



25 AÑOS | UNIVERSIDAD
1993 | 2018 DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud

MÁSTER OFICIAL EN SEXOLOGÍA

Curso académico 2017/2018

Trabajo Fin de Máster

**ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS
MUJERES OPERADAS DE
MAMOPLASTIA DE AUMENTO**

Autora:

MARÍA BOUCHERANT BENAVENTE

Tutor:

ANTONIO JOSÉ GONZÁLEZ JIMÉNEZ

*“Pienso que a mí me gustan porque provocan delirios
Siento que se me sacian las ansias entre sus lirios
Mi boca dulce estampa un beso en sus precipicios
Quizás añorando mieles que nunca probé de niño.*

*Senos que no reemplazan
Ni mates ni cafecitos
Ni copas de baccarat
Ni néctares del Olivo
Senos irremplazables
A la hora de los gemidos.*

*Senos tuyos
Senos míos.*

*Que de esta boca no salga
Con que deleite los miro.
No sabes cuánto daría
Por esos senos benditos”.*
(Boni)

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de todas las mujeres que han participado en el estudio. Muchas gracias por confiar en mi, por haberme dedicado parte de vuestro tiempo y vuestra experiencia personal. Vuestras ganas de ayudarme me han aportado un cariño muy especial.

Por otro lado merece un reconocimiento especial el interés y apoyo que he recibido por parte de mi tutor, el cual me ha guiado en todo mi camino de esta investigación. Gracias por tus consejos.

Gracias de verdad a todos mis compañeros del máster, por vuestros ánimos y sugerencias que me han ayudado a seguir en los momentos en los que me venía abajo. Me habéis aportado un millón de conocimientos no solo para el TFM, si no que también habéis contribuido a que cambie mi manera de pensar y de ver las cosas. ¡Os llevaré siempre en el corazón!

Por último dar las gracias a todas mis amigas, en especial a Namari, por la paciencia que ha tenido para escucharme cada vez que estaba agobiada y por calentarle la cabeza con todas mis preocupaciones. Has sido un paño de lágrimas para mí, gracias por tu sinceridad en todo momento. Eres lo más especial que me llevo de este año.

Gracias a todos.

RESUMEN

No hay muchos estudios que investiguen sobre la actividad sexual y aspectos psicológicos de mujeres operadas de mamoplastia de aumento. Esta es una intervención quirúrgica muy frecuente en los últimos años. La mayoría de estudios están realizados desde perspectivas cuantitativas sin ahondar en sus experiencias y vivencias personales por lo que se considera importante su abordaje. **Objetivos:** Conocer la actividad sexual de las mujeres tras operarse de mamoplastia de aumento así como la presencia beneficios a nivel de pareja. Describir los motivos por los que se han operado, aspectos psicológicos que se han mejorado tras la intervención y conocer cual es el ideal de belleza de las mujeres. **Método:** Se han realizado entrevistas semiestructuradas e individuales a un total de 17 participantes mujeres operadas de mamoplastia de aumento. **Conclusiones:** Los beneficios principales de la mamoplastia de aumento son una mejora del autoestima y de la seguridad personal. En sexualidad las opiniones son más diversas e irán en función de la experiencia personal y subjetiva de cada entrevistada.

ABSTRACT

There are not many studies about how a breast augmentation can change women's life and her sexual practices. This is a very common operation nowadays. Most studies are conducted from quantitative perspectives without deepening their personal experiences so it is considered important to approach them. **Objectives:** To know the sexual activity of women after having surgery of augmentation mammoplasty as well as the presence of benefits at couple level. Describe the reasons why they have been operated, psychological aspects that have been improved after the intervention and know what is the ideal of beauty of women. **Method:** Semi-structured and individual interviews were conducted with a total of 17 female participants undergoing breast augmentation surgery. **Conclusions:** The main benefits of augmentation mammoplasty are an improvement in self-esteem and personal safety. In sexuality, opinions are more diverse and will depend on the personal and subjective experience of each interviewee.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	7
2. EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA.....	8
3. SALUD Y SEXUALIDAD.....	11
4. HISTORIA DE LA EVOLUCIÓN DE LA BELLEZA Y DESARROLLO DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA.....	12
5. INFLUENCIA DE LA APARIENCIA EN LA SEXUALIDAD.....	14
5.1 Inducción psicógena y respuesta sexual.....	16
5.2 Cánones de belleza sociales.....	18
6. RELACIÓN DE LOS SENOS Y LA SEXUALIDAD.....	20
6.1 Senos y feminidad.....	20
6.2 Complejos, autoestima y miedo al rechazo.....	21
7. CIRUGÍA ESTÉTICA Y MAMOPLASTIA.....	23
7.1 Definición y objetivos de la cirugía estética.....	24
7.2 ¿Qué es la mamoplastia de aumento? Definición, objetivos, técnicas y complicaciones.....	26
8. ASPECTOS SEXUALES IMPORTANTES TRAS LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO.....	32
8.1 Deseo sexual y líbido.....	32
9. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	35
10. OBJETIVOS.....	38
10.1 Objetivos generales.....	38
10.2 Objetivos específicos.....	38
11. METODOLOGÍA.....	38
11.1 Diseño.....	38
11.2 Sujetos.....	39
11.3 Instrumentos de recogida de datos.....	39
11.4 Procedimiento de análisis de datos.....	40
11.5 Aspectos éticos.....	44
12. RESULTADOS.....	44
13. DISCUSIÓN.....	59
14. CONCLUSIONES.....	65
15. LIMITANTES DEL ESTUDIO.....	67

16. BIBLIOGRAFÍA.....	68
17. ANEXOS.....	75
17.1 Consentimiento Informado.....	75
17.2 Algunos dibujos característicos realizados por las participantes.....	76

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En el presente trabajo se realizará una investigación de tipo cualitativo en el que se abordará la actividad sexual de la mujer operada de aumento de pecho en comparación con el pasado, así como cambios en los diferentes los aspectos psicológicos que podían haberse visto afectados por este defecto físico.

En nuestra actualidad se le da gran importancia a la apariencia física, habiendo una gran preocupación por ser cada vez más perfectos y más exigentes con nosotros mismos. Con motivo de ello, la cirugía estética está en auge en los últimos años, de hecho la mamoplastia de aumento es una de las más realizadas en todo el mundo de ahí la importancia de abordar este tema en cuestión.

Cada vez es más frecuente encontrar personas que deciden pasar por un quirófano para corregir un problema físico o para mejorar algo que no les termina de convencer. Para las mujeres, los senos representan una parte fundamental de su cuerpo. Se trata de un símbolo de feminidad, seducción y sexual, por lo que su ausencia podrá conllevar problemas en la salud mental y sexual de quien no los tenga los suficientemente grandes a lo establecido como normal. Pero, ¿Realmente deciden operarse estas mujeres porque no se sienten cómodas con una parte de su cuerpo o porque no encajan con un tipo de belleza bien definida y establecida por la sociedad? Cada vez es más frecuente que las personas estemos altamente influenciadas por criterios impuestos socialmente y que realmente no coincidan con nuestros pensamientos, pero sea el miedo al rechazo o a la exclusión, el motivo que nos lleve a hacerlo.

Además, la sexualidad también resulta muy interesante de investigar ya que es un área fundamental ya no únicamente de los seres humanos, si no de los seres vivos y abarca todo el ciclo vital. Somos seres sexuados desde que nacemos hasta que nos morimos. Los senos son un complemento muy útil en la sexualidad, por lo que si la autopercepción de los senos de una mujer es negativa, las relaciones sexuales se verán afectadas por esta parte del cuerpo.

Por tanto, conocer si una operación de mamoplastia de aumento presenta además de beneficios físicos, mejoras a nivel psicológico y sexual puede hacer que personas que estén pensando en intervenirse tengan un motivo más para hacerlo o por el contrario, no consideren que sea necesario mejorar una parte de su cuerpo para quererse y aceptarse a ella misma, así como tener una vida sexual plena y satisfactoria.

2. EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad humana ha experimentado una evolución a lo largo de la historia. Estos cambios han venido manifestándose debido a la influencia de aspectos tales como la historia, el entorno y la cultura. (William, 2015).

A continuación se comenzará con la descripción del desarrollo sexual evolutivo abordándolo desde un punto de vista teórico-histórico.

En la Prehistoria el hombre del paleolítico tenía una sexualidad similar a la de los animales, se tenía en cuenta el consentimiento de la hembra y se encontraban etapas de acoplamiento. La posición de la mujer adquirió un valor importante a nivel erótico y terapéutico, siendo ellas responsables de calmar ansiedad y dudas acerca de su deseo. (Morali, 1992). Existían dos tipos de monogamias, una de ellas era la natural y otra la monogamia que tenía como objetivo asegurar el patrimonio de la familia. (Vera, 1998). Además, el hombre de la prehistoria se caracterizaba por su promiscuidad, así como la necesidad de satisfacer sus impulsos sexuales. El frío era algo característico de esta época, los individuos siempre estaban tapados por lo que la desnudez cobraba un valor especial y era muy solicitada sexualmente. (Morali, 1992). Cabe destacar que la sexualidad era también una manera de diversión y ocio. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Las civilizaciones de la Antigüedad experimentaron interacciones sexuales que estaban reguladas por la ley judía. (Vera, 1998). La finalidad del matrimonio era la descendencia, por lo que la sexualidad adquiría un fin únicamente reproductor. La religión dominaba cualquier comportamiento sexual. Asimismo, el hombre de la antigüedad tenía opción de estar con más mujeres a parte de su esposa, sin embargo si ella era infiel sufriría castigos. (Morali, 1992). En Egipto el incesto estaba permitido y se realizaban circuncisiones a modo de ritual para que los hombres accedieran a la adolescencia. En Grecia se otorgaba gran relevancia a la educación sexual. La

homosexualidad era bien vista entre adultos y adolescentes dentro de un contexto educativo. (Morali, 1992).

La Edad Media comenzó con la caída del Imperio Romano de Occidente y estaría influenciada por la fantasía, la sensualidad y la religión. (Martos, 2008). La Iglesia tomó el mando y se podía comparar con el poder civil. El instinto sexual era tomado como un arma del demonio y se reafirmó el matrimonio monógamo, surgiendo de esta manera la Santa Inquisición. Más adelante, sobre el siglo XV comenzaron a aparecer los primeros casos de enfermedades de transmisión sexual, más conocidas en esa época como “enfermedades venéreas”. Se asociaban a castigos de Dioses por excesos en la sexualidad. (Vera, 1998). La masturbación también era considerada un castigo celestial. (Ligia, 1998). Se divulgaron numerosos mitos en los que se patologizaba la sexualidad como por ejemplo “el exceso de relaciones sexuales reducía la vida del hombre o lo volvía idiota”. (Vera, 1998). Además este periodo también se caracterizó por la aparición de las primeras brujerías que casi siempre tenían que ver con la sexualidad. Se realizaban rituales que promovían el adulterio, la realización de prácticas sexuales sin fines procreativos, homosexualidad, aborto o sacrificando a los niños. Por tanto la sexualidad ya no era meramente reproductiva si no que se comenzó a utilizar como método de castigo, venganza y exclusión. (Ana, M. 2008).

Más adelante se iniciaría una revolución sexual y por tanto el inicio del modernismo sexual. En el siglo XX destaca el filósofo Sigmon Freud (1856-1939) quien define el concepto de libido. Todos tenemos energía libidinal desde que nacemos hasta que dejamos de existir, por lo que somos seres sexuales. (Vera, 1998). Asimismo, S. Freud afirma que la sexualidad es necesaria, y que la mayor parte de fobias y miedos presentes en los humanos estarían relacionadas con frustraciones sexuales. De esta manera nace el modernismo sexual (Ligia V, 1998).

El escritor D. Lawrence (1885-1930) fue otro personaje y escritor que revolucionó la esfera de la sexualidad relacionando los problemas con la negación de esta. Todo esto fue reflejado en su famosa obra “El amante de lady Chatterley”. (Vera, 1998)

Por otro lado, Wilhelm Reich (1897-1957) introdujo por primera vez en la historia el concepto de “revolución sexual”. Para él la única manera de paliar la represión era mediante el orgasmo. Se apoyó en las teorías marxistas teniendo en cuenta la parte

material que presentaba la sexualidad, es decir, la influencia del entorno y las perversiones. (José, V. 1999).

El biólogo y sexólogo Alfred Kinsey (1953) realizó estudios por separado de los comportamientos sexuales de hombres y mujeres diferenciándolos en grupos de actividad sexual alta y baja. Este autor consiguió cambiar las opiniones y crear una discusión pública acerca de la sexualidad. Además, afirmó que ninguno de los humanos somos totalmente heterosexuales, por lo que sacó a la luz la homosexualidad para tratar de conseguir su aceptación pública. Por otro lado, creó una escala, “la escala Kinsey” en la que en función de su actividad sexual, gustos o preferencias nos situamos en un grado determinado de orientación sexual. (Bullough, 2004).

Otros pioneros en el mundo de la sexología humana fueron Masters y Johnson (1966) Este matrimonio se encargó de estudiar la respuesta sexual humana mediante la observación y el análisis clínico, estableciendo 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Por otro lado, también se encargaron de estudiar problemas sexuales y su método estaba basado en un modelo en el que se incluía también a la pareja de la persona afectada. Ambos observaron que esta técnica ampliaba las posibilidades de resolver la situación de conflicto y favorecía la cooperación y comprensión de las dos partes. (Masters, Johnson y Kolodony, 1995).

Se han expuesto los diferentes puntos de vista de autores reconocidos así como el desarrollo sexual a lo largo de la historia. Actualmente la sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.” (Velázquez, 2013).

La influencia de la sociedad en la sexualidad cobra gran cabida desde el principio de los

tiempos. La expresión pública y también privada del sexo repercute directamente en la calidad de vida y libertad de las personas. (Castelo-Branco, de la Gándara y Puigvert, 2005).

Dentro de estas influencias destacan los famosos roles de género, es decir, la manera en la que se comportan y conviven hombres y mujeres por el mero hecho de serlo. Estos roles están cambiando en los últimos años debido, posiblemente, a la presencia de avances tecnológicos y de las ciencias, movimientos feministas y revolución sexual. Actualmente, cada vez es más posible una concepción de una manera equitativa e igualitaria de ser hombre y mujer, rompiendo así con los viejos estándares tradicionales. (Aguilar, Valdez, González-Arratia y González 2013).

3. SALUD Y SEXUALIDAD

La salud y la sexualidad son conceptos que están relacionados entre sí. Por tanto, las distintas dimensiones de la sexualidad nos afectan a lo largo de la vida y en mayor o menor medida harán posible tener una vida sexual sana. (Robert, C. Karla, B. 2009).

Según la OMS (2002) la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Además también se engloban aspectos tan importantes como la promoción y la prevención ya que han tenido un papel muy grande en los últimos tiempos, sobretodo por el aumento de las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. (Rivera, 2009).

Un grupo que se va a ver afectado con mayor proporción que el resto serán los adolescentes, pues es el periodo en el que comienzan sus primeras relaciones y los hay quienes no han alcanzado todavía una madurez emocional que les permita mantener prácticas sexuales saludables y seguras y afrontar miedos y preocupaciones. (Herrera, et al., 2018). Los adolescentes tienen grandes preocupaciones sobretodo a nivel físico, es decir, su imagen corporal. Existen grandes diferencias entre la imagen que perciben de si mismos y la que les gustaría tener, sobretodo en mujeres. (Guadarrama, Hernández y Veyta, 2018). En ellas, la presencia o no de los senos también implicarán aspectos positivos y negativos en la sexualidad.

Por último cabe destacar que, la salud sexual engloba un sistema de construcción personal, colectiva y social donde la economía, política, las propias personas y por supuesto el entorno participan. Es necesaria una educación sexual por parte de la sociedad para así conseguir la máxima información y llegar a obtener una sexualidad sana. (Rodríguez, Sanabria, Contreras, y Perdomo, 2013). Además la familia debe involucrarse en asuntos relacionados con el sexo desde que somos pequeños para así lograr cambios de conducta y valores referentes a la sexualidad (Rodríguez, Sanabria, Contreras, y Perdomo, 2013).

4. HISTORIA DE LA EVOLUCIÓN DE LA BELLEZA Y DESARROLLO DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA

Como venimos describiendo anteriormente, los seres humanos somos seres sexuados desde que nacemos hasta que nos morimos, por lo que la sexualidad será diferente en cada etapa de la vida. No cabe duda de que la influencia de la belleza en la sexualidad es indiscutible ya que la apariencia juega un papel decisivo a la hora de mantener relaciones interpersonales. Tener un aspecto físico agradable está vinculado al éxito tanto personal como profesional y mantener una belleza y juventud siempre ha sido un objetivo a cumplir, desde la antigüedad. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Muchos autores han intentado definir la belleza pero esta adquiere un carácter subjetivo: Por ejemplo para el filósofo Platón la belleza era similar a hacer el bien creándose un triángulo formado por: justicia bien y belleza. Por otro lado, para Aristóteles lo bello era aquello que estuviera relacionado con el argumento y la solidez. Todos estos son rasgos de la personalidad, pero en cuanto al valor estético se refiere, se admiraba aquello que caracterizaba por ser simétrico, proporcionado y natural. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Existen numerosas formas de ver la belleza y esta no solo cambia en función de los ojos que se mire si no también del tiempo. Es decir, la belleza es algo dinámico y no estático que depende del momento histórico en el que se presente. La etiología de la estética se remonta en esta época donde la cualidad más apreciada en la mujer era su fertilidad. En la Biblia es donde se pueden recoger los primeros escritos que describen la belleza femenina. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Destacaron Nefertiti y Cleopatra como mujeres con gran belleza y secretos sobre estética. Tenían sus propias mascarillas faciales, maquillaje, baños de leche, etc. Además, en las tradiciones egipcias se embalsamaban a los faraones que habían fallecido siendo este otro ritual de belleza más. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

El ideal clásico de belleza viene desde la Antigua Grecia ya que influenciaron a numerosas culturas occidentales. En la cultura griega, curiosamente detestaban el pecho voluminosos y amaban la delgadez. En el Imperio Romano tanto hombres como mujeres se maquillaban, se peinaban y se depilaban. Sin embargo, la Edad Media fue una época de gran austeridad y debido a ello, los cuidados de belleza pasaron a un segundo plano. Tras la culminación de las guerras y epidemias, surge el Renacimiento y con ello el impulso de nuevo de la estética influenciado por los ideales de belleza y moda italianas. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Durante el siglo XVIII la ciudad de la moda será la capital francesa, París. La revolución francesa hace que vuelva a caer el mundo de la estética hasta la llegada de Napoleón al poder. Su mujer Josefina fue una gran inspiradora por su carácter y apariencia. Se comenzó a experimentar una tendencia hacia la obesidad. La concepción de belleza varía tal vez por el nuevo sistema de vida y por los avances estéticos. No podemos separar nuestra actividad diaria y aspecto personal. Además las modas y cambios de la sociedad antes perduraban en el tiempo mientras que ahora duran pocos años o incluso temporadas. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Se ha podido observar como el desarrollo de la cirugía plástica ha ido evolucionando a lo largo de la historia. En Egipto ya existían papiros en los que venían plasmados intervenciones quirúrgicas y tratamientos para fracturas faciales. En la Antigua Mesopotamia tenían médicos especialistas en cirugías que actuaban mediante códigos o leyes en las que se defendía el bien del paciente. En la India mientras tanto, existían una serie de castigos por los que se amputaban la nariz. De ahí surgieron las primeras reconstrucciones nasales mediante tejidos de la mejilla o de la oreja. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Aulus Aurelius Cornelius Celsus, más conocido como “Celsus” fue considerado el verdadero precursor de la cirugía estética. Se encargó de recopilar todas las

informaciones existentes hasta la historia y publicar un libro *De Re Medicina*, en el que explicaba todas las técnicas y que las lesiones que podía sufrir el cuerpo humano eran de 5 formas: “las que resultan de un agente externo, como ocurre con las heridas; las que dependen de una enfermedad interna, como el cáncer; las originadas por la formación de cuerpos extraños, como los cálculos de la vejiga; las debidas a un desarrollo anómalo, como ocurre con las venas varicosas; y por último las lesiones por defecto, es decir, aquellas en que una parte es demasiado corta. De estas afecciones, unas reclaman el auxilio de los medicamentos y otras, exigen más especialmente la ayuda de la cirugía”. (Peña, 2010).

Por otro lado, algunas enfermedades como la sífilis o la lepra ocasionaron deformidades faciales y de esta manera comenzaron a surgir las primeras cirugías estéticas. En la Alemania de 1958 el médico Von Graffe realiza la primera rinoplastia y es el momento en el que surge por primera vez el concepto de “cirugía plástica”. A partir de la Primera Guerra Mundial la cirugía estética se convirtió en especialidad quirúrgica. Durante los años 1960 y los 70 alcanzó su máximo esplendor hasta nuestros días gracias a la aparición de nuevas técnicas e intervenciones y también al perfeccionamiento de otras ya existentes. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

5. INFLUENCIA DE LA APARIENCIA EN LA SEXUALIDAD

El cuerpo humano se divide básicamente en hombre y mujer. El naturalista inglés, Charles Darwin hace más de un siglo, describió el cuerpo femenino más voluminoso que el de el hombre. Esto se debía a que tenía mayor cantidad de tejido adiposo. Esta capa de grasa además de protección, otorgaba una forma más femenina por las prominencias de los pechos, caderas, crestas pélvicas y zona púbica, donde se encuentra el monte de Venus. Hace doscientos mil años que los hombres vienen admirando estas líneas corporales. (Givens, 2008).

La forma la Venus de Milo fue característica hace dos milenios, admirando su atracción y belleza. Su cuello delicado, pechos redondeados, cintura estrecha y caderas anchas se consideraban modelos de perfección.

Actualmente a las modelos de pasarela o revistas se les pide que tenga una cintura muchísimo más estrecha que la de la diosa del amor, Venus. Sin embargo, esto no

quiere decir que las mujeres que tenga una cintura ancha no puedan llamar la atención. Existen personas que experimentan “parcialismos”, es decir, que dan prioridad a unas zonas del cuerpo determinadas. Esto para los hombres puede ser que simplemente se sientan más excitados ante unos pechos grandes y unas piernas y para una mujer unos hombros o un culo bien formado (Givens, 2008).

La apariencia física sin duda juega un papel decisivo en nuestra vida cotidiana. Es considerada como una utilidad básica para alcanzar el éxito social y laboral. (Raush, 2017). Además, el erotismo es una característica de la sexualidad que desplaza a las experiencias identificadas como sexuales, y está en relación con un patrón comportamental placentero de las experiencias corporales personalmente vívidas y la interacción con otras. (Suárez, Quiñones y Salazar, 2009). Sin embargo, más que la apariencia externa en sí, es más importante como se percibe cada uno personalmente con su propio cuerpo, es decir, la autopercepción y el autoconcepto.

Por tanto, el concepto de uno mismo, la imagen física y las relaciones con el entorno estarán también determinadas por el nivel de satisfacción que el individuo presente. Existen varios estudios que demuestran como sentirse insatisfecho físicamente está relacionado con baja autoestima, autoconcepto, problemas de identidad de género, depresión y trastornos sexuales. (Raush, 2017).

Podemos encontrar múltiples variables que afectan a la sexualidad, pero la apariencia física es sin duda uno de los motores principales encargados de la seducción. Por ejemplo, una cara femenina tiene un aspecto infantil que llama mucho la atención de los hombres. Esta sensación de inmadurez, junto con una baja estatura, cuello y muñecas finos y poca cantidad de vello hacen que los hombres vean a las mujeres de este tipo, especialmente guapas.

Existen numerosos rasgos físicos que están relacionados directamente con la sexualidad debido a su poder de atracción: manos, cejas, barbilla, clavícula y pelo son algunos de estos rasgos. (Givens, 2008).

La literatura científica considera la imagen corporal como un constructo a partir de la historia de cada uno y el momento histórico-social en el que se vive. También tiene

relación con el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de distintas experiencias, es decir, la forma que tiene de verse a sí mismo. (Ortega, Zurita, Cepero, Torres, Ortega y Torres Guerrero, 2013). La naturaleza del autoconcepto físico tiene varias dimensiones y está ampliamente admitida hoy en día. Fox y Corbin (1989) establecen cuatro dimensiones en el autoconcepto corporal: competencia en el deporte, atractivo físico, la fuerza y la condición física. (Goñi, Rodríguez y Esnaola, 2010). El adulto joven tiene un mejor manejo y conocimiento de su cuerpo que los adolescentes. De hecho, la adolescencia es la etapa clave en la que se le otorga la mayor importancia a los senos en la mujer. Las personas adultas viven sin prejuicios, saben conseguir mediante su físico sensaciones placenteras y pueden hablar de ello sin ninguna clase de conflicto. Sin embargo, los adolescentes que tienen complejos físicos tienen muchos más problemas que cualquier persona a la hora de expresar sus emociones, sus deseos, explicarle a la pareja que cosas le gusta y que cosas no... En definitiva, un defecto físico puede convertirse en un conflicto sexual en una persona si no sabe abordarlo de la manera adecuada. (Victoria y González, 2015).

Sin duda, haciendo mención a las complicaciones que pueden deberse a una mala aceptación de la apariencia física, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional, motivaciones y afrontamientos) tienen gran relación con la aparición de dificultades de orden sexual. (Pérez y Mesa, 2007).

5.1 Inducción psicógena y respuesta sexual

Podemos afirmar que el cortejo finalmente culmina con el acto sexual, que posiblemente sea la etapa más breve. Para mantener una relación sexual es necesaria la comunicación con las partes más sensibles del cuerpo. Mediante la vista observamos a la pareja o a la persona que nos gusta. (Givens, 2008).

Tras ello se establece un vínculo con las zonas erógenas, que son aquellas partes del cuerpo dotadas de tanta sensibilidad que simplemente con su estimulación son capaces de proporcionar placer y bienestar a la persona. (Suárez, Quiñones y Salazar, 2009). Algunas zonas erógenas son los labios, los párpados, las orejas el cuello y la parte interna de los músculos. (Givens, 2008).

En las mujeres también son zonas erógenas las mamas, la vagina y el clítoris, y por otro lado en los hombres concretamente la estimulación del pezón, el glande del pene y los testículos. (Suárez, Quiñones y Salazar, 2009). Después de esto, habría que estimular los receptores táctiles de los órganos sexuales. (Givens, 2008).

Los juegos preliminares al acto sexual son de gran importancia tanto para las mujeres como para los hombres. Una zona de contacto que es de gran utilidad es la del pecho, ya que tiene grandes ramificaciones de sensibles nervios intercostales. Concretamente en los pezones, existen una serie de terminaciones nerviosas y receptores sensoriales que son los corpúsculos de Meissner y discos de Merkel. Estos corpúsculos tienen una gran sensibilidad al contacto de manera suave. Sin embargo, el pecho en sí como zona erógena tiene controversias. Existen mujeres que no sienten ningún tipo de placer cuando se le tocan los pechos. En cambio, otras pueden llegar a alcanzar el orgasmo cuando se les estimula el pezón o la areola. (Givens, 2008).

Dentro del pecho en general, el pezón suele ser señalado como la parte más erótica. De hecho, una caricia puede provocar perfectamente una erección y endurecimiento de los pezones. Esto puede ser una señal para identificar que se han realizado las técnicas correctas de excitación. (Givens, 2008)

La respuesta sexual está formada por unos cambios psicológicos, vasculares, hormonales y neurofisiológicos a consecuencia del acto sexual. En la excitación mediante el clítoris o la vagina influyen diferentes mensajeros intercelulares. Un ejemplo de ellos es el Óxido Nítrico, que es el encargado de mantener el deseo y por tanto el estado de excitación, para en el caso de la mujer, conseguir la lubricación vaginal. Los estrógenos tienen un papel fundamental en la lubricación, ya que facilitan el transudado de plasma sanguíneo a través de las paredes del endometrio. (Mas, 2008).

El lenguaje corporal, dentro de la comunicación verbal, es uno de los elementos más expresivos y llamativos durante la actividad sexual. Entrando en la fase del orgasmo, algunos de los síntomas principales corporales son la ruborización de la cara y el cuello, apertura involuntaria de la boca y por tanto caída de la mandíbula, erección de los pezones, flexión y extensión de manos y pies, taquipnea o aceleración de la respiración y jadeos, tensión muscular, suspiros, contracción del tercio exterior de la pared vaginal, contracción de los músculos que rodean a la base del pene y la vagina... (Givens, 2008). Nuestro lenguaje no verbal relacionado con el amor es universal. No existen diferencias

en las posturas, gestos y expresiones de la cara no cambian en las sociedades ni culturas. Aunque la comunicación no verbal sea especialmente importante durante el ciclo de la respuesta sexual, no debemos olvidar nunca la comunicación verbal en la que la persona expresa sus gustos, preferencias y decisiones. (Givens, 2008).

5.2 Cánones de belleza sociales

Siempre han existido unos estándares culturales de belleza a lo largo de la historia. En los últimos años estos estándares cada vez son más estrictos y menos flexibles y uno de los motivos principales puede deberse a la influencia de las redes sociales, como por ejemplo Instaran ®. (Feltman y Szymanski, 2018). Las redes sociales hacen que busquemos una apariencia que roza casi la perfección y que se aleja mucho de la realidad. Además desde siempre se han asociado las leyes de belleza al éxito personal y profesional. (Sánchez y Alessandrini, 2007).

Universalmente podemos afirmar que una de las marcas de belleza más evidentes es la simetría facial. Sin embargo, un ejemplo característico fue el de el éxito de la supermodelo Cindy Crawford que tenía totalmente lo contrario a la simetría: ojo izquierdo ligeramente más pequeño que el derecho. A fin de cuentas, somos humanos y dentro de la belleza también está la imperfección. Además, esta modelo también tenía un lunar en la comisura de los labios que resultaba muy atractivo y del que los hombres les costaba retirar la mirada. (Givens, 2008)

Por ello, otro aspecto también a destacar son los lunares. Tanto en películas como en marcas de belleza han sido protagonizados por mujeres con lunares, como es el caso de Marilyn Monroe. Esta moda por los lunares faciales llegó a ser tan tendencia que incluso algunas mujeres se sometían a pigmentaciones dérmicas o tatuajes, que simulaban los lunares reales. (Givens, 2008).

La literatura señala que la imagen corporal depende, en gran medida, de los ideales de belleza existen predominantemente en la cultura.

De esta manera, la sociedad actualmente crea como “mujer ideal” a aquella que es extremadamente delgada y que consta con la ayuda de la cirugía estética, por ejemplo, usando implantes de silicona para tener unos senos grandes. El modelo estético creado a

seguir es muy difícil de conseguir de manera natural, lo que puede crear sentimientos de frustración y conductas peligrosas para conseguir parecerse a sus personajes famosos favoritos. (Asuero, Avargues, Martín y Borda, 2012). Esta inquietud física viene determinada por aspectos tales como disconformidad en: tamaño, medida, forma, y peso bien del cuerpo en su totalidad o de alguna parte en concreta. (Guadarrama, Hernández y Veytia, 2018).

Dentro de los cánones de belleza también se incluye la manera de vestir. Esta ha ido variando en función de décadas. La influencia de la moda en las relaciones personales, seducción y por tanto en la sexualidad es más que evidente. . (Givens, 2008). La indumentaria era ya utilizada desde antiguamente no solo para lucirse, si no para diferenciarse de aquellas personas que eran de clase social más baja. (Ridaura, 2018). Durante el cortejo, la ropa y adornos tienen la función de exponernos ante el cristal desde el que nos ven los demás. Utilizamos diferentes maneras de vestir: rayas, estampados florales, topes, colores y contrastes para llamar la atención de la cara, manos o pies.

También se utiliza como estrategia para desviar la atención de nuestros puntos más débiles. El maquillaje es otro elemento que ha sido siempre muy utilizado por las mujeres para realzar sus rasgos femeninos. (Givens, 2008).

Una de las modas más influyentes fueron los vaqueros. Este tejido denim resultaba atractivo tanto para hombres como para mujeres. Además, el color azul es un color muy llamativo a la vista ya que codifica pigmentos sensibles a través de un gen que tenemos los humanos y los primates. Aproximadamente desde el año 1955 los vaqueros son utilizados también para llamar la atención con el trasero de quien los lleva ya que quedan ajustados. Los tacones fueron también un elemento de atracción al aumentar la finura de los huesos del tobillo. (Givens, 2008).

Por tanto, existen innumerables señales no verbales que expresamos a través de la forma de vestirnos. Pantalones, faldas, tops, vestidos, tacones, deportivas... otorgan grandes puntos de referencia a la complexión vertical bípeda. (Givens, 2008).

Ya desde la antigüedad las mujeres tenían permitido usar escotes para realzar y lucir su figura femenina. Esta moda se ha mantenido congelada hasta nuestros días, por lo que

tener un pecho bonito es algo prácticamente necesario para cualquier mujer que quiera llevar escote. (Descalzo, 2016).

6. RELACIÓN DE LOS SENOS Y LA SEXUALIDAD

Desde un punto de vista biológico, los senos ya eran de utilidad para las hembras primates de hace cientos de años. Estas, cuando estaban receptivas o en época de celo, emitían señales con olores, tumefacción de senos y genitales para hacer ver que estaban dispuestas a participar en el acto sexual. Además, desde el punto de vista de la sexualidad, la hinchazón de las mamas se relacionaba con la llegada de la ovulación así como una manera de atraer a los machos, aumentando el número de los encuentros sexuales. Este tipo de actitudes de conseguir la atracción del macho mediante la exposición de los senos durante el periodo de ovulación eran tácticas enseñadas a sus hijas e iban pasando de generación en generación. (Aguirre, 2002).

Por tanto, podemos afirmar que los senos siempre han sido de gran importancia para la mujer y que influyen de manera directa en la sexualidad, incluyendo nuestro contexto actual.

6.1 Senos y feminidad

El tronco femenino es más alargado que el masculino, además el tórax de una mujer es más corto y tiene forma de cono y presenta de forma llamativa los pechos. Por otro lado, el pectoral de la mujer es menos musculado aunque presenta unos pechos o mamas muy visibles en comparación con el masculino. Los senos aumentan su tamaño por acumulación de tejido adiposo después de la pubertad, con el objetivo único de enviar un mensaje sexual. Este tejido adiposo no tiene nada que ver con la lactancia. Además en la mayoría de los mamíferos las glándulas mamarias no se desarrollan hasta los últimos meses del embarazo, a diferencia de las humanas. Un ejemplo es el de las hembras chimpancé cuyas mamas solo se hinchan a la hora de la lactancia. Si no se encuentran en periodo de amamantar sus pechos se mantienen planos.

Por ello, una razón por la que las mujeres tiene sus pechos constantemente es por el motivo de enviar el mensaje “soy mujer”. De ahí viene la relación entre senos y feminidad. (Givens, 2008).

Los senos se encuentran en la parte frontal y no pasan desapercibidos para nadie. Tanto hombres como mujeres ven los pechos. La mirada de hombres se dirige atraída a los senos y estimulan su sentido táctil. Mediante esta estimulación, se indica madurez sexual y maternidad además de ser fundamental durante el cortejo de seducción.

Estudios de interculturalidad defienden que los hombres occidentales no tienen obsesión por los pechos. Lo que si es cierto es que en todas partes los hombres consideran que unos pechos prominentes son bonitos.

Sin embargo, pese a que a los hombres les guste este tipo de pechos, hay otros que se sienten atraídos por aquellos poco desarrollados, pequeños o infantiles. (Givens, 2008).

De hecho, las mamas constituyen una fuente de autoestima, así como de comparación física con otras mujeres. La presencia de la sensualidad y la sexualidad también están íntimamente relacionadas con los senos. (Negrete, Barba, Magallanes y Audelo, 2013). Además cabe destacar que las mujeres se sienten ellas mismas más femeninas si se encuentran acompañadas de unos pechos grandes. Es decir, la construcción de su autopercepción como mujer varía en función de esa parte de su cuerpo. (Barriga y Jara, 2013).

Una de las principales causas por las que a los senos se les atribuye un significado únicamente femenino serían las funciones de menstruación, parto, lactancia, maternidad, climaterio, etc. (Barriga y Jara, 2013). Pese a atribuirse un significado indiscutiblemente femenino, cabe destacar que hay hombres que presentan aumento de las mamas por proliferación de tejido benigno. Esto recibe el nombre de ginecomastia. (Jácome, 2017). Las mujeres además, no solo sufren y se sienten incompletas si no tienen los senos lo suficientemente grandes sino que también las que si los tienen, experimentan miedo de que algún día les falte. (Lapeira, Acosta y Vásquez, 2015).

6.2 Complejos, autoestima y miedo al rechazo

Los complejos relacionados con la apariencia física pueden suponer un problema si impiden vivir con normalidad. El sentirte a disgusto con tu cuerpo hasta el punto de por ejemplo no ir a una piscina por no ponerte un bikini o traje de baño, o limitarte a la hora de vestir puede transformarse en algo muy grave. (Marcelli, 2005).

Cada vez más adolescentes y personas jóvenes padecen un trastorno dismórfico corporal (TDC). Esta es una preocupación excesiva y obsesiva por los defectos corporales propios percibidos. Son personas que suelen odiar su cuerpo y que experimentan sentimientos de vergüenza, inferioridad y humillación ante personas que consideran atractivas.

Hay diferentes grados de TDC pero, las chicas son especialmente débiles, algunas llegan hasta a sentirse culpables por no encajar con los modelos o películas que ven en la televisión. (Givens, 2008). El pecho para la mujer supone una zona vulnerable por todo lo anteriormente explicado, es la zona anatómica que se le otorga mayor feminidad. Los complejos físicos, mala imagen corporal y vergüenza propia debido a un pecho pequeño o insuficiente a lo socialmente aceptable, hacen que en especial las adolescentes experimenten un sufrimiento que realmente no es necesario. (Etxebarria, 2017). Hablamos principalmente de la adolescencia porque es la época en la cual empiezan los primeros complejos. El desarrollo de las mamas coincide con la adolescencia y pubertad.

Además esta es una etapa en la que la persona se debe enfrentar a cambios muy grandes en su vida: su aspecto físico y búsqueda de la propia identidad, primeros acercamientos a situaciones difíciles como probar las drogas como por ejemplo el alcohol o el tabaco, cambios a nivel académico como es entrar en el instituto, etc. (Chávez, Arizpe y Oyervidez, 2007).

Para hacer frente a los complejos es fundamental tener automotivación y un buen control de la inteligencia emocional. Para cuidar la autoestima será fundamental el apoyo de la familia. (Chávez, Arizpe y Oyervidez, 2007). Muchas mujeres que no están contentas con el tamaño de sus senos tienen una baja autoestima, y pueden incluso pasar por una situación de depresión. No se sienten femeninas al mirarse al espejo y además cuentan con una carga extra: piensan que su pareja puede abandonarlas o sustituirlas por una persona que tenga más pecho. Por tanto, existe un gran miedo al rechazo no solo de la sociedad en general, si no también de la persona a la que aman. (Durant, Guerrero y Voysest, 2016).

7 CIRUGÍA ESTÉTICA Y MAMOPLASTIA

Tal y como se ha explicado anteriormente, la exigencia por tener un físico bonito cada vez es más alta. Esto, gracias a los avances en tecnología e investigación ha disparado sin lugar a dudas el mundo de la cirugía estética. De hecho, se han duplicado las cirugías estéticas durante los últimos 10 años en todo el mundo, incluida Latinoamérica y la Península Ibérica. (Alejo et al., 2013).

Hoy en día corregir un problema estético mediante cirugía es algo común, que cada vez está entrando más dentro de nuestra normalidad. Sin embargo, antiguamente había que conformarse con lo que la naturaleza a cada uno le había otorgado. Puede que por esta facilidad, este fácil acceso al cambio, seamos cada vez más ambiciosos en cuanto a la perfección.

La cirugía plástica nace a finales del siglo XIX junto con la cirugía reconstructiva. Estas cirugías surgieron debido a aquellas personas que tenían sífilis, heridos de guerra o personas con malformaciones de nacimiento. Este tipo de intervenciones fueron dándose cada vez más por lo que al final nació la cirugía estética.

Es muy importante diferenciar la cirugía estética de la cirugía plástica. La cirugía plástica se define como “la especialidad quirúrgica que se ocupa de la corrección de todo proceso congénito, adquirido, tumoral o simplemente involutivo, que requiera reparación o que afecte a la función corporal” (SECPRE, 2000). Por tanto, esta trata con individuos enfermos, que tienen algún problema o patología. Un ejemplo puede ser una persona que tenga problemas respiratorios por tener el tabique desviado. Sin embargo, la cirugía estética trata con individuos sanos que deciden someterse a una intervención quirúrgica para proporcionar una mayor armonía facial o corporal debido a secuelas producidas por el envejecimiento. La colaboración de las cirugías estéticas implican que los individuos logren una mayor estabilidad emocional y por tanto una mejora en la calidad de vida. (Morán, 2018).

Las razones por las que una persona puede someterse a un tipo de cirugía estética pueden venir determinadas por tener un buen aspecto físico en las relaciones sociales y afectivas así como la influencia de la moda, que tal y como venimos diciendo en el desarrollo del trabajo cada vez hay una mayor exposición del cuerpo y por tanto un determinado patrón de belleza. (Morán, 2018).

7.1 Definición y objetivos de la cirugía estética

Por tanto, como se ha explicado anteriormente la cirugía plástica una especialidad quirúrgica que se encarga de reconstruir la función y estética de los tejidos. Esta cirugía comenzó únicamente abarcando la piel pero hoy en día engloba las regiones de nuestro organismo. Se trata de la especialidad quirúrgica más extensa por lo que ha sido necesaria su especialización en diversos bloques (cirugía estética, cirugía reconstructiva, cirugía de la mano y miembro superior, cirugía craneofacial, cirugía de la piel [quemaduras], cirugía de los órganos genitales externos, etc.). (Sánchez y Alessandrini, 2007). En nuestro trabajo de investigación abordaremos la sexualidad desde una intervención de cirugía estética por lo que nos centraremos en dicha temática.

La cirugía estética no tiene como función curar o diagnosticar ninguna patología sino adecuar su cuerpo a un ideal estético con el que el paciente se encuentre más conforme. (Moretti y Casari, 2017).

Existen alrededor de unos 200 tipos de cirugías plásticas y estéticas, pero las que más se realizan en el ámbito estético son las siguientes: rinoplastia, mentoplastia, perfiloplastia, blefaroplastia, otoplastia, estiramiento facial y rejuvenecimiento facial, aumento de mamas, mama de reducción, levantamiento de las mamas o pexia y lipoaspiración o lipoescultura. (Morán, 2018).

Los objetivos de la cirugía estética variarán en función del área en la que se realice la intervención pero a modo general este tipo de cirugías se realizan para que las personas se sientan más cómodas con ellas mismas y con la sociedad y entorno. (Morán, 2018). A continuación se explicarán brevemente las intervenciones más comunes de cirugía estética:

- **Rinoplastia:** es una intervención en la que se resuelve los problemas estéticos relacionados con la nariz para obtener una apariencia renovada y un mejor perfil, se recomienda realizar esta operación una vez haya culminado la etapa de crecimiento.
- **Mentoplastia:** es una intervención en la que se corrige el mentón o la barbilla retraída. Al igual que la anterior, se recomienda realizar una vez terminada la etapa de crecimiento.

- **Perfiloplastia:** se interviene la nariz y el mentón de manera conjunta. También se debe esperar a que pase la etapa de crecimiento.

- **Blefaroplastia:** es una intervención en la que se corrige los párpados ya sea por exceso de piel, rostro cansado o bolsas de grasa. Se recomienda esta cirugía una vez pasados los 40 años de edad.

- **Otoplastia:** es una intervención que sirve para corregir las orejas, en especial cuando estas se encuentran separadas, comúnmente conocidas como “orejas de soplillo”. Este tipo de cirugías es más común en niños, por esta razón los especialistas recomiendan que se realice a partir de los 6 o 7 años. En los adultos también puede realizarse este tipo de cirugía.

- **Estiramiento facial y rejuvenecimiento facial:** estas intervenciones tienen como objetivo devolver la jovialidad o aspecto juvenil del rostro que se va perdiendo con el tiempo y la textura de la piel. Se recomienda que este tipo de cirugía se la realicen personas a partir de los 35 años.

- **Aumento de mamas o mamoplastia:** esta es la intervención en la que se va a basar el trabajo y será descrita en el apartado siguiente, 4.2.

- **Mama de reducción o reducción de mamas:** el objetivo de esta cirugía es reducir los senos, ya que el peso de esta causa problemas para la salud como dolores de espalda y posición jorobada. Los médicos recomiendan que este tipo de cirugías se realice pasada la edad de crecimiento.

- **Levantamiento de las mamas, pexia, o mastopexia:** es una intervención que consiste en retirar el exceso de piel de las mamas después del periodo de lactancia o pérdida de peso.

- **Lipoaspiración o lipoescultura:** es una intervención que tiene como finalidad remodelar el cuerpo para otorgarle una figura estilizada mediante la extracción de grasa. Los especialistas recomiendan que este tipo de cirugía se la realice a partir de los 30 o 40 años.

Como toda cirugía, la cirugía estética puede tener una serie de complicaciones. Entre estas las más graves son la trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) postoperatorios, intoxicación por anestésicos locales (AL), depresión respiratoria, sedación excesiva y shock anafiláctico. Además, también podemos encontrar una serie de efectos adversos derivados de la cirugía: odinofagia postextubación o dolor de garganta, náuseas, vómitos, escalofríos, despertar durante la anestesia o daño nervioso o parálisis. (Nazar et al., 2014).

7.2 ¿Qué es la mamoplastia de aumento? Definición, objetivos, técnicas y complicaciones

Como se ha expuesto de forma anterior, la mamoplastia es una cirugía que se engloba dentro de la cirugía estética. (Morán, 2018).

La mamoplastia, también conocida como operación quirúrgica de implantes mamarios o simplemente aumento de pecho, es una de las más comunes entre las mujeres. De hecho, es una de las intervenciones estéticas más frecuentes en todo el mundo. (Mendes et al, 2015). Posee un fuerte impacto social, científico y económico. (Benito, 2017). Consiste en dar forma, remodelar o reconstruir la mama, bien sea para aumentar, levantar o disminuir el tamaño pecho. (Guridi y Arriagada, 2015).

Este tipo de operaciones surgieron durante el siglo XX y aumentaron a medida que existían mayores avances de material y tecnológicos. Las primeras intervenciones de aumento de mamas no se realizaron con prótesis si no con grasa del propio cuerpo de la mujer. Sin embargo, el problema de utilizar tejidos grasos era que se acababan reabsorbiendo con el paso del tiempo. Existieron numerosas técnicas como por ejemplo la inyección de parafina o silicona pero se dejaron de realizar por las complicaciones tales como granulomas, calcificaciones o fibrosis que aparecían.

El novelista y médico escocés A. J. Cronin creó en 1959 una prótesis rellena de suero salino y recubierta de silicona sólida. Este tipo de prótesis se rompían por lo que las sustituyó creándolas enteras de silicona. En los Estados Unidos se limitaron el uso de implantes en el año 1992 porque no había estudios suficientes que evidenciaran sus beneficios. Más adelante en el año 2006 la FDA (Administración de alimentos y medicamentos) aprobó un determinado tipo de implantes porque no había investigaciones que demostraran que aumentarían el riesgo de cáncer mamario,

enfermedades del sistema inmune o alteraciones del tejido conectivo. (Guridi y Arriagada, 2015).

A día de hoy la técnica se realiza mediante la colocación de un implante con forma redonda dentro de un bolsillo que se forma en el tejido mamario. Existen diferentes tipos de prótesis, pero las únicas aprobadas son las que se han creado con material de silicona y las de agua. También hay otras prótesis de tipo hidrocoloide y de aceite de soya purificado, pero estas aún están siendo investigadas. Los implantes mamarios de silicona y agua están envueltos de unas capas de espuma de poliuretano con el objetivo de evitar las contracturas capsulares, complicación de la que más hablante hablaremos.

Además, el motivo por el que los implantes de silicona son los más utilizados es porque ya vienen preparados de tal forma que si se rompen, la silicona adquiriría una textura viscosa. Esto quiere decir que es cohesiva, y que por tanto en caso de rotura de prótesis no se llenaría la zona de líquido y se evitaría la inflamación. (Guridi y Arriagada, 2015).

Esta intervención estaría indicada para mujeres sanas y con estabilidad emocional. Un aspecto a tener en cuenta es el embarazo y la lactancia. Muchas mujeres desean operarse después de haber dado de mamar porque notan cambios negativos en sus senos. Realizarse una mamoplastia no tiene riesgos tras el embarazo ni tampoco si en un futuro volviera a tener hijos. Lo que si se debe considerar es que cabe la posibilidad que tras dar la lactancia de nuevo, los pechos vuelvan a distorsionarse. (Guridi y Arriagada, 2015).

Dentro de los motivos principales por los que las mujeres deciden operarse para aumentarse el pecho están las asimetrías mamarias congénitas, como por ejemplo el síndrome de Poland. (Guridi y Arriagada, 2015). Este síndrome es una enfermedad congénita polimalformativa muy rara de etiología aún no conocida. Su afectación es sobretodo en el desarrollo del músculo pectoral mayor; se suele acompañar de manera frecuente de malformaciones de la mano, mama, complejo areola-pezón, pectoral menor ipsilateral y otras malformaciones asociadas. (Vázquez, Aguirre, García y Aguirre, 2018). Otras candidatas a esta intervención son aquellas mujeres que necesitan una técnica de reconstrucción para hacer una mama más simétrica a la otra que ha sido operada por cáncer de mama, también las mujeres con mamas tuberosas o simplemente

personas cuyas mamas que no se han desarrollado con normalidad. (Guridi y Arriagada, 2015). Las pacientes que presentan mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 presentan un 85% de probabilidades de desarrollar cáncer de mama por lo que se intervienen de una mastectomía radical profiláctica (extracción completa de la mama con fines preventivos) y tras ello se realizan una reconstrucción mediante una mastoplastia. Estas mujeres también entran en este grupo de candidatas ya que es un motivo más para realizar esta cirugía estética. (Garcés, Ortega, Vanegas y Bermúdez, 2017). Finalmente existen también razones psicológicas (mejora de la autoestima, sentimiento de inferioridad, inhibición sexual, etc) o simplemente para mejorar la apariencia física. (Andrades, Prado, Sepúlveda y Benítez, 2012).

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de realizarse una mamoplastia de aumento es el tipo de prótesis a elegir. Esto dependerá de la forma anatómica del pecho de la paciente, de sus gustos, de la recomendación del cirujano y también de los modelos disponibles en el lugar donde vaya a realizarse la intervención. También será necesario realizarle unas medidas, pruebas preoperatorias y el uso de probadores, para así garantizar que los resultados se aproximen a lo que la paciente quiere obtener. (Guridi y Arriagada, 2015).

Dichas pruebas preoperatorias consistirán primeramente en un anamnesis, donde el cirujano preguntará sobre embarazos, lactancia, presencia de enfermedades o si toma algún tipo de tratamiento, tabaquismo o antecedentes de patología mamaria. Después el preoperatorio continuará con un examen físico en el que se valorará las características del tórax, ubicación y forma de las mamas, tamaño, presencia o no de asimetrías, elasticidad de la piel y complejo areola-pezones. Por otro lado, también se incluye una analítica completa para observar parámetros tales como: hemograma, glucemia, coagulación, orina completa, etc. Finalmente, para descartar cualquier patología de tipo mamario se realizará una ecografía mamaria y una mamografía. (Guridi y Arriagada, 2015).

La mamoplastia de aumento es una operación que se realiza bajo anestesia general, en un quirófano y bajo la supervisión de un anestesista y equipo quirúrgico. Normalmente se tienen varias prótesis preparadas por si en la propia operación hay algún problema y la tienen que cambiar o deciden otro tamaño. Existen diferentes técnicas de realizar esta intervención. En función del plano en donde vaya la prótesis puede ser subglandular o

subpectoral. Esto es muy importante porque en función de donde se coloque la prótesis será posible o no la lactancia materna. Debajo del músculo pectoral esta si será posible, de la manera contraria si la prótesis queda delante del músculo pectoral no será posible la lactancia. (Guridi y Arriagada, 2015). El aumento de pecho no debe interferir en la lactancia materna, si esta no es posible, puede deberse más a causas de la propia paciente y que de la operación. (Andrades, Prado, Sepúlveda y Benítez, 2012).

Con la colocación del implante de manera subpectoral o submuscular, se puede reducir que los implantes se vean a simple vista, lo que da a los senos un aspecto más natural. Además evitará problemas a la hora de la cicatrización y será más fácil obtener resultados en las pruebas de imágenes (mamografía, ecografía...).

Este tipo de técnica tiene como inconveniente una recuperación más larga. Por otra parte, la intervención con colocación de implantes subglandulares es mucho más corta y por tanto, el tiempo de recuperación también es menor. Algunas desventajas serían la dificultad a la hora de obtener imágenes durante una mamografía y que el resultado final es más artificial, ya que se nota más la forma de la prótesis. (Guridi y Arriagada, 2015).

La introducción de la prótesis en la mama puede realizarse por distintas zonas anatómicas. En función de donde se realice la cirugía la mujer puede experimentar o no una pérdida de sensibilidad en esa zona, que a veces resulta irrecuperable (Von Sperling, Hoimyr, Finnerup, Jensen y Finnerup, 2011).

A continuación se expondrán las distintas zonas por las que se puede realizar una mastoplastia así como sus ventajas e inconvenientes:

- **Vía submarina o surco inferior de la mama:** ha sido la más usada hasta ahora. Como ventaja principal es la comodidad a la hora de diseccionar planos durante la cirugía. El inconveniente es que la cicatriz se puede observar si la mujer se encuentra tumbada.
- **Vía periareolar o en el perímetro de la areola:** la ventaja principal es que la cicatriz que queda es mucho menor que en otras cirugía. El problema es que las mujeres con areolas pequeñas no pueden operarse por esta vía. Además puede

dar problemas en la lactancia y la sensibilidad puede verse afectada ya que es una zona con muchas ramificaciones y terminaciones nerviosas.

- **Vía axilar o pliegue axilar:** esta es una buena alternativa para las pacientes que no quieran tener cicatriz en la mama. La desventaja principal es que la operación es más complicada porque hay menos visibilidad.
- **Vía umbilical o a través del perímetro umbilical:** esta forma es solo apta para las prótesis rellenas de suero salino. Su inserción se realiza mediante un túnel plegado de 2 cm de diámetro. Es poco utilizado.

Además, existen diferentes formas de prótesis, las redondas que dan un aspecto más alzado al pecho, y las anatómicas que son más similares al pecho real. (Calderón y Carriquiry, 2016).

Como en toda cirugía, existen algunas complicaciones en la Mastoplastia de aumento. Las complicaciones pueden clasificarse de distintas formas. Una de ellas son las complicaciones atribuibles al implante. La contractura capsular es la más frecuente y consiste en la contracción y tensión del implante debido a la cápsula de tejido fibroso que se crea alrededor del implante. Esto genera cambios en la forma, posición y consistencia de la mama. Además esto puede provocar dolor y en ocasiones es necesario el cambio del implante y eliminación parcial o total de la cápsula fibrosa contracturada. Pese a esto, no se puede asegurar que la contractura capsular vuelva a aparecer de nuevo. Otra complicación asociada a la prótesis es la rotura de la misma que puede deberse a problemas de la misma o a traumatismos. Cuando esto se produce la única alternativa posible es su sustitución por otro. (Guridi y Arriagada, 2015).

Existen también complicaciones atribuidas a la propia cirugía como por ejemplo son el hematoma, seroma (acumulación de líquido seroso), cicatriz defectuosa o infección de la herida operatoria. Las complicaciones atribuibles al cirujano están relacionadas con una planificación inadecuada de la operación, por no tener en cuenta diferentes aspectos y tomar las decisiones correctas. La más frecuente de todas dentro de esta clasificación es la malposición de los implantes, quedando un resultado estético negativo. Sin embargo, existen más problemas relacionados con el cirujano como por ejemplo son el

tamaño o forma inadecuada, ptosis residual o caída de pecho, asimetría o desplazamiento. (Guridi y Arriagada, 2015).

Pese a estas complicaciones, la cirugía mamaria está en auge desde las últimas décadas. Cabe destacar que para la mujer, los senos son el mayor símbolo de feminidad. Se les otorga gran importancia, por lo que cualquier alteración relacionada con su estructura o apariencia se verá reflejada su autoestima y personalidad. Estas alteraciones pueden corregirse gracias a la cirugía estética. (Resende, Migue, Veiga, Rocha y Ferreira, 2013). Además, la sexualidad es también un aspecto fundamental en el que se van a observar beneficios dado que está directamente relacionada con la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo (Fuentes et al., 2015)

Finalmente, hacer referencia que no hay una duración determinada de los implantes. Se recomienda hacer revisiones anuales tras la operación para comprobar el estado de los implantes. La mejor forma de averiguar si hay riesgo de rotura o si esta existe es mediante una resonancia nuclear magnética. Por tanto, esta operación no se debe enfocar como algo definitivo si no que requiere un seguimiento de por vida mediante controles médicos. (Guridi y Arriagada, 2015).

8 ASPECTOS SEXUALES IMPORTANTES TRAS LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO

La mamoplastia de aumento presenta múltiples beneficios para la mujer que se la realiza. Como anteriormente hemos comentado, aspectos psicológicos y físicos se ven mejorados. Abarcando el tema de la sexualidad, no hemos encontrado suficientes estudios que se enfoquen en ella tras la operación de aumento de senos. Si es cierto que hemos visto como existen instrumentos de medida para conocer la satisfacción de la mujer. La herramienta más utilizada es el Q-Breast® que mide la satisfacción pre y postoperatoria tras operaciones de aumento, reducción y reconstrucción mamaria. Este fue publicado por Pusic et al. en 2009 y trata de dar información sobre la calidad de vida y satisfacción con sus nuevos senos. El Q-Breast® está compuesto de dos módulos; El primero de ellos se enfoca en la fase preoperatoria e investiga aspectos tales como: autoimagen corporal, desempeño social, síntomas físicos y bienestar sexual.

Por otro lado, el segundo dominio se relaciona con la etapa postoperatoria y sus ítems son los siguientes: autoimagen corporal, resultado de la cirugía, desempeño social, síntomas físicos, bienestar sexual, calidad de la información preoperatoria otorgada por el cirujano, evaluación del cirujano plástico, evaluación del personal médico y personal administrativo. Se dará puntuación a cada ítem por lo que esta herramienta tendrá unos resultados que oscilarán de 0 a 100 puntos. (Danilla et al., 2016).

A continuación se describirán diferentes áreas de la sexualidad a tener en cuenta tras la operación de aumento de pechos.

8.1 Deseo sexual y libido.

En las revisiones bibliográficas de los principales autores que hablan del deseo sexual, se observa la dificultad de ponerle una definición clara. Se puede afirmar que su origen es biofisiológico y que se pone en marcha mediante un mecanismo anatómico, neurológico y endocrino. La función del deseo se centra en la supervivencia a través de la reproducción. Pero, con el paso de los años los humanos hemos evolucionado y al convertirnos en independientes, adoptamos el deseo como una motivación en vez de cómo una necesidad.

Las opiniones de los autores en cuanto al deseo sexual se basan desde una perspectiva psicodinámica, en la que este es ilimitado y difícil de reducir. Podríamos afirmar que el deseo se trata de una experiencia. Según Bancroft (1983), Kaplan (1979) y Carrobbles (1990) se desarrolla a través de la genética en el sistema sexual, y se expresa mediante emociones e ideas. (Gómez, 1995).

Levine (1984) fue un autor que se preocupó por intentar definir el deseo sexual y lo hizo de la siguiente manera: 1) El deseo sexual es lo que precede y acompaña a la excitación. 2) Es la tendencia psicobiológica a buscar satisfacción sexual. 3). Es la energía que conduce al comportamiento sexual. Por tanto concluyó con que el deseo era “la energía psicobiológica que precede, acompaña y tiende a producir comportamiento sexual”. Este deseo tiene 3 dimensiones que están razonablemente separados entre si de forma teórica: el impulso el anhelo y la motivación. El impulso (*Drive*), surge como respuesta a la acción biológica y fisiológica del comportamiento sexual. Mediante interacciones endógenas y excitación se hace visible. Incluye normalmente los fenómenos de: excitación genital, tumescencia, o lubricación. Por otro lado encontramos la segunda dimensión que es el Anhelo (*Wish*) que hace referencia a las ganas de tener relaciones

sexuales. Esto no tiene nada que ver con el impulso, se da por separado, ya que perfectamente se pueden tener ganas de mantener relaciones sexuales con ausencia de impulso. Tiene que ver con el deseo de desear y las ganas de vivir experiencias eróticas. Estas ganas suelen aparecer a edades tempranas y suelen deberse a sentimientos de bienestar, sentirse amado, valorado, importante o cómodo con los demás. Pueden existir algunos factores que no hagan posible el anhelo, como por ejemplo tener miedo, no sentirse preparado o no encontrar a la persona idónea. En último lugar, Levine definió el Motivo sexual (*Motive*) cuyo significado es la disposición que tenga la persona hacia la actividad sexual. Se trata de una dimensión más compleja que las anteriores ya que tiene que ver con aspectos interpersonales del presente y del pasado. Se trata de estar involucrado hacia la actividad sexual y está relacionado con diferentes aspectos: la identidad de género, la calidad de las relaciones sexuales y no sexuales, las pautas de regulación de uno mismo y de la pareja y la transferencia con vínculos del pasado. Estos tres componentes del deseo sexual actúan de manera conjunta como un todo durante la experiencia sexual. (Gómez, 1995).

Por otro lado, el deseo en una pareja es un aspecto que tiene gran importancia tanto en la satisfacción sexual como en la propia relación (Mark y Murray, 2012). Por tanto, tiene una relación clara con la vinculación afectiva, pudiendo actuar de manera positiva potenciándose o negativamente. (Gómez, 2009).

Según Kaplan (1979), el deseo sexual es algo básico para iniciar la actividad sexual en las mujeres. Se trata de un impulso para la actividad sexual que es expuesto como una sensación específica aporta motivación a alguien para dar respuesta.

Según los autores Leiblum y Rosen (1998), el deseo se compone por la función neuroendocrina mediante la estimulación sexual. Esta estimulación viene dada por fantasías, ideas, vasocongestión genital, compañía de la pareja, etc. Por otro lado, Fuertes y López (1997) ponen en planteamiento un modelo en el que el deseo sexual tiene 3 dimensiones; la activación neurohormonal, disposición cognitivo-emocional y presencia de estímulos sexuales de carácter interno o externo. Para que el deseo sexual sea posible es necesaria la activación de estas tres dimensiones. (Zubideat, Ortega, Villar y Sierra, 2003).

Es de gran importancia no confundir el deseo sexual con la excitación. El deseo sexual es una experiencia subjetiva que tiene un componente neurológico. Sin embargo la excitación sexual es una respuesta fisiológica que conlleva manifestaciones físicas como erección en el hombre o lubricación en la mujer. Por ejemplo, la activación del deseo sexual puede provocar una gran excitación pero también puede haber excitación sin la existencia de deseo. Lo que si está claro es que cuando el deseo y la excitación están presentes, interactúan ambas cosas. (Gómez, 1995).

El deseo sexual puede estar disminuido por factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos. Dentro de las fases de la respuesta sexual, el deseo ha sido la más importante, sobretodo en los nuevos modelos ya que la pérdida del deseo puede ser origen de alteraciones o disfunciones sexuales. (Jofré, Sáez y Cid, 2017).

Actualmente existe mucha más bibliografía acerca de los problemas sexuales de los hombres. El mundo de la sexualidad femenina está en un segundo plano pero cada vez podemos encontrar más investigaciones. Una disfunción sexual femenina puede estar relacionada con trastornos del deseo y excitación, anorgasmia o dolor coital.

Algunos factores de riesgo para padecer algún tipo de disfunción sexual en la mujer son la menopausia, fumar, estado laboral, y depresión. Por tanto, el deseo sexual es de gran importancia para tener una salud sexual. (Muñoz y Camacho, 2016).

Por otro lado, el concepto de libido se define como el deseo de placer, sobretodo referido al placer sexual. El apetito sexual que tiene una persona puede influir en la frecuencia a la hora de tener sexo o realizar prácticas sexuales. Al avanzar en edad hay más probabilidades de disminución de libido. (Anawalt y Yialamas, 2013).

La sensación placentera puede darse y presentarse de diversas maneras. Puede nacer de alguna sensación agradable, a modo de respuesta de algunos estímulos o de ambos. (Morejón y Núñez, 2017).

Cuando una mujer no es feliz con su aspecto físico puede experimentar cambios o reestructuración en su vida, por lo que debe asumir nuevas estrategias de afrontamiento. Es frecuente que ocurran afectaciones en la autoestima, con ideas de distorsión de la imagen corporal, subvaloración, disminución o pérdida de la libido, rechazo inicial ante

el apoyo emocional de la pareja y familia, así como sentimientos de inferioridad en comparación con mujeres (Martínez, Camarero, López y Moré, 2014).

9 ESTADO DE LA CUESTIÓN

No se han podido encontrar investigaciones sobre la sexualidad de las mujeres con estas características, ni tampoco hay grandes esfuerzos por el estudio de los cambios de la sexualidad tras una cirugía estética, pese a ser esta revolucionaria en las últimas décadas.

Los trabajos publicados son escasos y la mayoría que están relacionados tienen que ver con aspectos tales como disminución mamaria, elevación mamaria, cáncer de mama y mastectomía.

Algunos estudios relacionados con la sexualidad femenina y operaciones quirúrgicas de mama son los siguientes:

Resende, Migue, Veiga, Rocha y Ferreira (2013) realizaron un estudio cuantitativo para ver la afectación del impacto sexual en las mujeres operadas de mamoplastia de reducción con hipertrofia mamaria. Se separaron dos grupos de forma aleatoria, uno control y uno quirúrgico. A ambos grupos se les pasó un cuestionario brasileño sobre la función sexual femenina. Los resultados evidenciaron una mejoría significativa en las mujeres que se habían sometido a la cirugía.

Barriga, (2013) relaciona la autopercepción de mujeres que se quieren someter a una mamoplastia de aumento con las expectativas de cambio que tienen en cuanto a su vida. Se trató de un estudio cualitativo realizado mediante entrevistas semiestructuradas y medición mediante un clúster de autopercepción del Sistema Comprensivo de Exner. En la mayoría de participantes se observó una inusual preocupación corporal.

Los motivos principales fueron el retraso del crecimiento de los senos en la etapa de la pubertad y el cambio tras la configuración de los senos tras la lactancia materna. Las expectativas de mejora que tienen las mujeres que se someterán a una mamoplastia de aumento, según este estudio de investigación, estarán relacionadas con la apariencia

femenina, seguridad en ellas mismas, desenvolvimiento social y las que tienen pareja, un mayor desenvolvimiento sexual.

Aguilar et al., (2013) estudiaron sobre el significado que le atribuyen a la mamoplastia de aumento jóvenes universitarias de Venezuela. Se trató de una investigación de tipo cualitativa y descriptiva, que mediante entrevistas semiestructuradas preguntaron el antes, el ahora y el después en cuanto a la mamoplastia de aumento. Las entrevistadas informaron que en el pasado se sentían acomplejadas y con los senos demasiado pequeños. Los motivos principales que llevaron a someterse a la cirugía fueron: la preocupación por la estética, deseos de proyectar una imagen nueva y mejor, alcanzar la máxima feminidad y sensualidad, etc. En el presente tras haberse realizado la operación, experimentaron sensaciones de bienestar, sensación de belleza y conformidad con su imagen corporal. Sin embargo, las entrevistadas muestran una preocupación por una futura reversión de la operación. Se tuvieron en cuenta en dicho estudio también los referentes en los que se apoyaron a la hora de tomar la decisión de operarse en los cuales se incluían la familia y los amigos.

Danilla et al., (2016) realizaron un estudio de cohortes para valorar la calidad de vida de las mujeres que se sometían a una cirugía de mamoplastia de aumento. Para ello utilizaron un instrumento de medida el Q-breast®. Los resultados evidenciaron una mejora en general de la calidad de vida que subió de un 49,7% a un 82,5%. La calidad de vida se definió en función de los siguientes dominios: autoestima, de un 52% a 88%, autoimagen de 22% a 80% y vida sexual 31% a 86%.

Weigert, Frison, Sessiecq, Al Mutairi y Casoli (2013) asimismo, estudiaron el aumento de la calidad de vida tras mamoplastia de aumento en transexuales que pasaban de hombre a mujer. Tal y como hicieron los investigadores citados anteriormente, utilizaron el instrumento de medida Q-Breast®. Los resultados mostraron mejoras en la satisfacción con los senos (+59 puntos), bienestar sexual, (+34 puntos) y bienestar psicosocial, (+48 puntos). No se encontraron cambios significativos en el bienestar físico.

Guimaraes et al., (2015) consideraron la sexualidad como un componente importante de la calidad de vida por lo que la estudiaron en mujeres con una media de 26 años de edad

después de la mamoplastia de aumento. Utilizaron el cuestionario del Cociente Sexual Femenino (FS-Q) que está validado como una herramienta para evaluar la sexualidad, teniendo en cuenta diferentes aspectos tales como el deseo sexual, la excitación, comodidad o satisfacción sexual. En las pacientes investigadas se observó una mejora significativa de la sexualidad.

Crerand y Magee (2013) estudiaron sobre aspectos psicológicos en las diferentes formas de operación quirúrgica de mamas: disminución, elevación, reconstrucción y aumento. Describiremos únicamente los resultados acordes a la mamoplastia de aumento porque en ello se centra nuestro trabajo. En la investigación obtuvieron como resultado que las mujeres con implantes mamarios tienen más probabilidades de tener mayor número de parejas sexuales de por vida, mayor uso de anticonceptivos orales, ser más joven en su primer embarazo y tener un historial mayor de embarazos terminados en comparación con las mujeres que no están operadas quirúrgicamente. En el periodo postoperatorio la mayoría de mujeres se encuentran satisfechas con el resultado, se evidencian mejoras en la autoestima y los síntomas depresivos. La imagen corporal es otro aspecto que se observa mejorado pero puede verse atenuado por complicaciones quirúrgicas.

10 OBJETIVOS

Después de realizar la revisión teórica de la temática, se proponen los siguientes objetivos de estudio:

10.1 Objetivos generales

- Conocer los cambios propios del ámbito sexual: primera relación sexual, apetito sexual, sensación de placer y deseo sexual que han podido experimentar las mujeres tras operarse de aumento de pecho, así como la presencia o no de beneficios a nivel de pareja.

10.2 Objetivos específicos

- Comprender los motivos principales por los que las mujeres han decidido aumentarse el pecho, así como los aspectos que han tenido en cuenta antes de operarse.

- Describir cuales son los beneficios psicológicos que han experimentado con su intervención quirúrgica y si han recibido críticas.
- Conocer cual es el ideal de belleza de las mujeres actualmente.

11 METODOLOGÍA

11.1 Diseño

Tras el planteamiento del estudio se ha considerado el uso de una investigación cualitativa mediante fenomenología interpretativa, también conocida como fenomenología hermenéutica, debido a su naturaleza y enfoque. El método cualitativo se caracteriza por producir hallazgos sin utilizar procedimientos estadísticos ni ninguna forma de cuantificación. La consistencia del análisis es de tipo interpretativo basándose por ejemplo en comportamientos, experiencias o emociones. (Strauss y Corbin, 1998).

Por otro lado, otra técnica utilizada para conseguir información en dicha investigación fue pedirles a las participantes que realizaran dos dibujos en un folio en blanco. En el primero debían dibujarse a ellas mismas tal y como se veían. En el segundo se les pidió que dibujaran como concebían a la mujer perfecta o ideal. Después sugerimos que dieran una breve explicación de sus dibujos.

11.2 Sujetos

Fueron partícipes de la investigación 17 mujeres que se habían sometido a una operación de mamoplastia de aumento. Dentro de la muestra, la mayoría tenían algún tipo de estudio, pudiendo encontrar graduadas en enfermería, medicina, administración y dirección de empresas (ADE), diseño de interiores y derecho. Las edades comprendidas de las participantes fueron entre los 22 y los 46 años de edad, siendo la media los 24 años de edad.

El proceso de localización de la muestra fue de tipo Bola de nieve. Contactamos con las mujeres que se habían operado los pechos a través de personas conocidas, y estas participantes nos llevaron a otras que presentaban los mismos rasgos.

11.3 Instrumento de recogida de datos

Toda la investigación fue grabada en audio con dos teléfonos móviles. Las entrevistas y por tanto las grabaciones fueron realizadas durante los meses de Abril y Mayo del año 2018. Todas las entrevistas fueron realizadas en la provincia de Almería utilizando como lugar espacios tranquilos, como por ejemplo cafeterías.

Se realizó una entrevista individual a cada participante. Las entrevistas fueron semiestructuradas, ya que se contó con la ayuda de un guión previamente preparado para ir direccionando las cuestiones interesantes a investigar. Se realizaron preguntas abiertas y a través de las respuestas recibidas se iban enlazando con la información necesaria que era precisa explorar. Antes de proceder a la entrevista, se inició una primera toma de contacto hablando de otros temas relacionados, como por ejemplo explicarles de manera general como es el Máster Oficial de Sexología de la UAL, así como los objetivos y el porqué hemos realizado esta investigación. Una manera de romper el hielo también fue comentarles que conocía personas operadas de aumento de pecho que estaban muy contentas con los resultados y que como se sentía ella

11.4 Procedimiento de análisis de datos:

Las grabaciones en audio se enviaron al ordenador y de ahí fueron transcritas a una plantilla de Word®. Una vez terminada la transcripción completamente, se pasó al programa Atlas.Ti® creando una unidad hermenéutica. En la **codificación abierta** se empezaron a crear códigos frase por frase con todo el texto, para de manera general, tener la información más accesible y manejable. Así creamos un árbol de categorías para conceptualizar los datos. Para ello fue necesaria una lectura en profundidad.

En la **codificación axial** realizamos un muestreo más selecto de los datos que nos resultan de mayor interés. Para ello eliminamos códigos, fusionamos otros códigos en familias de códigos que estén relacionados entre sí. De esta manera acotamos la información centrándonos en lo más llamativo a investigar ya que nos sería imposible abordar con demasiados códigos. Finalmente en la **codificación selectiva** integramos las distintas categorías en los conceptos principales. Estos conceptos están relacionados con categorías centrales para así facilitar la comprensión del fenómeno.

Encontramos por tanto en nuestro proyecto de investigación, dos categorías principales; de cada categoría principal emergen unas subcategorías o subtemas que presentan unos códigos determinados relacionados. Se ha realizado una tabla (Tabla 1) que permite

revisar la información extraída de manera rápida y esquemática. A continuación la descripción de los diferentes temas principales y subtemas.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
Presencia o no de alteraciones en la sexualidad tras aumento de pecho	Cambios en la primera relación sexual, libido, sensación de placer o deseo sexual	Mayor soltura sexual. Miedo a hacerse daño en el pecho. Miedo al dolor. No mayor presencia de placer. Pérdida de sensibilidad. Sensación de extrañeza
	Presencia de beneficios a nivel de pareja.	Mejora de la relación. Comprensión. Apoyo. Respetan la decisión. Celos.
Importancia que le dan las mujeres a la belleza corporal	Motivación que les ha llevado a operarse y qué aspectos han tenido en cuenta	Sentirse mujer. Pecho pequeño y desrealización. Vergüenza por tener poco pecho. Limitaciones en el ocio. Sentimiento de inferioridad. Compararse con otras mujeres. Lactancia. Aspecto natural
	Cirugía estética y refuerzo físico y psicológico	Aumento del autoestima. Miedo al rechazo. Complejos. Verse bien en el espejo. Sentirse guapa. Enfrentarse al bikini. Sentirse atractiva.. Ligar más.
	Ideales de belleza actuales y críticas de la sociedad	Ser feliz. Estar a gusto con uno mismo. Delgada. Pelo largo. Estar en forma. Realizar deporte. Inconformismo de la sociedad. Identificación social de lo natural como bueno y lo artificial como malo. Prejuicios.

Tabla 1

- **CATEGORÍA 1: “Presencia de alteraciones en la sexualidad tras el aumento de pecho”**

Esta categoría está directamente relacionada con nuestro objetivo principal. Se pretende observar la presencia o no de aspectos positivos o negativos que tengan que ver con el ámbito sexual para ver si la mamoplastia de aumento, aparte de tener beneficios a nivel psicológico y estético, también lo tiene en este plano.

Subcategoría 1: “Cambios en la frecuencia sexual, libido, sensación de placer o deseo sexual”

Dentro de la sexualidad, se concretará estudiar acerca de la presencia o no de mayor número de relaciones sexuales desde que las mujeres presentan sus nuevos pechos, si ha aumentado o disminuido su apetito sexual, o por el contrario se mantiene neutro, por otro lado también se indagará si desde que tienen prótesis mamarias presentan cambios en la sensación de placer a la hora de mantener relaciones sexuales o con la estimulación a través de los senos y finalmente investigar acerca de si se sienten más deseadas desde que se han aumentado el pecho o si desean más a los demás y están más predispuestas a realizar prácticas sexuales.

Subcategoría 2: “Presencia de beneficios a nivel de pareja”

La mayoría de las entrevistadas tenía pareja por lo que fue interesante conocer la posición de esta en cuanto a la decisión de operarse los senos y su apoyo durante el postoperatorio. Otro aspecto a estudiar fue si a través de la intervención quirúrgica también existieron mejoras o aspectos positivos en la relación de pareja.

- **CATEGORÍA 2: “Importancia que le dan las mujeres a la belleza corporal”**

Actualmente existe cada vez una mayor preocupación por la apariencia física. Además la búsqueda del cuerpo perfecto puede estar influenciada por las redes sociales que crean una falsa realidad en la que todo el mundo tiene un físico espectacular. Esta concepción social de la belleza puede que haya sido un motivo por el que las cirugías estéticas hayan aumentado y un motivo por el que las mujeres deciden mejorar la apariencia de sus senos.

Subcategoría 1: “Motivación que les ha llevado a operarse y qué aspectos han tenido en cuenta”

Toda persona que se realiza una cirugía estética tiene un motivo principal. Hemos querido conocer cual ha sido el motivo clave que ha llevado a estas mujeres a tomar la decisión de someterse a una intervención quirúrgica para así comprender muchos aspectos como por ejemplo: sus sentimientos en el pasado, experiencias vividas, que han tenido o no en cuenta a la hora de operarse, como se sienten ahora, si ha cambiado o no su vida, etc.

Subcategoría 2: “Cirugía estética y refuerzo psicológico”

La cirugía estética supone grandes beneficios en la apariencia física a la hora de corregir una parte de nuestro cuerpo con la que no estamos conformes. Estos beneficios también se experimentan en el ámbito psicológico, ya que un defecto físico o complejo corporal puede suponer un impedimento a la hora de relacionarse con los demás, limitaciones en el ocio e incluso también pueden acarrear sentimientos de tristeza y depresión. Al mejorar un defecto físico se produce un aumento de la seguridad en uno mismo, mejora del autoestima, sensación de felicidad, etc. En este caso, hemos querido conocer los beneficios concretos que han experimentado cada una de las informantes.

Subcategoría 3: “Ideales de belleza actuales y críticas de la sociedad”

Los ideales de belleza han ido cambiando a lo largo de la historia. Actualmente, cada vez son más frecuentes y comunes los cuidados del aspecto físico. Además, hoy en día nos regimos en base a unas modas y quien no las sigue no es interesante. Por tanto la excesiva preocupación por el físico puede ser que sea una imposición por parte de la sociedad, que hace que necesitemos constantemente ser aceptados por los demás. En el plano de la seducción, tratamos de gustar a todo el mundo y nos horroriza ser criticados o rechazados. Pese a esta dependencia de la percepción subjetiva de la belleza, el “ser feliz” es una prioridad para poder estar conformes con uno mismo. Por otro lado, en los últimos años la sociedad ha adoptado una actitud demasiado crítica con los demás y es especialmente dura (aunque cada vez menos) en cuanto a los retoques estéticos. Esto puede deberse a que lo artificial muchas veces es asociado como peor o menos válido, siendo por el contrario lo natural lo que llama la atención y es considerado como privilegiado o correcto.

11.5 Aspectos éticos

Las participantes fueron totalmente informadas de todo el proceso de investigación, así como de su finalidad. Este fue de carácter voluntario y por tanto tenían la opción de abandonar en el momento que desearan así como de no responder a determinadas preguntas si así les parecía. También fueron informadas de la confidencialidad asegurada de esta investigación así como de su anonimato, sugiriendo la petición de que ninguno de los datos pudieran identificarse con ninguna de las sujetos.

12. RESULTADOS

Los resultados se exponen centrándonos en cada una de las categorías expuestas anteriormente y de los objetivos propuestos. Estos fueron ordenados y codificados para comprender con mayor facilidad el fenómeno de estudio, que en este caso es la sexualidad en las mujeres operadas de aumento de pecho, así como aspectos psicológicos.

En dicho análisis de datos, no se revelarán los nombres de los participantes, ya que mantendremos el anonimato en todo momento. Por ello, se mostrarán varias tablas en las que se reflejen los datos más relevantes para poner en contexto la situación personal de cada participante, a la hora de nombrar las citas textuales.

A	B	C	D
<p>Edad: 26</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en ADE</p> <p>Profesión: Trabaja en una empresa hace 2 años</p> <p>Lugar de Residencia: Roquetas de Mar (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 2 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 24</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en Educación Primaria</p> <p>Profesión: Imparte clases en un colegio</p> <p>Lugar de Residencia: Roquetas de Mar (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 2 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 22</p> <p>Nivel de estudios: Cursando 3 curso de Educación Infantil</p> <p>Profesión: Imparte clases particulares</p> <p>Lugar de Residencia: Aguadulce (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 3 años.</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 46</p> <p>Nivel de estudios: Graduado Escolar</p> <p>Profesión: Trabaja en una inmobiliaria desde hace 11 años</p> <p>Lugar de Residencia: Roquetas de Mar (Almería)</p> <p>Situación emocional: Divorciada</p> <p>Nº de hijos: 2</p>

E	F	G	H
<p>Edad: 23</p> <p>Nivel de estudios: Cursando 4 año de Grado en Medicina</p> <p>Profesión:-</p> <p>Lugar de Residencia: Santiago de Compostela</p> <p>Situación emocional: Soltera</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 24</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en Diseño de Interiores. Conocimientos de estética.</p> <p>Profesión: Tiene una estética y pone pestañas artificiales</p> <p>Lugar de Residencia: Roquetas de Mar (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 2 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 24</p> <p>Nivel de estudios: Cursando último año de Grado en Medicina</p> <p>Profesión:-</p> <p>Lugar de Residencia: Granada</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 6 años</p> <p>Nº de hijos:-</p>	<p>Edad: 22</p> <p>Nivel de estudios: Curso superior de protésica dental. Actualmente cursando grado medio de higienista bucodental.</p> <p>Profesión: Camarera durante los meses de verano</p> <p>Lugar de Residencia: Aguadulce (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 7 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>

I	J	K	L
<p>Edad: 28</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en Enfermería</p> <p>Profesión: Trabaja en un hospital hace 2 años</p> <p>Lugar de Residencia: Balerma (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 5 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 27</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en Enfermería</p> <p>Profesión: Trabaja en un centro de día geriátrico hace 6 meses</p> <p>Lugar de Residencia: Huercal de Almería (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 6 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 24</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en Medicina.</p> <p>Profesión: -</p> <p>Lugar de Residencia: Barcelona</p> <p>Situación emocional: Soltera</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 23</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en Derecho</p> <p>Profesión: Camarera y azafata de eventos</p> <p>Lugar de Residencia: Roquetas de Mar (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 2 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>

M	N	Ñ	O
<p>Edad: 22</p> <p>Nivel de estudios: Cursando 4 año de Grado en Enfermería</p> <p>Profesión:-</p> <p>Lugar de Residencia: Madrid</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace casi 3 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 24</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en ADE</p> <p>Profesión: Encargada de varios semilleros</p> <p>Lugar de Residencia: Roquetas de Mar (Almería)</p> <p>Situación emocional: Pareja desde hace 6 años</p> <p>Nº de hijos: -</p>	<p>Edad: 24</p> <p>Nivel de estudios: Graduada en Enfermería</p> <p>Profesión: Camarera de eventos</p> <p>Lugar de Residencia: Almerimar (Almería)</p> <p>Situación emocional: Soltera</p> <p>Nº de hijos:-</p>	<p>Edad: 25</p> <p>Nivel de estudios: Cursando 2 año de Grado en ADE</p> <p>Profesión: Trabaja en un estanco familiar</p> <p>Lugar de Residencia: Otura (Granada)</p> <p>Situación emocional: Soltera</p> <p>Nº de hijos: -</p>

- **Cambios en el ámbito de la sexualidad tras el aumento de pecho**

- A. Cambios en la primera relación sexual, libido, sensación de placer o deseo sexual:**

En este aspecto pudimos encontrar opiniones muy diversas. En primer lugar, abordaremos los sentimientos que experimentaron tras su **primera relación sexual después de operarse los pechos**. La mayoría de las entrevistadas refieren sensación de extrañeza tras la primera vez: *“Me sentí rara, era una mezcla de sentimientos. La incomodidad de lo que sentía antes de la operación al no gustarme que nadie me viera y el pensar que ya ese problema no debía limitarme ni hacerme sentir insegura.”* (Entrevistada Ñ)

Otras entrevistadas se sintieron muy incómodas debido al poco tiempo postoperatorio que había pasado y experimentaban sensaciones de dolor pero después se sintieron igual que siempre: *“Pues cambios la verdad es que ninguno. Al contrario, la verdad es que las primeras veces, quizá ya no tanto, pero las primeras veces un poco incómoda. Pues porque era algo que tenías un poco de tirantez, que eso no está en su sitio todavía por así decirlo, y si es verdad que alomejor las primeras veces incluso peor que cuando no tenía pecho porque no estaba yo realmente suelta a la hora de tocarlas y demás, podías notar un poquito de dolor y demás. Y ahora la verdad es que hoy por hoy, la verdad es que tampoco... pues que muy normal, muy ... como si me tocas algo que no me he operado, como si me tocas el culo, pues igual, yo no he perdido nada de sensibilidad, puesto que no estoy operada por el pezón y demás y no he notado que haya perdido sensibilidad, al contrario la estimulación pues es la misma, así que tampoco es que haya a habido un cambio muy grande en cuanto a eso la verdad.”* (Entrevistada A)

Del mismo modo, aparecieron discursos en común que se centraban en la preocupación de recibir algún golpe en los senos durante la actividad sexual y que se estropeará la prótesis. Esto se reflejó de la siguiente manera: *“Y es como más rechazo, es como decir NO. Alomejor todavía no he disfrutado al 100% de decir, me he operado el pecho, yo es algo que mantengo un poco la distancia, “no me vayas a apretar”, “no me hagas daño”, “no me aprietes la herida, no vaya a ser que me hagas daño”. Yo miro más lo que es por el tema de la operación, no vaya a ser que me hagan daño, no vaya a ser*

que me lo jodas, algo así... yo he cogido más ese concepto, de a ver.. puedes tocar pero no aprietes, no hinqes los dedos en la cicatriz por así decirlo...” (Entrevistada A)

Teniendo en cuenta el **deseo sexual**, también describieron pensamientos diferentes. Por un lado encontramos mujeres que se sienten mucho más deseadas por los hombres desde que se aumentaron los pechos: *“Es cierto que los chicos cuando saben que estás operada se sienten más atraídos, les genera deseo de saber como es o vértelo. Será por el morbo, por lo generalizado que está el tema y como lo manifiestan algunas chicas etc. Respecto a sentirme más deseada si, depende del ambiente donde me encuentre, siempre de fiesta vas a tener más probabilidades de ligar con un chico o que alguien te diga algo, no es comparable con ir día a día a clase donde la ropa es completamente distinta.* (Entrevistada L)

En cuanto a su deseo sexual hacia los demás tras realizarse la intervención quirúrgica de mamoplastia de aumento, todas están de acuerdo con que no varía:

“Mi deseo sexual ha sido siempre el mismo, yo siempre me he visto guapa solo que fallaba esa parte de mi cuerpo. Y de sentirme deseada pues, si que noto que los tíos se fijan más en mi por tener más pecho pero a mi eso me da igual.” (Entrevistada I)

“Mi deseo por los hombres es el mismo, pero quizás soy un poco más atrevida que antes”. (Entrevistada N)

“Yo sigo siendo la misma por tanto mi deseo hacia cualquier chico, en este caso únicamente hacia mi pareja es el mismo porque no creo que dependa del hecho de estar operada o no, el deseo depende de tu condición sexual, de cómo seas tú y como te llame la atención el sexo.” (Entrevistada L)

De igual modo muchas entrevistadas comentan que no perciben ningún tipo de cambio y que se sienten igual de deseadas que antes y que no por tener un pecho desean más a los demás:

“No creo que haya cambiado nada en esos aspectos. Yo tengo el mismo deseo sexual y creo que los hombres... el que pueda tener deseo por mi no sea precisamente por el pecho, aunque si es cierto, que para los hombres es mucho más atractivo una mujer con

un pecho bonito. Pero vamos, no se debería ninguna mujer operar con la finalidad de gustar a ningún hombre.” (Entrevistada D)

“Pues igual, me noto igual. Bueno obviamente los tíos se fijan más porque es que si llevo un escote o algo pues es normal, se centran en ellas y miran más. Pero para mi es igual. No ha hecho que cambie nada.” (Entrevistada F)

En esta categoría también indagamos sobre el aumento del **apetito sexual** al tener un pecho más voluminoso. Igual que anteriormente, encontramos diversas opiniones. Por un lado, hay quienes experimentan un incremento de la **libido**, sobretodo cuando la operación está muy reciente: *“Pues eso sobretodo fue al principio, pues es normal, cuando estás recién operada pues te apetece hacerlo más porque obviamente si lo comparas con la situación anterior pues antes estabas más cohibida y más eso, pero luego ya pues... y ya ahora es como una cosa normal, ha pasado ya tiempo y es como una cosa normal. Si me dices reciente después de la operación, pues obviamente si, recientemente te apetece hacer ver lo que antes no tenías”.* (Entrevistada B)

“La verdad que la frecuencia si que ha cambiado, porque antes al estar tan acomplexada y al llevar poco tiempo con mi pareja, no tenía la suficiente confianza y le ponía excusas para no tener relaciones.” (Entrevistada H)

Existen también afirmaciones que niegan rotundamente un incremento de la libido debido al dolor postoperatorio: *“Pues la verdad es que en cierto modo al principio se redujo bastante porque yo no me sentía cómoda conmigo misma, ni con la operación, ni con el pecho, tenía molestias... la verdad que se redujo bastante. Puede ser que estuviera un poco más reacia a eso pero no por nada, sino porque estaba más pendiente del dolor que podía tener o de no hacerme daño que realmente de la relación que estaba teniendo en ese momento”.* (Entrevistada A)

Hemos encontrado similares respuestas que indican que no existen cambios en la libido por tener el pecho aumentado: *“Mi libido sigue siendo la misma, creo...no es una cosa que a mí me haya afectado ni a más ni a menos, si es verdad que cuando estas recién operada te apetece más por el hecho de que es algo nuevo y diferente y quieres probar, pero por lo demás igual, misma frecuencia todo.” (Entrevistada O)*

El **placer** es otra característica a destacar en nuestras entrevistas. Aquí las opiniones son muy similares entre todas las participantes que describen que no existen cambios en el placer por aumentarte el pecho mediante prótesis:

“Placer, placer, placer... la verdad es que no. Es el mismo. Yo me siento más cómoda y disfruto más por ello. Pero no pienso que el pecho sea algo que influya de manera directa en el placer.” (Entrevistada H)

“Pues más placenteras no, porque como ya te digo, yo antes aunque tenía poquito pecho pero mi estimulación en los pezones era buena vaya yo tenía estimulación, entonces yo al operarme sigo teniendo esa estimulación, osea que yo no he notado que mi estimulación sea mas o menos por operarme”. (Entrevistada A)

“Pues más placenteras no tienen por qué ser. Yo creo que eso no influye en el placer, porque antes el placer no era por tener más pecho o menos pecho. Lo que he dicho, que yo creo que es un motivo personal, que tu te sientas mejor contigo misma. Pero por el pecho... no veo yo que por eso vayas a sentir más placer o menos”. (Entrevistada B)

De manera característica, encontramos a dos entrevistadas que si afirman tener mayor sensación de placer desde que se han operado: *“Si, son más placenteras, antes a lo mejor no le hacían el caso que ahora le hacen al pecho entonces, que a una mujer le toquen el pecho al menos a mi gusta bastante, y ahora al tenerlo operado es algo que le hacen más caso que antes eso es un motivo por el cual ahora pienso que son más placenteras.”* (Entrevistada O)

“Ahora vivo la sexualidad de manera distinta, antes me solía dejar la camiseta o el sujetador puesto a la hora de mantener relaciones sexuales con mi pareja, a día de hoy me siento tan segura y cómoda que todo ha mejorado mucho, como que disfruto más”. (Entrevistada E)

Un aspecto muy importante a destacar en el análisis de las entrevistas fue encontrar a un grupo determinado de mujeres que comentaron tener **menor sensación de placer a causa de haber perdido sensibilidad**. Esta falta de sensación fue debida a la zona de incisión en la operación, coincidiendo que todas las mujeres que tenían menos placer que antes estaban operadas por la zona del pezón o por la areola. Las mujeres

entrevistadas que fueron operadas por zona inframamaria no comentaron ninguna pérdida de sensibilidad en comparación con el antes:

“A ver es que esta pregunta es un poco compleja... porque si es cierto que yo antes sentía mucho más que ahora. Y no sé si... a ver a mi cirujano, me comentó una vez un día como que iría recuperando un poco la sensibilidad en esa zona poco a poco, pero no siento mucho. Si es cierto que yo me mentalizo a tengo un buen pecho, tal esto tiene que en algún momento funcionar... por así decirlo pero no siento mucho la verdad, no... no”. (Entrevistada C)

“Es cierto que... el tema de la sensibilidad es si es porque hace relativamente poco tiempo, que vamos va a hacer 2 años desde que me operé, pero yo antes sentía un montón y ahora prácticamente nada. Entonces mirándolo en ese aspecto mirándolo desde el punto de vista de la sexualidad pues sí, es como un pega”. (Entrevistada C)

“Me he operado por el pezón y la verdad es que si he notado cambio. He perdido sensibilidad por esa zona y también por la zona de abajo, por ejemplo a veces cuando te duchas no te lo notas”. (Entrevistada L)

“Yo tengo la cicatriz por la areola aunque cada vez se va notando menos. Si que se pierde sensibilidad, sobre todo al principio. De primeras es como que notas todo hinchado y artificial, como si tuvieras unos globos. Cuando van pasando los días te vas acostumbrando y al final ni te acuerdas de que estás operada. Asimilas tu nuevo pecho como si fuese tuyo de verdad, es que para mi es mío, porque está dentro de mi.” (Entrevistada O)

En resumen, existen distintas visiones en el ámbito de la sexualidad. Todas ellas varían en función de diversos factores como puede ser el nivel de complejos o insatisfacción corporal, edad que tenía cuando se operó, presencia o no de pareja y tiempo de relación con la pareja...

B. Presencia de beneficios a nivel de pareja

En este aspecto las opiniones también dependen mucho de la experiencia personal de cada una. Algunas de las informantes referían no haber grandes cambios en las relaciones personales con su pareja por haberse aumentado los pechos:

“Pues la verdad que no pienso que por no operarse tenga que verse afectado en la pareja la verdad, es algo que más que a la pareja es a la persona en si, a quien se opera...En mi caso pues mi novio no estaba de acuerdo con que me operase, no era algo que vamos que por así decirlo que el viese necesario. Me operé porque yo lo vi oportuno, porque yo consideré que quería en ese momento, que podía y era una decisión pues que tomé bajo mi total decisión” (Entrevistada A)

“Sigo teniendo pareja, sigue siendo igual ya que a él le gustaba tanto ahora como antes, pero yo me siento más a gusto con él, aunque en ningún momento me ha juzgado por mi pecho natural. El siempre me ha querido tal y como soy y eso es algo que nunca voy a olvidar”. (Entrevistada H)

De la misma manera, también había mujeres que afirmaban una mejoría en la relación de pareja debido a que se encontraban menos tensas y se sentían más liberadas: *“Nosotros siempre hemos tenido muy buena relación, hemos tenido nuestros piques pero como cualquier relación de pareja normal. Pero algo si ha mejorado porque yo estaba acomplejada y estaba triste y a veces sin querer lo pagaba con él”* (Entrevistada I)

Encontramos además expresiones en las que se comentaban que tras tener los pechos grandes las parejas comenzaron a sentir más celos cuando ellas ligaban más que antes: *“Pues vale yo creo que ha ido a mejor. No por nada si no porque no es que fuese un problema muy grande el hecho de que yo no tuviera pecho pero si es cierto lo que te digo que cuando no me sentía cómoda con algún tipo de ropa o alomejor no iba tanto a la playa... no es que tuviese peleas con mi pareja pero el decía: “jolín es que tampoco es tan importante”, es decir, que no lo entendía por el hecho de ser hombre. Y eso pues... si te frustra un poco pero bueno ahora muy bien. Ahora no es que me diga “no te pongas eso que tiene mucho escote” pero cuando me miran otros hombres sí le molesta, pero bueno que yo lo voy a seguir haciendo así que me da un poco igual”.* (Entrevistada C)

- **Importancia que le dan las mujeres a la belleza corporal**

- A. Motivos por los que decidieron operarse el pecho**

En esta subcategoría hemos encontrado que la mayoría de respuestas son muy parecidas. La gran mayoría de entrevistadas verbalizaban tener **complejos y vergüenza de sus senos por ser pequeños** y no encontraban otra manera para cambiarlos o agrandarlos: *“Pues principalmente porque estaba muy acomplejada, no me sentía a gusto conmigo misma, veía que por mas que hiciese no podía cambiarlo, y para mi si era muy importante tener pecho. Soy una persona que me cuido, me gusta pues eso, sentirme bien, y no encontraba ninguna otra alternativa que no fuese operarme para conseguir tener pecho”*. (Entrevistada C)

“Pues la verdad es que no se muy bien pero tenía complejo por mi pecho natural, ya que era demasiado pequeño y no me gustaba nada como me quedaban algunas prendas de ropa y no me gustaba que me miraran cuando tenía relaciones. Me sentía muy incomoda no se... me daba vergüenza a mi misma”. (Entrevistada H)

“Tenía muy poco pecho, cada vez que me duchaba no quería mirarme el pecho en el espejo o cuando mantenía relaciones sexuales con mi pareja me sentía avergonzada. No quería que me viese desnuda nadie, ni mis amigas, ni mi pareja, nadie de mi familia, ni siquiera mi madre, era muy fuerte”. (Entrevistada L)

Alguna de las informantes refería sensación de **desrealización** y tristeza tras la transformación de sus pechos después de ser madre: *“El motivo ha sido porque yo me sentía, no me sentía realizada. Se me había quedado un pecho muy caído cuando tuve a mis hijos y no me veía... no me veía guapa y quise sentirme mejor.”* (Entrevistada D)

Se encontraron expresiones que relacionaban tener un pecho grande con la sensación de sentirse más femenina y mujer: *“Me sentía acomplejada, no tenía seguridad en mi misma a la hora de tener relaciones personales, y mucho menos encuentros sexuales. No sentía que tuviera la figura... no se como decirlo, de una mujer normal, me veía infantil como si fuera una niña en vez de una mujer”*. (Entrevistada E)

De la misma forma las hay quienes afirman que **se han sentido apartadas, han sufrido insultos y han tenido incluso limitaciones a la hora de vestir** o de enfrentarse al bikini en los veranos:

“Pues desde que era una adolescente, observaba como mis amigas desarrollaban sus pechos y los míos, por el contrario, estaban muy pequeños. Los chicos se fijaban en ellas, las chicas con pechos grandes, y a mí me llamaban “tabla de planchar”. Siempre me he sentido muy excluida por eso, hasta cuando era más pequeña. Yo con esa edad ni siquiera pensaba en los pechos solo pensaba en jugar y pasarlo bien. Esos detalles empezaron a crear en mi mente un complejo, hasta tal punto que no me gustaba ir en bikini con mis amigos a la playa. Cuando tenía 23 años, con una mente algo más madura, me daba igual los comentarios de los chicos, pero seguía sin verme guapa en el espejo, sin verme bien, y por eso decidí operarme de los pechos”. (Entrevistada J)

“Me sentía muy limitada a la hora de vestirme ya que no me podía poner escotes, y en verano ir a la playa era un tormento.. Ningún bikini me gustaba como me quedaba y la mayoría de las veces ni siquiera me quitaba la camiseta o me quedaba en casa. ¿Tú sabes lo duro que es querer salir a algún sitio y no hacerlo porque no tienes ropa adecuada porque te queda mal por el pecho? Aunque ahora lo pienso y no lo veo para tanto, pero creo que es porque ya lo tengo superado”. (Entrevistada M)

B. Aspectos que han tenido en cuenta al operarse el pecho

Dentro de los aspectos que han tenido en cuenta casi la totalidad de las mujeres a la hora de operarse ha sido la **lactancia materna**. Para poder dar de mamar es necesario colocar la prótesis en un sitio determinado. Concretamente detrás del músculo pectoral. Todas las participantes, menos una que se operó después de ser madre, lo tuvieron en cuenta para un futuro:

“Yo estoy operada por encima del musculo pectoral. Yo tomé la decisión de operarme, como ya te he dicho anteriormente, después de ser mamá. Yo tenía claro que no quería tener más hijos y el pecho se quedaba estéticamente más bonito si era por encima del músculo pectoral. Por eso no entiendo como las niñas tan jóvenes ya se operan, pienso que eso es una decisión que debe tomarse con mayor edad, después de ser madre, porque nunca sabes los inconvenientes que puedes tener en el futuro”. (Entrevistada A)

“Claro que lo he tenido en cuenta. Yo creo que el sueño de toda mujer es ser madre y para mi es súper importante aunque lo vea muy lejano. Estoy operada por debajo, osea el pectoral está encima de la prótesis.” (Entrevistada G)

Otra característica a tener en cuenta antes de operarse que fue muy común encontrar en las mujeres fue el **dolor postoperatorio**. Afirmaban tener sentimientos de miedo al dolor por lo que otras mujeres operadas le habían contado de su experiencia:

“La verdad que me operé y como que tuve un poco de decepción en la operación en el sentido de que yo me preparé para la operación para pasar mucho dolor, para que me doliese mucho. Y no tuve ese dolor porque obviamente te ponen un tratamiento del dolor durante X días después del postoperatorio.” (Entrevistada A)

Por tanto en este aspecto podemos observar como las mujeres entrevistadas decidieron operarse porque no estaban conformes con esa parte de su cuerpo y además la mayoría presentaban aspectos psicológicos alterados, dentro de las cuales algunas no eran capaces de permitirse llevar un ritmo de vida normal como deberían hacerlo como por ejemplo en las actividades de ocio por no sentirse cómodas con la ropa adecuada al momento. Además todas tuvieron en cuenta su posibilidad de ser madres en un futuro y su objetivo de dar de mamar.

C. Cirugía estética y refuerzo físico y psicológico

En esta categoría muestra resultados importantes en nuestras participantes ya que la gran parte han presentado síntomas positivos a nivel psicológico. Refieren haberse sentido muy frustradas en el pasado, haciendo lo posible por evitar la exposición de los senos en cualquier momento y sin embargo tras operarse comentan haber notado una gran mejoría en cuanto a seguridad en ellas mismas:

“Pues la verdad es que antes no me ponía escotes, o la verdad que si me los ponía siempre tenía el pelo largo y me lo ponía hacia delante, para que no se me viese. Cuando iba a la playa nunca me compraba parte de arriba porque siempre llevaba las mismas, había pocas que me hiciesen sentir bien, o ninguna. Entonces pues, muy mal, en ese aspecto muy mal. Porque vamos, evitaba por todos los medios enseñarlo... Y ya no solo esconderlo de cara a la gente si no también de cara a mi, porque no me sentía

realmente a gusto, entonces mal. Y ahora pues la verdad es que muy bien, me siento mucho más segura... aunque parezca que no es súper importante el pecho en las mujeres y para mi era algo, pues que necesitaba como sentirme mujer... ¿sabes?". (Entrevistada C)

Las opiniones respecto a esta subcategoría van todas en la misma línea, conjuntamente casi todas reconocieron verse más bellas, sentir que atraían más a los demás, recibir cumplidos y por tanto, mejoraron su autoestima:

"Totalmente, la seguridad con la que salgo a la calle no es la misma. Yo me siento mejor y también siento que a las personas de mi alrededor le gusta más. Siempre es bonito ver que gustas y a mi este cambio me hace realmente feliz". (Entrevistada N)

Sin embargo de manera contraria a las opiniones expuestas, una de las participantes refirió sentirse rara tras la operación, sin terminar de verse bien y convencerle los resultados, por lo que experimentaba sentimientos de decepción y tristeza:

"Sinceramente no mejoró mucho mi autoestima, tengo el pecho más grande pero no es mi pecho, es otro pecho. No siento que sea yo y me siguen acomplejando otras cosas y no puedo operarme de todo ni quiero. Veo mi cuerpo extraño y raro. Es demasiado grande ahora. La operación la verdad que es reciente y lo mismo necesito acostumbrarme. Es muy raro de explicar, no me veo peor que antes pero pensaba que me iba a gustar mucho más". (Entrevistada G)

D. Ideales de belleza actuales

En este subtema preguntamos a todas las mujeres por cual era su ideal de belleza o su prototipo de mujer perfecta. Las opiniones fueron muy diversas pero las más comunes hacían referencia a que no tenían una belleza estándar favorita si no que lo fundamental era que se sintieran bien con su cuerpo y felices:

"Para mí no existe un ideal de belleza, mi ideal es sentirme bien conmigo misma. No creo en las medidas perfectas, sino en aquellas que me hacen sentir bien y segura de mí, con eso ya me vale". (Entrevistada I)

"El ideal de belleza para mi en una mujer es en el que cada una se sienta bonita para ella misma, y se sienta feliz con lo que ve ella misma en un espejo". (Entrevistada D)

“Mi ideal de belleza es sentirme guapa y cómoda cuando me miro al espejo y cuando me mira la gente. Para mi la belleza no es estar pintada siempre o llevar tacones, me da rabia que parece que lo más duro lo tenemos que pasar siempre las mujeres. La belleza es estar a gusto, comfortable...” (Entrevistada E)

Así mismo, observamos como mujeres referían que su prototipo de mujer perfecta tenía unos rasgos físicos determinados como por ejemplo ser alta y delgada:

“¿Te digo una famosa? Jajajaj, pues... uf a ver que te digo. Para mi la mujer ideal sería alta, con estatura media, delgada, que no tenga muchas curvas ni mucho culo operado, una persona pues eso... natural. Que tenga un poco de pecho, normal, un pelo largo... me gustan rubias, y poco más. Si tienen los ojos claros mejor”. (Entrevistada F)

Otras mujeres son conscientes de que existen prototipos que ya vienen establecidos o impuestos por medio de la sociedad pero pese a ello quieren pertenecer a ese grupo de belleza estándar:

“Por desgracia, hay un estereotipo bien definido de lo qué es la mujer ideal , físicamente hablando. Me encantaría poder ser, como esas mujeres que salen en la televisión, altas, piel bronceada, labios carnosos, ojos grandes, pechos grandes, delgadas, etc. Pero estoy bastante contenta y bien conmigo misma tras mi operación de pecho. Me siento que soy una mujer normal y corriente, que consigo todo lo que me propongo tarde o temprano”. (Entrevistada J)

Otro aspecto que tuvimos en cuenta para la obtención de los resultados fueron unos dibujos en los que pedimos a cada participante que se dibujaran a ellas mismas y por otro lado a la mujer ideal con el objetivo de comprobar si sus discursos concordaban con lo que ellas dibujaban. Comparando los dibujos pudimos encontrar también variedad de respuestas. bocetos

Encontramos mujeres que se pintaron igual en ambos dibujos pues referían que tras su operación de pechos ya se sentían completas y estaban felices con su aspecto físico por lo que ya se veían ideales. Por otro lado, una gran mayoría de las participantes se dibujaban de manera muy similar pero en la mujer ideal ligeramente más delgadas, por lo que pudimos observar que el peso corporal es también un aspecto de gran preocupación en las mujeres, coincidiendo con lo que verbalmente nos decían cada una

en su entrevista individual, siendo el prototipo perfecto de mujer más común ser alta y delgada.

Otro aspecto a tener en cuenta es que algunas informantes se dibujaron a ellas mismas más simples a la hora de vestir. La moda es un aspecto que también nos ha llamado la atención en los dibujos, siendo representada la mujer ideal más arreglada que la que las representaba a ellas mismas. La mujer perfecta llevaba tacones, complementos, bolso, cinturón e incluso alguna participante se atrevió a dibujar a su prototipo ideal vestida de una marca conocida.

Finalmente en cuanto a los bocetos obtenidos, otro aspecto a resaltar fue la infantilidad con la que algunas de ellas se representaron a si mismas, siendo por el contrario su ideal de belleza un cuerpo todo lo contrario a aniñado; curvas más acentuadas, pelo largo y bien peinado, predominancia de rasgos muy femeninos como por ejemplo labios gruesos, etc.

Algunos de estos dibujos podrán visualizarse en el apartado de Anexos.

E. Críticas de la sociedad

Las críticas negativas han sido una respuesta predominante en cuanto a repercusión social se trata de casi todas las mujeres entrevistadas. Refieren que tras su intervención quirúrgica, algunas personas han criticado sus resultados y su decisión de operarse al menos una vez: *“Tuvo repercusión social en cuanto la gente se dio cuenta del cambio, porque a la vista está. Todo el mundo diciéndome: ¿Es que te has operado las tetas? Cuando lo sabían perfectamente. Me daba la sensación de que cotilleaban sobre mi la verdad. Recibí críticas duras, y no de manera directa y esas cosas duelen mucho. Las personas pueden llegar a hacer mucho daño con sus comentarios. Pero las personas que realmente son importantes para mí lo entendieron perfectamente y me han apoyado en todo momento y la verdad que me quedo con eso”*. (Entrevistada E)

Destaca además un tipo de crítica muy concreta que tiene relación con el inconformismo de la sociedad, que sigue sacando pegadas de la manera que sea. En este caso hace referencia a que los resultados de la operación de aumento mamario no terminan nunca de ser bien vistos del todo: *“Claro. No pero si es verdad que la gente siempre comenta de que si se ha puesto mucho si se ha puesto poco que si se ha operado... pero que cuando te haces una operación así siempre va a haber gente que le guste y gente que no le guste. Mientras te guste a ti, es igual”*. (Entrevistada F)

“Cuando me operé pues si es verdad que hay gente que me decía al principio: ¡Pues te has puesto muy pocas para haberte operado! ¡Yo me hubiese puesto más! Y yo decía: pues no, pues yo me he puesto la cantidad que yo he visto acorde a mi cuerpo, acorde a lo que yo quiero”. (Entrevistada A)

Hemos encontrado mujeres que han pasado por experiencias desagradables como consecuencia de haberse aumentado los pechos, como por ejemplo piropos descarados y groserías:

“Unos chicos, en la calle... salí a correr y bueno, al estar recién operada pues tienes el pecho, no inflamado pero lo tienes mucho más hinchado y se nota más y claro yo llevaba un top de los que tenía antes y claro pues se notaba más, bastante... y nada pues me dijeron “No veas... no se qué” como insinuando vaya pechos tal... y la verdad que eso no me gustó nada. Yo era consciente de que son más voluminosos, se nota... no mucho pero, no me sentí cómoda. Pero bueno, tampoco me importó y no le di mucha importancia porque si no tienes lo van a decir, y si tienes también. Osea que igualmente van a comentar algo”. (Entrevistada C)

Del mismo modo aparecieron en sus discursos actitudes muy positivas en cuanto al afrontamiento a las críticas, defendiendo que el cambio y los resultados deben gustarle únicamente a ellas mismas, sin tener en cuenta opiniones de terceras personas: *“No he tenido criticas negativas y si fuese así me daría realmente igual. yo tengo que estar contenta conmigo misma y me importa muy poco lo que pueda pensar el resto de gente, para bien o para mal. Tengo en cuenta los comentarios de la gente que me quiere, del resto paso”.* (Entrevistada L)

13. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue conocer si las mujeres operadas de mamoplastia de aumento presentaron cambios en la actividad sexual y su experiencia en cuanto a cambios psicológicos tras la intervención quirúrgica. Se han hallado resultados interesantes en estudios relacionados con nuestros objetivos planteados.

Encontramos similitudes con nuestra investigación en el estudio planteado por De Souza, Weck, Xerfan y Serra-Guimaraes (2018) en el que hacen referencia a que la satisfacción los primeros meses tras la intervención quirúrgica fue alta, sin embargo al pasar tiempo y llevar al año operadas no se evidenció que el grado de satisfacción fuera tan elevado como al principio. En nuestro caso, las informantes comentaban que al principio se sentían muy entusiasmadas con sus nuevos pechos al ser todo muy reciente y tener tanta ilusión por lucirlos. Por el contrario, al pasar el tiempo desde la operación nos explicaban que ya ni si quiera eran conscientes de que estaban operadas pues identificaban los senos como suyos propios, olvidándose por completo de su intervención quirúrgica y normalizando su vida de manera rutinaria.

Del mismo modo, de acuerdo con la autora Barriga (2013), podemos sacar en común que los motivos principales por los que las mujeres decidieron operarse el pecho fueron el descontento del tamaño por ser demasiado pequeños, asimétricos comparados los dos, no ser tan firmes como ellas deseaban, etcétera. En nuestro estudio pudimos comprobar que todas estas características estaban presentes, pero fue también de gran relevancia descubrir el gran complejo que presentaban algunas como consecuencia de este defecto físico, lo cual también se puede considerar una motivación para realizarse una cirugía estética.

Otro aspecto a destacar que sigue la línea de nuestros resultados del estudio fueron las comparaciones que hacían las mujeres que tenían el pequeño con otras mujeres de su entorno. En nuestras entrevistadas pudimos observar como con quien más se comparaban eran con sus amigas o compañeras de clase de su misma edad, pero también lo hacían con personas de su familia como por ejemplo sus hermanas, sus primas o sus madres.

Es de especial relevancia que se mencione la dificultad que poseían nuestras entrevistadas de enfrentarse al bikini en verano, así como de ponerse determinadas prendas a la hora de vestir, como por ejemplo aquellas que tenían escotes pronunciados. No existen diferencias en este aspecto comparando nuestros resultados obtenidos con este estudio, en el que se defiende que las mujeres tienen una gran preocupación por vestir de esta manera en público.

Uno de los aspectos con los que discrepamos con la investigadora fue la afirmación de que todas las mujeres que tenían pareja y se aumentaron los pechos mejoraron su relación de pareja y su vida sexual. Algunas de nuestras participantes si que comentaron presentar beneficios a nivel de pareja, pero no todas. Existían aquellas que opinaban que su relación no había cambiado en ningún aspecto y que sus parejas siempre las habían querido y respetado de la misma manera que lo hacían en el presente, con los pechos operados.

Frederick, Peplau y Lever (2008) investigaron que si bien las mujeres estaban descontentas con el aspecto de sus pechos, las parejas de manera contraria no tenían ninguna pega hacia ellos. De hecho, pese a que ellos estaban contentos con los senos de sus parejas, apoyaron en todo momento que las investigadas decidieran operarse. En nuestro trabajo, las mujeres operadas de mamoplastia de aumento nos explicaron que la decisión fue puramente suya. Las mujeres que tenían pareja comentaron que en ningún momento lo hicieron por el hecho de gustar a sus parejas, ni siquiera a los demás, si no por verse bien a ellas mismas y que nunca sus parejas le habían sugerido que se operaran.

Lo cierto es que la mayoría de entrevistadas de nuestra investigación son muy jóvenes. Aunque ellas tomaran la decisión propia de operarse los senos, contaron siempre con la opinión de sus familiares. Tal y como manifiestan Aguilar, Carranza, Castellanos y Hernández, (2013) en su estudio sobre mamoplastia y adolescencia, las figuras más significativas para una adolescente a la hora de tomar la decisión de realizarse una cirugía estética son los familiares, en especial los padres y los amigos. La adolescencia es una etapa en la que se está empezando a completar cierto nivel de madurez mental, por lo que estas opiniones son de gran importancia. También apoyamos los diálogos presentados en esta investigación en la que la consideración del cirujano es de gran importancia. En nuestra muestra, pudimos encontrar varias chicas que conversaron varias veces con su cirujano, preguntándole dudas y comentándole preocupaciones. Apreciamos también al igual que Restrepo (2017) en su estudio, que a algunas de nuestras entrevistadas de manera previa a la cirugía le hicieron un estudio de simulación de manera virtual en 3D para que pudieran ver de manera más o menos aproximada como serían los resultados del implante mamario en su pecho.

Volviendo al estudio de Barriga (2013) las mujeres que no estaban conformes con el tamaño de sus pechos tenían una autopercepción negativa de ellas mismas. Además coincidimos con que nosotros también encontramos mujeres cuyo descontento corporal venía a través de la maternidad. El cambio de los senos tras amamantar fue muy notable y esto llevó también a una afectación emocional.

En la investigación sobre mamoplastia de reducción planteada por Peña, González, Güemes, Sousa y García-Campayo (2003) se muestra como las pacientes presentan gran insatisfacción no solo con los senos si no con más partes de su cuerpo. Esta imagen negativa sobre sí mismas hace que experimenten infelicidad, depresión, ansiedad y baja autoestima lo que concuerda con los sentimientos que tenían nuestras investigadas antes de operarse. De hecho, algunas mujeres nos comentaron haber recibido insultos y exclusiones, lo que también potenció una baja autoestima. En este estudio pasa exactamente lo contrario que en el nuestro, las mujeres experimentan los aspectos psicológicos negativos mencionados anteriormente unas por tener los pechos demasiado pequeños y otras por tener los pechos demasiado grandes.

Consideramos al igual que Barriga, (2013) la gran importancia de que la percepción del aspecto físico viene totalmente influenciada por las imágenes corporales construidas y definidas por cada cultura así como aspectos determinados que otorgan la feminidad y la representación de mujer en la sociedad.

En relación a esto, podemos afirmar que nuestras entrevistadas tenían un ideal de belleza que concordaba con los cánones existentes en la actualidad. Ser alta, delgada e ir a la moda fueron aspectos muy llamativos en las entrevistas. La preocupación por no estar gorda o tener un peso corporal adecuado a las tallas de las tiendas de ropa fue un determinante común en casi todas las mujeres, lo que concuerda con la investigación de Restrepo (2017) en la que concluye con que las mujeres relacionan la salud con estar bellas, por lo que evitan por todos los medios ser obesas, tener estrías o celulitis.

Relacionando lo anteriormente dicho con el terreno de la sexualidad, destacamos el estudio presentado por Calado, Lameiras y Rodríguez (2003) en el que afirman que hay una íntima relación entre autoestima y sexualidad. Su afirmación es muy similar a nuestros resultados en los que las mujeres antes de estar operadas tenían una gran inseguridad debido a la insatisfacción corporal y por tanto las relaciones sexuales eran

peores. Algunas de las entrevistadas nos comentaban que les resultaba imposible quedarse completamente desnudas ante el compañero y que siempre necesitaban tener la luz apagada o una camiseta puesta a la hora de mantener relaciones sexuales. Por tanto, tal y como afirman estos autores una mayor autoestima general se relaciona positivamente con la satisfacción sexual.

La mayoría de estudios encontrados abordan las investigaciones en cuanto a sexualidad de una manera cuantitativa. Resende et al., (2018) mediante un cuestionario evaluaron la función sexual, obteniendo como resultados una mejoría significativa tras la intervención de reducción mamaria. Nuestras participantes afirmaron de manera similar a este autor que su operación de aumento de pecho había sido beneficiosa en cuanto a la sexualidad en general. Esto contrasta con las aportaciones de Danilla et al., (2014) en cuyo estudio plantearon distintas dimensiones a investigar como por ejemplo autoimagen corporal, desempeño social, síntomas físicos y sexualidad tras la operación de disminución de senos. Este último dominio sexual, no presentó variaciones significativas aunque esto puede deberse a que existieron ciertas limitaciones ya que algunas participantes refirieron no tener actividad sexual en sus vidas.

Por otro lado, este mismo grupo investigador más adelante estudió la existencia de una relación de aumento de la calidad de vida tras operarse de aumento de pechos. Para ello utilizaron un cuestionario validado en español llamado *Q-Breast*, que también poseía diferentes dominios. Sus resultados guardan mucha relación con nuestra investigación cualitativa, en la que hubo mejorías en la autoestima personal, autoimagen corporal y vida sexual. Sin embargo, afirman que existió un empeoramiento de los síntomas físicos al igual que nuestras participantes. En nuestro trabajo pudimos observar como algunas presentaron dolor de espalda, tirantez en la zona, molestias en la cicatriz e incluso alguna participante mencionó incomodidad con las prótesis.

Este mismo cuestionario *Q-Breast* se aplicó en otra investigación propuesta por Weigert et al., (2013) a un grupo de transexuales que también se intervinieron de mamoplastia de aumento. Las puntuaciones vienen en la misma línea que en los estudios anteriores, habiendo un incremento de la satisfacción con los senos, bienestar sexual y psicosocial. El bienestar físico, al igual que en los estudios anteriormente descritos, no presentó mejoría. Por tanto, estos resultados también se asemejan con lo que nosotros hemos apreciado.

Otra de las complicaciones que identificamos en el transcurso de las interacciones durante las entrevistas fue la pérdida de sensibilidad. Esta venía dada en función de donde se realizaba la incisión quirúrgica y afectaba pues, a la estimulación sexual. Tal y como afirman Von Sperling et al., (2011) un aspecto que llamó mucho la atención fue la preocupación y descontento de las mujeres por la insensibilidad de los pezones. Las opiniones de nuestras entrevistadas son realmente parecidas a las mujeres de este estudio, en especial aquellas que fueron intervenidas a través de la areola o el pezón. Algunas tenían una actitud expectante de que algún día sus pechos “funcionaran” como lo hacían con anterioridad.

Uno de los estudios que más se centra en la sexualidad es el realizado por Guimaraes et al., (2015) en el que enfocan en sus preguntas diferentes ítems: deseo e interés, juegos previos, emoción y armonía, comodidad, orgasmo y satisfacción sexual. Sus resultados muestran que la sexualidad en general mejora pero que el deseo sexual y la comodidad permanecen igual. Muchas de nuestras participantes por el contrario, comentaron no haber presentado mayor deseo sexual tras sus implantes mamarios. Otras en cambio, si que afirmaban sentirse más deseadas y ligar más. En cuanto a la comodidad, nuestros resultados discrepan con los de estos investigadores ya que nuestras informantes comentaron en su mayoría que se sentían mucho más cómodas, decididas y mucho menos inseguras tras tener los pechos aumentados.

Finalmente, apreciamos que la mayoría de los estudios publicados acerca de la sexualidad y aspectos psicológicos de la mujer tras operarse de aumento de pecho están en relación con los resultados obtenidos en nuestra investigación. Podemos observar como la mayoría de los estudios están abordados desde una perspectiva cuantitativa y se centran más bien en aspectos como calidad de vida en general, ocupando la sexualidad un apartado muy pequeño. Por tanto, consideramos necesaria la investigación comprendiendo la combinación de perspectivas cuantitativas y cualitativas ahondando más en la actividad sexual.

14. CONCLUSIONES

De nuestro estudio sacamos una serie de conclusiones de manera prudente, ya que no pueden ser generalizables a toda la población que comparta dichas características, puesto que se trata de una investigación de tipo cualitativo.

De manera general, hemos encontrado opiniones muy diversas durante las entrevistas. Uno de los aspectos con los que si hemos encontrado un núcleo común es el motivo por el que han decidido operarse el pecho: el descontento físico con esa parte de su cuerpo y los complejos. Esto impedía a las mujeres mantener un ritmo de vida normal acorde a sus edades, puesto que se veían limitadas en diferentes aspectos, como por ejemplo a la hora de vestir huyendo de los bikinis y prendas con escotes.

Por otro lado, este trabajo nos informa que uno de los aspectos que se han visto mayormente potenciados tras realizarse una cirugía estética de mamoplastia de aumento fue la autoestima. Las entrevistadas comentaron sentirse más seguras y por tanto, más decididas con ellas mismas. Otro elemento que también resalta es que físicamente se ven mucho más guapas delante de un espejo, lo que también influye en lo explicado anteriormente.

En cuanto a los cánones de belleza actuales, podemos afirmar que para la mayoría de las entrevistadas veían a la mujer ideal aquella segura de sí misma y que se sentía feliz con su cuerpo y se aceptaba tal y como era. Por el contrario, también pudimos encontrar otras respuestas en las que el prototipo idóneo se asemejaba al estereotipo que está tan bien definido hoy en día: mujer alta, delgada, siempre arreglada y que viste a la moda. Un aspecto llamativo fue la gran preocupación por estar delgadas de casi todas las informantes.

Otro objetivo de nuestro estudio fue valorar la presencia de cambios en la actividad sexual. En este ámbito cada entrevistada tiene su propia experiencia personal por lo que las respuestas están muy divididas. Algunas refieren no haber tenido ningún cambio en la sexualidad por haberse aumentado los pechos, señalan que es algo que va únicamente con su aspecto físico pero que su personalidad no varía, y por tanto, las relaciones se ven igual.

Por otro lado, las hay quienes afirman que si que perciben alteraciones de manera positiva. Al sentirse más seguras, no tienen miedo de exponer esa parte de su cuerpo y están mucho más receptivas que con anterioridad, por lo que su apetito sexual se ve aumentado. Nos comentan además que se sienten más deseadas que antes, que incluso ligan más que cuando no tenían pecho, sintiéndose mucho más observada por los hombres.

De manera general, la mayoría de opiniones en cuanto al placer sexual siguen la misma línea. Las entrevistadas hacen referencia a que las sensaciones placenteras durante las relaciones sexuales tras aumentarse los pechos no son mayores. Refieren que el placer no depende de tener un pecho mas o menos grande.

Sin embargo, no esperábamos encontrarnos con mujeres que comentaran que el placer estuviera disminuido. Esto fue debido a una pérdida de sensibilidad del complejo areola-pezones debido a la zona de incisión quirúrgica, por lo que se podría ver como un inconveniente a la hora de intervenir. Al perder capacidad de sensación en el pezón, la estimulación mediante los senos previa a la relación sexual se ve afectada. Esto no sucedió con las mujeres que se operaron vía inframamaria, que referían que su sensibilidad no estaba alterada. Otro aspecto negativo en cuanto a la sexualidad que encontramos en nuestras entrevistadas fue el miedo a hacerse daño por recibir un golpe o tocar la cicatriz durante la actividad sexual, así como que la prótesis se estropeará y tuvieran que volver a entrar en quirófano.

Finalmente, otra característica tenida en cuenta en nuestra investigación fue comprobar la presencia de beneficios a nivel de pareja tras el aumento de senos. En este aspecto también existieron opiniones muy variadas. Algunas participantes nos comentaron que no hubo ni beneficios ni prejuicios, si no que todo se mantenía igual puesto que su pareja siempre las habían aceptado tal y como eran. Por otro lado, otras nos decían que si que había beneficios porque ellas se encontraban tan frustradas que no estaban felices y por tanto, eso repercutía en la relación de pareja. Incluso alguna llegó a referir sensación de liberación, tras la modificación de su defecto físico. Por último, una minoría comentó que presentaban mejoría en la pareja ya que a la pareja le gustaba más físicamente, pero que esta se ponía celosa cuando veía que piropaban a la mujer, o que ligaba más que con anterioridad. También experimentaban sentimientos de molestia al ver a sus novias vestidas con más escotes que con anterioridad.

15. LIMITANTES DEL ESTUDIO

La dedicación hacia la entrevista fue reducida por parte de algunas mujeres, ya que hablar con ellas sobre su intimidad sexual y la realización de esta cirugía no fue fácil. Existen todavía muchos prejuicios en cuanto a cirugía estética y mucho más aun sobre sexualidad. A lo largo del desarrollo de la entrevista, algunas participantes se fueron soltando y se sintieron más cómodas y seguras. Por el contrario, a otras se les notaba incómodas, tímidas y avergonzadas, por lo que contestaban a las preguntas con monosílabos, o de manera cortante sin querer ahondar en la temática.

16. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Durán, L.A. Carranza Ñañez, Z.E. Castellanos López, M.Y. y Hernández Da Graca, N.C. (2013). Mamoplastia de aumento: significado que le atribuyen las estudiantes universitarias. *Wimb lu, Revista electrónica de estudiantes Esc. De psicología*. Universidad de Costa Rica. 8(1), 7-34.
- Aguilar Montes de Oca, Y. Valdez Medina, J. González-Arratia López-Fuentes, N. y González Escobar, S. (2013). Los Roles De Género De Los Hombres Y Las Mujeres En El México Contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18 (2), 207-224.
- Aguirre, P. (2002). ¿Por qué los humanos amamantamos a nuestras crías?. *Revista Intra Med*. Fundación Lactancia Materna IBFAN. Año VI. 30(12).
- Alejo Castañeda, I. Londoño Perez, C. Arenas Ortégón, K. Cortés Ladino, A. González Rojas, S. Mayorga Charry, M. y Medina, M. M. (2013). Ansiedad, depresión, afrontamiento y TCA como predictores de cirugías plásticas cosméticas. *Revista Suma Psicológica*. 20(2). Noviembre. Universidad Católica de Colombia. 251-261.
- Anawalt, B. y Yialamas, M. (2013). Decreased Libido. *Hormone Health Network. From the endocrine society. International Resource Center*.

- Andrades, P. Prado, A. Sepúlveda y S. Benítez, S. (2012). Cirugía plástica mamaria. En Hospital Clínico Universidad de Chile. *Cirugía plástica esencial*. (pp. 185-188).
- Asuero Fernández, R. Avargues Navarro, M. L. Martín Monzón, B. y Borda Mas, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología (Internet)*, 5(2), 39-45.
- Barriga Torres, V.A. (2013). *Autopercepción en mujeres que se someterán a una mamoplastia de aumento*. (Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica). Universidad Católica del Perú, Lima.
- Benito-Ruiz, J. (2017). Implantes mamarios en España: resultados de encuesta a cirujanos plásticos. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 43(3), 239-246. Doi: 10.4321/s0376-78922017000400004.
- Bullough Vern, L. (2004). Sex Will Never Be the Same: The contributions of Alfred C. Kinsey. *Springer Nature. Archives of Sexual Behavior*. 33(3). Pp-277-286.
- Calado Otero, M, Lameiras Fernández, M. y Rodríguez Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 357-370.
- Calderón, J.M. y Carriquiry, C. (2016). Actualidad en mamoplastía de aumento. *Horizonte Médico*, 16(2), 54-62. Recuperado en 31 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000200010&lng=es&tlng=es.
- Castelo-Branco Flores, C. De la Gándara Martín, J. J. Y Puigvert Martínez, A. (2005). La Sexualidad en las diferentes etapas de la vida. *Sexualidad Humana: Una aproximación Integral*. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Sao Paulo: Editorial Médica Panamericana.

- Crerand, C.E y Magee, L. (2013). Cosmetic and Reconstructive Breast Surgery in Adolescents: Psychological, Ethical, and Legal Considerations. *Seminars in Plastic Surgery*. 27(1). 72-78, Febr. Doi: 10.1055/s-0033-1343999.
- Daibert De Souza, R. Weck Roxo, A.C. Xerfan Nahas, F. y Serra-Guimaraes, F. (2018). Comparison between different methods of breast implant volume choice and degree of postoperative satisfaction. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(1). Doi: 10.1590/0100-6991e-20181345.
- Danilla, S. Cuevas, P. Calderón, E. Vergara, J.I. Soto, F. Erazo, C., ... Silva, P. (2014). Influencia De La Apariencia De Las Mamas En La Calidad De Vida: Diferencias Entre Población Preoperatoria De Mamoplastía De Reducción Y Población Control. *Revista chilena de cirugía*, 66(2), 142-145. Doi: [10.4067/S0718-40262014000200008](https://doi.org/10.4067/S0718-40262014000200008).
- Danilla, S. Ríos, M.A. Cuevas, P. Troncoso, E. Domínguez, C. Jara, R., ... Sepúlveda, S. (2016). Cambios en la calidad de vida en mujeres sometidas a aumento mamario: Resultados preliminares de un estudio de cohortes. *Revista chilena de cirugía*, 68(4), 289-294. Doi: [10.1016/j.rchic.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.rchic.2015.12.001).
- Durand Aramburú, R. Guerrero Romero, P. y Voysest Muyllaert, L. (2016). Percepción de las mujeres Mastectomizadas en la autoestima, imagen corporal y relación de pareja. Proyecto de investigación para optar al título de enfermera especialista en cuidados oncológicos. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú.
- Etxeberria Zapirain, J. K. (2017). La ducha en educación física, actividad para la mejora de la imagen corporal y la autoestima en las chicas. *Revista Redipe. Boletín virtual*. 6 (15).
- Feltman, C. y Szymanski D. (2018). Instagram Use and Self-Objectification: The Roles of Internalization, Comparison, Appearance Commentary and Feminism. *Sex Roles*. 78(5), 311-324. Marzo. Doi: 10.1007/s11199-017-0796-1

- Frederick, D., Peplau, A. & Lever, J. (2008). The Barbie Mystique: Satisfaction with Breast Size and Shape across the Lifespan. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 200-211.
- Garcés, E. Ortega, S. Vanegas, D. y Bermúdez, L. (2017). Mamoplastia de aumento y mastectomía profiláctica bilateral: Reporte de casos. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva*, 23(1). Recuperado de <http://ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/view/38>.
- Givens, D. (2008) El lenguaje de la seducción. Atracción, conversación, contacto y sexo. Las claves de la comunicación no verbal para atraer, gustar y conquistar. Editorial Integral. Barcelona. 118-130.
- Gómez Zapiain, J. (1995). *El deseo sexual y sus trastornos: aproximación conceptual y etiológica*. Anuario de Sexología I.
- Gómez Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo*
- Goñi Grandmontagne, A. Rodríguez Fernández, A. y Esnaola Etxaniz, I. (2010). Las autopercepciones físicas en la edad adulta y en la vejez. *Psicoterma*. Universidad del País Vasco. Facultad de Educación. 22(3). 460-467.
- Herrera Zuleta, I. Reyes Salazar, J. Rojas Velasco, K. Tipán, M. Torres López, C. Vallejo Trujillo, L., ... Zemanate Ordoñez, L. (2018). Salud sexual reproductiva en estudiantes universitarios: conocimientos y prácticas. *Revista Ciencia y Cuidado*. 15(1), 58-70. Doi: 10.22463/17949831.1233
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s00344932007000400012.
- Jácome Roca, A. (2017). Ginecomastia: ¿cuándo estudiarla?. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*. 4(3).
- Jofré R. Sáez, K. y Cid, M. (2017). Caracterización del deseo sexual en mujeres climáticas de un centro de salud rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(5), 515-525.

- Lapeira Panneflex, P. Acosta Salazar, D. Y Vásquez Munive, M. (2016). Significado social atribuido a los senos y su influencia en el autocuidado en jóvenes universitarias. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 35(1), Enero-Junio. 9-13.
- Lorenzo Descalzo, A. (2017). Vestirse a la moda en la España Moderna. *Revista Vínculos de Historia*. (6). Universidad de Navarra. 105-134.
- Marcelli, D. (2005). Adolescentes, malos rollos, complejos y comeduras de coco. Editorial EDAF. París. 19-96.
- Mark, K.P. y Murray, S.H. (2012). Gender differences in desire discrepancy as a predictor of sexual and relationship satisfaction in a college sample of heterosexual romantic relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38, 198- 215.
- Martínez, B. O. Camarero, F. O. López, L.I. y Moré, S. Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. 20(3).
- Martos, A. (2008). La Edad Media no fue solo apocalipsis y oscurantismo. En Rodríguez, S. (Ed). *Historia Medieval del Sexo y el Erotismo: La desconocida historia de la QUERRELLA DEL ESPERMA FEMENINO y otros pleitos*. Madrid, España: Nowtilus.
- Mas, M. (2008). Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Revista Internacional de Andrología*. 5(1). Enero. 11-21. Doi: 10.1016/S1698-031(X)74029-3.
- Masters, W. Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). La Sexualidad Humana. Sanidad, Aspectos culturales, Bibliografía. Barcelona: Grijalbo. 632-636.
- Mendes, D. Veiga, D. Veiga-Filho, J. Fonseca F.E, de Paiva, L. Novo, N. Loyola, A.B. y Ferreira, L.M. (2015). Application time for postoperative wound dressing following breast augmentation with implants: Study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central Ltd*. 22(1). Doi: 10.1186/s13063-014-0529-5.

- Monteiro Pacheco, P.A. Resende, V. Sabino Neto, M. Seito, C.L. de Brito, M.J. Abla, L.E.F., ... Ferreira, L.M. (2015) Sexuality in Aesthetic Breast Surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 39(6), 993-9, Dec.
- Monteiro Pacheco, P.A. Sabino Neto, M. Abla, L.E.F. Veiga, D.F. Lage, F.C. Ferreira, L.M. (2015) Sexualidade após mamoplastia de aumento. *Revista brasileira de cirurgia plástica.* 30(4), 552-559, Sep.-Dec.
- Morali Daninos, A. (1992). La Sexualidad en La Historia. En Publicaciones Cruz O., S.A. *Historia de Las Relaciones Sexuales. ¿Qué sé?.* (Pp. 7-24). México.
- Morán Esparza, M. A. (2018). Cirugía plástica estética, regulaciones y casos en el Ecuador. Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Licenciada en Periodismo. 4-11.
- Morejón Iglesias, S. A y Núñez Cuadrado, G. M. (2017). Transforma la norma, Mujer descubre tu placer. Campaña de educación sexual enfocada al placer femenino. Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Licenciada en Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas. Universidad San Francisco de Quito. Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas. 15-18.
- Moretti, M. P. y Casari, L. (2017). Satisfacción y motivación de la cirugía estética en mujeres y su relación con los esquemas desadaptativos tempranos. *Psicogente*, 20(38), 222-239. Doi: 10.17081/psico.20.38.2543.
- Nazar, C. Zamora, M. Vega, E. De la Cuadra, J.C. Searle, S y Dagnino, B. (2014). Cirugía Plástica y sus complicaciones: ¿En qué debemos fijarnos?. *Revista Chilena de Cirugía.* (6). 603-611.
- Ortega Becerra, M.A. Zurita Ortega, F. Cepero González, M. Torres Campos, B. Ortega Becerra, M.A y Torres Guerrero, J. (2013). La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de Educación Secundaria de la ciudad de Jaén. *Revista de Investigación en Educación.* 11(2), 123-139.

- Peña Vicente, S. González Peirona, E. Güemes Sánchez, A. Sousa Domínguez, R. Y García-Campayo, J. (2003). Mamoplastia de reducción: cirugía para un problema psicosocial. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. 16(2). 53-7, Abril.
- Quiñones Peña, G. (2010). Aulus Aurelius Cornelius Celsus. Su aporte a las Ciencias Neurológicas. *Historia de la Medicina*. Bogotá. 32 (2), 166-170.
- Resende, V. Migue, S. Veiga, D. Rocha, M.J. y Ferreira, L. (2013). Sexuality in patients submitted to reduction mammography. *Journal of women's health*. 22(33), 9-18. Doi: 10.1089/jwh.2013.Ab01
- Restrepo Toro, V. (2017). *Representaciones socioculturales sobre la salud y estética de las mujeres con mamoplastia en la ciudad de Medellín entre el 2007 y 2017*. (Trabajo de grado). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Ridaura Cumplido, C. (2002). La importancia social de la moda femenina burguesa a mediados del siglo XIX en Valencia. *Revista Ars Longa*. Universidad de Valencia. (11) 1-10.
- Rivera Ramos, A. N. Conocimiento, percepciones y sentimientos de un grupo de adolescentes sobre comportamientos sexuales, embarazos y enfermedades de transmisión sexual (ets). (2007). Cuaderno de investigación en la Educación. Universidad de Puerto Rico. (22). 55-65.
- Rodrigo Guridi, G. Jaime Arriagada, S. (2010). Cirugía de aumento mamario. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 21(1). Enero. 107-112. Doi: 10.1016/S0716-8640(10)70512-5.
- Rodríguez Cabrera, A. Sanabria Ramos, G. Contreras Palú, M.E. y Perdomo Cáceres, B. (2013). Educational strategy on sexual and reproductive health promotion aimed at adolescents and university young people. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174. Recuperado en 31 de mayo de 2018, de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662013000100015&script=sci_arttext&lng=en.

Sánchez Rodríguez, K. y Alessandrini González, R. (2007). Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Revista Cubana de Cirugía*, 46(4). Recuperado el 31 de mayo de 2018 en: *sexual*. Madrid: Alianza Editorial.

Sperling, M. Hoimyr, H., Finnerup, H. Jensen, T. y Finnerup, N. (2011). Persistent pain and sensory changes following cosmetic breast augmentation. *European Journal of Pain*, 15 (3), 328-332.

Strauss, A. y Corbin, J. (1998). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.

Suarez Vasallo, E. Quiñones Chávez, C. y Zalazar Álvarez, Y. (2009). El erotismo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Ciudad de la Habana. Jul-Sept. 25(2).

Vázquez Albornoz, J. H. Aguirre Zavala, J.E. García Ordoñez, G. F. y Aguirre Zavala, M. F. (2018). Serie de casos: Síndrome de Poland Completo Vs. Incompleto. Resolución Quirúrgica. *Revista Médica HJCA*. 10(1).

Vera Gamboa, L. (1998). Historia de la Medicina. Historia de la sexualidad. *Revista Biomed*. 9(2), 116-121. Abril-Junio. Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México.

Victoria García-Viniegras, C.R y González Blanco, M. (2015). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Revista de Avances en Psicología Latinoamericana*. 25. 72-80. Bogotá (Colombia).

Weigert, R. Frison, E. Sessiecq, Q. Al Mutairi, K. y Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plast. Reconstr. Surg*. 132(6), 1421-9.

William, S. (2015). The Social Origins of Sexual Development. En Routledge: Taylor & Francis Group (Ed). *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality. Second Edition*. Milton park, Abingdon, New York.

17. Anexos

17.1 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Solicitud para participantes de Investigación

Se solicita su colaboración para un estudio sobre **Sexualidad y aspectos psicológicos en mujeres operadas de mamoplastia de aumento** para el proyecto final del Máster Oficial de Sexología de la Universidad de Almería.

La participación es de **carácter voluntario**, pudiendo abandonar en cualquier momento la entrevista. Si alguna pregunta le parece incómoda o no quiere responderla, hágase saber al entrevistador sin ningún problema. Si tiene algún tipo de duda puede preguntar siempre que quiera.

Sus respuestas serán **grabadas** en audio para después transcribirlas y codificarlas. En ningún momento se grabarán imágenes. Una vez transcritas las notas de voz, estas **serán destruidas**.

La información que nos proporcione no quedará expuesta con su nombre en ningún momento. Tampoco será utilizada en ningún caso fuera de este proyecto de investigación. Se utilizará un número identificador para asegurar su anonimato.

Le agradecemos con antelación su participación en el estudio y le volvemos a recordar la **total confidencialidad** de sus respuestas como el **anonimato** de las mismas.

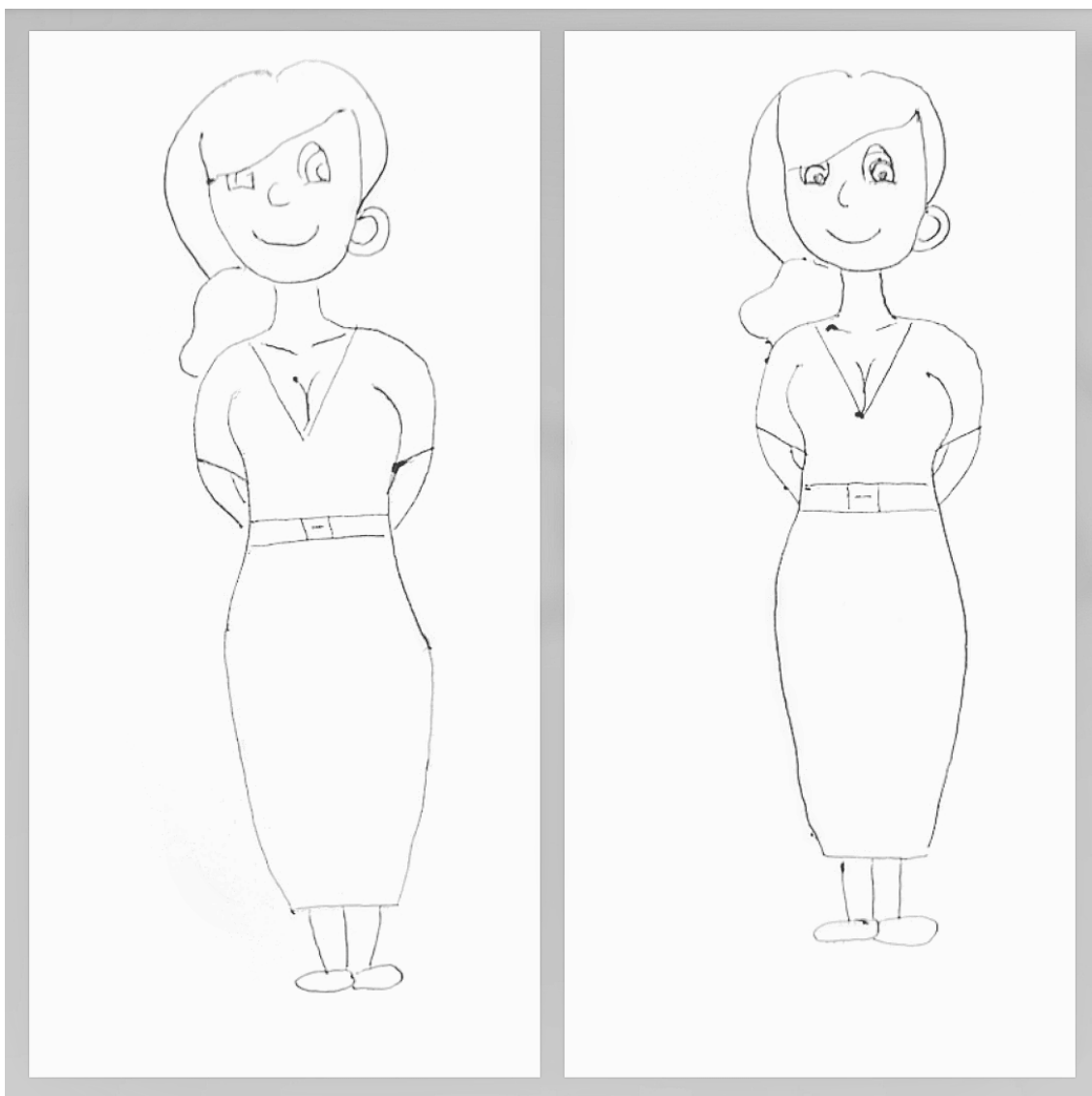
Los datos obtenidos serán tratados tal y como estipula el reglamento de la **Ley Orgánica 15/99 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal**.

Nº Identificador de la entrevistada:

Firma de la Participante:

Firma de la Entrevistadora:

17. 2 Algunos dibujos característicos realizados por las participantes



Dibujo 1: Izquierda: mujer ideal, Derecha: como ella misma se ve.

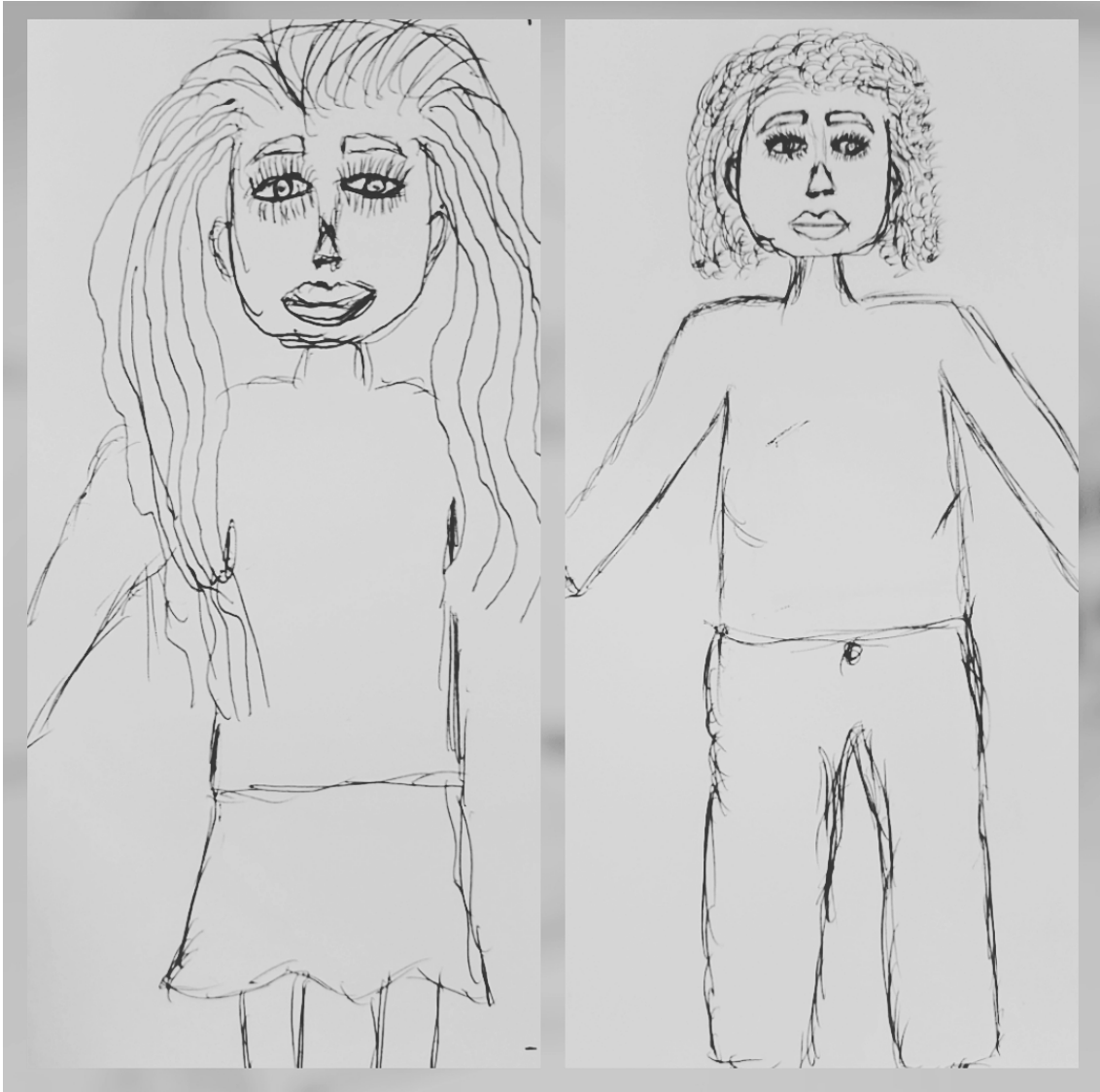
(La participante Ñ refirió dibujarse igual porque tras su operación de senos se ve perfecta).



Dibujo 2: Izquierda: mujer ideal, Derecha: como ella misma se ve
(La participante H refirió el deseo de tener menor peso corporal y tener una cara más afilada).



Dibujo 3: Izquierda: como la participante se autopercibe, Derecha: mujer ideal para ella
(La participante A refirió que le gustaría ser más sexy y sentirse más mujer).

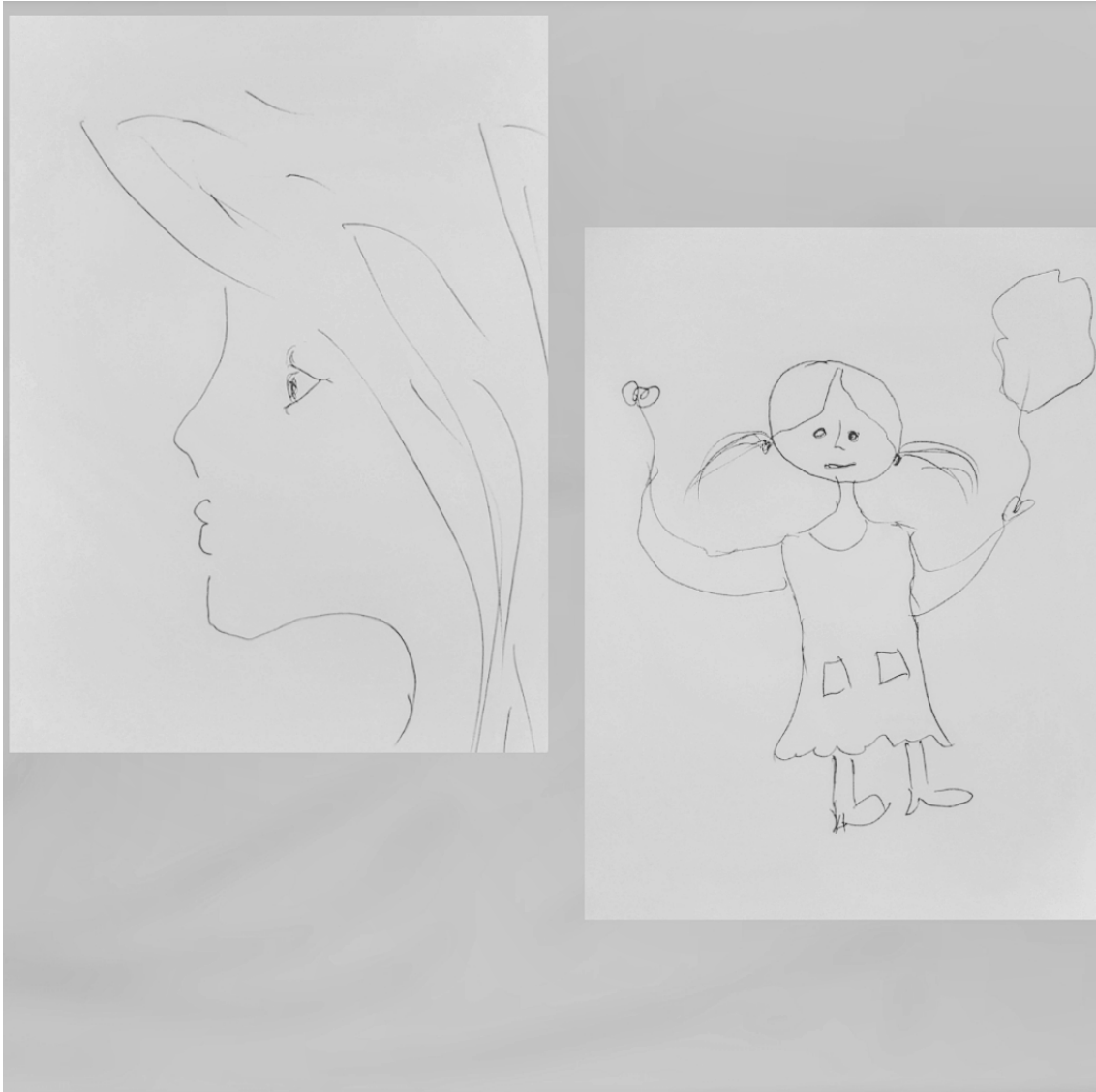


Dibujo 4: Izquierda: mujer ideal, Derecha: como ella misma se ve
(La participante N refirió querer estar más delgada y tener un pelo y pestañas más largas).

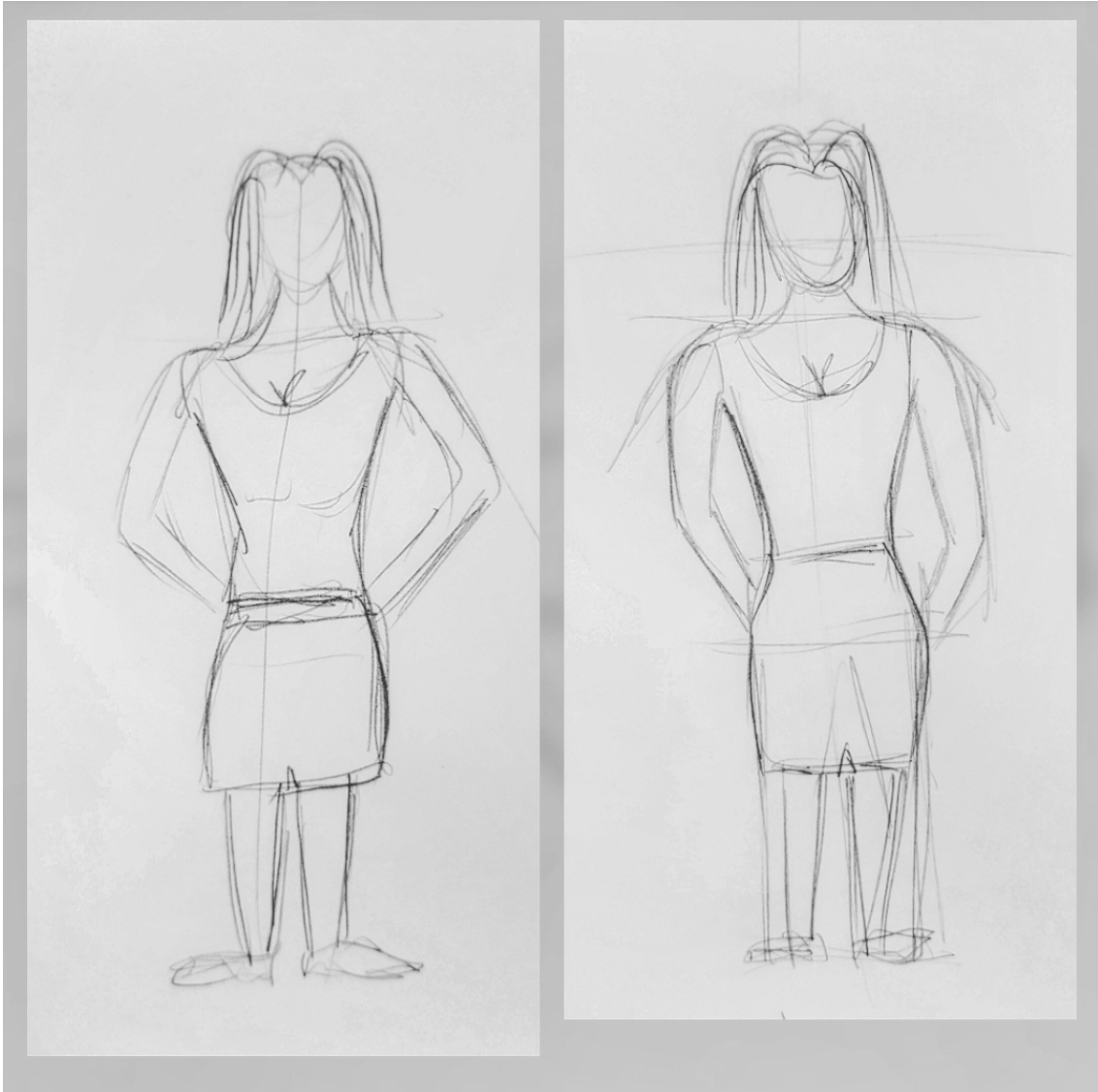


Dibujo 5: Izquierda: como la participante se autopercebe, Derecha: como ve a la mujer ideal.

(La participante C refirió que para ella la mujer ideal tendría un pecho más grande que el que ella tiene, un trasero grande e ir siempre arreglada).



Dibujo 6: Izquierda: mujer ideal, Derecha: como ella misma se ve
(La participante D refirió verse a ella misma como una niña y su ideal de belleza sería una mujer más madura).



Dibujo 1: Izquierda: mujer ideal, Derecha: como ella misma se ve
(La participante F refirió no saber como dibujarse a ella misma ni a la mujer ideal, pero nos explicó que para ella la mujer ideal sería ligeramente más delgada y estrecha de hombros).