	42
Tabla 3 Niveles de imagen corporal .....	43
Tabla 4 Comparaciones entre las dimensiones y total del FSFI según la edad categorizada .....	44
Tabla 5 Comparaciones entre las dimensiones y total de Beck según la edad categorizada .....	46
Tabla 6 Comparaciones entre las dimensiones y total de Imagen Corporal según la edad categorizada .....	47
Tabla 7 Correlación entre la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal .....	48
Tabla 8 Niveles de las dimensiones de la respuesta sexual femenina .....	88
Tabla 9 Niveles de las dimensiones de depresión de Beck.....	89
Tabla 10 Niveles de las dimensiones de imagen corporal .....	90
Tabla 11 Pacientes captadas en áreas del hospital.....	91
Tabla 12 Edad de las pacientes .....	92
Tabla 13 Lugar de procedencia de las pacientes.....	93
Tabla 14 Ocupación de las pacientes .....	94
Tabla 15 Grado de instrucción de las pacientes.....	95
Tabla 16 Estado civil de las pacientes .....	96
Tabla 17 Tiempo de diagnóstico de las pacientes.....	97
Tabla 18 Tiempo de operación de las pacientes .....	98
Tabla 19 Tipo de tratamiento de las pacientes.....	99

## Índice de Anexos

Anexo 1 Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI).....	71
Anexo 2 Escala de Imagen Corporal .....	75
Anexo 3 Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).....	77
Anexo 4 Ficha Sociodemográfica.....	83
Anexo 5 Dictamen Comité de Ética de Investigación UCSM.....	84
Anexo 6 Comité Revisor de Protocolos de Investigación del IREN-SUR.....	86
Anexo 7 Consentimiento Informado.....	87
Anexo 8 Tablas .....	88



## Capítulo I. Problema y Marco Teórico

### Introducción

El cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más común en la población general y el cáncer más frecuente entre las mujeres en todo el mundo, y representa el 30% de los nuevos casos de cáncer cada año (Internacional Agency for Research on Cancer [IARC], 2020). Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2018), el cáncer de mama es también la segunda neoplasia maligna más común entre las mujeres en Perú, reportándose que la incidencia promedio de cáncer de mama es de 34 casos por 100.000 habitantes o de 9%, sin embargo en las ciudades de mayor incidencia como Lima, Arequipa y Trujillo, se estarían presentando entre 100 y 120 casos por 100.000 habitantes, diariamente se detectan 12 nuevos casos y una mortalidad diaria de 4 mujeres afectadas por la enfermedad, lo que resulta alarmante porque son tasas similares a las que se presentan en ciudades como Nueva York o Chicago que son las ciudades que tienen las incidencias más altas a nivel mundial.

El cáncer de mama tiene un pronóstico relativamente bueno cuando se diagnostica y trata a tiempo. Sin embargo, en Perú, las tasas de mortalidad por cáncer de mama siguen siendo altas, con 15.2 muertes por 100.000 casos (INEN, 2018). Todavía existe un número significativo de pacientes con lesiones mamarias palpables al momento del diagnóstico, lo que indica la necesidad de mejorar las estrategias de diagnóstico temprano, lo que permite a los médicos determinar el diagnóstico correcto de manera oportuna, optimizando así las posibilidades de tratamiento y reduciendo las tasas de mortalidad (Tomazelli et al., 2017). A pesar del uso de técnicas conservadoras, la mastectomía se realiza en aproximadamente el 50% de los casos por varias razones, incluido el diagnóstico en estadios avanzados del tumor,

la posición del tumor, el tamaño pequeño de las mamas, el tumor multifocal y las solicitudes de las pacientes (INEN, 2018). La mastectomía es considerada uno de los tratamientos más devastadores desde el punto de vista psicológico y afecta la autoestima, la feminidad y la imagen corporal, causando más trauma que el propio cáncer (Sun et al., 2018).

Según Archangelo et al. (2019), la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama se ve afectada por factores como el dolor, el miedo a la recurrencia, la fatiga, la depresión, los sentimientos de disminución de la feminidad y el atractivo, y los cambios en la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad, y estos factores son especialmente relevantes después de la mastectomía. La calidad de vida sexual, considerada uno de los pilares de la calidad de vida global, puede verse influenciada por episodios de depresión y trastornos de la imagen corporal. La Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021) reconoce la disfunción sexual como un problema de salud pública y recomienda la investigación sobre este tema y el tratamiento de los pacientes por su impacto negativo en la calidad de vida, sus efectos relacionados con la autoestima y las relaciones interpersonales, y su asociación con frecuente angustia emocional.

Según menciona Hungr (2017), la experiencia de cáncer de mama puede resultar en una ruptura de la autoimagen: esto ocurre cuando "los supuestos sociales que definen (a la sobreviviente) como mujer ya no corresponden a sus propias definiciones internas de lo que significa ser mujer" (p. 115). La experiencia de un sentido familiar del cuerpo, el yo y las interacciones sociales se unen para encarnar una visión del "yo". A partir de este "yo" se desarrolla una expectativa sobre cómo funcionará el cuerpo y cómo responderá en ciertas situaciones. Cuando esta definición familiar de sí mismo es interrumpida por los cambios físicos del cáncer, especialmente en una mujer más joven que espera un cuerpo saludable y

funcional, la imagen de sí misma ya no se siente familiar y segura. El malestar relacionado con la imagen corporal suele ir acompañada de un aumento de la psicopatología (depresión y ansiedad) y de alteraciones laborales, sociales y relacionales. Gozzi et al. (2022), mencionan que la edad al momento del diagnóstico condiciona fuertemente la forma de vivir la experiencia del cáncer de mama. Las mujeres jóvenes (de 40 años o menos en el momento del diagnóstico) tienen preocupaciones diferentes a las de las mujeres mayores (el manejo de los roles familiares y el cuidado de los hijos, la carrera profesional, el cambio de imagen corporal que puede derivar en tensiones conyugales) y tienden a percibir el cáncer de mama como más agresivo. Además, existe evidencia en la literatura de que las mujeres más jóvenes tienden a tener una mayor morbilidad psicológica y una menor calidad de vida después del diagnóstico que las mujeres mayores. Avis et al, citado por Gozzi et al. (2022) informaron que las sobrevivientes jóvenes de cáncer de mama están en riesgo de deterioro de la calidad de vida, funcionamiento e imagen corporal hasta varios años después del diagnóstico. Además, especialmente en las jóvenes existe la necesidad de lidiar con cambios que pueden ser dramáticos y repentinos durante un período de la vida en el que generalmente se asume una buena salud, con implicaciones psicológicas de gran alcance: incluida la pérdida parcial o total de la mama, la menopausia prematura y los cambios posteriores en el funcionamiento sexual y la fertilidad. La disfunción sexual es muy prevalente entre las mujeres jóvenes: a pesar de la gran importancia de este fenómeno y su impacto, muy a menudo no es abordado por los profesionales de la salud y las pacientes: muchos de ellos prefieren que estos problemas sean tratados en privado (por ejemplo, sitios web), en lugar de cara a cara, debido a la vergüenza y la incomodidad psicológica al discutir estos asuntos.

Las implicaciones psicológicas de la sexualidad y la imagen corporal también reflejan el contexto cultural: a menudo el entorno influye en la forma de vivir una determinada experiencia como puede ser la de las jóvenes sobrevivientes de cáncer de mama.

El desarrollo de este estudio se justifica, debido en primer lugar, a la actualidad del tema, dado el incremento en la incidencia y prevalencia del cáncer de mama, puesto que los avances médicos en el tratamiento quirúrgico y médico de esta enfermedad hacen que se haya convertido en una enfermedad crónica, con la cual, las mujeres pasan varios años de su vida, con periodos de remisión, otros de recidiva o metástasis, lo cual causa un gran impacto a nivel psicológico, emocional, con altos niveles de depresión y pérdida de la autoimagen corporal, lo cual sin lugar a dudas, afecta sobremanera la respuesta sexual, favoreciendo situaciones como abandono de la pareja, falta de apoyo de la familia nuclear y extensa, falta de prácticas adecuadas de cuidado, abandono del tratamiento, intentos de suicidio, entre otros.

El estudio es importante, porque si bien es cierto, es conocido el impacto que el cáncer de mama tiene sobre la depresión, respuesta sexual e imagen corporal, estos dos últimos son efectos o variables poco explorados en las pacientes y sobre estas variables, existen muy pocas investigaciones, sin embargo, en la práctica clínica se observa que es frecuente que las pacientes refieren sentirse deprimidas, muchas refieren que han sido abandonadas por sus parejas, sobre todo después de la mastectomía, otras refieren tener vergüenza en momentos de intimidad con la pareja debido a que se sienten mutiladas en su femineidad tras la pérdida de la mama y en general describen situaciones que permiten entrever el gran impacto físico, psicológico que se asocia al diagnóstico del cáncer de mama; es por ello, que se considera importante el desarrollo del presente estudio, porque nos permitirá contribuir al desarrollo de investigaciones en el área de la Psicooncología, la misma que adquiere cada vez mayor

relevancia por el aumento sostenido del cáncer en general.

La información anterior ha motivado la realización del presente estudio, el cual tiene como propósito establecer la relación existente entre la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal en mujeres en tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR).

## **Problema**

### ***Pregunta de Investigación***

¿Cómo se relaciona la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal en mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR)?

## **Definición Operacional de las Variables**

### ***Variable 1. Respuesta sexual Femenina***

Para Athey et al. (2021) es una construcción psicosocial que comprende aspectos biológicos, culturales, de relación y subjetivos que abarca todas las prácticas físicas y mentales que se realizan con la finalidad de obtener placer sexual ya sea consigo mismo o con otra persona; integra la identidad personal y contribuye para la reproducción humana. Se evaluó mediante el cuestionario Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF) que contiene 6 dimensiones, las cuales examinan el funcionamiento sexual de la mujer: Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

### ***Variable 2. Depresión***

Beltrán et al. (2012) señalan que la depresión es acompañada con distintos síntomas en los cuales se encuentran los cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de confianza en sí mismo,

sentimientos de inferioridad, inutilidad y culpa; Además que también es acompañado con desesperanza e ideación suicida recurrente. Fue evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II); en ellas se evaluarán 3 dimensiones son cognitiva, física-conductual y afectivo-emocional.

### ***Variable 3. Imagen corporal***

La imagen corporal es la interpretación física que cada ser proyecta en su mente y la experiencia que aprende de su cuerpo. Cristóbal y Ruiz (2018) manifiestan que es el retrato de uno mismo o lo que cada persona piensa de sí mismo, inclusive en la apariencia corporal, mental y comunitaria. Para esta variable se utilizó la escala de Imagen Corporal elaborada por Escobar Rodríguez; en esta escala se tomará en cuenta las dimensiones: aspecto físico, aspecto psicológico, aspecto social y percepción general.

### **Objetivos**

#### ***Objetivo General***

Establecer la relación entre la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal en mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

#### ***Objetivos Específicos***

Describir los niveles de respuesta sexual femenina de las mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Describir los niveles de depresión de las mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Describir los niveles de percepción de la imagen corporal de las mujeres

mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Comparar la respuesta sexual femenina según la edad de las mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Comparar la depresión según la edad de las mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Comparar la imagen corporal según la edad de las mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

### **Antecedentes Teórico Investigativos**

#### ***Respuesta Sexual Femenina***

Según Athey et al. (2021), la sexualidad:

Es una construcción psicosocial que comprende aspectos biológicos, culturales, de relación y subjetivos; ella abarca todas las prácticas físicas y mentales realizadas con la finalidad de obtener placer sexual de una persona, sea consigo mismo o con otro; integra la identidad personal y contribuye para la reproducción humana (p. 198).

Podemos decir que, la sexualidad participa de un inter juego entre el sexo, la corporeidad, las normas culturales y el género, a lo largo de la historia individual y colectiva.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y puede ser influenciado por varios factores, ya sean psicológicos, sociales, económicos, biológicos, éticos y culturales, es un aspecto esencial para la calidad de vida en

general y tiene una conexión con la autoestima femenina, su bienestar emocional e incluso con la función cognitiva (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2002), define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad” (p. 28).

Según mencionan González y Miyar (2019) al hablar de sexualidad debe entenderse que es un constructo muy amplio, que engloba un conjunto de condiciones orgánicas, como órganos, estructuras, sistemas, mecanismos fisiológicos, comportamientos y contexto sociocultural que permiten que las personas pueden ejercer la función sexual. Además, incluye los sentimientos, conductas, las formas de expresarse y de relacionarse con las demás personas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), “la disfunción sexual abarca las diversas vías por las cuales una persona no puede participar en una relación sexual en la forma en que ella o él quisieran”.

### **Aspectos fisiológicos de la respuesta sexual.**

La actividad sexual es una condición fisiológica fundamental que se encuentra en todas las especies. La actividad sexual y la experiencia de placer dependen de las neuronas dopaminérgicas de la vía mesolímbica de la dopamina en el mesencéfalo, las áreas del cerebro que están principalmente involucradas en la recompensa (Nikbakhtzadeh et al., 2022).

La excitación sexual es una combinación de procesos fisiológicos, psicológicos y conductuales. Según Janssen, citado por Álvarez et al. (2022), este “es un estado emocional/motivacional que puede ser desencadenado por estímulos internos y externos y que puede inferirse de factores centrales (incluidos los verbales), periféricos (incluidos los genitales)

y conductuales (incluidas las tendencias de acción y motoras) preparación y respuestas” (p. 710). Según esta definición, la excitación sexual objetiva se refiere a reacciones fisiológicas, de las cuales la respuesta genital es la más específica. Entre otros, su evaluación se ha basado en falometría y vagionometría (Álvarez et al. 2022). La pletismografía se usa con frecuencia en los hombres porque permite evaluar los cambios en el pene. El fotopletismógrafo se aplica con frecuencia en mujeres y se basa en la modificación de la opacidad del epitelio vaginal, lo que permite detectar cambios en la amplitud del pulso vaginal. Además, la excitación sexual subjetiva implica la evaluación afectivo-cognitiva que se hace de un individuo sobre su propia excitación sexual (Sierra et al., 2019); es decir, sobre las sensaciones de excitación sexual y/o la percepción de la respuesta sexual. Suele evaluarse mediante autoinformes, como escalas tipo Likert.

La concordancia sexual se refiere a la concordancia entre excitaciones sexuales objetivas y subjetivas. De acuerdo con los modelos de regresión lineal de respuesta sexual, se espera que la relación entre la manifestación fisiológica (genital) y la percepción de la experiencia subjetiva de la excitación sexual ocurra de manera coordinada, y de tal forma que ambas medidas coinciden en el grado de intensidad (Suschinsky et al., 2020). Sin embargo, esta concordancia no siempre se alcanza, y esto es un tema de debate en las áreas de investigación y clínica (Álvarez et al, 2022).

La falta de concordancia sexual puede estar asociada con el funcionamiento sexual. Los hombres con problemas de erección muestran menos conciencia interoceptiva; es decir, son menos capaces de detectar signos fisiológicos. En mujeres se encuentra más concordancia en signos sexualmente funcionales. Sin embargo, estos resultados no son concluyentes porque

algunos estudios no han encontrado esta relación (Suschinsky et al., 2020; Álvarez, 2022). Por lo tanto, se necesita más investigación.

Se asume un patrón de concordancia sexual estable en los hombres y las investigaciones se centran más en la concordancia sexual en las mujeres para buscar posibles explicaciones a estas diferencias y la diversidad de los resultados obtenidos con ellas. Se ha argumentado que una mayor concordancia sexual en los hombres podría deberse a sus órganos sexuales más externos, a una mayor frecuencia de masturbación y a una mayor conciencia interoceptiva (Álvarez, 2022). En línea con los resultados obtenidos para las mujeres, se ha propuesto que su respuesta sexual podría ser automática para preparar sus órganos genitales y evitar lesiones durante las interacciones sexuales. Asimismo, se considera que la excitación sexual de las mujeres presenta menor especificidad al mostrar excitación sexual ante señales que no se corresponden con sus preferencias sexuales, se ha considerado el rol sociocultural y los moderadores culturales en relación con estas diferencias (Lalumière et al., 2020).

Según mencionan Suschinsky et al. (2020), desde esta última perspectiva, una de las posibles explicaciones de las diferencias en la concordancia sexual entre hombres y mujeres podría residir en las diferencias en las normas sociales de género. Las mujeres que se adhieren a los roles de género convencionales tienden a expresar mejor sentirse menos cómodas con su cuerpo durante la actividad sexual, menor autonomía sexual y estima sexual, y más afecto negativo y motivos de evitación para la actividad sexual.

En las mujeres, la interiorización de las normas tradicionales de género podría hacerlas menos conscientes de su propia excitación sexual. Sin embargo, en los hombres, la conciencia de su excitación podría ser más conveniente ya que disfrutan de una mayor libertad sexual. En el contexto de los roles de género de las conductas sexuales, destaca la actitud adoptada del doble

rasero sexual (SDS), que consiste en evaluar la conducta sexual con diferentes criterios según sea un hombre o una mujer la que realiza esta conducta). El SDS está relacionado con el funcionamiento sexual e implica más libertad sexual para los hombres que para las mujeres (Álvarez, 2020). La adherencia a esta actitud se ha asociado negativamente con el deseo sexual y la experiencia del orgasmo en mujeres, y con la satisfacción sexual tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, hasta la fecha, aún no se ha examinado la posible relación del SDS con la excitación sexual. Recientemente, Álvarez et al. (2021) propusieron diferentes tipologías de adhesión a la SDS, a saber, igualitaria, favorable al hombre y favorable a la mujer. Al hacerlo, estos autores observaron que aquellos hombres que defienden una postura igualitaria de género por la libertad sexual se sienten más satisfechos sexualmente que aquellos hombres con una tipología favorable al hombre (Álvarez-Muelas et al., 2021).

La conducta sexual conlleva una compleja interacción de diferentes factores que incluyen algunos de naturaleza intrapsíquica, interpersonales y sociales que de manera conjunta participan en su iniciación y mantenimiento, la sexualidad es una expresión psicofisiológica característica de la especie humana. Se trata de un conjunto de cambios físicos y mentales que constituyen la llamada respuesta sexual, la misma que consiste en una serie de cambios hemodinámicos, neurales y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y al cerebro, así como en grado diverso, a la totalidad del organismo. La respuesta sexual se suele describir de forma resumida y breve como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí (Mas, 2018).

Para la respuesta sexual de la mujer se necesitan estrógenos. También es posible que participen los andrógenos, aunque no es un dato corroborado. En el sistema nervioso central (SNC), los estrógenos y los andrógenos actúan en forma sinérgica para iniciar y acrecentar la

excitación y la respuesta sexual. Se ha señalado que la intensificación de la libido en mujeres ocurre durante las fases preovulatorias del ciclo menstrual, lo cual sugiere que las hormonas que intervienen en la oleada ovulatoria (como estrógenos) intensifican el deseo sexual (Vari, 2022).

La motivación sexual es influida poderosamente por el contexto, que incluye el entorno y factores propios de la pareja. Una vez que se alcanza el deseo sexual suficiente, la excitación es mediada por el sistema nervioso central y autónomo. Según expertos, los estímulos simpáticos que provienen del cerebro aumentan el deseo, en tanto que la actividad parasimpática periférica produce vasocongestión del clítoris y secreción vaginal (lubricación). Los neurotransmisores que se ocupan de la congestión de los cuerpos cavernosos del clítoris son similares a los del varón y tiene una participación importante el óxido nítrico (NO, nitric oxide) que se libera de las estructuras nerviosas, músculo liso y endotelio. La red fina de nervios y arteriolas vaginales estimula la producción de un trasudado vaginal. Los principales transmisores de la respuesta vaginal compleja no se han identificado, pero se sospecha que intervienen el NO y el polipéptido vasointestinal (VIP, vasointestinal polypeptide). Los investigadores que estudian la respuesta sexual normal de la mujer han rebatido el viejo concepto de una relación lineal y creciente entre deseo inicial, excitación, vasocongestión, lubricación y orgasmo. Los encargados de la salud deben considerar un paradigma de resultados emocionales y físicos positivos, con uno, muchos o ningún punto máximo orgásmico y de relajación (Vari, 2022).

A pesar de las diferencias anatómicas, así como de las variaciones en la densidad de los lechos vasculares y nerviosos entre varones y mujeres, los principales efectos de la respuesta sexual son muy similares. Para la excitación es importante que las vías sensitivas estén intactas, por lo que es más frecuente que la función sexual disminuya en mujeres con neuropatías periféricas (p. ej., diabetes). La lubricación vaginal es un trasudado de suero que aparece por el

aumento del flujo sanguíneo pélvico que surge con la excitación. La insuficiencia vascular por diversas causas puede entorpecer la lubricación y originar dispareunia. La relajación de cuerpos cavernosos y del músculo liso arteriolar se produce gracias al incremento de óxido nítrico sintasa (NOS, nitric oxide synthase) y estimula la congestión del clítoris y el vestíbulo circundante. Para el orgasmo se necesita que las vías de impulsos simpáticos de salida estén intactas; por eso los problemas con el orgasmo son frecuentes en mujeres con lesiones de la médula espinal (Vari, 2022).

### ***Disfunción sexual femenina***

Se ha mencionado que la mayoría de mujeres no aportan voluntariamente información sobre su respuesta sexual. En cualquier relación terapéutica es necesario fomentar un ambiente de escucha activa y confianza para que se puedan plantear preguntas abiertas sobre el tema en un ambiente empático, esto es muy favorable porque ayuda al inicio de una conversación acerca de la salud sexual y la problemática relacionada incluso cuando la mujer inicialmente se niega a hacerlo. Es preciso respetar los espacios y si la mujer no desea explayarse, se deberá tener paciencia y hablarse de manera asertiva hasta lograr que exprese sus molestias, es necesario realizar una valoración integral que incluya anamnesis, antecedentes psicosociales, exploración física y algunos estudios de laboratorio (Vari, 2022).

Al realizar la anamnesis es preciso obtener información acerca de los datos médicos habituales, quirúrgicos, obstétricos, psicológicos, ginecológicos, sexuales y sociales. También se necesita indagar si tiene pareja, la satisfacción de la sexualidad que vive con la pareja, las experiencias sexuales previas, a historia de abuso sexual, relaciones sexuales y el nivel de conocimiento que tiene sobre el tema. También es necesario indagar e identificar acerca de los antecedentes patológicos que pueden afectar su salud sexual, entre ellos los más importantes son

la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, trastornos ginecológicos, antecedentes obstétricos, depresión, trastornos de ansiedad y enfermedades neurológicas. También es preciso obtener información acerca de los medicamentos que la mujer consume de forma continua o esporádica porque muchos de ellos pueden también afectar la respuesta sexual, es conocido que algunos medicamentos afectan las diferentes fases de la respuesta sexual en especial la excitación, lubricación y el orgasmo, otros afectan en forma general la libido. También es preciso indagar acerca del estrés emocional y las causas del mismo. Concluida la anamnesis se procede a la exploración física para ello es preciso revisar los genitales, incluso el clítoris. Al efectuar el examen ginecológico del piso pélvico con frecuencia se pueden identificar prolapsos u otros problemas. En las mujeres cuyas edades están próximas a la etapa de la perimenopausia o climaterio, es preciso realizar algunos exámenes laboratoriales que permitan confirmar o no el estado menopáusico, siendo estos estudios importantes porque la menopausia se asocia a una disminución de la libido y también a alteraciones en la respuesta sexual, las evaluaciones que se deben realizar incluyen estradiol, hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), y además se debe evaluar la deshidroepiandrosterona (DHEA) porque refleja la secreción de andrógenos de origen suprarrenal. La biometría hemática completa, las pruebas de función hepática y los estudios de lípidos son útiles si no se practicaron en fecha reciente. También es necesario que la mujer refiera los síntomas que presenta relacionados a la sexualidad y que cuantifique el grado o intensidad de la molestia que le producen, es preciso tener en cuenta que la valoración de la sexualidad y la respuesta sexual debe efectuarse no sólo desde el aspecto fisiológico, sino más bien debe enfocarse desde el punto de vista del contexto psicosocial. Sin embargo, como existen varias inconsistencias entre las categorías diagnósticas en cuanto a los aspectos psicosociales y que cada vez se identifican con mayor frecuencia causas orgánicas, se

ha elaborado una nueva clasificación de la FSD. Este esquema diagnóstico se basa en cuatro componentes que no son excluyentes: 1) deseo sexual hipoactivo: la ausencia de pensamientos sexuales y de receptividad hacia la actividad sexual, en forma persistente o reiterada, lo cual origina sufrimiento personal. El deseo sexual hipoactivo puede ser consecuencia de insuficiencia endocrina o vincularse con trastornos psicológicos o emocionales; 2) trastorno en la estimulación sexual: la incapacidad de alcanzar o conservar la excitación sexual, en forma persistente o reiterada, lo que origina sufrimiento personal; 3) trastorno orgásmico: la pérdida persistente o recurrente de la capacidad de orgasmo después de haber tenido estimulación sexual suficiente, lo cual causa sufrimiento personal, y 4) trastorno de dolor sexual: dolor persistente o reiterado en los genitales que surge con la estimulación sexual no coital y que causa sufrimiento personal. La clasificación nueva destaca el “sufrimiento personal” como un elemento inseparable de la disfunción y proporciona a los profesionales un marco organizado para la valoración previa o simultánea a los métodos de orientación más tradicionales (Vari, 2022). Así como en el estudio de Quiroga (2020) en el que se halló que la prevalencia de la disfunción sexual fue del 64% , siendo principalmente afectado lo que es el deseo sexual (57.3%), las características que se encontraron asociadas a la misma fueron la edad, estado civil, número de hijos, orientación sexual y la frecuencia de las relaciones sexuales antes de realizarse la mastectomía; una vez realizada, apareció lo que es la disminución del sexo, del placer sexual, la angustia física por la presión ocasionada en su pecho, sensación de incomodidad. Por otro lado, según lo hallado en el estudio de Córdoba-de Juan et al. (2019) el 54.12% de pacientes indicaron no ser activas sexualmente, en cuanto al diagnóstico del DSM-5 diagnóstico médico de cáncer de mama mostraron un 64.86% con un trastorno de interés/excitación (51.35%), orgásmico (35.14%) y dispareunia (32.43%); en tratamiento médico-quirúrgico un 77.74% con trastorno de

interés/excitación (72.09%), orgásmico (51.16%); y la dispareunia (41.86%); con la presencia los posteriores 6 meses de tratamientos médico-quirúrgicos el 74.07%, estando siempre presentes interés/excitación (59.26%), dispareunia (40.74%) y orgásmico (37.04%). Aquellas pacientes diagnosticadas según el FSFI, fueron la dispareunia y el trastorno de deseo sexual. Es así que, durante el primer año, pareciera que mejoran el valor del FSFI ( $p = .016$ ), dominando «dolor» ( $p = .008$ ). En conclusión, el tratamiento médico no influye negativamente en la función sexual, las pacientes diagnosticadas toman relación a la posmenopausia y linfadenectomía axilar.

### ***Sexualidad de la mujer con cáncer de mama***

La relación que surge entre la mujer diagnosticada con cáncer de mama y su sexualidad afecta a diferentes áreas, entre las que se destacan la psicológica, la física y la fisiológica. Los cambios que se producen en el proceso se consideran transversales a las fases de diagnóstico, tratamiento y supervivencia. Como Nimbi et al. (2022) se halló que durante la atención a pacientes con cáncer de mama se debe evaluar la sexualidad porque ésta sigue siendo una necesidad insatisfecha con efectos notables en la salud general y la calidad de vida.

Además, se ha identificado una serie de factores que participan en la afectación sexual de las pacientes, entre los cuales destacan la fatiga causada por la enfermedad y el tratamiento, la menopausia, los sofocos, cambios en el estado de ánimo y la resequedad vaginal, todos los cuales llevan a reducir la respuesta sexual (Parra et al., 2018).

Según Sanfeliciano (2018), en relación con los cambios emocionales negativos, las mujeres pueden percibir pérdida de la feminidad y, por tanto, disminución de la actividad sexual y de la frecuencia. Sobre este punto, Graut et al. (2019), sostienen que la mujer con cáncer de mama, luego de que ha sido diagnosticada, necesita de la atención de su pareja,

quien debe acompañarla cada día de su tratamiento desde el inicio; tal como en la revisión de Alinejad et al. (2021) en la cual se agruparon en dos hallazgos sintetizados, siendo estos: (1) miedo a perder la vida sexual con el cónyuge y (2) superación de los desafíos de perder la feminidad, concluyeron que las mamas de las mujeres se perciben como sexualmente atractivos y los cambios en la forma del cuerpo pueden conducir a desafíos posteriores en las relaciones matrimoniales.

Sin embargo, la relación entre sí tiende a cambiar, de forma que, cada vez que la pareja entra en contacto sexual, la mente inevitablemente relaciona el evento con el cáncer y se produce un alejamiento psicológico y físico.

Existe un consenso en la literatura de que la mayoría de las pacientes con cáncer de mama tienen problemas sexuales. Estos problemas se deben al diagnóstico o tratamiento del cáncer, incluyendo cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal, que interfieren directa o indirectamente con el funcionamiento sexual, ya sea a través de aspectos psicológicos, sociales o biológicos (Streb et al., 2019).

Según Silva et al. (2022), los cambios en el funcionamiento sexual de las pacientes con cáncer de mama comienzan con el tratamiento y pueden durar mucho tiempo. Cuanto más joven sea el paciente, más graves serán los síntomas o problemas sexuales. Estos problemas impactan directamente en la calidad de vida de estos pacientes y sus relaciones. Uno de los principales problemas relacionados con este tema es el hecho de que muchos profesionales de la salud no abordan las quejas sobre la sexualidad de las pacientes con cáncer de mama durante sus citas. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes buscan información de otras fuentes, lo que pone de manifiesto las barreras de comunicación en la relación profesional-paciente y el mantenimiento

de un tabú en torno a la sexualidad y su relevancia para las mujeres, especialmente en el contexto del tratamiento del cáncer de mama.

Este problema puede haberse agravado aún más por el contexto de pandemia vivido en los últimos dos años, especialmente por la necesidad de reducir las interacciones personales para minimizar el riesgo de transmisión de COVID-19. La implementación de herramientas de salud y evaluación de la salud que no expongan a los profesionales o pacientes con cáncer al COVID-19 contribuyó al aumento de las actividades de telesalud realizadas por teléfono o video (Silva et al., 2022).

La experiencia del cáncer de mama puede resultar en una ruptura de la autoimagen: esto ocurre cuando "los supuestos sociales hacen que la mujer afectada deba asumir un nuevo rol o característica, que es la de asumirse como sobreviviente, como mujer ya no se corresponde con sus propias definiciones internas de lo que significa ser mujer". La experiencia de un sentido familiar del cuerpo, el yo y las interacciones sociales se unen para encarnar una visión de "yo". "yo" desarrolla una expectativa sobre cómo funcionará el cuerpo y cómo responderá en ciertas situaciones. Cuando esta definición familiar del yo se ve interrumpida por los cambios físicos del cáncer, especialmente en una mujer más joven que espera un cuerpo sano y funcional, el yo -la imagen ya no se siente familiar y segura (Hung et al., 2017).

El malestar relacionado con la imagen corporal (BID) suele ir acompañado de un aumento de la psicopatología (depresión y ansiedad) y de deterioros en el funcionamiento laboral, social y relacional. La edad al diagnóstico condiciona fuertemente la manera de vivir la experiencia del cáncer de mama. Las mujeres jóvenes (40 años o menos en el momento del diagnóstico) tienen preocupaciones diferentes a las de las mujeres mayores (el manejo de los roles familiares y el cuidado de los hijos, la carrera profesional, el cambio de imagen corporal

que podría derivar en tensiones maritales) y tienden a percibir al cáncer como más agresivo. Además, existe evidencia en la literatura de que las mujeres más jóvenes tienden a tener mayor morbilidad psicológica y menor calidad de vida (QOL) después del diagnóstico de CM que las mujeres mayores: Avis et al., citado por Gozzi et al (2022) informó que las sobrevivientes jóvenes de cáncer de mama están en riesgo de deterioro de la calidad de vida hasta varios años después del diagnóstico, así también se daña su funcionamiento e imagen corporal. Además, especialmente en las mujeres jóvenes existe la necesidad de lidiar con cambios que pueden ser dramáticos y repentinos durante un período de la vida en el que generalmente se asume una buena salud, con implicaciones psicológicas de gran alcance: incluida la pérdida parcial o total de la mama, la menopausia prematura y los cambios posteriores en el funcionamiento sexual y la fertilidad. La disfunción sexual es muy prevalente entre las jóvenes a pesar de la gran importancia de este fenómeno y su impacto, muy a menudo no es abordado por los profesionales de la salud y los pacientes: muchas de ellos prefieren estos problemas ser tratado en privado (por ejemplo, sitios web), en lugar de cara a cara, debido a la vergüenza y la incomodidad psicológica al hablar de estos asuntos. Las implicaciones psicológicas de la sexualidad y las imágenes corporales también reflejan el contexto cultural: a menudo el entorno influye en la forma en que de vivir una determinada experiencia como puede ser la de los jóvenes sobrevivientes de cáncer de mama (Gozzi et al, 2022).

Se ha señalado que la afectación en la sexualidad asociada al cáncer de mama, depende de diversos factores, pero examinando la imagen corporal, la relación con su cuerpo, la feminidad y la belleza, en general la imagen corporal se define como “la forma en que una mujer percibe y evalúa la integridad de su cuerpo físico.” La experiencia de padecer cáncer de mama puede resultar en una ruptura de la autoimagen: esto refleja tanto cambios externos visibles

(como pérdida quirúrgica de tejido mamario, cambio de color de la piel inducido por radiación en tratamientos de radiación, pérdida de cabello debido a la quimioterapia) pero también cambios "no visibles" como pérdida de sensibilidad mamaria, pezón y piel, a todo lo cual le sigue una percepción negativa del atractivo de la mujer que se traduce en influencia sexual y malestar psicológico. Si bien es cierto que la imagen corporal sufre repercusiones tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, también es cierto que esto no afecta a todas las pacientes: evidencia en la literatura indica que las mujeres que tienen una imagen corporal más sólida de sí mismas antes del cáncer abordan mejor los cambios físicos resultantes del tratamiento del cáncer (Gozzi et al., 2022). La enfermedad amenaza fuertemente la identidad femenina con dificultad para reconocerse a sí misma y a su cuerpo. Przedziecki et al., (2013) destacaron cómo la autocompasión podría desempeñar un papel mediador entre la alteración de la imagen corporal y la angustia psicológica, lo que sugiere un efecto potencial de niveles más altos de autocompasión para las mujeres en riesgo de sufrir alteraciones de la imagen corporal. Así como lo hallado en el estudio de Almazan et al. (2020) en el que nos dice que el cambio corporal como consecuencia a la cirugía conlleva a daños en la autoimagen, sintiéndose mutiladas y extrañas en su cuerpo, como también se genera una alteración en su relación de pareja, pares y familia, ya que ella espera apoyo y contención del entorno; llega a verse afectada la sexualidad, por lo que hay presencia de inseguridad, vergüenza y pérdida de feminidad, disminuyendo así la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales, surgiendo sensibilidad mamaria, libido, placer, atrofia y dispareunia.

Un reciente estudio indica que los problemas sexuales no se correlacionaron significativamente con la cirugía, la quimioterapia o la terapia dirigida, sino más bien con la terapia hormonal, la misma que se asoció significativamente con el deterioro del funcionamiento

sexual ( $p = .008$ ) y una menor frecuencia sexual ( $p = .01$ ). La literatura indica que la terapia hormonal tiene el efecto de reducir el crecimiento de células cancerosas al evitar que el cuerpo produzca ciertas hormonas. Esta terapia hormonal puede tener repercusiones en la vida sexual de los pacientes por los efectos secundarios que provoca como grasa, pérdida de libido o incluso náuseas y vómitos. Al usar la terapia hormonal como tratamiento para su cáncer, la mayoría de las mujeres pueden experimentar placer y alcanzar el orgasmo mientras se someten a esta terapia. La percepción de apariencia y satisfacción muestra índices significativos asociados a la sexualidad. El impacto del cáncer y sus tratamientos en la vida sexual varía de persona a persona, el deseo sexual a menudo retrocede con mayores condiciones de estrés. Además, se presenta altos niveles de ansiedad por la evolución de la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos oncológicos, como cambios en la apariencia física, fatiga, alteraciones en el equilibrio hormonal todo lo cual puede conducir a una caída significativa de la libido (Smida et al., 2021).

Albers et al. (2020), mencionan que el tratamiento del cáncer de mama, incluido el tratamiento quirúrgico, la radioterapia, la quimioterapia, la terapia hormonal y la inmunoterapia, puede causar problemas sexuales físicos, como problemas con la lubricación vaginal, disminución de la sensación del pezón y reducción del deseo debido a la menopausia inducida por el tratamiento. Además, los problemas sexuales psicológicos, por ejemplo, la alteración de la imagen corporal y la falta de atractivo físico, podrían afectar la función sexual independientemente del tratamiento. El efecto negativo de los problemas sexuales en el bienestar de los pacientes ha sido bien estudiado y se sabe que los problemas sexuales afectan no solo a los pacientes; es probable que sus parejas también sufran, como consecuencia, las relaciones y la sexualidad pueden cambiar. Las parejas experimentan estos cambios como una lucha, por ello, la

atención a la relación paciente-pareja es importante ya que estar en una relación íntima con comportamiento afectivo y cercanía emocional se asocia con mejores resultados (psicosociales) y adaptación a la enfermedad tanto en pacientes con cáncer como en sus parejas.

La información y el apoyo adecuados con respecto a la intimidad y la sexualidad pueden reducir la angustia en pacientes y parejas. A pesar de la creciente literatura sobre la importancia de la información sobre la sexualidad y las preferencias de los pacientes sobre su comunicación, varios estudios citados por Albers et al. (2020) identificaron que los proveedores de atención médica en el campo de la psicooncología no brindan información sobre la sexualidad de manera rutinaria ni discuten este tema con sus pacientes y parejas. Como resultado, los pacientes y sus parejas reciben poco apoyo en temas de salud sexual. Los pacientes prefieren una discusión abierta sobre la sexualidad con un proveedor de atención médica donde el proveedor inició la sexualidad durante una conversación, normalizó los problemas relacionados con la sexualidad y reconoció la magnitud del tema, mientras que las parejas preferirían tratar el tema más en privado para expresar sus dudas, temores, y sentimientos sin tener el temor de herir a la paciente (Albers, 2020).

Los estudios indican que las mujeres afectadas por el cáncer de mama, que tenían una relación armónica y estable con su pareja, tienden a seguir viviendo en una relación armoniosa, incluso con la enfermedad - hecho que contribuye a la reorganización y reconstrucción familiar, además del daño físico, consecuencias emocionales y sociales impuestas por los tratamientos. Al mismo tiempo, las relaciones problemáticas tienden a deteriorarse o terminar (Mairink et al., 2020).

La cirugía mamaria afecta la feminidad y la estética corporal, especialmente en mujeres jóvenes, que por lo general se preocupan más por su cuerpo. La falta de parte o la totalidad del

seno la hace sentir menos atractiva y genera inseguridad hacia su pareja, afectando su práctica sexual. Para las pacientes jóvenes, la cirugía de mamas provocaba trastornos en sus relaciones afectivas y, cuando vuelven a tener una relación sexual con su pareja, sienten vergüenza de estar desnudas frente a ellas y revelar un “cuerpo defectuoso”, lo que les hace recordar que estaban enfermas. En este sentido, las dificultades con la imagen corporal y el sentimiento de la reducción de la feminidad y el apetito sexual pueden continuar, incluso con la cirugía de reconstrucción mamaria. Por ello es importante contemplar el concepto de autoimagen, que se refiere a la representación mental que la persona tiene sobre su cuerpo (yo); y la autoestima, el sentimiento que tenemos en relación con nosotros mismos, y la aceptación y aprobación de los demás es importante en el desarrollo de este concepto por parte de ellos (Mairink et al., 2020).

Aún con respecto a los tratamientos para el cáncer de mama, la literatura señala que las mujeres que reciben quimioterapia tienen mayor riesgo de disfunción sexual en comparación con aquellas que no recibieron terapia, ya que experimentan menopausia precoz, atrofia vaginal, disminución del deseo sexual, anorgasmia, fatiga y dolor. En cuanto a la menopausia inducida, los relatos muestran que ese evento adverso influye negativamente en la práctica sexual de la pareja. El alcance y la permanencia del daño por deficiencia de estrógenos causado por la quimioterapia dependerán de la edad de la mujer, la dosis y la duración del tratamiento de quimioterapia, y el impacto suele ser más grave en pacientes jóvenes. Como la quimioterapia puede afectar la capacidad reproductiva, se cree que es importante dialogar con la pareja, antes de iniciar el tratamiento, sobre si quieren o no tener hijos para ser derivados a la clínica de fertilidad.

Según mencionan Lashani et al. (2021), en cuanto a la modalidad de tratamiento adyuvante, aparecen otros eventos adversos -como el aumento de peso corporal, reforzando la

importancia de tener una rutina de ejercicio físico, que puede ayudar a reducir los eventos adversos medicamentosos, aliviar ansiedades y preocupaciones. Los expertos afirman que la actividad física es incluso capaz de mejorar el pronóstico de la enfermedad. Tanto la obesidad como la alopecia afectan la apariencia física y conducen a cambios en el comportamiento sexual, así como la mastectomía, y estos eventos adversos dañan la imagen corporal y modifican el yo de la mujer, con base en la interpretación que hace de los símbolos; o incluso a través de su interacción social con su pareja.

El corte de cabello debe orientarse antes de la fase de quimioterapia, a medida que la mujer y las personas se acostumbran a la nueva cara; así, cuando el cabello comienza a caerse, hay menos sufrimiento. El uso de maquillaje también es otra pauta importante, ya que puede contribuir a elevar la autoestima, recordando la importancia de aconsejar a la mujer que hable con el oncólogo y ver qué productos están aprobados, para no causar reacciones alérgicas y otros daños (Lashani et al., 2021).

Otro factor que también influye en la práctica sexual fue el uso de preservativos, recomendado para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS). El embarazo, durante el tratamiento de quimioterapia, puede causar daños en el feto y, al ser un tratamiento inmunosupresor, las ITS pueden instalarse más fácilmente. El uso del preservativo debe ser una orientación primordial para la pareja, ya que en una unión estable en nuestra sociedad es poco aceptado (Lashabi et al., 2021).

### ***Depresión***

El estrés psicológico es omnipresente y sus asociaciones con la salud humana ahora están bien establecidas. Los factores estresantes de la vida (por ejemplo, un diagnóstico de cáncer) y las respuestas que provocan aumentan el riesgo de una variedad de trastornos,

incluida la depresión, una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo (James et al., 2018). Los principales factores estresantes de la vida a menudo preceden a la depresión, y las teorías existentes proponen que la vulnerabilidad a la depresión inducida por el estrés puede atribuirse a consecuencias tanto cognitivas como biológicas de la exposición al estrés. En particular, los factores estresantes psicosociales a menudo producen inflamación, y la inflamación provoca de manera confiable comportamientos de enfermedad que incluyen síntomas depresivos (Dooley et al., 2018). Además, las investigaciones más recientes ahora han encontrado que el estrés modera el vínculo entre la inflamación y la depresión, de modo que las personas estresadas exhiben más síntomas depresivos después de la estimulación inflamatoria.

Es así que en el estudio de Vespa et al. (2022) las pacientes con cáncer muestran un valor medio de autocontrol y una baja tendencia a las conductas autoagresivas y autocríticas. Se prestan atención a sí mismas y a sus necesidades a nivel emocional y físico, aunque ocasionalmente pueden tener conductas autodestructivas. Las mujeres con rasgos de Control/Odio no son espontáneas y no siempre expresan emociones y flexibilidad en su relación con los demás. En situaciones estresantes, pueden ignorar la opción de opciones para el crecimiento personal y descuidar sus necesidades y las de los demás que los del perfil Amor/Autonomía. Mientras que en la tesis de Coasaca (2019) se encontró que el 33.8% de las pacientes con cáncer de mama sufrían de ansiedad y 30.8% tenían depresión, mientras que en los cuidadores el 23.3% tiene ansiedad y 6.7% tiene depresión. Además, las pacientes con ansiedad, en 23.1% corresponden al Estadio III y 6.2% corresponden al Estadio I. Mientras que, de las pacientes con depresión, 21.5% presentan depresión en el Estadio III. Entre tanto en la tesis de Arteta (2022) se halló que las pacientes mastectomizadas que se encuentran

hospitalizadas y con quimioterapia en el IREN-SUR, tienen un nivel moderado 47.7%, grave 43.2% y leve 6.8% de depresión.

Por otro lado, el estrés es un factor de riesgo significativo para la depresión, y esto se debe en parte a que los factores estresantes pueden mejorar el vínculo entre la inflamación y los síntomas depresivos. (Irwin et al., 2020).

**Concepto.** En el año 1994 aparece el concepto de depresión menor en el DSM-IV, en el apartado de Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores el cual no tiene código diagnóstico y se asume como una potencial categoría que requiere validación (Marín et al., 2015). Marín et al. (2015) refieren que la depresión se define como:

Un cuadro en donde se presentan uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración mínima similar a la requerida para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, pero con la presencia de entre dos a cuatro de los siguientes: síntomas depresivos: estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida o aumento de peso, alteración del patrón de sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o falta de energía, sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensamiento, concentración o indecisión, e ideas recurrentes de muerte, ideación suicida o intento suicida (p. 25).

Estos síntomas deben generar un malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.

También señalan que no se deben presentar otros trastornos depresivos o maníacos, y deben descartar la presencia de trastornos psicóticos. Puede ser difícil diferenciar el trastorno depresivo menor de los periodos de tristeza característicos de la vida diaria de un individuo normal, por lo que es necesario que los síntomas depresivos se encuentren presentes al menos

por dos semanas. La versión del DSM-IV-TR (American Psychological Association [APA], 2000) mantiene la misma tipificación del concepto. En el año 2010, la APA propuso dos cambios en la categoría de desorden depresivo no especificado para ser incorporados en el DSM-5: contar con un código para tipificar algunos de los trastornos contenidos en dicha categoría, ya que no ha existido una sistematización de la evidencia que permita su investigación y en el ámbito de la denominación, cambiar el concepto de “desorden” por “condición”, básicamente porque algunas de las situaciones incluidas en el desorden depresivo no especificado, no incluye síntomas específicos. En esta misma publicación se anticipa que el concepto de depresión menor no estaría incorporado en el DSM-5, pero sí notifican que la depresión subsindromal es similar al criterio propuesto en el DSM-IV para depresión menor (APA, 2010).

En la quinta edición del DSM se habla, finalmente, de “otro trastorno depresivo especificado” y “otro trastorno depresivo no especificado” (APA, 2014), refiriéndose a presentaciones sintomáticas que generan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas vitales, pero que no cumplen con todos los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. La diferencia entre el trastorno especificado y no especificado radica en si el clínico decide o no comunicar los motivos de por qué el conjunto de síntomas no cumple con los criterios de un trastorno depresivo en particular. Respecto a los trastornos especificados en el DSM-5 (APA, 2014), a modo de ejemplo se mencionan la depresión breve recurrente, el episodio depresivo de corta duración y el episodio depresivo con síntomas insuficientes. El concepto de depresión menor efectivamente no es incorporado en esta última edición y tampoco puede ser homologado a ninguno de los ejemplos “específicos”, ya que todos consideran la duración y/o temporalidad de los síntomas como el eje principal y no la

“intensidad” de estos como es el caso de la depresión menor.

### *Imagen corporal*

La imagen corporal es un concepto complejo que abarca algo más que atributos físicos. También implica la totalidad general, funcionalidad y la capacidad de relacionarse con los demás. Así como en la tesis de Cristóbal y Ruiz (2018) tuvo como objetivo determinar la relación de calidad de vida y la imagen corporal de las pacientes, donde se encontró que el 80% de pacientes están en categoría promedio de calidad de vida, sin embargo, de acuerdo a sus dimensiones, se encontró que un 32.5% en categoría baja de función física y seguido de un índice muy bajo en el rol físico y rol emocional con un 70% y 80%; la imagen corporal se evidencia que un 60% se encuentran en desfavorable, el 100% se presentó desfavorable en las dimensiones de aspecto físico y aspecto psicológico. Concluyendo que no existe relación entre la calidad de vida e imagen corporal. La imagen corporal no es sólo sobre cómo evaluamos nosotros mismos sino también de la importancia que cada uno le da a su apariencia. La evaluación que cada uno realiza de sí mismo se relaciona con la cultura, los ideales culturales para la apariencia física y la belleza y la discrepancia entre la imagen corporal percibida y estos ideales. Cuanto mayor sea la importancia que se da a la imagen corporal y la apariencia, más probable es que una mujer esté experimentando dificultades para ajustar los cambios en el cuerpo asociados con el cáncer de mama y su tratamiento (Dempsey et al., 2022).

En un reciente estudio de Armijos et al. (2023) se halló que los tratamientos contra el cáncer de mama tendrán un impacto negativo en la imagen corporal de las pacientes afectando su autoestima y su vida diaria de las mismas, lo cual proviene de los efectos adversos del tratamiento que dificultan su estado de salud general y causan un cambio de percepción causando una autoestima baja y temores hacia la realidad que enfrentaran con el tratamiento. Así mismo,

se mostró que las pacientes que son sobrevivientes experimentan efectos físicos, psicológicos y/o sociales, por ello es importante el apoyo familiar en las pacientes para afrontar de mejor manera estos efectos, al igual que el cuidado de enfermería se vuelve fundamental para ayudar en cuanto a su educación y asesoramiento a un antes, durante y después del tratamiento. Así como también en el estudio de Bustamante (2022) se encontró que la percepción que tenían las pacientes sobre su imagen corporal se centró en el impacto psicológico, mostrándose la inseguridad, vergüenza, incomodidad o el cómo ellas se veían incompletas; por otro lado, el impacto en su calidad de vida, con la presencia de falta de sueño, pensamientos negativos, el aislamiento, el cambiar su estilo de vida entre otros; llegando a la conclusión de que es necesario el apoyo emocional del personal de enfermería para que fomenten su autoestima y confianza de sí misma. Por su parte, Ochoa et al. (2020) hallaron que las pacientes tenían baja alteración a pesar de que en su entrevista indicaron no sentirse bien; durante la investigación se pudo precisar que les falta un apoyo de comprensión más específico con relación a la concepción de sí misma “ser mujer” después de haber perdido su mamá, ocasionando una modificación en su forma de verse y cambiando su forma de vestir.

La imagen corporal es íntimamente ligada a la identidad de uno mismo, a su autoestima, atractivo, funcionamiento sexual y las relaciones sociales, y por tanto los problemas de imagen corporal son asociados con pobre autoestima, ansiedad social, autoconciencia, y síntomas depresivos en pacientes con cáncer (Dempsey et al., 2022). En la investigación de Hoyle et al. (2022) donde las preocupaciones sobre la imagen corporal y la sexualidad son comunes, intensas y angustiosas para las pacientes con linfedema por cáncer de mama. Así como también Grogan (2017) nos da a conocer que la apariencia física puede no ser concordante a la imagen corporal o percepción que tengan de sí mismas; dando lugar a la insatisfacción corporal ya sea en cuanto a

su peso, tamaño y forma del propio cuerpo sea como un todo o por cada una de sus partes.

### ***Cáncer de mama***

La Sociedad Americana del Cáncer (La Sociedad Americana del Cáncer [ACS], 2021) señala que el cáncer de mama es una enfermedad generada por el crecimiento celular anormal de las células mamarias, que forman un tumor capaz de entrar en otros tejidos y órganos. Es la neoplasia más común entre las mujeres que se encuentra entre las primeras causas de mortalidad por cáncer en mujeres del Perú y en el mundo. Actualmente, la alta incidencia de este cáncer se destaca en los países desarrollados y en desarrollo causando importante problema de salud pública (Ministerio de Salud [MINSA], 2020).

Según la Sociedad Americana del Cáncer (ACS, 2021) las estimaciones son de 66.280 casos nuevos casos de cáncer de mama por cada año del trienio de 2020-2022, y en 2018 el número total de muertes por este tipo de neoplasia fue de 17.763 casos, de estos 17.572 mujeres y 189 hombres. El tratamiento del cáncer de mama depende de varios factores, como estadificación de la enfermedad, características del tumor, presencia o no de metástasis y las condiciones clínicas de la mujer. Después de la confirmación del diagnóstico y evaluación de extensión tumoral, se inicia el tratamiento adecuado, buscando el equilibrio entre la respuesta tumoral y la prolongación de supervivencia. Las terapias pueden ser: tratamiento local, siendo el quirúrgico (que abarca varios tipos de mastectomías), la radioterapia y tratamiento sistémico, que incluyen quimioterapia, terapia hormonal y terapia biológica. La mastectomía es la cirugía más común, como una forma de tratamiento para la extirpación del tumor de mama que puede ser parcial o total, dependiendo de algunas características de la enfermedad, la misma que suele estar indicada para tumores con tres centímetros o más. Esta mutilación, lo que genera es un cambio repentino en el cuerpo de la mujer, puede causar dificultades en la

aceptación de la imagen corporal, problemas con la feminidad y la sexualidad, ya que el pecho tiene una simbología muy significativa en la vida de las mujeres.

A partir de ahí, la reconstrucción mamaria es una de las alternativas para restaurar la autoestima y la feminidad perdida. Los estudios muestran los beneficios de la reconstrucción, siendo los principales la mejora de la imagen corporal y la restauración del equilibrio psicológico tras la noticia del cáncer y la pérdida de la mama. Por lo tanto, favorece la adaptación socioemocional de la mujer, mejorando su calidad de vida (Azevedo y Lopes, 2022).

De acuerdo con Paredes et al. (2019), las indicaciones para la reconstrucción de la mama en pacientes con cáncer varían según el tipo de cáncer, ubicación del tumor, tratamiento, condiciones clínicas generales establecidas, así como los intereses individuales de cada mujer. Se puede hacer con material de la propia paciente, del material protésico o de la combinación de ambos, inmediatamente después la extirpación de la mama o más tarde, cuando la mastectomía se realiza en una cirugía y la reconstrucción en otro. Los métodos de reconstrucción más utilizados son la reconstrucción con colgajo del músculo recto del abdomen y con un músculo dorsal ancho; uso de un expansor de tejido, que posteriormente es reemplazada por una prótesis de silicona. Sin embargo, incluso si las mujeres quieren realizar tal procedimiento, la falta de información, desconocimiento de este derecho legal, así como el miedo a una nueva cirugía son factores que restringen la realización.

### ***Afrontamiento***

Loustanau et al. (2017) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar situaciones que han sido evaluadas como amenazas o estrés. Además, se han encontrado tipos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama, donde se reporta una relación directa entre el componente mental y el uso de la estrategia de

afrontamiento activo. (Constanzo et al., 2006; Kershaw et al., 2004; Van Laarhoven et al., 2011).

Para las pacientes con cáncer de mama el tener estrategias de afrontamiento es de suma importancia para la superación de la enfermedad, en cuanto a estrategias más utilizadas fueron las de aceptación, uso de la religión, reformulación positiva, apoyo y descarga emocional; mientras que las menos utilizadas fueron las de afrontamiento activo, consumo de sustancias, abandono o renuncia, autocrítica, negación, entre otras (Herrera y Rodríguez, 2009).

### ***Calidad de vida***

En cuanto a la calidad de vida en pacientes oncológicos depende del nivel de adaptación que estos tengan con la enfermedad y el tratamiento. La adaptación a la enfermedad y el uso de estrategias para afrontarla no pueden considerarse sinónimos, ya que la adaptación incluye acciones rutinarias y automáticas que precisan de poca atención o esfuerzo para su realización; mientras que el afrontamiento es un proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos para lograr algún cambio en las distintas áreas de la vida del sujeto (Missiaggia, 2004).

La calidad de vida es una idea multidimensional, indefinido, principalmente parcial y se encuentra muy ligado a lo que es la cultura de cada persona, considerándose desde una perspectiva del estado salud (Bandía, et al., 1998), la evaluación está comprendida parcialmente como un todo o como una evaluación de los pacientes que tienen satisfacción con su nivel de funcionamiento normal comparándolo con el que ellos creían que era ideal (Contreras, 2005).

## Hipótesis

De este modo, como nos dicen las distintas investigaciones de Almazan et al. (2020), Silva et al. (2022), Bustamante et al. (2022), Armijos et al. (2023), Hoyle et al. (2022) y Cristobal (2018), las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que fueron operadas, muestran un grado de depresión después de someterse a la cirugía (mastectomía); mientras que con respecto a la sexualidad las investigaciones concuerdan con respecto a que si existe un cambio en la sexualidad en mujeres mastectomizadas ya sea en el primer año o los siguientes a la operación. Del mismo modo, Vespa et al. (2022) y Coasaca (2019) indican que las pacientes en promedio se encuentran en depresión ya sea en un estadio III o en inicios; como también Bustamante et al. (2022) indica que la depresión y la ruptura de la autoimagen de las pacientes están correlacionadas. Es por todo lo encontrado en dichas investigaciones que nosotras planeamos.

Existe correlación entre la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal en mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR).

## Capítulo II. Método

### Método

El presente estudio es un diseño no experimental, cuantitativo con un alcance correlacional, transversal; porque no se manipulará variables, se utilizará la recolección de datos y un análisis estadístico para encontrar la relación entre las variables, las cuales serán medidas una vez en el tiempo (Hernandez Sampieri y Mendoza, 2018).

### Instrumentos

Para la realización del presente estudio se utilizó los siguientes instrumentos, que a continuación se describen:

#### ***Instrumento 1. Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF)***

La prueba trata de conocer la sexualidad en mujeres de cualquier edad durante las últimas 4 semanas, donde se utilizan distintas definiciones como actividad sexual, relación sexual y estimulación sexual, para así evaluar en detalle las fases de la respuesta sexual femenina y determinar la prueba consta de 19 ítems los cuales fueron adaptados para la región Arequipa, reagrupados en 6 dimensiones: Deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; los cuales son respondidos en una escala Likert de 1 a 5 o de 0 a 5, dependiendo del ítem. El tiempo de aplicación de la prueba es de 15 a 20 minutos aproximadamente. Para las puntuaciones alcanzadas en el Índice global de 26,55 o inferior se considera la existencia de disfunción sexual. Yopez et al. (2022), realizaron la adaptación del instrumento Índice de la Función Sexual Femenina para la población peruana y ratificó la validez del instrumento en la Ciudad de Arequipa, siendo un instrumento válido y sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes dominios, teniendo una validez basada en la estructura interna y confiabilidad mediante el *coeficiente de Omega*

*policórico*, los valores que oscilan son entre .574 y .968, que demuestra que es un instrumento válido y confiable para su aplicación en mujeres peruanas (Anexo 1).

### ***Instrumento 2. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)***

El inventario de Depresión Beck-(BDI-II). Es de uso auto aplicable de 21 ítems y ha sido diseñado para evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adultos y en el adolescente con una edad mínima de 13 años. En la escala, la persona tiene que elegir según el estado de ánimo del cual se encuentre en el último mes. Está conformada por tres dimensiones, la primera denominada cognitiva, la cual está compuesta por los ítems 1, 2, 9 y 14; la segunda dimensión denominada física – conductual, integrada por los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 y 13; la tercera dimensión es la denominada afectivo – emocional, compuesta por los ítems 11, 12 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21. La calificación es de tipo Likert y cada ítem responde a cuatro categorías de respuestas ordenadas que se codifican de 0 hasta 3; si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría de la puntuación más alta. El resultado es la suma de las respuestas de los 21 ítems, desde 0 a 63 puntos. La clasificación de los niveles es: 0 -19, depresión leve; 20- 28, depresión moderada y 29 - 63, depresión grave (Barreda, 2019).

**Validez.** Las puntuaciones totales del BDI - II, obtenidas por Beck, Steer y Brown (1996, citados por Beck, 2010), se observó una media de 22.45; Barreda en Perú (2019), en Lima, en una muestra de 400 pacientes atendidos en un hospital de salud mental especializado, encontró puntuaciones que oscilaron entre 0 y 60; con una *media* de 22.08 y una *desviación estándar* de 12.28. La validez en el área clínica fue evaluada por Barreda (2019), mediante juicio de expertos obteniendo *V de Aiken* de .99, siendo el 100% de los ítems válidos.

Asimismo, obtuvo validez de constructo, mediante el test de *adecuación muestral de Kaiser –*

*Meyer -Olkin* ( $KMO = .95$ ) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 = 3603.2, p < .001$ ). La confiabilidad de la prueba se encontró mediante el *alfa de Cronbach* de .92; Espinoza (2016), en Lima Sur, en una muestra de más de 1000 universitarios, reportó en la confiabilidad por consistencia interna coeficientes *Alfa de Cronbach* de 0.865 para el nivel general y coeficientes superiores a 0.60 para las 3 dimensiones que componen el inventario; Barreda (2019), la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue de un *alfa de Cronbach* de .93, lo que evidenció una muy buena consistencia (Anexo 2).

### ***Instrumento 3. Escala de Imagen Corporal***

Esta escala tiene el objetivo de evaluar la imagen corporal en mujeres mastectomizadas, puede ser aplicada de manera colectiva o individual, a mujeres adultas, con un tiempo de aplicación de 10 minutos aproximadamente.

Escobar (2008) señala que esta prueba consta de 32 ítems, los cuales fueron adaptados en la ciudad de Lima, reagrupados en 3 dimensiones, las cuales son: aspecto físico, aspecto psicológico, aspecto social y percepción general; teniendo una calificación mediante la Escala de Likert con las siguientes categorías: Siempre (3 puntos), A veces (2 puntos) y Nunca (1 punto). De acuerdo a la suma del puntaje la imagen corporal se considera favorable: 75 – 96 puntos y desfavorable: de 32 – 74 puntos.

La validez fue determinada mediante prueba de expertos y la confiabilidad fue evaluada mediante el coeficiente *alfa de Cronbach* obteniendo un valor de 0.909 lo que demuestra que es un instrumento muy confiable (Escobar, 2008) (Anexo 3).

### ***Instrumento 4. Ficha Sociodemográfica***

La ficha fue de elaboración propia y constó de 8 preguntas las cuales permitieron conocer datos básicos tales como edad, grado de estudios, distrito de residencia, entre otros.

La ficha sociodemográfica comprendía también preguntas que sirvieron como criterios de inclusión ya que permitían averiguar si las evaluadas presentaban algún tipo de tratamiento actual con respecto a su estado con la enfermedad.

## Participantes

La muestra está constituida por mujeres que se encuentran con tratamiento del cáncer de mama por mastectomía y son atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, que suman un total de 80 pacientes, las cuales fueron captadas en distintas áreas del hospital, siendo 45 en Medicina Interna (56.25%), 28 en Consultorio Externo (35.00%) y 7 en Quimioterapia (8.75%); entre las participantes se encuentran 56 mujeres adultas entre la edad de 26 a 60 (70.00%) y 24 mujeres adultas mayores entre la edad de 61 a 81 (30.00%); respecto al lugar de procedencia de las participantes encontramos 51 mujeres de Arequipa (63.75%) y 29 de otros departamentos (36.25%); en cuanto a la ocupación de las pacientes encontramos 52 mujeres que son ama de casa (65.00%) y 28 mujeres con otras ocupaciones (35.00%); de acuerdo a su grado de instrucción, encontramos a 44 mujeres con un nivel básico (55.00%) y 36 con nivel superior (45.00%); en cuanto al estado civil de las participantes 57 de ellas son solteras (71.25%) y 23 casadas (28.75%); de acuerdo a su tiempo de diagnóstico encontramos a 42 mujeres de 0 a 3 años (52.50%), 23 de 4 a 6 años (28.75%), 7 de 7 a 9 años (8.75%) y 8 de 10 a más años (10.00%); en cuanto al tiempo de operación 50 mujeres de 0 a 3 años (62.50%), 18 de 4 a 6 años (22.50%), 7 de 7 a 9 años (8.75%), 5 de 10 a más años (6.25%); por último, de acuerdo a su tratamiento encontramos a 34 mujeres que reciben quimioterapia y radioterapia (42.50%) y 46 que reciben otros tratamientos (57.50%); además, las evaluadas también llenaron una ficha sociodemográfica (Anexo 4); el tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo juicio.

Se incluyó a las pacientes que cumplan los siguientes criterios:

### ***Criterios de inclusión***

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que hayan sido sometidas a mastectomía radical o parcial en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.
- Mujeres sin límite de edad, que acepten participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado.
- Mujeres que se encuentren en tratamiento de cáncer de mama.
- Mujeres que informen que tienen pareja y/o sexualidad activa.
- Mujeres que hablen español.

### **Procedimiento**

Después de que el proyecto fue aprobado, se solicitó a la Directora de la Escuela Profesional de Psicología una carta de presentación de las investigadoras dirigida al Director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para que nos autorice la realización de la investigación, facilitándonos el campo clínico. Se realizó las coordinaciones necesarias con el personal que atiende a las mujeres que acudan al mismo, para sus controles médicos y/o tratamiento ambulatorio. La población de estudio fue captada diariamente y se les solicitó su participación previa explicación del propósito de la investigación.

La etapa de recolección de datos tuvo una duración de ocho semanas, posteriormente se tabuló los datos y se realizó el análisis estadístico de los mismos. [como se hará] Los resultados fueron presentados en tablas.

El estudio se realizó durante los meses de enero, febrero y marzo del 2023.

### **Consideraciones éticas**

El presente estudio tomó en cuenta las siguientes consideraciones éticas; se le brindó a cada participante un consentimiento informado, donde se le explicaba el objetivo del estudio y el tiempo; cada participante tomó la decisión de participar de forma libre, voluntaria y con derecho a retirarse en cualquier momento durante la investigación. El principio de no maleficencia presentó un riesgo mínimo para la investigación. En el principio de confidencialidad se garantizó dado que la información proporcionada solo fue para fines de investigación, respetando el anonimato de las participantes (Anexo 7it).

### **Análisis de datos**

Los datos obtenidos fueron tabulados en una matriz de Excel para luego realizar los análisis estadísticos a través de JAMOVI versión 2.3.18. Se empleó la estadística descriptiva de la siguiente manera: Para las variables categóricas se presentarán las frecuencias y porcentajes; mientras que para las variables numéricas la Media y la Desviación Estándar. Se evaluó las distribuciones normales en las variables numéricas. Al no cumplir con la normalidad, se aplicó en pruebas no paramétricas la U de Mann Withney.

### Capítulo III . Resultados

#### Resultados

A continuación, se presentan los resultados en el siguiente orden: en primer lugar, se presentan los niveles de respuesta sexual femenina; en segundo lugar, los niveles de depresión; en tercer lugar, se presenta los niveles de percepción de la imagen corporal; en cuarto lugar, se presenta las comparaciones entre las dimensiones y el total de respuesta sexual femenina y edad categorizada; en quinto lugar, se presentan las comparaciones entre las dimensiones y el total de depresión y edad categorizada de las pacientes; en sexto lugar; las comparaciones entre las dimensiones y el total de la imagen corporal y la edad categorizada de las pacientes; en séptimo lugar, la relación entre la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal.

**Tabla 1***Niveles de respuesta sexual femenina*

Niveles	<i>f</i>	%
Disfunción sexual	47	58.75
No hay disfunción sexual	33	41.25
Total	80	100.0

En la Tabla 1 se presentan los niveles de respuesta sexual femenina. Se ha encontrado que 58.75 % de las evaluadas presenta disfunción sexual y el 41.25 % no presenta disfunción sexual.

**Tabla 2***Niveles de depresión*

Niveles	<i>f</i>	%
Leve	63	78.75
Moderada	9	11.25
Grave	8	10.00
Total	80	100.0

En la Tabla 2 se presentan los niveles de depresión. Se ha encontrado que el 78.75 % de las evaluadas presenta una depresión leve, el 11.25 % presenta una depresión moderada y un 10.00 % presenta una depresión grave.

**Tabla 3***Niveles de imagen corporal*

Niveles	<i>f</i>	%
Favorable	8	10.0
Desfavorable	72	90.0
Total	80	100.0

En la Tabla 3 se presentan los niveles de imagen corporal. Se ha encontrado que un 10.0 % de las evaluadas presenta una imagen corporal favorable y un 90.0 % una imagen corporal desfavorable.

**Tabla 4**

*Comparaciones entre las dimensiones y total del FSFI según la edad categorizada*

Variable	Grupo	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Dimensión Deseo	Adulto	2.23	1.18	582	.32
	Adulto mayor	1.88	0.76		
Dimensión Excitación	Adulto	3.76	3.85	483	.04*
	Adulto mayor	1.60	2.05		
Dimensión lubricación	Adulto	4.71	4.59	464	.02*
	Adulto mayor	2.27	3.27		
Dimensión Orgasmo	Adulto	3.57	3.38	466	.02*
	Adulto mayor	1.60	2.48		
Dimensión Satisfacción	Adulto	5.64	2.20	481	.04*
	Adulto mayor	4.63	1.83		
Dimensión Dolor	Adulto	3.50	3.47	577	.29
	Adulto mayor	2.58	3.61		
Suma Total de Dimensiones	Adulto	23.4	17.5	494	.06
	Adulto mayor	14.6	12.2		

Nota: \*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*\*\*:  $p < .001$

En la Tabla 4 se puede apreciar que no existen diferencias altamente significativas en cuanto a las dimensiones de deseo de funcionamiento sexual femenino, dolor y la edad entre los grupos de las evaluadas adultas y adultas mayores; de igual modo, entre la suma total de las dimensiones y la edad de las evaluadas. Por otro lado, se aprecia que existen diferencias significativas entre la dimensión de excitación y la edad de las evaluadas ( $U = 483; p < .04$ ), los valores de la media indican que el grupo de 26 a 60 años ( $M = 3.76$ ) muestran mayor nivel de excitación en contraste a las de adulto mayor ( $M = 1.60$ ); así mismo, entre la dimensión lubricación y la edad de las evaluadas ( $U = 464; p < .02$ ), los valores de la media indican que el grupo de 26 a 60 años ( $M = 4.71$ ) muestran mayor nivel de lubricación en contraste a las de adulto mayor ( $M = 2.27$ ); igualmente, entre la dimensión del orgasmo y la edad de las evaluadas ( $U = 466; p < .02$ ), los valores de la media indican que el grupo de 26 a 60 años ( $M = 3.57$ ) muestran mayor nivel de orgasmo en contraste a las de adulto mayor ( $M = 1.60$ ); además, entre la dimensión satisfacción y la edad de las evaluadas ( $U = 481; p < .04$ ), los valores de la media indican que el grupo de 26 a 60 años ( $M = 5.64$ ) muestran mayor nivel de satisfacción en contraste a las de adulto mayor ( $M = 4.63$ ). Siendo este el resultado del anexo 8 tabla 8, junto con la edad categorizada.

**Tabla 5**

*Comparaciones entre las dimensiones y total de Beck según la edad categorizada*

Variable	Grupo	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Dimensión Cognitiva	Adulto	1.34	2.24	570	.25
	Adulto mayor	1.58	1.84		
Dimensión Física-Conductual	Adulto	2.55	3.78	657	.87
	Adulto mayor	3.63	4.77		
Dimensión Afectivo-Emocional	Adulto	8.70	5.12	391	.003**
	Adulto mayor	12.0	4.17		
Suma Total de Dimensiones	Adulto	12.6	9.58	454	.02*
	Adulto mayor	17.2	9.46		

Nota: \*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*\*\*:  $p < .001$

En la Tabla 5, no existen diferencias significativas entre las dimensiones cognitiva y física-conductual con respecto a la edad. Mientras que, si existen entre la dimensión afectivo-emocional y la edad ( $U = 391$ ;  $p < .003$ ), los valores de la media indican que el grupo de 60 a 81 años ( $M = 8.70$ ) muestran mayor nivel de depresión en contraste a las del grupo de 26 a 60 ( $M = 8.70$ ); de igual modo, entre la suma total de las dimensiones del inventario de beck y la edad de las evaluadas ( $U = 454$ ;  $p < .02$ ), los valores de la media indican que el grupo de 60 a 81 ( $M = 17.2$ ) muestran mayor nivel de suma total en contraste al grupo de 26 a 60 ( $M = 12.6$ ). Siendo este el resultado del anexo 8 tabla 9, junto con la edad categorizada.

**Tabla 6**

*Comparaciones entre las dimensiones y total de Imagen Corporal según la edad categorizada*

Variable	Grupo	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Dimensión Aspecto Físico	Adulto	15.1	2.94	613	.54
	Adulto mayor	15.6	2.24		
Dimensión Aspecto Psicológico	Adulto	29.0	4.02	529	.13
	Adulto mayor	27.7	4.15		
Dimensión Aspecto social y Percepción General	Adulto	21.9	2.77	619	.58
	Adulto mayor	22.2	2.88		
Suma Total de Dimensiones	Adulto	66.0	7.65	601	.46
	Adulto mayor	65.5	6.97		

Nota: \*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*\*\*:  $p < .001$

En cuanto a la Tabla 6, se aprecia que no existen diferencias significativas entre las dimensiones de aspecto físico, aspecto psicológico, aspecto social y percepción general, como tampoco con la suma total de la escala de imagen corporal y la edad de las evaluadas. Siendo este el resultado del anexo 8 tabla 10, junto con la edad categorizada.

**Tabla 7**

*Correlación entre la Respuesta Sexual Femenina, Depresión e Imagen Corporal*

Variable		Suma Total FSFI	Suma Total Beck	Suma Total Imagen Corporal
Suma Total FSFI	Rho de Spearman			
	Valor $p$			
Suma Total Beck	Rho de Spearman	-.098		
	Valor $p$	.386		
Suma Total Imagen Corporal	Rho de Spearman	.136	.357	
	Valor $p$	.228	.001***	

Nota: \*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; \*\*\*:  $p < .001$

Como se puede apreciar en la Tabla 7, el coeficiente de correlación Rho de Spearman; se observa una relación negativa entre la suma total de depresión y la suma total de respuesta sexual femenina ( $rs = -.098, p < .386$ ); asimismo no se observa relación entre la suma total de imagen corporal y suma total de respuesta sexual femenina ( $rs = .136, p < .228$ ); sin embargo, se afirma que existe relación entre la suma total de imagen corporal y suma total de depresión ( $rs = .357, p < .001$ ).

## Discusión

En la presente investigación se estudió la relación entre las variables respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal, dando como resultado que existe una correlación positiva entre la depresión e imagen corporal; mientras que no existe una correlación entre la respuesta sexual femenina y la depresión; como tampoco entre la respuesta sexual femenina y la imagen corporal. Es importante resaltar que en la revisión bibliográfica se encuentran investigaciones las cuales no se relacionan las tres variables, pero sí entre dos variables, ya sea respuesta sexual e imagen corporal o depresión e imagen corporal en mujeres con tratamiento del cáncer de mama.

Según los resultados alcanzados se concluye que a mayor imagen corporal mayor depresión con una relación positiva de .357, por lo que se puede afirmar que a mayor visión desfavorable de sí mismas existe una depresión mayor, además hay que considerar que las variables están relacionadas, por lo que el nivel de relación es medio a débil por su semejanza al 1; a lo que se puede deducir que otros factores influyen en ellos.

En este estudio se observa que las pacientes que fueron sometidas a un tratamiento quirúrgico, presentan problemas de disfunción sexual siendo el 58.75% en diferentes rangos de edad; Así mismo, los resultados concuerdan con los obtenidos por Nimbi et al. (2022). En esta investigación se reportó que las mujeres con cáncer de mama que se encontraban bajo tratamiento su sexualidad se encontraba deteriorada, tal como su actividad sexual disminuida, menor nivel de funcionamiento sexual y el malestar psicológico se comprende entonces que las mujeres con mastectomía parcial o total en tratamiento del cáncer de mama tienden a disminuir su sexualidad, por lo que también la respuesta sexual femenina se vería disminuida.

El estudio de Quiroga (2020) refuerza este descubrimiento, dado que en su

investigación se observa que las mujeres con cáncer de mama y que han sido sometidas a una mastectomía presentan una prevalencia de disfunción sexual en un 64%, junto con la disminución del placer sexual, angustia física y por consecuente del sexo; es importante resaltar que se ve afectado principalmente el deseo sexual en las pacientes, por lo que se entiende que su respuesta sexual se ve comprometida en estos casos.

El estudio de Alinejad et al.(2021) refuerza este descubrimiento, puesto que en su investigación nos demuestra que las pacientes con cáncer de mama llegan a tener preocupaciones con respecto a su apariencia física y las relaciones sexuales con su pareja después de una mastectomía, además que se halló una disfunción sexual en la mayoría de sobrevivientes al cáncer, debido a la pérdida de la mama; es importante resaltar que en la cultura iraní donde se realizó el estudio prohíbe a las mujeres plantear problemas sexuales, con preferencia a las necesidades sexuales de los hombres, por lo que se entiende que hay una mayor razón para que se aumente los problemas sexuales en las mujeres con mastectomía.

Contrario a lo hallado en las investigaciones mencionadas, con respecto a la investigación de Córdova-de Juan et al. (2019) no se encontró una relación negativa en cuanto al tratamiento y la función sexual, considerando que este estudio se dio en 110 pacientes diagnósticas que posteriormente fueron sometidas a tratamiento quirúrgico, transcurrido así 12 meses desde el tratamiento, por lo que se podría reforzar la importancia del tiempo de diagnóstico en las pacientes.

En caso de la variable depresión, en el presente trabajo se ha encontrado que la mayoría de las pacientes en tratamiento con cáncer de mama, es decir el 78.75%, se encuentra en una depresión leve. Un resultado poco parecido al estudio de Vespa et al. (2022), en el que nos da a conocer que existe un porcentaje alto de depresión pudiendo ésta ser una reacción a eventos

estresantes o que las pacientes ya hayan tenido una predisposición a ésta antes del diagnóstico, también a que no cuenten con un apoyo emocional deseado.

Mientras que, en la investigación de Coasaca (2019) nos indica que el 30.8% de pacientes poseen depresión, además que el 21.5% de estas pacientes presentan depresión en el Estadio III, considerando que este estudio se dio en pacientes con cáncer de mama de 30 a 59 años de edad, fenómeno que es similar al reportado en Perú. En el estudio de Arteta (2022) donde la muestra estudiada es la misma que el presente trabajo, con la diferencia de áreas evaluadas, este nos indica que las pacientes mastectomizadas poseen en su mayoría un nivel moderado, siendo un 47.7%, seguido por grave 43.2% y leve un 6.8% de depresión, concluyendo que, en lo general, los niveles de depresión en mujeres mastectomizadas son de grave a moderado, pero aun así un pequeño porcentaje se encuentra con depresión leve, siendo este un indicador de que debería presentarse más atención no tan solo a las pacientes recientemente operadas, sino también a las pacientes con mayor tiempo de operación.

En la investigación de Armijos et al. (2023) se halló que los tratamientos contra el cáncer de mama tienen un impacto negativo con respecto a la imagen corporal lo cual afecta en su vida diaria y en su salud en general, al igual como en el estudio de Bustamante (2022) donde nos indican que la percepción de las pacientes sobre su imagen corporal generó un incremento en su inseguridad, vergüenza o incomodidad al no sentirse completas, por lo que se puede afirmar que las pacientes que sufrieron una ruptura en su autoimagen se perciben de manera negativa, al nivel de afectar en su vida en general.

Según los resultados obtenidos en esta investigación la mayoría de mujeres que poseen preocupaciones por su imagen es de 90.0% por lo que tienden a tener una imagen desfavorable de ellas mismas, cifra que es similar al reportado en Alemania por Hoyle (2022) donde la

muestra estudiada presenta una mayoría del 48% de mujeres preocupadas por su imagen corporal después de la cirugía, encontrándose también en el estudio de Cristóbal y Ruiz (2018) donde el 60% de mujeres mastectomizadas perciben su imagen corporal desfavorable, sobresaliendo que el 100% lo está dentro de las dimensiones de aspecto físico y psicológico; lo cual coincide también con Almazán et al. (2020) los cuales nos indican que hay un cambio corporal como consecuencia a la cirugía la cual conlleva a daños y rupturas en la autoimagen de las pacientes al sentirse mutiladas, ocasionando una modificación en la concepción de sí mismas y también en su forma de verse y la forma de vestir como nos indica Ochoa et al. (2020).

En la variable respuesta sexual femenina también se realizó la comparación de acuerdo a la edad de las evaluadas tomando dos rangos de edad, el primero de 26 a 60 años y el segundo de 61 a 81 años; donde en las dimensiones excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, se obtuvo que las pacientes adultas poseen mayores niveles en cada una de estas, mientras que en las restantes mantienen niveles similares; sin embargo en cuanto a la suma total se encontró que no poseen diferencias ( $U = 494, p = .06$ ) entendiéndose que a menor o mayor edad puede que la respuesta sexual femenina aumente o disminuya.

Según los resultados obtenidos, la comparación entre la variable depresión y edad en las evaluadas de 61 a 81 años presentan mayor depresión en la dimensión afectivo emocional ( $U = 391, p = .003$ ) además que en la suma total del instrumento con respecto al misma cohorte de edad es mayor la depresión ( $U = 454, p = .02$ ); es decir, que a mayor edad existe una depresión mayor.

Sin embargo, en cuanto a los niveles de imagen corporal para ambas edades el nivel no es distinto ( $U = 601, p = .46$ ), por lo que podemos apreciar que el nivel desfavorable que se

muestra en cuanto a imagen corporal no va ligado a la edad de las evaluadas.

En cuanto a la correlación entre depresión e imagen corporal la relación es tipo positiva débil y estadísticamente significativa, siendo ( $rs = .357, p = .001$ ); sin embargo que no existe una correlación entre la respuesta sexual femenina y la depresión ( $rs = -.098; p = .386$ ) menos aún entre la respuesta sexual femenina y la imagen corporal ( $rs = .136, p = .228$ ).

Así pues, no se ha encontrado evidencia que respalde la hipótesis planteada; por tanto la relación entre respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal en mujeres mastectomizadas con tratamiento del cáncer de mama atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR), no se pueden evidenciar en el trabajo; sin embargo, existe relación entre dos de estas variables, depresión e imagen corporal, lo cual es concordante con algunas investigaciones con variables similares, aunque en otras son contrarios a los resultados encontrados.

Finalmente, la investigación cumplió con el fin propuesto, ya que, si bien no se pudo encontrar una relación entre las tres variables, se encontró entre dos de estas; además de analizar de manera detallada la relación entre la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal de acuerdo a la edad de las pacientes en la ciudad de Arequipa.

Este estudio es también una invitación para que futuras investigaciones analicen la influencia de otras variables en la respuesta sexual femenina para ampliar el conocimiento en estas áreas, encontrando diferencias y similitudes con lo previamente hallado, y así intervenir de manera oportuna mediante la promoción y la prevención, de donde resalta su importancia ya que se puede promover el bienestar personal y la correcta administración de los distintos factores emocionales que conlleva ser un paciente oncológico.

## Conclusiones

**Primera:** Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la imagen corporal y la depresión, más no se encontraron relaciones significativas entre el funcionamiento sexual femenino y la depresión, como tampoco en el funcionamiento sexual femenino y la imagen corporal.

**Segunda:** Con respecto a los niveles de respuesta sexual femenina, la mayoría de las evaluadas posee una disfunción sexual siendo 58.75% de las evaluadas.

**Tercera:** Con respecto a los niveles de depresión, la mayoría de las evaluadas se encuentra en el nivel leve con 78.75%, moderado con 11.25% y grave con el 10.0%.

**Cuarta:** Se halló que, en los niveles de imagen corporal, la mayoría de las evaluadas tienen una visión desfavorable de ellas mismas con el 90.0%.

**Quinta:** En cuanto a la respuesta sexual femenina y la edad, existen diferencias significativas en las dimensiones de excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, donde las mujeres adultas de 26 a 60 años obtuvieron mayores puntuaciones.

**Sexta:** En cuanto a depresión y la edad, se aprecia diferencias significativas en cuanto a la dimensión afectivo-emocional y en la suma total de dimensiones, en las que las mujeres adultas mayores de 61 a 81 años muestran mayores niveles en comparación a las adultas de 26 a 60 años.

**Séptima:** En consideración a la imagen corporal no hay diferencias de percepción entre las edades de las evaluadas.

## Sugerencias

**Primera:** Se sugiere que los profesionales y/o estudiantes dentro del campo de la salud mental realicen investigaciones que relacionen la respuesta sexual femenina, depresión e imagen corporal en mujeres de la región Arequipa y en Perú; ya que actualmente no hay muchas investigaciones al respecto.

**Segunda:** Se sugiere que profesionales y/o estudiantes del campo de la salud mental ahonden los estudios sobre Respuesta Sexual Femenina en otros tipos de cáncer.

**Tercera:** Se sugiere a las entidades públicas profundizar en charlas y concientizar respecto al funcionamiento sexual tanto femenino como masculino.

**Cuarta:** Se sugiere que para próximas investigaciones se profundice las variables con relación al lugar de procedencia, ocupación, grado de instrucción, estado civil, tiempo de diagnóstico, tiempo de operación y el tipo de tratamiento que reciben.

**Quinta:** Se sugiere a las instituciones públicas y privadas en promover talleres de empoderamiento a pacientes que vivencian cáncer a la mama y la mastectomía.

**Sexta:** Se recomienda investigar en Perú sobre la incidencia de pacientes con cáncer de mama de acuerdo a las regiones.

## Limitaciones

**Primera:** La dificultad de poder conseguir participantes, ya que, al hablar de funcionamiento sexual femenino, se sentían intimidadas, no obstante, posteriormente se les empezó a explicar sobre sexualidad y cómo no serían juzgadas por sus respuestas al ser anónimas en el estudio.

**Segunda:** La limitada afluencia de pacientes que iban al hospital a consecuencia de las diversas protestas en el sur del país. Por lo que, se ampliaron los plazos iniciales de 2 meses para poder captar mayor afluencia de pacientes.

**Tercera:** El proceso demandante para la aprobación del estudio en el IREN SUR, sin embargo, la universidad ayudó con la facilitación de los documentos requeridos para la aprobación.

**Cuarta:** Se encontraron investigaciones relacionadas con la investigación con la misma población, sin embargo, aún son proyectos por lo que no se pudo tomar como antecedentes; esperamos que esta investigación logre ser precursora de investigaciones relacionadas.

## Referencias

- Albers L, Van Ek G, Krouwel E, Oosterkamp C, Liefers G, Den M, Den B, Krol E, Guicherit O, Linthorst-Niers E, Putter H, Pelger M, Elzevier W. (2020). Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients and Their Partners Want Information.[Necesidades de salud sexual, como quieren información los pacientes con cáncer de mama y sus parejas]. *J Sex Marital Ther* 46(3): 205-226. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-31762399>
- Alinejad, S., Fernández R., Lord, H., Alananzeh, I. (2021). The impact of mastectomy on women sexuality and body image: a systematic review of qualitative studies [El impacto de la mastectomía en la sexualidad e imagen corporal de las mujeres: Una revisión sistemática de estudios cuantitativos]. *en Support Care Cancer*; 29(10): 5571-5580. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06153-5>
- Almazan I., Herrera B., Loos N., Moyano Y., Reyes N., Vergara V. (2020). *Afectividad y sexualidad en mujeres mastectomizadas sobrevivientes a un cáncer de mama. Chile, 2020.* [Tesis de Titulación, Universidad de Valparaíso]. Repositorio Institucional. <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc1/1882>
- Álvarez A, Sierra J, Gómez C, Arcos A, Calvillo C, Granados R. (2022). Study of Sexual Concordance in Men and Women with Different Typologies of Adherence to the Sexual Double Standard.[Estudio de concordancia sexual en hombres y mujeres con diferentes tipologías de adhesión al doble estándar sexual]. *Int. j. clin. health psychol*, 22(2): 1-9. doi: 10.1016/j.ijchp.2022.100297
- Álvarez A, Gómez C, Sierra C. (2021). Tipologías de adherencia al doble rasero sexual en la población española. *Revista Europea de Psicología Aplicada al Derecho Contexto*, 13, 1-7.

doi: <https://doi.org/10.5093/ejpalc2021>

Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión en español y revisada (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría (2010). *Recommended changes in 'depressive disorder not otherwise specified' (code 311)*. Editorial Médica Panamericana. <http://www.dsm5.org/Documents/Mood%20Disorders%20Work%20Group/Subdividing%20the%20NOS%20Depressive%20Dx.2JAN2010.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su versión en español (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.

Archangelo S, Sabino M, Veiga D, Garcia E, Ferreira L. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. [Sexualidad, depresión e imagen corporal después de la reconstrucción mamaria]. *Clinics (Sao Paulo)*; 74: e883. <https://www.scielo.br/j/clin>

Arteta G. (2022). Relación de los niveles de depresión y niveles de autoestima en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR. Arequipa, 2022. [Tesis de titulación, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional. <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/>

Armijos L, Romero A, Caiza E. (2023). *Impacto en la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico*. [Artículo científico previo obtención del grado académico de magíster en enfermería, Universidad Regional Autónoma de los Andes]. Repositorio Institucional. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15573>

Athey RA, Kershaw V, Radley S. (2021). Revisión sistemática de la función sexual en mujeres

mayores. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 267: 198–204.  
<https://www.scielo.cl/scielo.php?>

Azevedo FR, Lopes RL. M. (2022). Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer [Revisando las contribuciones de reconstrucción mamaria para mujeres después de la mastectomía por cáncer]. *Rev Enferm UERJ*; 18(2):298-303. <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v18n2/v18n2a22.pdf>

Badía X, Carné X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin*; 110: 550-556. <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136866.pdf>

Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*; 22 (1): 39 – 52. <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>

Beck, AT. (2010). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates [La evolución del modelo cognitivo de la depresión y sus correlatos neurobiológicos]. *American Journal of Psychiatry*; 165 (8) pp 969-977. 10.1176/appi.ajp.2008.08050721

Beltrán, M., Freyre, M., Hernández- Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Revista Electrónica Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>

Bustamante A. (2022). *Percepción de la imagen corporal en mujeres con mastectomía*. Guayaquil, Ecuador, 2022. [Trabajo de Titulación, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/63461>

- Coasaca, L. (2019). *Prevalencia de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer de mama y de sus cuidadores en el Hospital Arzobispo Loayza en el periodo enero - diciembre del 2018*. [Tesis de Titulación, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle>
- Contreras, J. (2005). Calidad de vida: definición y áreas de la calidad de vida en Oncología. *Oncología*. 28(3): 123-128. [https://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315\\_322.PDF](https://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF)
- Córdoba-de Juan C., Arranz B., Torres-Lacomba M. (2019). Disfunción sexual en mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama. Estudio descriptivo longitudinal. *Asociación Española de Fisioterapeutas*, 41(2), 73-82.
- Costanzo, E., Lutgendorf, S., Rothrock, N. & Anderson, B. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer [Afrontamiento y calidad de la vida de mujeres tratadas extensamente por cáncer ginecológico]. *Psychooncology*, 15(2), 132-142. 10.1002/pon.930
- Cristobal, C. & Ruiz, L. (2018). *Calidad de vida e imagen corporal en mujeres mastectomizadas en el servicio de oncología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-2016*. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima. doi: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/1898/TITULO%20-%20Cristobal%20Vilchez%2C%20Carla%20Faviola.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dempsey, K., Mathieu, E., Brennan, M., Snook, K., Hoffman, J., Campbell, I, Scarlet, J., Flay, H., Wong, AH., Boyle, F., King, M., Spillane, A. (2022). The role of breast reconstruction choice on body image patient-reported outcomes at four years post-mastectomy for breast

cancer: A longitudinal prospective cohort study. [El papel de la elección de la reconstrucción mamaria en los resultados informados por pacientes sobre la imagen corporal cuatro años después de la mastectomía por cáncer de mama: un estudio de cohorte prospectivo longitudinal]. *Psychooncology*; 31(1): 54-61.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.5776>

Díaz, C. (2016). *Factores asociados a disfunción sexual en mujeres atendidas en un Hospital nivel III Chiclayo*. [Tesis de Posgrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/588?locale-attribute=en>

Dooley, L. N., Kuhlman, K. R., Robles, T. F., Eisenberger, N. I., Craske, M. G., & Bower, J. E. (2018). The role of inflammation in core features of depression: Insights from paradigms using exogenously-induced inflammation [El papel de la inflamación en las características centrales de la depresión: conocimientos de paradigmas que utilizan inflamación inducida exógena]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*; 94, 219–237.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.006>

Escobar, E. (2008). *Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. [Tesis de titulación, Universidad Nacional de San Marcos]. Repositorio Institucional. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>

Espinoza, A. (2016). *Estandarización y propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-II) en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur* [Tesis de titulación, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional. <https://revistas.upeu.edu.pe/riu/article/view>

- Gonzales L., Miyar PE. (2019). Respuesta sexual en la mujer climatérica. *Revista cubana de medicina general Integral*. 17(4):390-4. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
- Gozzi E, La Manna AR, Rossi L, Colonna M, Ulgiati MA, Romagnoli L, Busco S, Parrocchia S, Marrone R, Iavarone C, Arcangeli G, Angelini F, De Masi C, Ambrogi C, Travaini S, Calogero A, Centra A, Ricci F. (2022). What hides beneath the scar: sexuality and breast cancer what women don't say: A single-center study [Lo que se esconde debajo de la cicatriz: sexualidad y cáncer de mama lo que las mujeres no dicen: Un estudio único]. *Clin Ter*; 173(4): 342-346. <https://clinicaterapeutica.it/ojs/index.php/1/article/view/558/428>
- Graut, JA., Llantá, MC., Chacón, M., Fleites, G. (2019). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol*; 15(1):49-65. <https://www.yumpu.com/es/document/read/24294885>
- Grogan, S. (2017). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. [Imagen Corporal: comprender la insatisfacción corporal en hombres, mujeres y niños]. New York, NY: Routledge.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.
- Herrera, G. & Rodriguez, L. (2009). *Estudio piloto de validación del instrumento Brief cope inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno* [Tesis de titulación no publicada]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Hoyle E, Kilbreath S, Dylke E. (2022). Body image and sexuality concerns in women with breast cancer-related lymphedema: a cross-sectional study [Preocupaciones sobre la imagen

Corporal y la sexualidad en mujeres con linfoma relacionado con el cáncer de mama: Un estudio transversal]. *Support Care Cancer*; 30(5): 3917-3924. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06751-3>.

Hungr, C., Sanchez-Valera, V., Bober, C. (2017). Self-image and sexuality issues among Young women with breast cancer: practical recommendation [Problemas de autoimagen y sexualidad entre mujeres jóvenes con cáncer de mama: recomendación práctica]. *Rev Inves Clin*; 69:114-22. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2017/nn172g.pdf>

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). *Datos epidemiológicos sobre el cáncer de mama*. Ministerio de Salud.

International Agency for Research on Cancer. (2020). *Cancer today*. [Cáncer hoy]. International Agency for Research on cancer. <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>.

Irwin, M. R., Cole, S., Olmstead, R., Breen, E. C., Cho, J. J., Moieni, M., & Eisenberger, N. I. (2019). Moderators for depressed mood and systemic and transcriptional inflammatory responses: A randomized controlled trial of endotoxin [Moderadores para el estado de ánimo deprimido y las respuestas inflamatorias sistémicas y transcripcionales: Un ensayo aleatorio controlado de endotoxina]. *Neuropsychopharmacology*, 44(3), 635–641. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0259-6>

James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Murray, C.L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [Incidencia, prevalencia y años vividos con discapacidad a nivel mundial, regional y nacional para 354 enfermedades y lesiones en 195

países y territorios, 1990-2017: Un análisis sistemático para el estudio de carga global de morbilidad en 2017]. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. [Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama avanzado y sus cuidadores familiares]. *Psychology and Health*, 19(2), 139-155. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440310001652687>

Kuhlman, R., Robles, T. F., Haydon, M. D., Dooley, L., Boyle, C. C., & Bower, J. E. (2020). Early life stress sensitizes individuals to the psychological correlates of mild fluctuations in inflammation. [El estrés de la vida temprana sensibiliza a las personas a los correlatos psicológicos de las fluctuaciones leves en la inflamación]. *Developmental Psychobiology*; 62(3), 400–408. <https://doi.org/10.1002/dev.21908>

Lalumière, M., Sawastsky, M., Dawson, S., & Suschinsky, K. (2020). El estado empírico de la hipótesis de la preparación: explicando las respuestas genitales de las mujeres a los estímulos sexuales en el laboratorio. *Archivos de Comportamiento Sexual*. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-019-01599-5>

Lashani F, Rohani C, Estebansari F, Nasiri M. (2021). Exploring the relationship between sexual function, sense of coherence, and well-being in a sample of Iranian breast cancer survivors.[Explorando la relación entre la función sexual, el sentido de coherencia y el bienestar en una muestra de sobrevivientes de cáncer de mama en iraníes].*Support Care Cancer*; 29(6): 3191-3199. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl->

33090269

Mairink A, Côrtes C, Gozzo T, Canete A, Fendrich L, Panobianco M. (2020). A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama. [La práctica sexual de mujeres jóvenes en tratamiento por cáncer de mama]. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*; 24(3): e20190360. doi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1101154>

Marín, L., Espinosa, C., Galdames, M., Chomalí, C. (2015). La depresión menor: ¿Es un concepto menor? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1),23-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281944843004>

Ministerio de Salud. (2020). Registro de Cáncer. MINSA Arequipa. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>

Missiaggia, E. (2004). Calidad de vida y hostilidad /cólera en pacientes con cáncer de mama con quirúrgica radical y de conservación. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2731/Missiaggia\\_e.pdf?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2731/Missiaggia_e.pdf?sequence=1)

Mora S. (2021). Función sexual femenina en el proceso de gestación en mujeres que asisten a un Centro de Salud de la Ciudad del Cusco, 2020. [Tesis de titulación, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.uandina.edu.pe/>

Nikbakhtzadeh M, Raeis-Abdollahi E, Riahi E, Arezoomandan R. (2022). The interaction between sexual reward/ deprivation and the acquisition, extinction and reinstatement of morphine-

seeking behavior. [La interacción entre la recompensa/privación sexual y la adquisición, extinción y restablecimiento del comportamiento de búsqueda de morfina]. *Behav Brain Res*; 416: 113579. doi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166432821004678?via%3Dihub>

Nimbi FM, Magno S, Agostini L, Di Micco A, Maggiore C, De Cesaris BM, Rossi R, Galizia R, Simonelli C, Tambelli R. (2022). Sexuality in breast cancer survivors: sexual experiences, emotions, and cognitions in a group of women under hormonal therapy [Sexualidad en sobrevivientes de cáncer de mama: Experiencias sexuales, emociones y cogniciones en un grupo de mujeres bajo terapia hormonal]. *Breast Cancer*; 29(3): 419-428. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12282-021-01320-2>

Ochoa, A., Carchi, M., Suqui, C. (2020). *Factores psicológicos asociados a la imagen corporal y función sexual en mujeres mastectomizadas radicales. Cuenca-Ecuador, 2020*. [Trabajo de graduación previo a la obtención del título, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10150>

Organización Mundial de la Salud. ([OMS], 2002). Definiendo la salud sexual: Informe de una consulta técnica sobre salud sexual. 20(8): 28-31.

Paredes CG, Pessoa SGP, Peixoto DTT, Amorim DN, Araújo JS, Barreto PRA. (2019). Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio [Impacto de reconstrucción mamaria en la calidad de vida en pacientes mastectomizadas atendidas en el servicio de cirugía plástica del Hospital Universitario Walter Cantídio]. *Rev Bras Cir Plást*; 28(1):100-4. <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/17.pdf>

- Parra, A., Galarza, LE., San Andrés, N. (2018). Sexualidad responsable vs. tabúes sociales. *Rev San Gregorio*; (21):74-87. <http://revista.san-gregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/564/8>
- Przedziecki, A., Sherman K., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. [Mi cuerpo cambiado: cáncer de mama, imagen corporal, angustia y autocompasión]. *Psychooncology*;22:1872-9. doi: 10.1002/pon.3230
- Quiroga, A. (2020). *Impacto en la sexualidad en mujeres mastectomizadas por cancer de mama, atendidas en el Hospital III Essalud José Cayetano Heredia-Piura, durante el año 2018. Piura, 2020.* [Tesis de titulación, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6046>
- Sanfeliciano, A. (2018). *¿El sexo en la sociedad es un tabú o una obligación?* La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/el-sexo-en-la-sociedad-es-un-tabu-o-una-obligacion/>
- Sierra JC, Álvarez A, Arcos A, Calvillo C, Torres R, Granados R. (2019). Conexión entre excitación sexual subjetiva y respuesta genital: diferencias entre hombres y mujeres. *Revista Internacional de Andrología*, 17,24–30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.12.004>
- Silva I, Carvalho A, Moura R, Rodrigues A, Velasco R. (2022). Telenursing in the sexual function of women with breast cancer: A study protocol. [Teleenfermería en la función sexual de mujeres con cáncer de mama: un protocolo de estudio]. *Medicine (Baltimore)*; 101(47): e31449. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000031449>

- Smida S, Bouchahda R, Guezguez A, Regaya M, Frigui R, Kaabia O, Khairi H. (2021). Assessment of quality of sexual life in women after breast cancer treatment: about 100 cases. [Evaluación de la calidad de vida sexual en mujeres después del tratamiento de cáncer de mama: alrededor de 100 casos]. *Pan Afr Med J*; 40: 38. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8571940/>
- Sociedad Americana del Cáncer. (2021). *El Cáncer de Mama a nivel mundial*. Cancer.net. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estad%C3%ADsticas>
- Streb J, Jabłoński MJ, Słowik A, et al. (2019). Indications for sexology consultation in women after surgical treatment due to breast cancer. [Indicaciones de consulta de sexología en mujeres tras tratamiento quirúrgico por cáncer de mama]. *Ann Agric Environ Med*. 26:379–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000031449>
- Sun L, Ang E, Ang WHD, Lopez V. (2018). Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. [Perder el seno: una metasíntesis del impacto en las mujeres sobrevivientes de cáncer de seno]. *Psychooncology*. 2018;27(2):376-85. <https://doi.org/10.1002/pon.4460>
- Suschinsky K, Fisher D, Maunder L, Hollenstein T, Chivers M. (2020). Use of the bogus pipeline increases sexual concordance in women but not men. [El uso de la canalización falsa aumenta la concordancia sexual en las mujeres, pero no en los hombres]. *Archives of sexual behaviour.*, 49, 1517–1532. doi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-020-01737-4>
- Timm MS, Girardon-Perlini NMO, Beuter M, Prates LA, Birk NM, Piccin C. (2020). Imagem

corporal na ótica de mulheres após a mastectomia. [Imagen corporal desde la perspectiva de la mujer después de la mastectomía]. *Ciênc Cuid Saúde*; 16(1):1-8. doi: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cie>

Tomazelli JG, Migowski A, Ribeiro CM, Assis M, Abreu, DM. (2017). Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. [Evaluación de acciones para la detección precoz del cáncer de mama en Brasil utilizando indicadores de proceso: un estudio descriptivo con datos del Sismama, 2010-2011]. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(1):61-70. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100007>

Van Laarhoven, H., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K., Verhagen, C., & Prins, J. (2011). Coping, Quality of life, depression and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative end-of-life setting [Afrontamiento, calidad de vida, depresión y desesperación en pacientes con cáncer en un entorno curativo y paliativo al final de la vida]. *Cancer Nursing*, 34(4), 302-314. 10.1097/NCC.0b013e3181f9a040

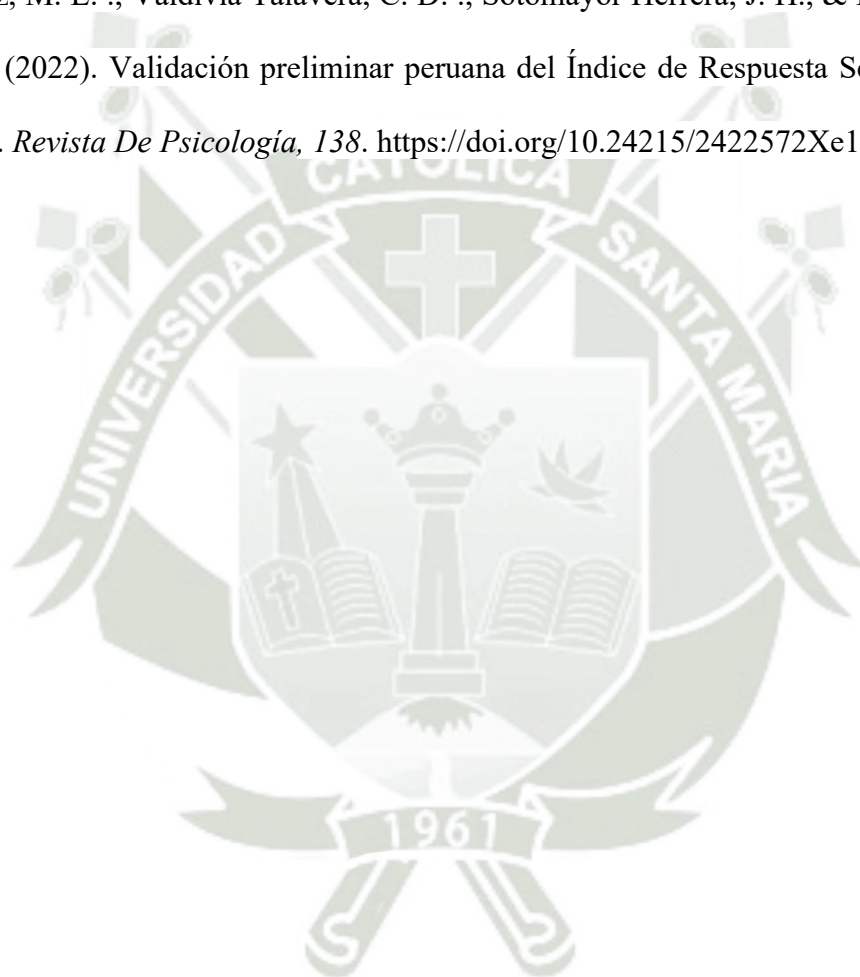
Vari, k. (2022). Disfunción Sexual. En Jameson, J., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Loscalzo, J. (Eds.), *Harrison principios de medicina interna*, 67.

Vespa, A., Giulietti, M., Fabbietti, P., Di Rosa, M., Gattafoni, P., Sarzani, R., Arnaldi, G., Balercia, G., Berardi, R., Salvo, G., Attademo, L., Spatuzzi, R. (2022). Structural Analysis of Social Behavior: Using Cluster Analysis to Examine Intrapyschic Personality Traits Associated With Depression in Women With Breast Cancer. [Análisis estructural del comportamiento social: uso del análisis de conglomerados para examinar los rasgos de personalidad intrapsíquica asociados con la depresión en mujeres con cáncer de mama]. *Cancer Control*.

29: 10732748221103327. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9379960/>

World Health Organization ([WHO],2018). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Geneva, Switzerland. [Definición de salud sexual: informe de una consulta técnica sobre salud sexual. Ginebra, Suiza].

Yépez-Alvarez, M. L. ., Valdivia Talavera, C. D. ., Sotomayor Herrera, J. H., & Ramos-Vargas , L. F. . (2022). Validación preliminar peruana del Índice de Respuesta Sexual Femenina (FSFI). *Revista De Psicología*, 138. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe138>



## Anexos

### Anexo 1

## ÍNDICE DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA (FSFI)

### Índice de Respuesta Sexual Femenina (FSFI)

(Yépez-Alvarez et al., 2022)

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

#### Definiciones:

- **Actividad sexual:** se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- **Relación sexual:** se define como penetración del pene en la vagina.
- **Estimulación sexual:** incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta.

*Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.*

1. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido deseo o interés sexual?

5	Siempre o casi siempre
4	La mayoría de las veces (más que la mitad de las veces)
3	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
2	Pocas veces (menos que la mitad de las veces)
1	Casi nunca o nunca

2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su **nivel** de deseo o interés sexual?

5	Muy alto
4	Alto
3	Moderado
2	Bajo
1	Muy bajo o ninguno

*Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares*

3. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
5	Siempre o casi siempre
4	La mayoría de las veces (más que la mitad de las veces)
3	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
2	Pocas veces (menos que la mitad de las veces)
1	Casi nunca o nunca

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su **nivel** de excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
5	Muy alto
4	Alto
3	Moderado
2	Bajo
1	Muy bajo o ninguno

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **segura** estaba de que se iba a excitar sexualmente durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
5	Muy segura
4	Segura
3	Moderadamente segura
2	Poco segura
1	Casi nada o nada segura

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha estado a gusto con su excitación sexual durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
5	Siempre o casi siempre
4	La mayoría de las veces (más que la mitad de las veces)
3	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
2	Pocas veces (menos que la mitad de las veces)
1	Casi nunca o nunca

7. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha conseguido estar lubricada durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
5	Siempre o casi siempre
4	La mayoría de las veces (más que la mitad de las veces)
3	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
2	Pocas veces (menos que la mitad de las veces)
1	Casi nunca o nunca

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **difícil** le ha resultado lubricar durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
1	Extremadamente difícil o imposible
2	Muy difícil
3	Difícil
4	Un poco difícil
5	Nada difícil

9. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se **mantuvo** usted lubricada hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
5	Siempre o casi siempre
4	La mayoría de las veces (más que la mitad de las veces)
3	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
2	Pocas veces (menos que la mitad de las veces)
1	Casi nunca o nunca

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **difícil** fue mantenerse lubricada hasta el final de la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
1	Extremadamente difícil o imposible
2	Muy difícil
3	Difícil
4	Un poco difícil
5	Nada difícil

11. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿con qué **frecuencia** logró el orgasmo?

0	No he tenido actividad sexual
5	Siempre o casi siempre
4	La mayoría de las veces (más que la mitad de las veces)
3	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
2	Pocas veces (menos que la mitad de las veces)
1	Casi nunca o nunca

12. Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o relaciones sexuales (sola o en pareja), ¿qué tan **difícil** fue lograr el orgasmo?

0	No he tenido actividad sexual
1	Extremadamente difícil o imposible
2	Muy difícil
3	Difícil
4	Un poco difícil
5	Nada difícil

13. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **conforme** ha estado con su capacidad de lograr el orgasmo durante la actividad o relación sexual (sola o en pareja)?

0	No he tenido actividad sexual
5	Muy conforme
4	Moderadamente conforme
3	Ni conforme ni inconforme
2	Moderadamente inconforme
1	Muy inconforme

14. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **satisfecha** ha estado con el nivel de cercanía emocional durante la actividad sexual con su pareja?

0	No he tenido actividad sexual
5	Muy satisfecha
4	Moderadamente satisfecha
3	Ni satisfecha ni insatisfecha
2	Moderadamente insatisfecha
1	Muy insatisfecha

15. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **satisfecha** ha estado en sus relaciones sexuales con su pareja?

5	Muy satisfecha
4	Moderadamente satisfecha
3	Ni satisfecha ni insatisfecha
2	Moderadamente insatisfecha
1	Muy insatisfecha

16. Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan **satisfecha** ha estado con su vida sexual en general?

5	Muy satisfecha
4	Moderadamente satisfecha
3	Ni satisfecha ni insatisfecha
2	Moderadamente insatisfecha
1	Muy insatisfecha

17. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

0	No he tenido penetración vaginal
1	Siempre o casi siempre
2	La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
3	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
4	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
5	Casi nunca o nunca

18. Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido incomodidad o dolor luego de la penetración vaginal?

0	No he tenido penetración vaginal
1	Siempre o casi siempre
2	La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
3	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
4	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
5	Casi nunca o nunca

19. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su **nivel** de incomodidad o dolor durante la penetración vaginal?

0	No he tenido penetración vaginal
1	Muy alto
2	Alto
3	Moderado
4	Bajo
5	Muy bajo o ninguno



**Anexo 2**

**ESCALA DE IMAGEN CORPORAL  
(Elaborada por Escobar)**

A continuación, se le presenta una serie de enunciados a los cuales usted deberá responder en forma sincera. Cada enunciado presenta 3 alternativas de respuesta que deberá marcar con un aspa(X) el enunciado que considere estar de acuerdo con su opinión. Las alternativas de respuesta son: Siempre, A veces, Nunca.

Ítem	Siempre	A veces	Nunca
1. Le agrada verse en el espejo luego de la operación			
2. Después de la mastectomía, acepta el acercamiento de su pareja			
3. Actualmente le agrada utilizar ropa que se ajuste a su cuerpo			
4. Le agrada su apariencia física después de la cirugía			
5. Le molesta asistir a actividades sociales			
6. Siente la misma libertad que antes con su pareja			
7. Le mortifica los efectos físicos de la cirugía			
8. Piensa que ahora sus amigos la puedan rechazar			
9. Le agrada que su pareja la mire vestirse			
10. Le molesta tener que ir nuevamente a su trabajo			
11. Le agrada estar sola			
12. Piensa que puede tener limitaciones con otras mujeres			
13. Le molesta hablar de los resultados de la cirugía con los demás			
14. Le preocupa su arreglo personal			

15. Acepta con resignación la pérdida de su seno			
16. Teme que su pareja rechace los resultados de la cirugía			
17. Le entusiasma salir a pasear con sus amigos			
18. Le molesta colocarse ropa ceñida			
19. Piensa que ahora sigue siendo atractiva para su pareja			
20. Piensa que la pérdida de su seno pueda cambiar su relación de pareja			
21. Piensa que a perdido su lado femenino			
22. Le agrada pensar que pronto volverá a realizar sus actividades diarias del hogar			
23. Le desagrada que su pareja la observe mientras se viste			
24. Piensa que su pareja acepta los efectos físicos de la cirugía			
25. Le atrae salir a pasear con sus familiares			
26. Le agrada estar en compañía con su pareja			
27. Permanece callada cuando su pareja está cerca de usted			
28. Es indiferente con su pareja			
29. Le preocupa que las demás personas noten los efectos físicos de la cirugía			
30. Prefiere estar en casa que salir a la calle			
31. No le agrada recibir visita de amigos			
32. Cree que después de la cirugía se ha vuelto muy reservada			

Anexo 3

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)**

**(Elaborado por Beck, Robert, Steer y Brown)**

Por favor lea cuidadosamente cada una de los 21 grupos de frases. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido en las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado que ha elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido y marcado más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (CHS), y el ítem 18 (CA).

1	No me siento triste	0
	Me siento triste gran parte del tiempo	1
	Estoy triste todo el tiempo	2
	Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo	3
2	No me siento desanimado respecto a mi futuro	0
	Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes	1
	No espero que las cosas funcionen para mí	2
	Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar	3
3	No me siento como un fracasado	0
	He fracasado más de lo debido	1
	Cuando miro hacia atrás miro muchos fracasos	2
	Siento que como persona soy un fracaso total	3
	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	0

4	No disfruto tanto de las cosas como antes	1
	Obtengo muy poco placer de las cosas	2
	No puedo obtener ningún placer de las cosas	3
5	No me siento culpable	0
	Me siento culpable respecto hay varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	1
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	2

	Me siento culpable todo el tiempo	3
6	No siento que esté siendo castigada	0
	Creo que tal vez estoy siendo castigada	1
	Espero ser castigada	2
	Siento que estoy siendo castigada	3
7	Siento acerca de mí lo mismo de siempre	0
	He perdido la confianza en mi misma	1
	Estoy decepcionada de mí misma	2
	No me gusto a mí misma	3
8	No me critico ni me culpo más de lo habitual	0
	Estoy más crítico conmigo misma que antes	1
	Me critico a mí misma por todos mis errores	2

	<b>Me culpo a mí misma por todo lo malo que sucede</b>	<b>3</b>
<b>9</b>	<b>No pienso en matarme</b>	<b>0</b>
	<b>He pensado en matarme pero no lo haría</b>	<b>1</b>
	<b>Desearía matarme</b>	<b>2</b>
	<b>Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo</b>	<b>3</b>
<b>10</b>	<b>No lloro más de lo usual</b>	<b>0</b>
	<b>Lloro más que antes</b>	<b>1</b>
	<b>Lloro por cualquier pequeñez</b>	<b>2</b>
	<b>Siento ganas de llorar pero no puedo</b>	<b>3</b>
<b>11</b>	<b>No estoy más inquieto o tenso que antes</b>	<b>0</b>
	<b>Me siento más tensa o inquieta que antes</b>	<b>1</b>
	<b>Estoy tan inquieta que me es difícil quedarme tranquilo</b>	<b>2</b>
	<b>Estoy tan inquieta que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo</b>	<b>3</b>
<b>12</b>	<b>No he perdido el interés en otras actividades o personas</b>	<b>0</b>

	<b>Estoy menos interesada que antes en otras personas o cosas</b>	<b>1</b>
	<b>He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas</b>	<b>2</b>
	<b>Me es difícil interesarme por algo</b>	<b>3</b>
<b>13</b>	<b>Tomó decisiones tan bien como siempre</b>	<b>0</b>
	<b>Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</b>	<b>1</b>

	<b>Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones</b>	<b>2</b>
	<b>Tengo problemas para tomar cualquier decisión</b>	<b>3</b>
<b>14</b>	<b>Siento que soy valiosa</b>	<b>0</b>
	<b>No me considero tan valiosa y útil como antes</b>	<b>1</b>
	<b>Me siento menos valiosa cuando me comparo con los demás</b>	<b>2</b>
	<b>Siento que no valgo nada</b>	<b>3</b>
<b>15</b>	<b>Tengo tanta energía como siempre</b>	<b>0</b>
	<b>Tengo menos energía que antes</b>	<b>1</b>
	<b>No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas</b>	<b>2</b>
	<b>No tengo energía suficiente para hacer nada</b>	<b>3</b>
<b>16</b>	<b>No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño</b>	<b>0</b>
	<b>Duermo un poco más que lo habitual</b>	<b>1 a</b>
	<b>Duermo un poco menos que lo habitual</b>	<b>1 b</b>
	<b>Duermo mucho más que lo habitual</b>	<b>2 a</b>
	<b>Duermo mucho menos que lo habitual</b>	<b>2 b</b>
	<b>Duermo la mayor parte del día</b>	<b>3 a</b>
	<b>Me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</b>	<b>3 b</b>
<b>17</b>	<b>No estoy más irritable que antes</b>	<b>0</b>
	<b>Estoy más irritable que antes</b>	<b>1</b>

	<b>Estoy mucho más irritable que antes</b>	<b>2</b>
	<b>Estoy irritable todo el tiempo</b>	<b>3</b>
<b>18</b>	<b>No he experimentado ningún cambio en mi apetito</b>	<b>0</b>
	<b>Mi apetito es un poco menor que antes</b>	<b>1 a</b>
	<b>Mi apetito es un poco mayor que antes</b>	<b>1 b</b>
	<b>Mi apetito es mucho menor que antes</b>	<b>2 a</b>
	<b>Mi apetito es mucho mayor que antes</b>	<b>2 b</b>
	<b>No tengo apetito en absoluto</b>	<b>3 a</b>
	<b>Quiero comer todo el tiempo</b>	<b>3 b</b>
<b>19</b>	<b>Puedo concentrarme tan bien como siempre</b>	<b>0</b>
	<b>No puedo concentrarme tan bien como antes</b>	<b>1</b>
	<b>Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo</b>	<b>2</b>
	<b>Encuentro que no puedo concentrarme en nada</b>	<b>3</b>
<b>20</b>	<b>No estoy más cansada o fatigada de lo habitual</b>	<b>0</b>
	<b>Me fatigo o me canso más fácilmente que antes</b>	<b>1</b>
	<b>Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer</b>	<b>2</b>
	<b>Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer</b>	<b>3</b>
	<b>No he notado un cambio reciente en mi interés por el sexo</b>	<b>0</b>

21	<b>Estoy menos interesada en el sexo que antes</b>	<b>1</b>
	<b>Ahora estoy mucho menos interesada en el sexo</b>	<b>2</b>
	<b>He perdido completamente el interés en el sexo</b>	<b>3</b>



Anexo 4

**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Lugar de Procedencia	
Ocupación	

Responda las siguientes preguntas, marcando con una (x) solo una vez cada pregunta, no tachones:

**Edad:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su grado de Instrucción?**

Analfabeto  Primaria  Secundaria  Superior  Técnico

**¿Cuál es su estado civil?**

Soltera  Casada  Divorciada  Conviviente  Viuda

**¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron el cáncer?**

**¿Hace cuánto tiempo fue operada?**

**Tipo de Tratamiento que recibe:**

Quimioterapia  Radioterapia  Ambos



## COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

#### **SUJETOS DE ESTUDIO:**

Mujeres que se encuentran con tratamiento del cáncer de mama por masectomía y son atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

#### **RIESGO DEL ESTUDIO:**

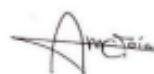
Mínimo

#### **OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:**

Debe proteger confidencialidad de la data sensible

#### **DICTAMEN:**

***DICTAMEN FAVORABLE***  
***128 - 2022***



Águeda Muñoz del Carpio Toia  
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: [comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com](mailto:comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com)

Anexo 6

COMITÉ REVISOR DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN DEL IREN-SUR



COMITÉ REVISOR DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN  
"Año del fortalecimiento de la soberanía nacional"

Arequipa, 27 de diciembre del 2022

CARTA N° 064-2022- GRA/GRS/GR – IREN-SUR/G-DCC-DI-CRPI

Señoritas:  
LUZA PORTILLA MIRNA GABRIELA  
PALACIOS LAJO CARLA CECILIA  
Escuela de Psicología  
Universidad Católica de Santa María  
Presente. -

REFERENCIA: PROTOCOLO "RESPUESTA SEXUAL FEMEMINA, DEPRESIÓN E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADS CON TRATAMIENTO SE CÁNCER DE MAMA EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR, AREQUIPA 2022"

ASUNTO: Resultado de Revisión

De mi consideración:

Mediante el presente tengo a bien dirigirme a usted para informarle que el Comité Revisor de Protocolos de Investigación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur luego de la revisión de su proyecto ha decidido la siguiente calificación:

**Aprobado sin observaciones- Cod.Reg. 272022**

Habiéndose revisado los siguientes documentos:

- ✓ Consentimiento Informado
- ✓ Ficha de Recolección de datos

Asimismo, indicarle que deberá realizar las coordinaciones con los responsables del área donde se ejecutará el proyecto.

Sin otro particular quedo de usted

Atentamente,



Dr. Fernando Valencia Juárez

PRESIDENTE

Comité Revisor de Protocolos de Investigación  
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur

Áv. La Salud S/N Cercado Arequipa  
Investigacion@irensur.gob.pe

**Anexo 7**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Participación en la investigación elaborada por estudiantes de la Universidad Católica de Santa María de la Facultad de Psicología.

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con documento de identidad \_\_\_\_\_ certifico que he sido informada con claridad y veracidad debida respecto a la investigación académica de las estudiantes que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaboradora, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información brindada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

**Estudiante de Psicología**

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Estudiante de Psicología**

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Participante**

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Anexo 8**

**TABLAS**

**Tabla 8**

*Niveles de las dimensiones de la respuesta sexual femenina*

Dimensiones	Deseo		Excitación		Lubricación		Orgasmo		Satisfacción		Dolor	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Disfunción sexual	11	13.75	14	17.50	18	22.50	18	22.50	13	16.25	17	21.25
No hay disfunción sexual	69	86.25	66	82.50	62	77.50	62	77.50	67	83.75	63	78.75
Total	80	100.0	80	100.0	80	100.0	80	100.0	80	100.0	80	100.0

En la Tabla 8, se presentan los niveles de las dimensiones de la respuesta sexual femenina. En la dimensión deseo que, un 13.75 % de las evaluadas presenta disfunción sexual y un 86.25 % no presenta disfunción sexual; dimensión excitación, un 17.50 % de las evaluadas presenta disfunción sexual y un 82.50 % no presenta disfunción sexual; dimensión lubricación, un 22.50 % de las evaluadas presenta disfunción sexual y un 77.50 % no presenta disfunción sexual; dimensión orgasmo, un 22.50 % presenta disfunción sexual y un 77.50 % no presenta disfunción sexual; dimensión satisfacción, un 16.25 % de las evaluadas presenta disfunción sexual y un 83.75 % no presenta disfunción sexual; y en la dimensión dolor, un 21.25 % de las evaluadas presenta disfunción sexual y un 78.75 % no presenta disfunción sexual.

**Tabla 9**

*Niveles de las dimensiones de depresión de Beck*

Dimensiones	Cognitiva		Física-Conductual		Afectivo-Emocional	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Leve	41	51.25	27	33.75	31	38.75
Moderado	25	31.25	37	46.25	26	32.50
Grave	14	17.50	16	20.00	23	28.75
Total	80	100.0	80	100.0	80	100.0

En la Tabla 9 se presentan los niveles de las dimensiones de depresión de Beck. Se ha encontrado en la dimensión cognitiva, el 51.25 % de las evaluadas presenta una depresión leve, el 31.25 % presenta una depresión moderada y un 17.50 % presenta una depresión grave; dimensión física-conductual, el 33.75 % de las evaluadas presenta una depresión leve, el 46.25 % presenta una depresión moderada y un 20.00 % presenta una depresión grave; y en la dimensión afectivo-emocional, el 38.75 % de las evaluadas presenta una depresión leve, el 32.50 % presenta una depresión moderada y un 28.75 % presenta una depresión grave.

**Tabla 10***Niveles de las dimensiones de imagen corporal*

Dimensiones	Aspecto Físico		Aspecto Psicológico		Aspecto Social y Percepción General	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Favorable	8	10.00	11	13.75	15	18.75
Desfavorable	72	90.00	69	86.25	65	81.25
Total	80	100.0	80	100.0	80	100.0

En la Tabla 10 se presentan los niveles de las dimensiones de imagen corporal. Se ha encontrado en la dimensión de aspecto físico, un 10.00 % de las evaluadas presenta una imagen corporal favorable y un 80.00 % una imagen corporal desfavorable; dimensión aspecto psicológico, un 13.75 % de las evaluadas presenta una imagen corporal favorable y un 86.25 % una imagen corporal desfavorable; y en la dimensión aspecto social y percepción general, un 18.75 % de las evaluadas presenta una imagen corporal favorable y un 81.25 % una imagen corporal desfavorable.

**Tabla 11***Pacientes captadas en áreas del Hospital*

Área	<i>f</i>	%
Medicina Interna	45	56.25
Consultorio Externo	28	35.00
Quimioterapia	7	8.75
Total	80	100.00

En la Tabla 11 se presentan las áreas en las que se captaron a las pacientes. Se ha encontrado a 45 en Medicina Interna (56.25%), 28 en Consultorio Externo (35.00%) y 7 en Quimioterapia(8.75%).

**Tabla 12***Edad de las pacientes*

Edad	<i>f</i>	%
Adultas 26 a 60	56	70.00
Adultas mayores 61 a 81	24	30.00
Total	80	100.00

En la Tabla 12 se presenta la edad de las pacientes. Se ha encontrado entre las participantes a 56 mujeres adultas entre la edad de 26 a 60 (70.00%) y 24 mujeres adultas mayores entre la edad de 61 a 81 (30.00%).

**Tabla 13***Lugar de procedencia de las pacientes*

Procedencia	<i>f</i>	%
Arequipa	51	63.75
Fuera de Arequipa	29	36.25
Total	80	100.00

En la Tabla 13 se presenta la procedencia de las pacientes. Se ha encontrado entre las participantes a 51 mujeres de Arequipa (63.75%) y a 29 mujeres fuera de Arequipa (36.25%).

**Tabla 14***Ocupación de las pacientes*

Ocupación	<i>f</i>	%
Ama de Casa	52	65.00
Otros	28	35.00
Total	80	100.00

En la Tabla 14 se presenta la ocupación de las pacientes. Se ha encontrado entre las participantes a 52 mujeres amas de casa (65.00%) y 28 mujeres con otras ocupaciones (35.00%).

**Tabla 15***Grado de instrucción de las pacientes*

Instrucción	<i>f</i>	%
Básico	44	55
Superior	36	45
Total	80	100.00

En la Tabla 15 se presenta el grado de instrucción de las pacientes. Se ha encontrado entre las participantes a 44 mujeres con nivel básico (55.00%) y 36 mujeres con nivel superior (45.00%).

**Tabla 16***Estado civil de las pacientes*

Estado Civil	<i>f</i>	%
Soltera	57	71.25
Casado	23	28.75
Total	80	100.00

En la Tabla 16 se presenta el estado civil de las pacientes. Se ha encontrado entre las participantes a 57 mujeres solteras (71.25%) y 23 mujeres casadas (28.75%).

**Tabla 17***Tiempo de diagnóstico de las pacientes*

T. Enfermedad	<i>f</i>	%
0 – 3 años	42	52.50
4 - 6 años	23	28.75
7 – 9 años	7	8.75
10 a más	8	10.00
Total	80	100.00

En la Tabla 17 se presenta el tiempo de enfermedad de las pacientes. Se ha encontrado entre las participantes a 42 mujeres con tiempo de enfermedad entre 0 - 3 años (52.50%), de 4 a 6 años 23 mujeres (28.75%), de 7 a 9 años de tiempo de diagnóstico hay 7 mujeres (8.75%) y de 10 años a más 8 pacientes (10.00%).

**Tabla 18***Tiempo de operación de las pacientes*

T. Operación	<i>f</i>	%
0 – 3 años	50	62.50
4 – 6 años	18	22.50
7 – 9 años	7	8.75
10 a más	5	6.25
Total	80	100.00

En la Tabla 18 se presenta el tiempo de operación de las pacientes. Se ha encontrado que 50 pacientes tienen un tiempo de operación de 0 a 3 años (62.50%); 18 mujeres tienen de 4 a 6 años de operación (22.50%); 7 mujeres tienen de 7 a 9 años de operación (8.75%) y 5 mujeres que fueron operadas de 10 años a más (6.25%).

**Tabla 19***Tipo de tratamiento de las pacientes*

Tratamiento	<i>f</i>	%
Quimioterapia y Radioterapia	34	42.50
Otro	46	57.50
Total	80	100.00

En la Tabla 19 se presenta el tipo de tratamiento de las pacientes. Se ha encontrado entre las participantes a 34 mujeres que reciben quimioterapia y radioterapia (42.50%); 46 mujeres que reciben otro tipo de tratamiento (57.50%).

# RESPUESTA SEXUAL FEMENINA, DEPRESIÓN E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS CON TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

## INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://repositorio.autonomadeica.edu.pe">repositorio.autonomadeica.edu.pe</a> Fuente de Internet	5%
2	<a href="http://accessmedicina.mhmedical.com">accessmedicina.mhmedical.com</a> Fuente de Internet	3%
3	<a href="http://www.revistaclinicapsicologica.com">www.revistaclinicapsicologica.com</a> Fuente de Internet	3%
4	<a href="http://seer.uftm.edu.br">seer.uftm.edu.br</a> Fuente de Internet	2%
5	<a href="http://repositorio.unal.edu.co">repositorio.unal.edu.co</a> Fuente de Internet	2%
6	<a href="http://upc.aws.openrepository.com">upc.aws.openrepository.com</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%

9

revistas.ucr.ac.cr

Fuente de Internet

1 %

10

dspace.uazuay.edu.ec

Fuente de Internet

1 %

11

docplayer.es

Fuente de Internet

1 %

12

dspace.unitru.edu.pe

Fuente de Internet

1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado