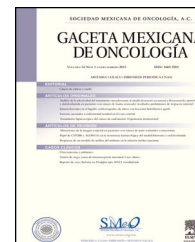




SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es/gamo



ARTÍCULO ORIGINAL

«No importa»: sexualidad femenina y cáncer de mama



M^a del Rocío Figueroa-Varela^{a,*}, María Elena Rivera-Heredia^b
y María del Refugio Navarro-Hernández^c

^a Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, Nayarit, México

^b Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México

^c Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, Nayarit, México

Recibido el 16 de junio de 2016; aceptado el 12 de agosto de 2016

Disponible en Internet el 11 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Psicooncología;
Sexualidad;
Cáncer de mama

KEYWORDS

Psycho-oncology;
Sexuality;
Breast cancer

Resumen El presente trabajo aborda una aproximación empírica de un área poco estudiada que se refiere a la sexualidad de las mujeres enfermas de cáncer de mama. Se parte del supuesto de que la imagen y la conceptualización del manejo de la corporalidad y la sexualidad, sobre todo en mujeres que crecen y habitan en el medio rural y semirural, está asociada a ideas tradicionales sobre el ser mujer; según las cuales el ejercicio de la sexualidad es considerado un pecado, lo que implica que esta no sea reconocida como una dimensión del desarrollo humano y que forma parte de la calidad de vida de las personas.

El estudio realizado es de carácter descriptivo y transversal. Se aplicó a 120 mujeres diagnosticadas con algún tipo de cáncer de mama y son pacientes del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit. El instrumento aplicado fue EORT-C30, el cual evalúa la calidad de vida, y el QLQ-BR23 que explora la imagen corporal, funcionamiento y disfrute sexual y con perspectiva de futuro.

De los resultados más importantes es que la sexualidad es un tema evadido, tanto por las enfermas y los terapeutas como por el sector médico de Oncología. Persisten los mitos y tabúes con relación a la sexualidad y la maternidad; consideran a esa área como no importante y la relación conyugal provoca estrés, ansiedad y preocupación, aspectos que se suman a la lucha por la sobrevivencia al cáncer. Por ello, la atención psicooncológica debe enfocarse en estos aspectos con ética para mejorar la calidad de vida.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

«It doesn't matter»: Female sexuality and breast cancer

Abstract This paper addresses an empirical approach of an understudied area related to the sexuality of women with breast cancer. It is based on the assumption that the body image and

* Autor para correspondencia. Perla 31 Fracc. Las Brisas Tepic, C.P. 63117 Nayarit, México. Teléfono: +52 311 743 44 41.
Correo electrónico: marofiva@hotmail.com (M.d.R. Figueroa-Varela).

the sexuality is associated with traditional ideas about being a woman, especially women living in a rural and semi-rural environment. In that context the exercise of sexuality is considered like a sin and it is not recognised as a dimension of human development, or an aspect of quality of life.

A descriptive, cross-sectional study was conducted on 120 women participants diagnosed with some form of breast cancer, and treated in the State of Nayarit Cancer Centre. The EORTC30 and QLQ-BR23 questionnaires were used to evaluate quality of life, body image and sexual functioning.

The most important outcomes point to sexuality being an avoided issue, both for the patients and medical oncologists. Myths and taboos persist regarding sexuality and motherhood; women said that the area was unimportant for them. Marital relationships cause stress, anxiety and worry that add to the struggle for survival with cancer, thus the psycho-oncological care should focus on these aspects to improve the quality of life.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La sexualidad es parte inherente a toda la vida psicosocial de las mujeres, incluso con cáncer de mama. Algunas veces la afectación de los cuerpos femeninos, cuando son diagnosticados con alguna enfermedad, se perciben solo como objetos que medicar para recuperar la salud, y se olvida en su tratamiento de las secuelas orgánicas y afectivas que modifican su identidad, y la propia relación con el cuerpo, la pareja y la sexualidad¹ de las mujeres enfermas. Ahora bien, es conocido que con relación a la sexualidad, las mujeres en México aún la consideran un tabú²; por lo tanto hay represión e inhibiciones de su expresión. La imagen y conceptualización del manejo de la corporalidad y la sexualidad, sobre todo la de aquellas que crecen y se desenvuelven en ambientes rurales y semirurales, están asociadas a ideas tradicionales sobre el *ser mujer*, las cuales se han denominado y explicado mediante el concepto de «marianismo»³.

El marianismo es el proceso cultural en el cual hay prevalencia de roles de género tradicionales, y en el cual la religión, como la católica, juega un papel definitorio para formular identidades sociales⁴ y donde el ideal de mujer está representada por la Virgen María. Esto es, a las mujeres se las educa con la Virgen María como ideal o modelo: una mujer preñada sin ejercicio de la sexualidad y que estoicamente sufre las críticas y el rechazo social. Así, su rol femenino porta ideales como la sumisión, la modestia y la humildad, el sacrificio por los hijos y una perspectiva de interdependencia y cuidado de su familia, comunidad y tradiciones³. Por estas regulaciones sociales y religiosas se establece que la sexualidad es solamente para fines reproductivos. Por ello, la intimidad con la pareja también se regula desde el exterior del hogar. Además, los cuerpos femeninos no deben someterse a escrutinio ni exploración por ninguna persona, ni siquiera por otras mujeres.

Bajo estos preceptos, el ejercicio de la sexualidad puede ser considerado como *un pecado*, y hay prescripción de la abstinencia sexual. Esto implica el no reconocimiento de la sexualidad como una dimensión del desarrollo humano

y área integrada en la calidad de vida de una persona⁵. Este aspecto se hace crítico conforme avanza la edad de las mujeres, de tal forma que entre los 59 y los 89 años, no se reconocen como sujetos de fantasías o deseos sexuales y se sienten restringidas en esta área, dados los aspectos socioculturales estigmatizantes del ejercicio de la sexualidad entre adultos mayores⁶. Asimismo, cuando se tienen padecimientos como el cáncer, la sexualidad prevalece aún como un tema tabú, y si bien se pueden tener afectaciones o disfunciones, por vergüenza, temor o falta de información resulta por lo general un tópico no abordado por las pacientes⁵.

Las mamas o senos, atributos sexuales que ayudan a definir un cuerpo femenino, tienen también una representación social más allá de su funcionalidad, formas y medidas que, en concreto, implica vivir la maternidad y el placer. Por ello, el miedo a perder las mamas por una intervención quirúrgica: se cree que cambiará la *condición de mujer*, al perder la potencialidad de atracción sexual hacia su pareja o bien, la de procrear o de amamantar⁷, mismos roles altamente valorados por las mujeres.

En México, en una investigación sobre mujeres con intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama⁸, se dice que, en las parejas, la relación conyugal está bajo mucha presión; con relaciones sexuales desprovistas de deseo y placer, que se vivencian como una obligación o como medio para mantener su posición social en la relación marital. Esto podría explicar el reporte de *la sexualidad como tabú* en las mujeres mexicanas. En específico, las pacientes con cáncer de mama *no reportan tener problemas* o no parecen estar interesadas en la satisfacción sexual², y centran su preocupación sobre la enfermedad del cáncer en sí, y no tanto en el impacto que pudieran tener los cambios en su configuración física. La imagen corporal reconfigurada no es relacionada con el ejercicio de la sexualidad, o con el atractivo atribuido a sí mismas o, más aún, con el que fueran percibidas por sus parejas. Así también, se encontró que si bien puede existir en algunas de las mujeres con cáncer de mama poco interés por el coito, la mayoría de las pacientes prefieren y desean la proximidad y el contacto físico, incluso las pacientes con cáncer en fase terminal⁵.

Cabe mencionar que los tratamientos médicos para el cáncer tienen efectos secundarios, entre ellos la fatiga o dolor y, en específico, la sequedad vaginal⁹; además se pueden presentar problemas de miedo o expectativas exigentes, enojo o culpa. Estos sentimientos, si se presentan en el momento del ejercicio del acto sexual, pueden llevar a la disfunción sexual, temática evitada en el diálogo de las mujeres, que reportan no disfrutar del acto coital y muestran vergüenza al ser cuestionadas sobre ello¹⁰. Entonces, los efectos secundarios de la quimioterapia afectan el ejercicio activo de la sexualidad y, por lo general, no son tópicos comentados con el equipo médico tratante para su resolución¹¹ y, por ende, se desatiende la atención integral para la recuperación de la salud.

Este último aspecto es importante destacarlo, puesto que es común identificar la relación coital como la expresión de la sexualidad en una pareja, y se olvida que solo es una de las manifestaciones del erotismo humano. Por lo tanto, es plausible entender que si las mujeres consideran como parte de su deber conyugal «someterse» a la relación coital, se está afectando la percepción de sí mismas y de su calidad de vida. Esto puede generar diversas presiones en su relación de pareja que las puede llevar a la ruptura, lo que incrementa el estrés experimentado debido al proceso de hacer frente al embate del cáncer.

Debido a esta problemática en la atención integral de las mujeres con cáncer de mama, se efectuó esta investigación, con el objetivo de identificar la satisfacción de la sexualidad que tienen las mujeres en tratamiento de cáncer de mama y su relación con la satisfacción de su corporalidad. Esta investigación es parte de un proyecto de mayor alcance, donde se evaluaron otros aspectos asociados con la calidad de vida en estas pacientes.

Materiales y método

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal, con una muestra no probabilística por conveniencia de 120 mujeres diagnosticadas con algún tipo de cáncer de mama y que estaban recibiendo atención médica en el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit, ubicado en Tepic, ciudad del interior de México.

Se aplicó el instrumento EORT-C30¹² que evalúa la calidad de vida; el módulo denominado QLQ-BR23¹², en donde se explora la imagen corporal (4 reactivos), funcionamiento y disfrute sexual (3 reactivos) y perspectivas de futuro (un reactivo). Además se recuperan síntomas derivados de los efectos sistémicos de la terapia (5 reactivos); síntomas en la zona del pecho (4 reactivos); síntomas en el brazo (3 ítems) y uno de preocupación por pérdida de cabello. Las respuestas al instrumento son del tipo Likert, de 4 opciones que se puntúan como nada (1), poco (2), bastante (3) y mucho (4).

Con respecto a la dimensión de satisfacción de la sexualidad, se cuestiona sobre las últimas 4 semanas previas a la aplicación de la encuesta: 1) hasta qué punto estuvo interesada en el sexo, 2) si tuvo vida sexual activa (con o sin relaciones sexuales) y 3) si era sexualmente activa, hasta qué punto disfrutó del sexo. Con respecto a la satisfacción sobre la corporalidad se cuestiona: 1) si se ha sentido menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de su enfermedad o tratamiento; 2) si hay sensación

de menos femineidad como resultado de su enfermedad o tratamiento; 3) la dificultad para verse sin ropa y 4) si se ha sentido insatisfecha con su cuerpo. El instrumento fue adaptado por Cerezo et al. en 2012¹⁰ para la población mexicana, que reportó adecuadas propiedades psicométricas. Además, los comentarios sobre esta temática que eran vertidos cuando se les hacían las preguntas se registraban en una bitácora de campo.

La edad de las participantes varió en un rango de 21 a 87 años de edad; en su mayoría vivían en pareja ($n = 78$; 65%) y se dedicaban al hogar ($n = 92$; 77%). La escolaridad con mayor frecuencia referida fue la secundaria con 48 casos (40%). La década en donde reportaron inicio de su tratamiento por cáncer de mama se sitúa entre los 41 y 50 años, con 43 casos (36%). El proyecto general fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética e Investigación del Centro de Cancerología, y se cuidaron los procesos éticos para obtener el consentimiento informado y preservar la identidad de las participantes.

Resultados

Para la dimensión evaluada mediante el módulo QLQ-BR23, la confiabilidad de la dimensión de satisfacción con la vida sexual fue de $\alpha = 0.91$ para los 3 elementos o reactivos; con respecto a la dimensión de satisfacción con la corporalidad se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0.904$ para los 4 ítems: esto indica que ambas dimensiones tienen alta confiabilidad. Las frecuencias de las respuestas, así como los datos estadísticos descriptivos, se observan en la [tabla 1](#).

La pregunta con relación a sentirse «menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de la enfermedad o tratamiento» obtuvo el puntaje medio más alto: esto indica que si hay la sensación de ser menos atractiva desde que están en tratamiento por cáncer de mama, si bien el 85% de las mujeres comentaron sentirse bastante o muy satisfechas con su imagen corporal ($X = 81.8$, $DE = 29$) [ver [tabla 1](#)]. Con respecto a la sexualidad, el puntaje medio más bajo fue a la pregunta de si tenían una vida sexual activa: esto refleja que, en lo general, ellas se percibieron muy poco activas en esta esfera de su vida o bien no tuvieron actividad sexual, en el 51% de los casos ($X = 19.9$; $DE = 24.3$) y, de las que sí tuvieron actividad sexual, solo el 15% disfrutó de ella.

Para determinar si estas respuestas eran independientes del azar y no estaban relacionadas, se efectuaron análisis de las frecuencias mediante la prueba de χ^2 cuadrada; se indica en las figuras las que sí muestran significación estadística. Así, con relación a la dimensión de satisfacción con su cuerpo, al pasar por los tratamientos como cirugía, quimioterapia y radioterapia, los resultados con importancia estadística [$\chi^2(70) = 111.624$, $p < 0.001$] de acuerdo con diferentes niveles de la escolaridad que reportaron, se muestran en la [figura 1](#), donde se observa tendencia a sentirse más insatisfechas las que tienen menor escolaridad.

En cuanto a esta insatisfacción con su corporalidad y las personas con las que viven, se observa tendencia a reportar mayor insatisfacción en aquellas mujeres que viven con sus hijos u otros familiares, que en aquellas que viven solo con sus parejas ([fig. 2](#)).

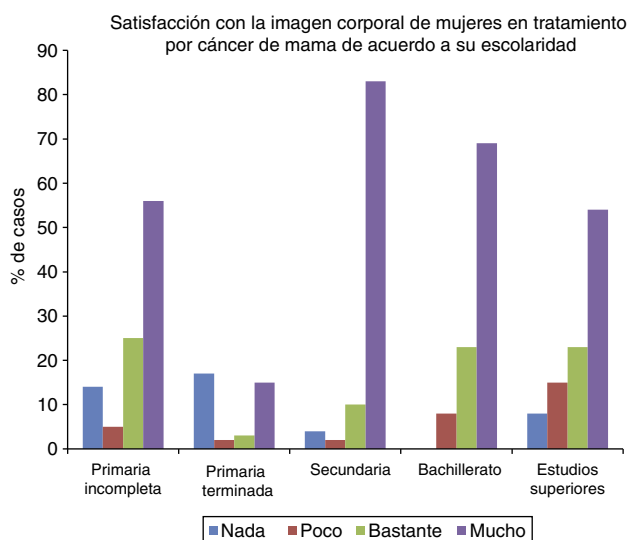
Tabla 1 Datos estadísticos descriptivos sobre dimensiones de satisfacción de la sexualidad y la imagen corporal de mujeres que están bajo tratamiento por cáncer de mama

Reactivo/respuestas		Nada	Poco	Bastante	Mucho	X	DE
Se ha sentido menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de enfermedad o tratamiento	<i>fq</i>	81	14	12	13	1.64	1.04
	%	67.5	11.7	10.0	10.8		
Se ha sentido menos femenina como resultado de enfermedad o tratamiento	<i>fq</i>	90	11	8	11	1.5	.97
	%	75.0	9.2	6.7	9.2		
Le resulta difícil verse sin ropa	<i>fq</i>	88	14	6	12	1.52	.98
	%	73.3	11.7	5.0	10.0		
Se siente insatisfecha con su cuerpo	<i>fq</i>	84	20	5	11	1.53	.94
	%	70.0	16.7	4.2	9.2		
Satisfacción con la imagen corporal ^a	<i>fq</i>	10	8	19	83	81.8	29
	%	8.3	6.7	15.8	69.2		
Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo en último mes	<i>fq</i>	67	39	7	7	1.62	.84
	%	55.8	32.5	5.8	5.8		
Hasta qué punto tuvo vida sexual activa	<i>fq</i>	61	48	6	2	1.56	.67
	%	50.8	40	5	1.7		
Interés y actividad sexual ^a	<i>fq</i>	67	39	7	4	19.9	24.3
	%	57.3	33.3	6	3.4		
Hasta qué punto disfrutó del sexo	<i>fq</i>	33	33	10	8	1.92	.95
	%	27.5	27.5	8.3	6.7		

DE: desviación típica; *fq*: frecuencias obtenidas en las opciones de respuesta; X: puntaje medio de respuesta.

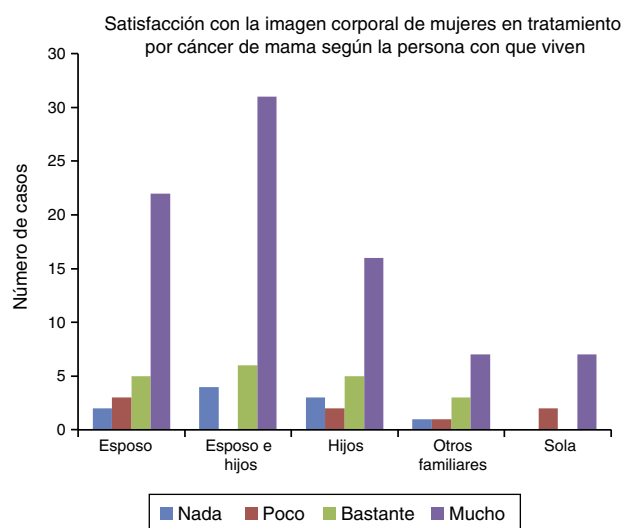
^a Conversión de las puntuaciones de reactivos de cada dimensión a puntajes escalares.

Los valores en negrita indican significación estadística.

**Figura 1** Porcentaje de casos con satisfacción corporal de acuerdo con la escolaridad que reportaron las mujeres en tratamiento por cáncer de mama.

En la [figura 3](#) se puede observar que, en lo general, presentaron la tendencia de calificar, en mayor proporción, que en el último mes estuvieron «nada» interesadas en sexo y no tuvieron vida sexual activa, o bien, que si tenían esta actividad, no la disfrutaban.

En cuanto a qué tanto estuvieron interesadas en mantener relaciones sexuales en el último mes, de las 77 mujeres con pareja, solo 11 casos (14%) comentaron estar bastante o muy interesadas en la actividad sexual [$\chi^2(3)=20.695$, $p<0.000$] y 7 (9%) reportaron mantener una vida sexual activa [$\chi^2(3)=22.640$, $p<0.000$] ([fig. 3](#)).

**Figura 2** Satisfacción con la corporalidad de mujeres en tratamiento por cáncer de mama según las personas con las que viven.

Ahora bien, hay una tendencia en el registro de que las mujeres, a medida que tienen más edad, tienen menos actividad sexual [$\chi^2(12)=19.008$, $p<0.08$], las mujeres entre 41 y 50 años son las que reportaron tener un poco más de actividad sexual (51% de los 43 casos de esa edad). Quienes presentaron más actividad sexual fueron las que se dedicaban al hogar, aunque el 47% (42 casos) de ellas registraron no tener actividad sexual alguna [$\chi^2(18)=63.984$, $p<0.000$].

En cuanto al disfrute de la actividad sexual, se obtuvo un mayor número de casos de mujeres ($fq=27$) que vivían con su esposo e hijos y disfrutaban un *poco* de la actividad

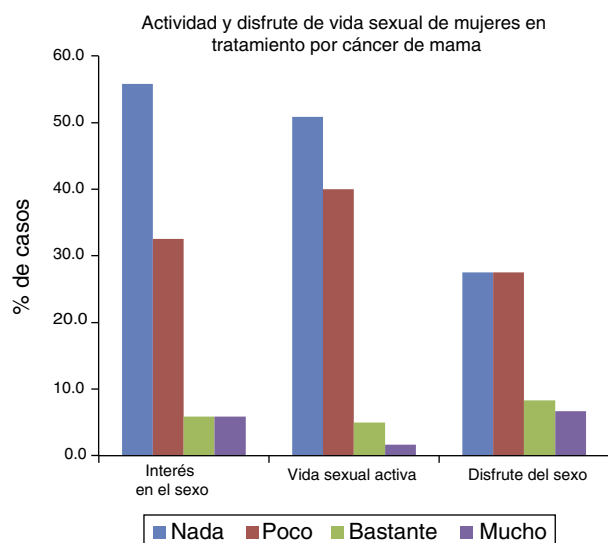


Figura 3 Actividad y disfrute sexual que informan tener mujeres en tratamiento por cáncer de mama.

sexual, aunque resalta que quienes solo vivían con su esposo y sí tenían actividad sexual, por lo regular, no disfrutaban «nada» de esta actividad (10 casos, 37%) o tenían poco disfrute (13 casos, 48%).

Estos datos resultan interesantes de analizar, pues las que viven solo con su pareja tienden a tener entre 51 y 60 años, cuando las que usualmente están cohabitando con su pareja e hijos tienen en su mayoría entre 41 y 50 años [$\chi^2(16) = 27.860, p < 0.033$]. Esto indica la posibilidad de que esta sea la etapa del ciclo de familia donde los hijos forman su propio hogar y donde las crisis, tanto con la pareja como con la familia, pueden incrementarse. Asimismo, este grupo que vive solo con su pareja es el que tiene el rango de mayor edad y pudiera manifestar menos interés y satisfacción en la vida sexual, asociado con la edad y con el «marianismo».

En las bitácoras de campo se registró que, durante el cuestionamiento de estas preguntas, era notorio cómo las mujeres vertían comentarios insinuantes acerca de que la sexualidad ya no era parte de su vida, desde hacía varios años, y no necesariamente porque estaban en tratamiento por cáncer de mama: «eso ya no es necesario a mi edad» (participante 5, de 48 años, mastectomía, con pareja y 4 hijos). O bien era incongruente la respuesta que habían dado con relación a no tener problemática en la satisfacción con su corporalidad y, a la vez, comentar que: «no hay problema porque yo me tapo allí —la zona del pecho con cicatrices por la mastectomía radical— y yo lo dejo hacer lo suyo» (participante 25, de 61 años, mastectomía, vive con pareja e hijos): «No he tenido problemas en eso, porque yo no dejo que me vea desnuda, aunque a veces sí lo dejo que vea cuando me curan la herida» (participante 66, 60 años, mastectomía, 4 hijos, vive con esposo e hijos). También los comentarios vertidos informaban que si bien no era usual que las parejas las vieran desnudas en su vida cotidiana previa a la enfermedad, en el momento del tratamiento, no permitían que esto sucediera.

Era común, además, ante la apertura y confianza durante su participación en la investigación, que vertieran comentarios sobre diversos aspectos que las preocupaban, como las

dietas que deberían seguir, las creencias sobre la causa del cáncer, así como sobre algunos aspectos referidos a la corporalidad, como el duelo que implicó la pérdida del cabello en las mujeres tratadas mediante quimioterapia, situación anticipada ya fuera por el personal de enfermería o por las otras pacientes con las que entraban en contacto. También solicitaban la opinión sobre medicina alternativa que les ayudara a controlar los efectos secundarios tales como las quemaduras en la piel por la radioterapia o el linfedema.

Sobre la sexualidad, solicitaban información sobre medicamentos o dispositivos que les ayudaran con la problemática durante la relación coital, pues surgían comentarios sobre las molestias por la sensación de sequedad vaginal en aquellas bajo tratamiento quimioterapéutico. También se hacían referencias al temor de que la relación de pareja sufriera tensiones y derivara en ruptura, puesto que, en los pasillos y en las salas de espera, era común que ellas comentaran entre sí los casos en los que se habían suscitado infidelidades o abandono de la pareja, por lo tanto comentaban, en diversas ocasiones, que la actividad sexual «era parte de sus obligaciones» como esposas, y si bien algunas de sus parejas les comentaban que no era necesaria la relación coital, dados los procesos de desgaste físico y malestares derivados de los tratamientos, ellas las propiciaban aunque no las disfrutaran.

Por otro lado, las participantes indicaron que su comportamiento en el área sexual no era comentada con su equipo médico tratante, pues consideraban que «eso no importa» pues había que agradecer que estaban en estos momentos en la «lucha por su vida» y que no había que saturar a los médicos con preguntas que pudieran cambiar su imagen ante ellos; «ellos (los médicos) nos quieren fuertes, y ni modo que les digamos los problemas con nuestros maridos» (participante 81, 42 años, en quimioterapia, casada, 2 hijos).

Discusión

La sexualidad aún es una temática que es evadida, tanto por las propias mujeres que evitan relatar al respecto, como por los especialistas de la salud que rara vez la incluyen en sus interrogatorios de exploración^{5,10,11}.

En las mujeres, persisten mitos y creencias con relación a la sexualidad que mantienen la convicción de que es una actividad que solo permite la reproducción, de acuerdo con los preceptos marianos³. Incluso, se aprecia el desinterés del área sexual en las mujeres con una relación de pareja establecida: ellas se dedican al hogar y sus proveedores son sus parejas, especialmente las que tienen más de 50 años de edad, en quienes su ciclo vital las enfrenta a nuevos retos de salud y de dinámica familiar, y a las que se les suma la estigmatización de la sexualidad en los adultos mayores⁶. Esto indica que las mujeres mexicanas van dejando poco a poco de lado esta área de la vida, y que, cuando el cáncer u otra problemática fuerte de salud se asoma a su vida, la actividad y disfrute sexual ya mermados, tienden a la extinción.

Entonces, siguiendo con los preceptos marianos, resaltan valores como el estoicismo y el sacrificio. Las mujeres con relación al disfrute sexual no se asumen como seres eróticos, por lo tanto, consideran que los hombres acuden a ellas como forma de desfogue de sus «necesidades sexuales» masculinas y no reciben la ansiada proximidad y contacto

físico que ellas desean⁵. En este sentido, se puede encontrar una explicación plausible tanto a los resultados de esta investigación como a los reportados anteriormente², al no encontrar una problemática en la satisfacción con la corporalidad que está siendo reconstruida por los tratamientos oncológicos: la preocupación por el cuerpo no es un elemento en la reconfiguración corporal, y tampoco parece existir una relación entre la satisfacción de la corporalidad y el disfrute sexual.

Esto puede indicar que, el haberse alejado del ejercicio de lo sexual, se evita la reflexión sobre las implicaciones en su calidad de vida y coincide con lo ya encontrado en otras investigaciones⁸ en donde se reporta que para las mujeres las relaciones sexuales sean parte de una obligación derivada de su relación marital, por ello sólo se permiten “dejar que los hombres satisfagan sus necesidades” y cumplan con su rol mariano. Por otro lado este alejamiento de la sexualidad puede estar relacionado a una sintomatología depresiva no diagnosticada por el mismo proceso de tratamiento o bien a los duelos derivados por la pérdida de salud.

Estos aspectos de la vida, deben considerarse en todas las fases del tratamiento oncológico, pues incluso hay una gran desinformación sobre la reconstrucción mamaria, lo cual provoca dudas o evitación para efectuar este procedimiento quirúrgico que apoyaría a su lastimada imagen corporal¹³ que afecta su sexualidad.

Cuando se afronta una problemática como es el tratamiento por el cáncer de mama, los roles y funcionalidad de las mujeres se trastocan, pero, con relación a su funcionalidad sexual, existen eventos que no se atreven a comentar con el equipo de salud, como el dolor durante la relación sexual, coincidiendo con Finck⁹: esto es debido a las regulaciones morales o tabúes sobre su sexualidad.

Conclusiones

Las mujeres con cáncer de mama consideran a la sexualidad como área no importante en su vida, sobre todo cuando la contrastan con la magnitud del tratamiento por una enfermedad en la que los efectos secundarios minan su salud e integridad psíquica. Olvidan que la sexualidad no solo es una relación coital, sino que implica también cercanía y proximidad física, la cual les apoyaría para reasegurar su vínculo de pareja. La relación conyugal, entonces, sufre de más estrés que provoca ansiedad y preocupación, que se suman a la lucha de estas mujeres por la sobrevivencia al cáncer.

Algunas de las limitaciones de este estudio es el no haber hecho un seguimiento en todas las fases desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta la rehabilitación de las mujeres para detectar los posibles cambios en la vivencia de la sexualidad asociados al proceso del tratamiento.

Estos aspectos olvidados, desde una atención psicooncológica, deben abordarse porque en el cuidado integral de la persona, no es posible soslayar ninguna temática. La sexualidad como parte fundamental del ser humano debe ser abordada con ética y empatía, reconociendo la existencia de estructuras socioculturales que empañan la visión holística de la persona con cáncer.

Se podría abordar el desmantelamiento de todos los factores psicosociales inherentes a la vida y personalidad de las mujeres desde el instante en que las pacientes reciben

la noticia de cáncer: misma información que dibuja un panorama de descomposición del mundo en el que la mujer se había desarrollado desde el nacimiento y en donde se enfrenta a una reconstrucción o neoconstrucción de sí misma y de su corporalidad durante y, sobre todo, después de la intervención quirúrgica. Esto enmarcaría los diferentes procesos psicosociales y permitiría abordar los diferentes duelos que se van sucediendo conforme enfrenta la problemática específicamente médica y cultural.

El presente trabajo es una puerta para abordar el diseño de los protocolos de atención de una clínica capaz de abordar la mayoría de los factores que intervienen. Esto resolvería con mayor oportunidad y cabalidad los problemas que se irán presentando con mayor frecuencia en las instituciones de salud.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses por parte de las autoras de este trabajo.

Agradecimientos

Las autoras agradecen las facilidades del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit por el apoyo brindado para efectuar esta investigación, así como a todas las participantes que compartieron su tiempo y esperanzas de recuperación.

Referencias

1. Juárez DM, Landero R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Rev Electrón Nova Sci.* 2011 [consultado 20 Feb 2015]. Disponible en: <http://novascientia.delasalle.edu.mx/ojs/index.php/Nova/article/view/175/77>
2. Díaz VE. Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Rev Pens Psicológ.* 2010;7:155–60.
3. Greer E, Neville SM, Ford E, González M. The cultural voice of immigrant latina women and the meaning of femininity: A phenomenological study. *SAGE Open.* 2013 [Consultado 18 Ene 2015]. Disponible en: <http://sgo.sagepub.com/content/3/2/2158244013484155>
4. Giraldo-Mora CV, Arango-Rojas ME. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Invest Educ Enferm.* 2009;27:191–200.
5. Alvarado A, Rojas CE, Díez MF, Dueñas GA, Zapata IM. Disfunciones sexuales en pacientes con cáncer posquimioterapia, experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. *Estudio piloto. Gac Mex Oncol.* 2008;7:35–9.
6. Laganá L, Maciel M. Sexual desire among Mexican-American older women: A qualitative study. *Culture, health y sexuality. Int J Res Interv Care.* 2010;12:705–19.
7. Blanco R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm.* 2010;19:24–8.
8. García ML, Alcántar ML. El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y sus repercusiones en el ser y hacer de un grupo de mujeres mexicanas. Ponencia presentada en el 10º Congreso virtual de Psiquiatría. febrero de 2009, España. 2009. [consultado 13 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/file/el-tratamiento-quirurgico-del-cancer-de>

- mama-y-sus-repercusiones-en-el-ser-y-hacer-de-un-grupo-de-mujeres-mexicanas/#
9. Finck C, Barradas S, Agudelo D, Moyano J. Cuando el cáncer de seno no significa insatisfacción sexual. Un estudio comparativo entre pacientes y un grupo de mujeres sanas en Colombia. *Psicooncología*. 2012;9:41–64.
 10. Cerezo O, Oñate-Ocaña LF, Arrieta-Joffe P, et al. Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *Eur J Cancer Care*. 2012;21:684–91.
 11. Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clín Salud*. 2013;24:1–9.
 12. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. EORTC QLQ-C30 scoring manual. Bruselas: European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2001.
 13. López P, Priego H, Bracqbien C, Ramos. ¿Por qué las mujeres mastectomizadas no recurren a la reconstrucción mamaria en el sistema de seguridad social? *Psicol Salud*. 2015;25:253–60.