

Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación¹

Elisabeth Meloni Vieira²

Daniela Barsotti Santos³

Manoel Antônio dos Santos⁴

Alain Giami⁵

Objetivo: comprender las repercusiones psicosociales y culturales del cáncer de mama y sus tratamientos en la sexualidad de las mujeres. Método: se trata de un estudio cualitativo basado en la Teoría de los Scripts Sexuales con la participación de 23 mujeres entrevistadas y participantes de grupos focales. Resultados: cada categoría fue relacionada con un nivel de los scripts sexuales. En el nivel escenario cultural se destacó un discurso sobre sexualidad que incluyen definiciones de atracción sexual y sexualidad. En el nivel scripts interpersonales se enfoca la categoría comunicación sobre la sexualidad establecida con el compañero y con profesionales de la salud; y en el nivel scripts de subjetividad se analizan los relatos de mejoría, empeoramiento y sin alteraciones, de la vida sexual después del cáncer. Conclusión: la experiencia del cáncer contiene aspectos culturales, relacionales y subjetivos que interfieren en la vida sexual, así el profesional de la salud debe estar atento a ellos para mejorar la atención integral de la salud.

Descriptor: Neoplasias de la Mama; Sexualidad; Relaciones Interpersonales; Enfermería Oncológica; Investigación Cualitativa.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "La sexualidade y la imagen corporal de las mujeres con câncer de mama" presentada em el Programa Interunidades de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2009/50319-8.

² PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Estudiante de postdoctorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becario del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

⁴ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Director de Investigación, Equipe Genre, Santé Sexuelle et reproductive, Centre de recherche en Épidémiologie e Santé des Populations, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM-U1018), Le Kremlin-Bicêtre, Francia.

Correspondencia:

Elisabeth Meloni Vieira
Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: bmeloni@fmrp.usp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El cáncer de mama se configura como un problema de salud pública en todo el mundo. En Brasil, en 2008, ocurrieron 458 mil muertes causadas por ese tipo de neoplasia⁽¹⁾, siendo el segundo tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres. Se estima que en 2012 ocurrieron 53.000 casos nuevos en el país⁽²⁾.

El tratamiento, además de la cirugía mamaria – conservadora o no – contiene la quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, que son medidas terapéuticas agresivas e invasoras, con serias consecuencias corporales que afectan la vida de la mujer. Efectos colaterales del tratamiento pueden comprometer el bienestar, provocando náuseas, vómitos, fatiga, alopecia, menopausia inducida, reducción de la lubricación vaginal, reducción de la excitación sexual, dispareunia y anorgasmia. De ese modo, las repercusiones físicas, psicológicas y sociales del tratamiento, así como la región corporal acometida, pueden afectar la sexualidad⁽³⁾.

El cáncer es un evento crítico que, al mismo tiempo en que conlleva perplejidad y miedo de la finitud, propicia preocupaciones sobre la recuperación y la calidad de la sobrevivencia⁽⁴⁾. Es común que la mujer pase por un período de cuestionamientos y revisión sobre como venía llevando la vida hasta ese momento, con reevaluación de creencias y valores. La literatura también evidencia preocupaciones relacionadas a la imagen corporal⁽⁵⁾ y a la relación con el(la) compañero(a)⁽⁶⁾, además de preocupaciones con la sexualidad y la vida sexual⁽⁷⁻⁹⁾.

La sexualidad es una construcción psicosocial que comprende aspectos biológicos, culturales, de relación y subjetivos; ella abarca todas las prácticas físicas y mentales realizadas con la finalidad de obtener placer sexual de una persona, sea consigo mismo o con otro; integra la identidad personal y contribuye para la reproducción humana. Además de eso, la sexualidad participa de un inter juego entre el sexo, la corporeidad, las normas culturales y el género, a lo largo de la historia individual y colectiva⁽¹⁰⁾.

Este estudio adopta el referencial teórico de los *Scripts Sexuales* en el cual se puede comprender la sexualidad a partir de *scripts* sociales resultantes de demandas adaptativas de las personas al medio social que se presentan en tres niveles: el escenario cultural, el interpersonal y el intrapsíquico, que interactúan de forma dinámica⁽¹¹⁾.

Los escenarios culturales son guías de instrucciones del plan de vida colectivo, y el nivel interpersonal concierne a la interacción social. La adaptación y elaboración de nuevos guiones delante de las demandas de los escenarios

culturales y de las relaciones interpersonales llevan a la persona a elaborar un ensayo interno con resultados alternativos en una reorganización simbólica de la realidad en el nivel intrapsíquico⁽¹¹⁾.

Los estudios que buscan comprender las consecuencias de los tratamientos del cáncer de mama en la sexualidad de las mujeres dan énfasis a la relación entre los aspectos psicofisiológicos y hormonales de la función sexual con aspectos psicosociales, como la relación con el compañero, la ansiedad y el estrés⁽¹²⁻¹³⁾. Los aspectos culturales relacionados a la experiencia de la sexualidad en el cáncer de mama son menos abordados. Se observa, también, que la sexualidad no acostumbra a ser un asunto discutido por profesionales de la salud con los pacientes y sus compañeros, ya que se teme la erotización del cuidado⁽¹⁴⁾.

Es necesario que los profesionales de la salud, especialmente de la enfermería, comprendan la sexualidad de la mujer después del cáncer de mama, ya que estos la acompañan en el período de diagnóstico, tratamiento y recuperación, para que así puedan ofrecer una mejor atención a la salud. Este estudio cualitativo tuvo por objetivo comprender las repercusiones psicosociales y culturales del cáncer de mama y sus tratamientos en la sexualidad de mujeres acometidas por el cáncer.

Método

El estudio fue realizado en una ciudad del noreste del estado de Sao Paulo, con cerca de 600 mil habitantes, dotada de fuerte economía debido al comercio, la prestación de servicios, agricultura, agronegocios, agroindustrias, industrias y a la educación. La recolección de los datos se realizó en un servicio de rehabilitación, para mujeres después del diagnóstico del cáncer de mama, vinculado a la Universidad en donde la investigación fue realizada.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (nº de protocolo 1074/2009) y todas las participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado, de acuerdo con la resolución nº 196/96 del Consejo Nacional de Salud⁽¹⁵⁾. Para garantizar el anonimato de las participantes, los nombres propios presentados en este estudio son ficticios.

Se optó por realizar entrevistas con un guión semiestructurado y con grupos focales cuyos guiones fueron elaborados basados en el referencial teórico mencionado⁽¹¹⁾. El período de recolección de datos abarcó desde septiembre de 2009 hasta diciembre de 2010. El uso combinado de estrategias distintas de recolección de datos posibilitó el alcance de un rico material de análisis, ya que en cuanto la entrevista permite el acceso a informaciones que están relacionadas con la intimidad, los

grupos focales posibilitan la obtención de opiniones sobre asuntos socialmente debatidos⁽¹⁶⁾.

Participaron de la investigación 23 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que eran frecuentadoras del servicio de rehabilitación. Todas las mujeres fueron convidadas a participar tanto de las entrevistas individuales como de los grupos focales. Fueron entrevistadas 15 mujeres y realizados dos grupos focales, con cinco y siete integrantes cada uno; siendo que cuatro mujeres participaron de ambas estrategias de recolección de datos. El número total de participantes fue definido por la saturación de los temas relacionados al objetivo del estudio. Los datos fueron grabados en audio y transcritos integralmente, constituyendo el *corpus* de análisis. Los datos sociodemográficos e informaciones sobre el diagnóstico y tratamiento fueron recolectados con las participantes, y por consulta a fichas médicas.

Se objetivó obtener una gran diversidad de relatos sobre la sexualidad en el contexto del cáncer de mama al privilegiar los aspectos psicosociales y culturales que participaban de la experiencia. La obtención de esta variedad de vivencias y opiniones solamente fue posible por la inclusión de participantes con diferentes pronósticos y conductas terapéuticas adoptadas. En ese sentido, se optó por realizar una breve caracterización de las participantes e incluir el intervalo de tiempo entre el diagnóstico y la recolección de datos, ya que se entiende que el diagnóstico de la enfermedad en sí trae cuestionamientos y reflexiones sobre la sexualidad de la mujer.

Como ya mencionado, la teoría de los *scripts* sexuales orientó el proceso de comprensión de la sexualidad en este estudio cualitativo y el análisis del contenido temático, así como su interpretación fue guiada por el referencial teórico adoptado⁽¹¹⁾.

El material fue codificado con el auxilio del programa de computador NVivo 9, a partir de categorías temáticas construidas por los propios investigadores. Los datos fueron triangulados para examinar los aspectos convergentes o divergentes entre los contenidos temáticos⁽¹⁶⁾.

Se atribuyó a cada categoría analítica un determinado nivel de *script* sexual (escenarios culturales, *scripts* interpersonales e intrapsíquicos), cuyo tenor temático fuese dominante. El nivel intrapsíquico fue denominado como nivel de la subjetividad⁽¹⁴⁾.

Resultados

Las 23 participantes tenían entre 36 y 76 años de edad. Veinte mujeres mantenían relaciones afectivas de larga duración. La mayoría tenía hijos, se declaró católica, tenía menos de nueve años de escolaridad y no ejercía

una actividad profesional remunerada. El diagnóstico ocurrió entre 1.992 y 2.009. El tiempo entre el diagnóstico y la recolección de los datos varió entre 10 meses y 18 años. Once participantes habían realizado la mastectomía total, cinco la cuadrantectomía y siete la nodulectomía. Todas fueron sometidas a por lo menos un tratamiento (neo)adyuvante.

Las categorías analíticas que emergieron del *corpus* constituido por las entrevistas individuales y de los grupos focales fueron agrupadas de acuerdo con los tres niveles de *script* sexuales: escenario cultural, nivel interpersonal y nivel de subjetividad.

En la categoría escenario cultural se destaca un discurso sobre la sexualidad marcado por las relaciones tradicionales de género, en las cuales el atractivo sexual femenino es un atributo aspirado y altamente valorizado.

Fueron ofrecidas definiciones de atractivo sexual y belleza, compuestas por estándares culturalmente valorizados, entreverados por aspectos subjetivos. En ese sentido, la opinión de otros fue considerada una importante fuente validadora de impresiones propias.

Algunas participantes se consideraron bonitas, sin embargo no sexualmente atractivas. Para ellas, el atractivo sexual se relaciona con la belleza corporal, delgadez y juventud, en cuanto que la belleza se refiere a los trazos del rostro y características subjetivas como la bondad y la cordialidad.

Otras no diferenciaron atractivo sexual de belleza y se consideraron atractivas mismo después del tratamiento. Esos relatos se refieren a una idea de belleza que está al alcance de las mujeres de todas las edades por medio del consumo de tratamientos estéticos y vestimentas.

Algunos relatos expresaron sentimientos de angustia y minusvalía, suscitados por las alteraciones corporales después del tratamiento, por contener características físicas relacionadas a los modelos de belleza y feminidad culturalmente valorizados.

La sexualidad fue conceptuada a partir de relatos que tejen una distinción entre lo que es socialmente aceptado en la conducta sexual, basada en las relaciones tradicionales de género caracterizadas por una doble moral sexual, en la cual el deseo sexual femenino es negado y el masculino es naturalizado y sobrevalorado.

La existencia de una sexualidad femenina activa sería admitida apenas en el papel social de la prostituta. Por otro lado, el deseo sexual masculino es instintivo y urgente, ya que los hombres estarían siempre dispuestos para la relación sexual, como prueba de su virilidad.

Fue establecida una diferencia entre los tiempos de "antiguamente" y los "tiempos modernos". "Antiguamente" la relación sexual debería suceder apenas en el contexto

del casamiento, actualmente, en los “tiempos modernos”, existiría mayor libertad para la mujer disfrutar de la vida sexual. Sin embargo, ese comportamiento fue criticado por algunas participantes, ya que generaría relaciones amorosas de carácter superficial y descartables.

Algunas refirieron que es deber de la esposa mantener relaciones sexuales con el marido siempre que él lo desee. Existen relatos que describen el ejercicio de la práctica sexual como obligación servil de la mujer en el casamiento, que no depende de su voluntad y no le proporciona placer sexual.

En caso de no acceder a los deseos del hombre, este necesitaría aplacar su deseo sexual instintivo con otras mujeres, buscando relaciones extraconyugales. La esposa estaría, así, amenazada de perder el marido.

La experiencia de la sexualidad y de las relaciones sexuales asume un papel clave en el campo de las relaciones humanas, principalmente entre las mujeres que estarían siempre compitiendo unas con las otras por la atención de un hombre. Para eso, es preciso que la mujer esté siempre bien “arreglada” y físicamente atractiva, y dispuesta a variar el repertorio sexual con el compañero, una vez que existiría una fuerte competencia en el mercado afectivo-sexual.

Si ese es el papel fundamental de la sexualidad femenina en una relación, consideramos que el cáncer y sus tratamientos, que implican modificaciones corporales acentuadas, generan la amenaza del abandono del marido como una de las consecuencias más temidas por las mujeres. Gran parte de las participantes afirmó que “el hombre larga a la mujer enferma”. Curiosamente, ninguna de ellas pasó por esa experiencia.

Otros relatos contenían una concepción de sexualidad que sería importante para el bienestar de la mujer. En esa perspectiva, se presenta un punto de vista discordante del argumento que posiciona la sexualidad femenina como intrínsecamente pasiva, descrito anteriormente y perteneciente a los “tiempos de antigamente”.

Participante del grupo focal 1: [...] si no tengo diálogo y beso en la boca, acabó el casamiento. Ahí es vivir procrastinando y vivir por obligación, ¿no es verdad? [...] Con hombre usted tiene que crear deseo en él, ¿entendió? ¿Cómo es que usted va para la cama con un hombre sin deseo? (Luana, 52 años, divorciada y enamorado actualmente, empleada doméstica).

El deseo y placer sexual femenino fueron considerados elementos sumamente importantes para animar la relación sexual. La relación sexual, que no favorece el placer y el orgasmo de la mujer, fue comparada al uso de un vaso sanitario, ya que el compañero utilizaría el cuerpo femenino para una simple descarga y obtención de satisfacción de sus necesidades fisiológicas.

En esa concepción la vivencia sexual sería mejor disfrutada por la mujer cuando predominase el diálogo y el compañerismo de la pareja, ya que el deseo sexual en la mujer sería menos exuberante que en el hombre, ya que la mujer tendría mayores preocupaciones en relación a la familia, cuidados de los hijos, quehaceres domésticos y trabajo; y necesitaría de caricias y clima romántico para iniciar la relación sexual.

En la categoría *nivel interpersonal* se destacó la comunicación sobre sexualidad establecida con el compañero y con los profesionales de la salud. Se observa que los discursos sobre sexualidad impregnan las interacciones que las participantes establecieron con las personas de su entorno.

Muchos compañeros se vuelven cuidadores de la mujer durante el tratamiento, además de ofrecer apoyo emocional y amparo para asuntos prácticos de lo cotidiano. Las inquietudes y dificultades que los tratamientos produjeron en la vida sexual de la pareja fueron temas discutidos, sobre todo en lo que se refiere a la reducción del deseo, dificultad de lubricación vaginal, dolor durante la relación y disminución o ausencia del orgasmo femenino.

Problemas sexuales de los compañeros, como dificultades de excitación y de erección, atribuidas al envejecimiento, fueron temas frecuentes de las conversaciones. Esas dificultades del compañero fueron vistas con preocupación, ya que para algunas participantes es esperado que los hombres siempre manifiesten intenso deseo sexual.

Entrevistada: [...] entonces otra vez yo le dije: es gracioso, ¿Por qué será que hay mujeres que tienen un marido caliente con nuestra edad, ¿no es verdad? [...] Ahí él habló así: Ah, yo pienso que depende mucho de cada persona. Entonces, yo debo estar con algún problema, porque no es posible (Tatiana, 54 años, casada, dueña de casa).

Fue relatada la búsqueda de consejos de profesionales de la salud con el objetivo de promover la adaptación de la vida sexual después del cáncer de mama y de lidiar con las dificultades sexuales de los compañeros. Fue mencionado el incentivo para que la pareja busque auxilio de los profesionales de la salud para solucionar esos problemas.

Se resaltó la necesidad de que la mujer y la familia sean aclaradas sobre las consecuencias físicas y psicológicas de los tratamientos desde su inicio, en especial que la mujer sea informada sobre las posibles alteraciones en la vida sexual.

Una participante relata instrucciones, que recibió de una médica, dadas “paso a paso” para la retomada de la vida sexual después del tratamiento.

Participante del grupo focal 2: [...] Ella me explicó: [...] ya pasó un año sin relación, le va a doler mismo, todo. Entonces usted

va a usar un lubricante [...] Usted va a comenzar a enamorarse. [...] ustedes van a abrazarse, ustedes se van a besar. En otra noche, ustedes se van a acariciar [...] hasta llegar a la parte sexual. [...] un día duele, en el otro día menos, hasta usted se soltar. Va enamorando (Rita, casada, 54 años, jubilada).

Se nota, a partir de los relatos, que las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud fueron, en su mayoría, prescriptivas, sin abrir espacio para el diálogo y reflexión de la mujer acerca de sus necesidades en el campo de la sexualidad.

En la categoría *nivel de subjetividad* fueron destacados relatos sobre la vida sexual de las participantes. Se nota que las concepciones de sexualidad intermediadas por la cultura y las relaciones interpersonales se revelan por la manera como la mujer lidia con las consecuencias y desdoblamientos de los tratamientos en la vida sexual. A pesar de los relatos sobre alteraciones de la función sexual, como la disminución del deseo, reducción de la excitación y de la lubricación vaginal, anorgasmia y dispareunia, que pueden ser provenientes de los tratamientos, fueron ofrecidas diferentes evaluaciones sobre la vida sexual. Parte de las mujeres refirió la mejoría de la vida sexual, en cuanto que otras afirmaron que la vida sexual se mantuvo igual que antes de la enfermedad, y también algunas participantes relataron el empeoramiento de la vida sexual.

El enriquecimiento de la vida sexual después del cáncer de mama fue justificado por la mejoría del relacionamiento amoroso, con la expresión de mayor participación afectiva del compañero.

Algunos relatos se refieren a los cambios de actitudes de la mujer después de haber pasado por un período de reflexión durante el diagnóstico y la exposición a los tratamientos, que posibilitaron más tranquilidad y apertura para disfrutar de relaciones sexuales placenteras.

Entrevistada: [...] Pero pienso que el cambio trajo una serenidad para aprovechar aquel momento. [...] Tengo más orgasmo que antes. Cambió bastante (Amanda, 51 años, casada).

Parte de los discursos se refirió a que la vida sexual permaneció la misma de antes del cáncer de mama, buena o mala, de acuerdo con el estándar de relación mantenido con el compañero.

Y: ¿Usted piensa que el cáncer de mama puede causar un cambio en la vida sexual de la mujer?

Entrevistada: Voy a hablar por mí. No. (Carolina, 59 años, casada).

Algunas participantes apuntaron como más relevantes que el cáncer los problemas sexuales del compañero, como la disfunción eréctil ocasionada por problemas de salud, como la hipertensión, o el envejecimiento. En los grupos focales hubo relatos de disminución en la frecuencia sexual y placer sexual, atribuidos a la menopausia y no al cáncer.

Ese es un aspecto importante, ya que muchas mujeres ya experimentan un proceso de transformación de la vivencia sexual relacionado al envejecimiento cuando son diagnosticadas con cáncer de mama. En esos casos, los tratamientos pueden acelerar la menopausia y hacer que las mujeres no consigan diferenciar las características del envejecimiento de los efectos adversos de los tratamientos, como agentes de cambios que interfieren en la actividad sexual y que podrían ser, de algún modo, administrados por el profesional de la salud.

Las mismas cuestiones descritas por el grupo anterior integraron los relatos sobre la percepción del empeoramiento de la vida sexual después del cáncer de mama. Algunas participantes apuntaron que las alteraciones físicas ocasionadas por los tratamientos tornaron la vida sexual peor de lo que era.

Entrevistada: [...] Hoy es una cosa más [...] despacio, con cuidado... usted tiene dolores, usted pide para parar. [...] Cambió bastante. Nosotros jugábamos bastante cuando estábamos juntos. Hoy es una cosa muy seria, un ritual, una cosa extraña (Rita, 54 años, casada).

También hubo relatos sobre una vivencia sexual más angustiante debido al temor de la pérdida de la atracción sexual y al recelo del rechazo de los compañeros.

Hay declaraciones que revelan quejas sobre la abstinencia sexual después del tratamiento debido a la falta de deseo sexual del marido, idea que aparece conectada a la falta de virilidad.

Discusión

En Brasil, como en gran parte de las sociedades occidentales, es larga la lucha por los derechos de la mujer. Hubo grandes transformaciones sociales, en los últimos 40 años en el país, que permitieron una mayor igualdad entre los géneros⁽¹⁷⁾. Sin embargo, esos cambios son percibidos de modos distintos por las esferas políticas, públicas y privadas. Esas transformaciones todavía no fueron totalmente asimiladas por los escenarios culturales brasileños, por lo menos en lo que se refiere a los temas del ámbito íntimo y privado.

El país posee una cultura sexual variada, en que es observada una libertad sexual mayor para determinados grupos sociales que para otros⁽¹⁸⁾. Los relatos de las participantes nos muestran parte de esa diversidad cultural.

Por ser un país tropical, es intensa la exposición del cuerpo, sobre todo en ciertas regiones donde viven las participantes. Además de eso, se supervalora la belleza corporal femenina vinculada a la juventud, siendo el cuerpo considerado un capital que garantizaría a la mujer, que personifica el estándar culturalmente exaltado, una puerta

de acceso al suceso en sus relaciones sociales, sexuales y amorosas⁽¹⁹⁾. Siendo así, las modificaciones corporales ocasionadas por los tratamientos del cáncer de mama pueden ser generadoras de angustia para las personas que consideran esas representaciones al pie de la letra.

Se considera que la adopción de definiciones amplias de atractivo sexual podría minimizar sentimientos de exclusión, ya que esa estrategia permite regular la realidad actual de una apariencia física alterada por el tratamiento del cáncer de mama con estándares culturalmente valorizados, haciendo que las mujeres se sientan integrantes de sus propias definiciones, mismo que no contemplan los atributos físicos de los ideales sociales.

El conjunto de relatos nos permitió identificar, básicamente, dos discursos sobre la sexualidad entrelazados con las relaciones tradicionales de género. Esas relaciones fueron descritas como fijas y polarizadas en un discurso y presentadas de modo difuso en el otro discurso, una vez que el papel femenino es más maleable que el masculino.

Los discursos sobre la sexualidad permiten comprender que, por un lado, los escenarios culturales contemplan modelos y reglas de conducta sociales que a pesar de hegemónicos pueden coexistir con otros estándares, una vez que la sociedad y las personas están en constante cambio y participan de un proceso de retroalimentación en que *scripts* sexuales son seguidos, cuestionados o modificados. La interacción social ocurre, a partir de la adopción o adaptación de normas de conductas sociales que son culturalmente difundidas⁽¹¹⁾.

En ese aspecto, la no comunicación sobre la sexualidad o la comunicación incompleta por el abordaje indirecto pueden estar relacionadas al discurso sobre sexualidad fuertemente basado en la relación asimétrica de poder vinculada al género, que permite a los hombres una amplia expresión de la sexualidad y niega esa libertad a las mujeres, cuya vida sexual debería ser regulada y limitada al casamiento^(10,20-21). Una vez que la sexualidad femenina es negada, ella no debería ser asunto de una conversación, inclusive entre mujeres.

Los hallazgos sobre la comunicación con el compañero son convergentes con otros estudios en los cuales se enfatiza la necesidad de establecer una buena comunicación entre la pareja para que la vida sexual e íntima pueda ser renegociada después de la enfermedad, al llevar en consideración las necesidades y sentimientos de cada uno⁽⁶⁾. Una comunicación clara entre la pareja y la búsqueda de informaciones y orientaciones obtenidas del profesional de la salud pueden mejorar la adaptación de la vida sexual después del cáncer de mama⁽²²⁾.

Hubo relatos sobre el empeoramiento de la vida sexual relacionada a los efectos de los tratamientos del cáncer

de mama como apunta una gran parte de los trabajos académicos sobre la temática^(3,7-8). Las evaluaciones positivas que algunas mujeres hacen sobre la calidad de su vida sexual y los relatos sobre la vida sexual que permaneció la misma, fueron corroborados con otros estudios que discutieron la importancia de la percepción del apoyo y del afecto del compañero en la adaptación de la vida sexual, después del cáncer de mama⁽²²⁻²⁴⁾. Para algunos autores la sexualidad femenina posee una plasticidad erótica mayor que la masculina por sufrir mayor presión de los estándares socioculturales de belleza y atractivo sexual, existiendo una relación entre la insatisfacción con la apariencia corporal y las dificultades de la función sexual femenina que perjudican la vivencia de la sexualidad⁽²⁵⁾. En ese sentido, se considera que los relatos de algunas participantes ponen en evidencia la preocupación en ser atractiva sexualmente para el compañero, lo que impide una vivencia sexual satisfactoria.

Este estudio proporcionó la producción de un conocimiento nuevo, al mostrar como la diversidad de los relatos de mujeres tratadas por cáncer de mama pueden ser interpretadas a la luz de las concepciones socioculturales sobre el cáncer y la sexualidad, y como las experiencias del cáncer influyen en sus relaciones con los compañeros y propicia diferentes acomodaciones en la vivencia de la sexualidad.

En relación al posible impacto del conocimiento producido por este estudio en las prácticas de la salud, se puede afirmar que los resultados ofrecen informaciones para que el profesional de la salud pueda abordar la sexualidad como un importante aspecto en la atención al paciente oncológico. Los cuidados de los aspectos psicosociales que sumados a las consecuencias físicas de los tratamientos pueden auxiliar en la asistencia al paciente y amenizar el sufrimiento en la vivencia sexual después del cáncer⁽³⁾.

Como limitaciones de este estudio cualitativo se puede mencionar que no es posible inferir generalizaciones al respecto de las consecuencias de los tratamientos en la vivencia de la sexualidad de las mujeres acometidas por el cáncer de mama. Otro aspecto se refiere a la inclusión de frecuentadoras de un servicio de rehabilitación después del cáncer de mama como participantes del estudio, ya que esas mujeres tendrían más acceso a informaciones sobre la enfermedad y a las consecuencias de los tratamientos sobre la sexualidad que las usuarias de servicios de ambulatorios.

Consideraciones finales

Este estudio tuvo por objetivo comprender las repercusiones psicosociales y culturales del cáncer de mama y sus tratamientos en la sexualidad de mujeres

acometidas. Las representaciones socioculturales sobre la sexualidad que circulan en la sociedad brasileña son asimiladas de diferentes modos por las mujeres.

Esos discursos sobre la sexualidad se reflejan en el modo de cómo se comunican temas como el placer sexual, la adaptación de la vida sexual después de la enfermedad, y los cambios de la vida sexual atribuidos al envejecimiento, además se abordaron las dificultades sexuales de los compañeros. La comunicación sobre sexualidad con los profesionales de la salud fue descrita como prescriptiva, con poco espacio para el diálogo y la reflexión.

Se observa por la diversidad de relatos obtenida en este estudio que la vivencia de la sexualidad de la mujer tratada por el cáncer de mama no sufre necesariamente un empeoramiento, inclusive después de someterse a tratamientos que inciden negativamente en su función sexual. Es importante que el profesional de la salud considere la compleja interacción existente entre aspectos culturales, relacionales y subjetivos que están presentes en la vivencia sexual, después del cáncer de mama, para proporcionar un mejor cuidado, lo que hace parte de la asistencia oncológica.

Agradecimientos

Al Núcleo de Enseñanza, Investigación y Asistencia en la Rehabilitación de Mastectomizadas, REMA-EERP/USP.

Referencias

- World Health Organization. Cancer. Fact sheet n° 297. fev. 2012. Geneva; 2012 [acceso 28 fev 2012]. Disponible em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/print.html>
- Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
- Macieira RC, Maluf MF. Sexualidade e câncer. In: Kovacs MJ, Franco MHP, Carvalho VA, editores. Temas em Psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. p. 303-15.
- Silva G, Santos MA. Stressors in Breast Cancer Post-Treatment: a Qualitative Approach. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18:688-95.
- Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16:2511-22.
- Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Renegotiating Sexuality and Intimacy in the Context of Cancer: The Experiences of Carers. Arch Sex Behav. 2010;39(4):998-1009.
- Cesnik VM, Santos MA. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. Psicol Reflex Crít. 2012;25:339-49.
- Barton-Burke M, Gustason CJ. Sexuality in women with cancer. Nurs Clin North Am. 2007;42(4):531-54.
- Vieira EM, Yoshinari GH Júnior, Souza HCC, Mancini MPM, Perdoná GSC. História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35:78-83.
- Villela WV, Arilha M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: Berquo E, editor. Sexo & Vida-Panorama da Saude Reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp; 2003. p. 95-150.
- Gagnon J. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade: Editora Garamond; 2006.
- Biglia N, Moggio G, Peano E, Sgandurra P, Ponzzone R, Nappi RE, et al. Effects of Surgical and Adjuvant Therapies for Breast Cancer on Sexuality, Cognitive Functions, and Body Weight. J Sex Med. 2010;7(5):1891-900.
- Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual Function after Breast Cancer. J Sex Med. 2011;8(1):294-302.
- Giami A, Moulin P, Moreau E. La place de la sexualité dans le travail infirmier: l'érotisation de la relation de soins. Sociol Trav. 2013;55(1):20-38.
- Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BR). Brasília: Conselho Federal de Saúde; 1996.
- Denzin NK. The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods: Aldine Transaction; 2009.
- Cepia-ONU. O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010. Rio de Janeiro; 2011. 436 p.
- Heilborn ML. Corpos na cidade: sedução e sexualidade. In: Velho G, editor. Antropologia urbana: cultura e sociedade no Brasil e em Portugal: Editora Zahar; 1999. p. 93-102.
- Goldenberg M. O corpo como capital: Estação das Letras; 2010. 200 p.
- Vieira EM. A medicalização do corpo feminino: Editora Fiocruz; 2002.
- Giami A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. Physis. 2007;17:301-20.
- Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. Breast J. 2008;14(2):176-81.
- Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estud Psicol. (Natal). 2003;8(1):155-63.
- Wimberly SR, Carver CS, Laurenceau JP, Harris SD, Antoni MH. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. J Consult Clin Psychol. 2005;73(2):300-11.
- Woertman L, Van Den Brink F. Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review. J Sex Res. 2012;49(2-3):184-211.

Recibido: 24.4.2013
Aceptado: 12.2.2014