



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

TESIS

**Creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres
mexicanas con cáncer de mama atendidas en el Instituto
Nacional de Cancerología, México 2008**

**Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia**

Presenta:

Blanca Consuelo González Caamaño

No. de cuenta: 30129238-2

Programa Transdisciplinario en Investigación y Desarrollo para Facultades y
Escuelas.

**Megaproyecto: “Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y
Proteómicas en Salud Pública”**

**Impacto del Apoyo Familiar y la Personalidad
en las Respuestas Adaptativas de Cuidado en Mujeres
con Cáncer de Mama**

NEEGPSP-UNAM SDEI.PTID.05.3



Director de Tesis:

Mtro. Hugo Tapia Martínez



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi Alma Mater y la casa de estudios que me ha permitido aprender a aprender, desarrollarme y superarme

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que me ha otorgado herramientas para mi crecimiento personal y profesional

Agradezco a cada una de las mujeres participantes en esta investigación por brindarme su confianza al compartir parte de su experiencia de vida conmigo.

Al grupo de investigadoras, docentes y becarias del proyecto “Impacto del Apoyo Familiar y la Personalidad en las Respuestas Adaptativas de Cuidado en Mujeres con Cáncer de Mama”

Al Mtro. Hugo Tapia Martínez por su invaluable apoyo, confianza y guía

Con admiración, respeto y cariño a los profesores que con su labor docente y ejemplo me han enseñado tanto, especialmente: Mtro. Hugo Tapia, Mtra. Sayuri Komera, Mtra. Sofía Sánchez Piña, Mtro. Rey Arturo Salcedo, Mtra. Lilia Sevilla, Dra. Elliug Osuna, Mtra. Ma. Antonieta Larios y Mtra. Teresa Ayala

A cada uno de los miembros del jurado: Mtra. Araceli Jiménez Mendoza, Lic. Benjamín Huerta Robles, Mtro. Francisco Regalado Acuña

DEDICATORIAS

A Dios:

Quién me ha permitido llegar hasta donde estoy con salud, amor y rodeada de grandes personas

Con infinito amor, admiración y respeto a Irma Caamaño Aguirre y Esteban González López, mis padres:

Por ser mi guía, protección y la mayor fuente de amor, apoyo, enseñanza y comprensión que pueda tener, sirva este trabajo como muestra de la superación que sin ustedes no habría logrado

A Baltasar, Natacha, Irma y Esteban:

Les dedico este trabajo como una pequeña retribución por el amor, apoyo y ejemplo que siempre me han brindado y por ser más que mis hermanos, los mejores compañeros que he podido tener en el hermoso camino de la vida

A mis amigos:

A cada una de las personas que me ha otorgado el invaluable tesoro de la amistad, en especial a aquellos con quienes compartí las aulas en la Universidad, las experiencias en prácticas hospitalarias y con quienes me une el lazo de la hermosa profesión de Enfermería: Alma Trujeque, Anayeli Serrano, Benjamín Rosas, Carmen Villagrán, Diana Castro, Elizabeth Delgadillo, Isis Arroyo, Jessica Cruz, Jesús Manuel García, Lizbeth Adame, Margarita Barrera, Verónica García, Viridiana Hurtado y Ana Bertha Flores

A las personas que han confiado en mí y me han apoyado, especialmente a las familias: Gómez Aguirre y Alfaro Romo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	
3.1. OBJETIVO GENERAL	3
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4. MARCO CONCEPTUAL	4
4.1. Generalidades del cáncer de mama	4
4.1.1. Anatomía y fisiología normal del seno	7
4.1.2. Cáncer de mama	11
4.1.2.1 Concepto	11
4.1.2.2 Factores de riesgo	12
4.1.2.3 Clasificación y estadios	19
4.1.2.4 Diagnóstico	24
4.1.2.5 Tratamiento	31
4.1.2.6 Prevención	38

4.2. Generalidades de la sexualidad humana	40
4.2.1. Concepto	44
4.2.2. Sexualidad y enfermedad	45
4.2.3. El impacto del Cáncer Mama en la sexualidad	47
4.2.4. Participación de Enfermería en la atención de la sexualidad en la mujer con Cáncer de Mama	50
5. MATERIAL Y MÉTODOS	52
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	52
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	52
5.3. VARIABLE	
5.3.1. Indicadores de la variable	53
5.3.2. Operación de la variable	54
5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	60
5.4.1. Técnicas	60
5.4.2. Instrumentos	60
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	61
7. RECURSOS	63
7.1. Humanos	63
7.2. Materiales	63
7.3. Financieros	63
7.4. Cronograma	64

8. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	65
9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	91
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
11. BIBLIOGRAFÍA	96
12. ANEXOS Y APÉNDICES	103

INTRODUCCIÓN

En México, el cáncer de mama (CaMa), es la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres y constituye la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años¹. Desde el 2006, el cáncer de mama cobra más vidas al año que el cáncer cérvico-uterino.

Es poca la información con que se cuenta respecto a la sexualidad de las mujeres durante el proceso del cáncer de mama, en el país no existen investigaciones por Enfermería que aborden la temática, lo que evidencia vacíos en el conocimiento, y sobre cómo este profesional puede contribuir a mejorar el pronóstico y calidad de vida de estas mujeres.

La evaluación de la sexualidad y el manejo de las dificultades que se presentan en esta área, deben ser parte del tratamiento integral que reciben las mujeres con CaMa sin embargo al ser un tema que plantea múltiples dificultades para su abordaje, la mayoría de las veces simplemente se evita hablar de ello, omitiendo una parte importante de la atención integral que las pacientes deberían recibir.

La presente tesis tiene como objetivo conocer las creencias y prácticas sobre la sexualidad humana que tienen un grupo de mujeres mexicanas con Cáncer de Mama que se atendieron en el Instituto Nacional de Cancerología en el año 2008.

¹ Knaul FM, Lozano R, Arreola OH, Gómez DH. México: Numeralia de Cáncer de Mama. Programa Tomatelo a Pecho. Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Carso de la Salud. México: Marzo 2008. [Consultado 20 de Mayo 2008] Disponible en: <http://tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/11%20Numeralia.pdf>

Está conformada por los siguientes apartados: el primero menciona la descripción del problema que incluye la pregunta de investigación; el segundo y el tercero describen la justificación y los objetivos.

Continuando con las bases metodológicas de la investigación, el marco conceptual se enuncia en la cuarta sección, la cual integra las generalidades sobre el cáncer de mama, desde su concepto hasta su prevención; así como las generalidades de la sexualidad, a partir del concepto hasta la participación de enfermería en la atención en la sexualidad de la mujer con cáncer de mama.

En el subsecuente rubro, se señala la metodología o material y métodos, integrado por el tipo de investigación, las variables y sus indicadores, así como la operacionalización de las mismas; población, las técnicas e instrumentos de recolección de la información, las consideraciones éticas y los recursos empleados. En la siguiente sección se presenta la información en cuadros simples y gráficas de barras y de sectores. En el séptimo apartado se detalla el análisis e interpretación de los resultados obtenidos y finalmente en los últimos capítulos se presentan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es un problema de salud pública de gran relevancia dada su elevada frecuencia, mortalidad y creciente incidencia. Actualmente representa la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de nuestro país.

Es por esta razón que, como parte del Megaproyecto multidisciplinario “Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública” financiado por la UNAM, el equipo de investigación de enfermería desarrolló la línea de investigación: “Impacto del Apoyo Familiar y la Personalidad en las Respuestas Adaptativas de Cuidado en Mujeres con Cáncer de Mama” NEEGPSP-UNAM SDEI.PTID.05.3. En dicha investigación se describen y analizan aspectos vinculados con la adaptación de la mujer y su familia a esta enfermedad.

Es en el marco de esta investigación que se reconoce que uno de los aspectos trascendentales del cáncer de mama, es que afecta a un órgano propio de la mujer, y para algunas de ellas, las mamas representan el aspecto central de la imagen corporal femenina; además sus significaciones individuales y culturales lo relacionan con la maternidad, el erotismo y la sexualidad. Este problema ha sido abordado desde diferentes disciplinas y perspectivas, encontrando hallazgos semejantes en los sentimientos que experimenta la mujer con esta enfermedad, tales como: incertidumbre, preocupación, miedo, ansiedad, depresión, negación, inseguridad, melancolía, temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación con su consecuente alteración en la autoimagen autoconcepto y autoestima, entre

otros, así como ruptura en su calidad de vida a través de la pérdida de roles, de habilidades funcionales, de independencia y dificultades en la relaciones sociales y comunicación con la pareja, familia y amigos.

Además, estas implicaciones físicas, psicológicas, sociales y culturales no sólo afectan a la mujer, sino también a su familia, y de forma especial a la pareja, con la cual la mujer comparte experiencias desde el diagnóstico hasta los tratamientos y la rehabilitación. Una de esas experiencias poco conocida, es la sexualidad en el proceso del cáncer de mama. A pesar de que en la literatura hay reportes sobre cambios que produce esta enfermedad en la respuesta sexual humana^{2 3} y esto con repercusiones a nivel psicosocial como: alteración en la autoimagen, vergüenza, miedo al rechazo, depresión, entre otros; es nula la información en mujeres mexicanas sobre cómo interactúan con su pareja en esta experiencia de vida. Motivo por el cual surge la siguiente pregunta de investigación:

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología?

² Harwood K, O'Connor A. Sexuality and breast cancer: Overview of issues. *Innov Oncol Nurs* 1994; 10 (23).

³ Grau Abalo G, Llantá Abreu M, Chacón Roger M, Fleites González G. La sexualidad en pacientes con cáncer: Algunas consideraciones para su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol*. 1999; 15(1): 49-65

2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio pretende brindar información acerca de las creencias sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama, así mismo de las prácticas propias de cada una de las participantes en esta misma dimensión. El obtener información proveniente de las mujeres que están atravesando esta experiencia de vida proporcionará datos muy útiles para el profesional de enfermería que quiera abordar esta temática, ya que al contar con un estudio descriptivo del tema se podrá iniciar con un panorama general de información.

Asimismo, con los resultados de esta investigación se pretende que enfermería como parte del equipo multidisciplinario, pueda llevar a cabo intervenciones que favorezcan la adaptación de la mujer en el área de la sexualidad, al evaluar necesidades de la mujer, identificar limitantes propias y de esta manera brindar información precisa y útil que redunde en el bienestar de la mujer y en este caso también de su pareja.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer las creencias y prácticas sobre la sexualidad humana que tienen un grupo de mujeres mexicanas con Cáncer de Mama que se atendieron en el Instituto Nacional de Cancerología en el año 2008.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las creencias de mujeres mexicanas sobre la sexualidad y cáncer de mama.
2. Señalar las prácticas de mujeres mexicanas con cáncer de mama sobre su propia sexualidad.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Generalidades del cáncer de mama

El cáncer de mama (CaMa) es un problema de salud pública mundial, representa la causa más común de muerte por cáncer en mujeres de todo el mundo. Esta enfermedad se diagnostica anualmente en alrededor de 1.1 millones de mujeres, que representan más del 10% del total de nuevos casos registrados, lo cual equivale al 1.6% de las defunciones en mujeres de todo el mundo.²

De acuerdo con estimaciones del año 2002, alrededor del mundo se presentaron 1,151,298 casos nuevos de cáncer de mama, 410,712 defunciones y más de 4.4 millones de mujeres viven con este tipo cáncer.³ Tan solo en este año se tienen aproximaciones de que el CaMa causará 548 000 muertes. Hoy en día, un caso

²Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, Smith RA, Yip ChH, Bese NS, et al. El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama en: Normas Internacionales para la Salud de Mama y el Control del Cáncer de Mama. Breast Cancer [serial online] 2007 May-Jun Vol 13 (1) p.2 [consultado 7 Sep 2008]; Disponible en: http://www.fhcr.org/science/phs/bhgi/guidelines/2007/BHGI_Guias_S1-S82.pdf

³ Martínez Tlahuel JL. Cáncer de Mama. Boletín de práctica Médica Efectiva. Instituto Nacional de Salud Pública. México, Octubre 2007 [Consultado Diciembre 2008] Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_19.pdf

nuevo de cáncer de mama es diagnosticado en el mundo aproximadamente cada 25 segundos⁴

En lo que se refiere a distribución, de los más de 1 millón de casos de cáncer de mama en el mundo, el 45% provienen de países de ingresos bajos o medios.⁵

En América Latina se reportaron 96,561 nuevos casos a principios de la década actual. En conjunto, esta región contribuye con 10% de los casos nuevos de cáncer de mama en el mundo.^{7 6} Junto con el Caribe los países latinos suman casi 300 000 mujeres que mueren anualmente por esta enfermedad. En otras palabras, la neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, es decir, cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de mama.

A partir del año 2006 el CaMa se convirtió en la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres mexicanas^{7 7} y ocupa la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años.

En México en el 2006 murieron 4,451 mujeres, lo cual implica un fallecimiento cada 2 horas, es decir, 12 mujeres diariamente. En ese mismo año de cada 100

⁶ Gospodarowicz MK, Cazap E, Jadad AR, Cancer in the world – a call for international collaboration. Salud Publica Mex 2009;51 Supl 2:S305-S308

⁷ Knaul FM, Lozano R, Arreola OH, Gómez DH. México: Numeralia de Cáncer de Mama. Programa Tómatelo a Pecho. Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Carso de la Salud. México: Marzo 2008. [Consultado 20 de Mayo 2008] Disponible en: <http://tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/11%20Numeralia.pdf>

⁶ Lozano AR, Gómez DH, Lewis S, Torres SL, López CL. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Salud Publica Mex 2009; 51 Supl 2: S147-S156.

⁷ Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud Publica Mex 2009; 51 Supl 2:S208-S219.

egresos hospitalarios de mujeres, 20 fueron por cáncer de mama, 13 por cáncer en el cuello del útero y 12 por leucemias.^{7 8}

Lo anterior muestra como la tasa de mortalidad por cáncer mamario en México ha registrado un aumento sustancial de 1950 a 2005, pasando de una tasa de 2 por 100,000 mujeres a 9 por 100,000 mujeres.⁷

Por distribución regional se observa que los estados del norte y los del centro de la República, tienen niveles más altos que los del sur, con tasas mayores a 20 por 100 mil en Jalisco, Nuevo León, Distrito Federal y Colima.⁹

La atención de la mujer con cáncer de mama es un reto para el Sistema de Salud ya que conlleva, por un lado, la participación de un equipo multidisciplinario donde las enfermeras tienen un rol importante dado sus principios disciplinares de cuidar a la persona sana o enferma en sus diferentes etapas evolutivas; y por otro lado, las mujeres con la enfermedad perciben como necesario la intervención de un profesional de la salud que las acompañe durante todo el proceso de la enfermedad¹⁰ y en varios casos resulta ser la enfermera. El personal de salud debe tener muy en cuenta que esta enfermedad ataca a las personas en diversas formas dado que puede alterar la forma en que la mujer se ve y se siente acerca de su feminidad y sexualidad.

⁸ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. México: INEGI, 2009. [Consultado 02 Junio 2009] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2676&ep=8>

⁹ Consejo Nacional de Población CONAPO. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. [consultado 25 septiembre 2008]. Pág 235-237. Disponible en: www.conapo.gob.mx/prensa/informes/005.pdf

¹⁰ Tapia Martínez H, Pérez Zumano SE, Ostigüin Melendez RM, Sandoval Alonso L. Respuestas adaptativas de cuidado en mujeres mexicanas con cáncer de mama: supervivencia y dominio. Informe parcial NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3. Documento de trabajo. México 2009.

- Aspectos psicosociales y culturales

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama altera la integridad de la mujer porque afecta a un órgano cuyas significaciones individuales y culturales lo relacionan con la maternidad, la identidad, la femineidad, el erotismo y la sexualidad, originando en el área psicológica ansiedad, depresión e ira, en la psicosocial cambios notables en la manera de vivir; pérdida de roles, de habilidades funcionales y problemas en las relaciones sociales que afectan su calidad de vida, además hay temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación^{11 12}. Muchas mujeres que tiene CaMa piensan que los cambios en sus cuerpos afectarán, no sólo su apariencia, sino también la forma en que otras personas las perciben.

4.1.1 Anatomía y fisiología normal del seno

El termino seno se asocia con otros como pecho, mama, teta; en la anatomía lo refieren como glándula mamaria y en este apartado se describirá como tal.

La mama es una glándula sudorípara modificada cuya principal función es producir leche y que además constituye parte de los órganos sexuales secundarios que desempeñan un papel importante en la sexualidad y el erotismo.

¹¹ Wenstrom Y, Haggmark C, Strander H, Foraberg Ch. Perceived symptoms and quality of life in women with breast cancer receiving radiation therapy *Eur J Oncol Nurs.* [serial online] Jun; 2000 [citado 12 Ago 2008]; Vol 4, (2), 78-88.

¹² Vidal y Benito MC, López C. La consulta psicooncológica y la depresión en cáncer de mama. *Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. [serial online] Oct; 1999 [consultado 2005 Jun 2008] vol. 8, (2), 141-156. Disponible en: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/MCVidal.htm>

Anatomía

Las mamas se localizan en la pared torácica, sobre los músculos pectoral mayor y serrato anterior, con los cuales están unidas mediante una capa de fascia profunda consistente en tejido conectivo denso irregular.

Cada mama presenta exteriormente el aspecto de una elevación carnosa de tamaño variable, con una zona de pigmentación oscura en forma circular, la areola, de aspecto un tanto rugoso porque tiene glándulas sebáceas modificadas que secretan un lubricante durante la lactancia; el centro elevado conocido como pezón, contiene un conjunto de orificios unidos estrechamente a los conductos galactóforos, por los cuales se secreta la leche.

En una visión anteroposterior, la mama puede dividirse en cuatro cuadrantes: superior externo, superior interno, inferior externo e inferior interno.

Los ligamentos suspensorios de Cooper son franjas de tejido conectivo que pasan desde la piel hacia los músculos subyacentes, a través de los tejidos glandular y adiposo, sirviendo de sostén a las glándulas mamarias.

Las estructuras internas de la glándula mamaria son 15 a 20 lóbulos dispuestos en un patrón radial y se separan entre sí por tejido adiposo. La cantidad de este último, determina el tamaño de la mama, por lo tanto el volumen de las mamas no tiene relación alguna con su capacidad funcional. Cada lóbulo se subdivide en varios compartimientos más pequeños, los lobulillos, consistentes en grupos de glándulas secretoras de leche, llamadas alveolos que están dispuestas a manera

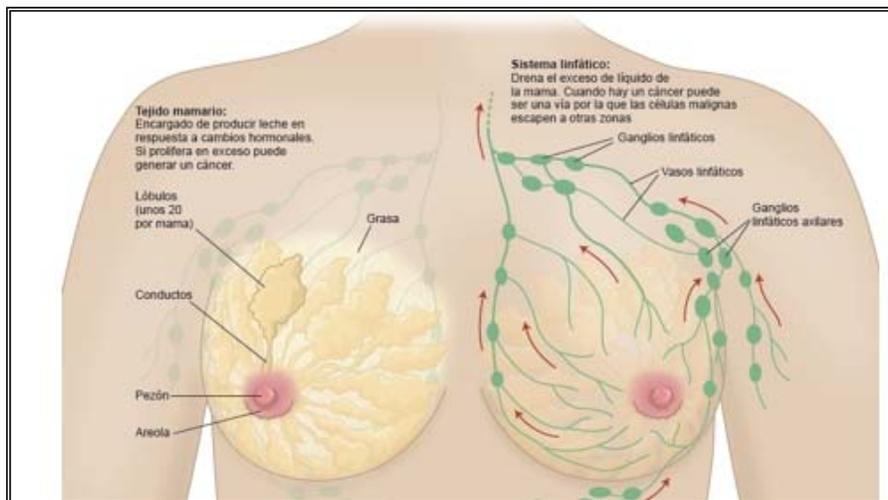
de racimos de uva alrededor de conductos diminutos. Los conductos de varios lobulillos se unen y forman un conducto excretorio para cada lóbulo; cerca del pezón, éstos se expanden y forman las llamadas ampollas lactíferas, donde se almacena algo de leche antes de su drenaje en un conducto galactóforo.

La mama cuenta con un amplio abastecimiento linfático y vascular, así como elementos nerviosos.

La linfa de la mama se drena hacia las dos redes ganglionares principales que son: los ganglios del hueco axilar, que drenan aproximadamente un 70% de la linfa proveniente de la mama del mismo lado, y los ganglios de la cadena mamaria interna, que drenan una pequeña parte de la red linfática interna y areolar. El resto viaja a los nódulos supraclaviculares, a la mama del lado opuesto y finalmente hasta los ganglios linfáticos abdominales. Los nódulos axilares incluyen el grupo inferior o pectoral (drena la parte profunda y transmuscular), el grupo interno o subescapular (drena la parte interna de la glándula mamaria) y el grupo externo o humeral (drena el borde externo de la mama). El drenaje linfático de las mamas drena en los ganglios linfáticos de la axila.

La parte interna de la mama está irrigada por la arteria torácica interna (antes llamada arteria mamaria interna); y la parte externa, por la arteria mamaria externa; además de la arteria torácica lateral, la arteria acromiotorácica y de las arterias intercostales posteriores. La red venosa es igual a la arterial. Tanto los hombres como las mujeres tienen una gran concentración de vasos sanguíneos y nervios en los pezones.

En ambos sexos, los pezones tienen capacidad eréctil como respuesta tanto a estímulos sexuales, como al frío. La inervación de las mamas es dada por estímulos de ramas anteriores y laterales de los nervios intercostales cuatro a seis, provenientes de los nervios espinales. El pezón es inervado por la distribución dermatómica del nervio torácico T4.



Anatomía normal del seno

Fisiología

Las funciones básicas de las glándulas mamarias son la síntesis, secreción y expulsión de la leche, en el proceso llamado lactación, relacionado con el embarazo y parto. Además de la función anterior, la mama cumple un papel fisiológico y cultural en la función sexual femenina y masculina ya que son muy sensibles a la estimulación táctil. Estas células de músculo suave, responden como otras células de tejidos eréctiles durante la estimulación sexual. Como zona

erógena, es importante su participación en las relaciones sexuales. De hecho, gran parte de la mama es tejido adiposo, que, en parte, tiene funciones estructurales y de sostén y que contribuye a proporcionar atractivo sexual a la mujer, pero en absoluto a la lactancia.

4.1.2 Cáncer de Mama

4.1.2.1 Concepto

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células anormales que forma un tumor. Se origina en las células que recubren los conductos y lóbulos mamarios. Si las células cancerosas están confinadas a los conductos o lobulillos y no han invadido el tejido mamario circundante, el cáncer se denomina no invasor o in situ. El cáncer que se ha diseminado a través de las paredes de los conductos o lobulillos hacia el tejido conectivo o graso se llama invasor o infiltrante.

Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes.

4.1.2.2 Factores de riesgo

La etiología del cáncer de mama se desconoce, lo que sí se sabe es que es el resultado de una serie de eventos que transforman una célula normal en una anormal. La investigación demuestra que no hay una causa única conocida del CaMa. Es una enfermedad que muy probablemente se desarrolla como resultado de múltiples factores (conocidos o hipotéticos) que difieren de una mujer a otra y que en su mayoría aún se desconocen.

Diversas características, o factores de riesgo parecen incrementar la probabilidad de que esta enfermedad se desarrolle en una mujer. Éstos incluyen factores genéticos, hormonales, reproductivos, ambientales y de estilos de vida, así como el envejecimiento. Sin embargo, es posible que las mujeres a las que se diagnostica esta enfermedad tengan o no cualquiera de los factores de riesgo. Por consiguiente, es comprensible que el concepto de riesgo en relación al CaMa, con frecuencia sea confuso. Es importante que las mujeres y sus enfermeras entiendan este concepto y los conocimientos actuales sobre los factores de riesgo para poder planificar cuidados individualizados que prevengan y detecten el cáncer de mama.

Entre los factores mencionados anteriormente se encuentran los siguientes:

- **Género:** Las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama que los hombres. Este padecimiento ocasiona el 31% del total de los casos de cáncer invasivo en las mujeres y menos del 1% en los hombres¹³.
- **Edad:** Después del género es el factor de riesgo individual más importante, ya que la incidencia de CaMa aumenta con la edad. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 40 años, el 80% en mayores de 50 años¹⁵. Gran parte de las mujeres afectadas no tiene factores de riesgo conocidos diferentes al del género y ser mayores de 40 años.
- **Antecedentes personales de cáncer:** Un diagnóstico previo de cáncer mamario aumenta el riesgo de una mujer de padecer un segundo tumor en la mama opuesta.

Además, los antecedentes de cáncer primario ovárico o endometrial se asocian con un riesgo mayor de cáncer mamario.
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama:** Si una mujer tiene un familiar de primer grado que haya padecido este tipo de cáncer tiene un riesgo relativo más alto de padecer cáncer de mama, a niveles de 2,0-3,0; es decir, dos a tres veces el de la población general. En cuanto al riesgo

¹³ Crane R. Cáncer de mama. En: Otto S, coordinador. Enfermería Oncológica. Vol.1 3ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2004. 83-123

individual para una mujer en los Estados Unidos es de 1/13 sin antecedentes familiares, 1/8 con un antecedente familiar y 1/5 con dos¹⁴.

- **Genes:** Algunas personas tienen genes que los hacen más propensos a desarrollar cáncer de mama. Los factores hereditarios representan un 30% en los tumores diagnosticados antes de los 30 años, y entre un 5-10% del total de los cánceres de mama.⁸ Los defectos más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que protegen contra el cáncer. Pero, si uno de los padres transmite un gen defectuoso, se tiene un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida. También es posible que las mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 se presente en casos esporádicos o no heredados de CaMa.
- **Menarquía precoz y menopausia tardía:** Aunque aún no se ha determinado con precisión el papel exacto que desempeñan las hormonas en la etiología del cáncer mamario, las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia tarde (después de los 55) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama. Los estudios han demostrado que éste también aumenta a medida que el intervalo entre la menarquía y la menopausia se prolonga. Por lo tanto

¹⁴ Xercavins MJ, Salicrú RS, Sabadell MM. Cáncer de mama I. Epidemiología y factores de riesgo. Prevención primaria. Diagnóstico precoz. Lesiones no palpables. Clínica y desarrollo. Clasificación TNM. Biología del carcinoma mamario (marcadores). En: Cabrero RL, coordinador. Tratado de Ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Vol. 2. Buenos Aires: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia-Editorial Médica Panamericana; 2004. p.1692-702.

parece ser que los ciclos ovulatorios regulares con exposición acumulativa a los estrógenos son el principal determinante de este riesgo. Cuanto mayor sea el número de años de actividad menstrual, mayor será el riesgo de cáncer mamario. Se ha evidenciado que por cada año que se incrementa la edad de la menopausia, el riesgo de CaMa aumenta en 3%.¹⁵ La exposición de las glándulas mamarias a los estrógenos parece ser el factor más determinante, aunque el papel de otras hormonas y metabolitos también es muy importante. La menopausia precoz tiene un fuerte efecto protector. Además la menopausia quirúrgica le confiere a la mujer una mayor protección contra el CaMa que la menopausia natural a la misma edad, debido probablemente a que la menopausia quirúrgica elimina de forma súbita la fuente ovárica de estrógenos en lugar de hacerlo de manera gradual como ocurre en la menopausia natural.¹⁷

- **Ciclo menstrual:** Los ciclos menores a 26 días o mayores a 39 se han asociado a una disminución del riesgo, que se puede atribuir a ciclos anovulatorios.
- **Historia reproductiva:** La nuliparidad o el primer embarazo a término después de los 30 años se relacionan con un mayor riesgo en la mujer. López-Carrillo y colaboradores señalaron que cuando las mujeres tuvieron el primer embarazo de término después de los 29 años, la posibilidad de

¹⁵ Torres-Mejía G, Ángeles-Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. Salud Publica Mex 2009; 51 Supl 2:S165-S171.

presentar cáncer de mama fue casi del doble en comparación con las personas que lo tuvieron antes de los 20 años.¹⁷ Se ha demostrado que la concepción a temprana edad (antes de los 20 años) tiene un efecto protector, se desconoce el mecanismo subyacente, pero es muy probable que se deba a cambios en el tejido mamario o a las hormonas, que lo hacen menos susceptible a los tumores. La tendencia actual de las mujeres en diversos países de retrasar la gestación hasta una edad posterior, lo que incrementa la exposición del tejido mamario a los estrógenos, ha contribuido al aumento de la incidencia del CaMa.

- **Lactancia:** La lactancia materna se considera un factor protector. Se ha sugerido que el mayor número de meses que ésta se mantenga se vincula con una disminución del riesgo de CaMa. El retraso en el restablecimiento de la ovulación y, por ende una disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, se ha propuesto como un posible mecanismo de protección contra el CaMa a través de la lactancia al seno materno.¹⁷ En América Latina, la lactancia materna es mayor que en países con un mayor desarrollo económico, como Estados Unidos y algunos países de Europa occidental; pese a ello, esta práctica ha mostrado un descenso, como en casi todo el mundo, lo cual ha reducido de esta forma la protección que podría conferir contra la incidencia del CaMa.
- **Consumo de alcohol:** Las bebidas alcohólicas pueden contener sustancias carcinógenas (acetaldehídos), además de que el alcohol por sí

mismo puede solubilizar otros carcinógenos externos para que penetren en la célula. Asimismo, se ha demostrado que el alcohol modifica el metabolismo y la acción de los estrógenos y sus efectos pueden tener la mediación de la generación de radicales libres. En el plano mundial se considera que la evidencia disponible es convincente en relación con el incremento del riesgo de CaMa, tanto en mujeres premenopáusicas como posmenopáusicas, y se calcula que existe un incremento del riesgo de alrededor de 10% por el consumo de 10 mg por día de etanol.¹⁶

- **Anticonceptivos orales y tratamiento hormonal sustitutivo:** Se considera que el CaMa se relaciona con las hormonas, se han realizado numerosos estudios para evaluar el riesgo asociado con anticonceptivos orales y el tratamiento hormonal sustitutivo. Sin embargo, los resultados además de ser contradictorios, no han llevado a ninguna conclusión; prácticamente ninguno ha demostrado un mayor riesgo en la mayoría de las mujeres.¹⁵
- **Obesidad:** Se ha demostrado que la obesidad se asocia con un mayor riesgo de CaMa en mujeres postmenopáusicas. El exceso de tejido adiposo es rico en la enzima necesaria para obtener estrona y estradiol a partir de sus precursores. Por lo tanto las mujeres obesas pueden tener niveles más altos de estrógenos circulantes el cual puede estimular el desarrollo de este cáncer.

¹⁶ Torres-Sánchez L, Galván-Portillo M, Lewis S, Gómez-Dantés H, López-Carrillo L. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. Salud Publica Mex 2009; 51 Supl 2: S181-S190.

- **Actividad física y alimentación:** La actividad física puede, modificar los niveles hormonales y existe evidencia de que además disminuye el riesgo de CaMa en mujeres postmenopáusicas. En un estudio de caso-control reciente en México la actividad física moderada (yoga, caminata moderada, ciclismo moderado) tuvo una relación inversa con el riesgo de CaMa. En mujeres postmenopáusicas la posibilidad de padecer CaMa se redujo en un 9% por cada hora a la semana que se incrementó la actividad física. Entre mujeres premenopáusicas no se observe asociación alguna.¹⁷

En lo relativo a la dieta, sólo algunos factores dietéticos han podido ser asociados de manera consistente con el riesgo de CaMa.¹⁶ Entre ellos se encuentra el riesgo potencial por la elevada ingestión calórica, el consumo de carnes rojas, carnes procesadas, la forma de preparación de las carnes, leche y algunos productos lácteos, sacarosa y las grasas saturadas.¹⁰ Un estudio europeo confirma que un alto consumo de éstas últimas aumenta el riesgo de CaMa.¹⁸

También existe evidencia del efecto protector de los vegetales y frutas, el pescado, la fibra, la vitamina B12 y el folato, varios fitoestrógenos, el licopeno y las grasas poliinsaturadas.¹⁸

- **Exposición a radiación ionizante:** Se ha observado una incidencia de CaMa superior en las mujeres expuestas a radiación ionizante para el

¹⁷ Romieu I, Lajous M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: Mexican experience. *Salud Publica Mex* 2009; 51 Supl 2: S172-S180.

¹⁸ González CA, Navarro C, Martínez C, Quirós JR, Dorronsoro M, Barricarte A, Tormo MJ, Agudo A, Chirlaque MD, Amiano P, Ardanaz E, Pera G. El estudio prospectivo Europeo sobre cáncer y nutrición (EPIC). *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 167-176

tratamiento de tuberculosis o mastitis postparto, con un riesgo relativo 1,2 y 1,4 dependiendo de la dosis total y de la edad de exposición. Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación, mayor será el riesgo, especialmente si la radioterapia se administró cuando a la mujer se le estaban desarrollando las mamas.

- **Tabaquismo:** Aunque los resultados son contradictorios, la mayoría de los estudios epidemiológicos no han podido demostrar una asociación firme entre el tabaquismo y un mayor riesgo para cáncer de mama. Recientemente ha despertado interés el aumento de riesgo en individuos sometidos a tabaquismo pasivo¹⁹ y un estudio señala que el tabaquismo puede aumentar el riesgo de cáncer de mama y de ovario especialmente en mujeres con mayor predisposición genética²⁰.

4.1.2.3 Clasificación y estadios

Por la importancia que tiene, el cáncer de mama ha sido motivo de múltiples intentos de clasificación. Los carcinomas de mama pueden encontrarse en dos formas principales según su origen. Un noventa por ciento, aproximadamente, tienen su origen en el epitelio ductal. El restante diez por ciento, en las células de los alveolos glandulares. El primer tipo, además, puede presentarse en formas variadas que suelen clasificarse como subtipos, existiendo distintos tipos de rasgos anatomopatológicos, macroscópicos y microscópicos, que los distinguen.

¹⁹ Xercavins MJ, Salicrú RS, Sabadell MM. Cáncer de mama I. Epidemiología y factores de riesgo. Prevención primaria. Diagnóstico precoz. Lesiones no palpables. Clínica y desarrollo. Clasificación TNM. Biología del carcinoma mamario (marcadores). En: Cabrero RL, coordinador. Tratado de Ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Vol. 2. Buenos Aires: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia-Editorial Médica Panamericana; 2004. p.1692-702

²⁰ Couch FJ, Cerhan JR, Vierkant RA, Grabrick DM, Therneau TM, Pankratz VS. Cigarette smoking increases risk for breast cancer in high-risk breast cancer families. Cancer Epidemiol Biomark Prev 2001; 10: 327-32.

La clasificación de acuerdo a la zona afectada o distribución, puede presentarse como sigue²¹:

- Cuadrante superior externo: 50%
- Región subareolar: 20%
- Cuadrantes restantes: 10% cada uno

Multicentricidad y bilateralidad posible

Tipos de cáncer de mama¹⁵

Tumores no invasores

- Carcinoma ductal *in situ* o carcinoma intraductal: Células malignas limitadas solo al epitelio respetando la membrana basal; constituido por células mioepiteliales conservadas, pero se puede diseminar por el sistema de ductos mamarios. Subtipos:
 - Enfermedad de Paget: Afecta la epidermis del pezón y la areola por células neoplásicas causando un eczema de pezón. Con el transcurrir del tiempo, se asocia a un cáncer *in situ* subyacente o a un cáncer ductal infiltrante profundo.
- Carcinoma lobulillar *in situ*: Multicentricidad en un 70% y bilateralidad en un 40% de los casos. Los lobulillos se encuentran distendidos y llenos completamente por células pequeñas, redondas con pleomorfismo en el núcleo celular y ocasional mitosis y necrosis.

²¹ Mondragón CH, Mondragón AH. Gineco-Obstetricia. De la niñez a la senectud. México: Trillas; 2001

¹⁵Crane R. Cáncer de mama. En: Otto S, coordinador. Enfermería Oncológica. Vol.1 3ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2004. 83-123

Tumores invasores o infiltrantes

- Carcinoma ductal infiltrante: El más frecuente (65-85%), masa mal circunscrita, dura con trabéculas radiadas dentro de la grasa y áreas de necrosis, hemorragia y degeneración quística.
- Carcinoma lobulillar infiltrante: Ocurre en un 5-10% de los casos, a menudo multicentrico y bilateral, células pequeñas monomórficas que tienden a formar filas de una sola célula.

Clasificación TNM

Además de las que ya se mencionaron, han existido varias clasificaciones clínicas del CaMa, pero la más utilizada es la TNM, la cual evalúa el tamaño de tumor (T), la afectación de los ganglios linfáticos regionales (N) y la propagación a distancia de la enfermedad o metástasis (M).

Los grupos ganglionares linfáticos regionales se clasifican en axilares (interpectorales y e la vena axilar: nivel I, II y III), infraclaviculares, de la cadena mamaria interna y supraclaviculares. Cualquier otro ganglio es considerado metástasis a distancia M1), incluyendo los ganglios cervicales homolaterales y los de la cadena de la mamaria interna contralateral.

En cada caso debe hacerse una valoración clínica pre-operatoria y una clasificación histopatológica posterior.

Clasificación clínica inicial¹⁶

T: Tumor primario

- Tx: El tumor primario no puede ser valorado.
- T0: No se evidencia tumor a la exploración física.
- Tis: Carcinoma *in situ*.

Tis: (CDIS) Carcinoma ductal *in situ*.

Tis: (CLIS) Carcinoma lobulillar *in situ*.

Tis: (Paget) Enfermedad de Paget del pezón sin tumor.

- T1: Tumor de 2 cm. o menor.

T1mic: Micro invasión de 0.1 cm. o menos en su diámetro mayor.

Cuando hay varios focos de microinvación se clasifica según el de mayor tamaño.

T1a: Mayor de 0.1 hasta 0.5 cm.

T1b: Mayor de 0.5 hasta 1 cm.

T1c: Mayor de 1cm. hasta 2 cm.

- T2: Tumor de más de 2 cm. hasta 5 cm
- T3: Tumor de más de 5 cm.
- T4: Tumor de cualquier tamaño con afectación de pared costal o de piel.

La afectación de la pared costal incluye afectación de las costillas, los músculos intercostales y serrato anterior, pero no la afectación de los músculos pectorales.

T4a: Afectación de la pared costal.

T4b: Edema (piel de naranja) o ulceración de piel de la mama o nódulos cutáneos (letálides).

T4c: T4a+ T4b.

T4d: Carcinoma inflamatorio.

N: Ganglios linfáticos regionales

- Nx: La afectación ganglionar no puede ser valorada.

- N0: No se palpan adenopatías axilares.

- N1: Adenopatías axilares móviles homolaterales.

- N2: Adenopatías axilares fijas o de la mamaria interna.

N2a: Adenopatías axilares fijas unas a otras o a otras estructuras.

N2b: Adenopatías en la mamaria interna homolateral en ausencia de adenopatías axilares palpables.

- N3:

N3a: Adenopatías infraclaviculares con o sin ganglios axilares.

N3b: Adenopatías axilares y de la mamaria interna.

N3c: Adenopatías supraclaviculares homolaterales con o sin ganglios axilares o de la mamaria interna.

M: Metástasis a distancia

- Mx: No puede valorarse la presencia de metástasis.

- M0: Ausencia de metástasis.

- M1: Metástasis a distancia.

4.1.2.4 Diagnóstico

Características clínicas

La identificación del tumor, induración, presencia de secreciones o alteraciones del complejo areola-pezones, son los hechos iniciales que orientan el diagnóstico.

La sospecha de cáncer de mama se basa en los datos de la historia clínica, cuando ésta consigna algunos de los factores de riesgo mencionados. Con frecuencia la propia paciente detecta la presencia de tumoración y consulta al médico por tal motivo; es por ello que es importante instruirla en el Auto Examen de Mama.

Otras veces el motivo de la consulta es el dolor local o regional de la zona axilar o mamaria. Como datos orientadores del diagnóstico o características clínicas se encuentran:

Síntomas más comunes de manifestación:

- Masa dura, irregular y asintomática o endurecimiento en la mama o la axila.
- Secreción espontánea, persistente y unilateral del pezón, de carácter serohemático, hemático o seroso.
- Retracción o inversión del pezón.
- Cambio en el tamaño, la forma o la textura de la mama (asimetría).
- Depresiones o rugosidades en la piel.
- Piel escamosa alrededor del pezón

Síntomas de propagación local o regional:

- Enrojecimiento, ulceraciones, edema o dilataciones venosas.

- Piel de naranja.
- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos axilares.

Evidencia de enfermedad metastásica:

- Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos en el área cervical supraclavicular.
- Anomalías en la radiografía torácica con o sin derrame pleural.
- Elevación de la fosfatasa alcalina y el calcio, gammagrafía ósea positiva o dolor relacionado con la afección ósea.
- Resultados anormales de las pruebas de función hepática.

El diagnóstico de certeza del cáncer de mama requiere evaluación citológica o histológica de una muestra del tejido mamario sospechoso (biopsia).

La biopsia obtenida por punción aspiración con aguja fina (PAAF) para citología es la técnica preferida cuando pueden palparse masas dominantes. Es un procedimiento relativamente sencillo en el cual se aspira material de la masa con una jeringa y una aguja de calibre 21 a 23. El contenido de la aspiración se coloca en un portaobjetos y se procesa para su estudio. A pesar de que la PAAF permite diagnosticar un carcinoma, no hay manera de identificar si es invasivo o no. Tiene las ventajas de que se puede realizar fácilmente en el consultorio, se emplea anestesia local mínima y existe baja incidencia de daño en el tejido circundante.

Con la biopsia con aguja de núcleo se obtiene una muestra del centro del tejido de una masa dominante. La inserción de una aguja con diseño especial de calibre 14 dentro de una masa palpable se realiza manualmente o con la ayuda de un

dispositivo automático. Este procedimiento requiere un poco de anestesia local y produce más hemorragia y dolor que la PAAF, sobre todo cuando las lesiones son profundas. La biopsia con aguja de núcleo ayuda a diferenciar un cáncer *in situ* de uno invasivo porque extrae una muestra más grande de tejido. La biopsia incisional se realiza cuando la masa es grande, para extirpar sólo una porción de ella. En la biopsia excisional se reseca toda la masa y un margen del tejido normal que le rodea. Se utiliza para lesiones palpables y no palpables.

La mastografía o mamografía es la prueba de mayor validez en la detección del cáncer de mama. Esta prueba consiste en una exploración diagnóstica de imagen por rayos X de la glándula mamaria, mediante aparatos denominados mastógrafos. Estos aparatos disponen de tubos de emisión de rayos x especialmente adaptados para conseguir la mayor resolución posible en la visualización de las estructuras internas de la glándula mamaria. Su capacidad de identificación de lesiones de mínima dimensión ha apoyado su utilización en revisiones sistemáticas para detectar tumores antes de que puedan ser palpables y clínicamente manifiestos (cribado). Este diagnóstico, efectuado en una fase muy precoz de la enfermedad, suele asociarse a un pronóstico de curación excelente así como precisar una menor agresividad para su control. En las mujeres asintomáticas, la mastografía sirve para detectar los cambios microscópicos sugestivos de cáncer, como una masa pequeña e irregular, microcalcificaciones, engrosamiento de la piel, distorsión de las estructuras ductales o ligamentarias, o densidad asimétrica. Las masas palpables también pueden tener estas

características, a menudo con espículas periféricas y con retracción del pezón o de la piel cuando está fijo a las estructuras subyacentes.

La mastografía se debe realizar anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada.

A toda mujer que haya tenido un familiar (madre o hermana) con cáncer de mama antes de los 40 años; se le debe realizar un primer estudio de mastografía diez años antes de la edad en que se presentó el cáncer en el familiar y posteriormente de acuerdo a los hallazgos clínicos, el especialista determinará el seguimiento.²²

Cuando la mamografía detecta una lesión sospechosa de cáncer la clasifica dentro de una categoría de BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System), las primeras etapas I y II son benignas, la III es probablemente benigna, mientras la IV y V aumenta la probabilidad de que sean malignas. Muchas ocasiones la mamografía puede revelar lesiones malignas sin que estas se palpen clínicamente.

Las anomalías no palpables detectadas sólo con la mamografía deben evaluarse bajo guía radiológica. En la biopsia con aguja de localización, el radiólogo busca el área sospechosa dirigiendo, con ayuda de la mamografía, un pequeño alambre con un ganchito en la punta hasta el interior de la lesión. Una vez localizada, se fija el alambre a la piel de la paciente y se le transfiere a la sala de operaciones para que el cirujano extirpe la masa y retire la aguja. Se toman radiografías del

²² Secretaría de Salud NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Consultada el 9 de marzo de 2008.

tejido resecaado para verificar si se retiró el área sospechosa o para dirigir la extirpación de otra sección. Después, se examina el tejido en el microscopio en secciones permanentes. Este procedimiento no es difícil, pero tampoco es exacto; además es probable que se retire más tejido del necesario.

Finalmente la autoexploración de mama (AEM), es un procedimiento mediante el cual una mujer explora sus mamas y estructuras accesorias y se puede considerar como parte del diagnóstico oportuno de CaMa ya que el objetivo de la misma es detectar la presencia de alteraciones que pudieran indicar un proceso maligno. Habitualmente la AEM se realiza de una semana a 10 días después del primer día del ciclo menstrual, cuando el tamaño de las mamas es menor y la nodularidad cíclica menos evidente.

Según las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) la autoexploración mensual se recomienda como una herramienta opcional para la detección temprana en mujeres de riesgo promedio sin síntomas y en mujeres mayores de 20 años.²³

La autoexploración sistemática permite descubrir tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o enfermera dado que la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá identificar cualquier pequeño cambio.

El autoexamen se realiza en tres partes:

²³ Breast cancer facts and figures 2007-2008. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2007.

a) Revisión visual frente a un espejo o frente a alguien de confianza que pueda decir lo que ve. El 30% de mujeres en México no tienen un espejo ni un lugar privado en dónde hacerse su autoexamen²⁴

b) Revisión manual de pie

c) Revisión manual acostada

La técnica de autoexploración:

1. En un lugar bien iluminado, evitando las sombras, la mujer debe situarse de pie frente a un espejo con los brazos caídos a ambos lados del cuerpo. Observar sus mamas: simetría, aspecto de la piel. Girarse mientras sigue observando sus mamas de perfil. Buscar zonas de enrojecimiento, resaltes o bultos así como hundimientos u hoyuelos. Observar el aspecto de la piel y comprobar que no se asemeje la piel de naranja. Finalmente, la mujer debe poner su atención en las areolas y los pezones, comprobando que no aparezcan retracciones o hundimientos de los mismos.

2. Mientras sigue frente al espejo, debe repetir el procedimiento anterior pero ahora con las manos en la cadera y posteriormente elevando los brazos (brazos extendidos hacia arriba). En esta posición observar primero de frente y luego girándose hacia uno y otro lado, para comprobar que al elevar los brazos las dos mamas se han elevado simétricamente y presentan un contorno circular y regular sin que aparezcan hundimientos o resaltes en la piel de las mamas o en los pezones.

²⁴ Alemán Escobar ML. Detección del Cáncer de Mama: Aspectos centrales que debe conocer y manejar el personal de enfermería en el primer nivel de atención. Boletín de Información científica para el cuidado en enfermería. [Boletín on-line] Noviembre 2006 [Consultado Enero 2009] Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/boletines/icce_05.pdf

3. Iniciar la palpación de sus mamas. Utilizar para explorarse siempre la mano contraria a la del pecho que va a palpar. Por ejemplo, para explorar la mama derecha deberá deslizar la yema de los tres dedos medios de la mano izquierda, haciendo presión sobre el seno para buscar puntos duros o bolitas. De pie con una mano detrás de la cabeza, explorar el seno con movimientos circulares, empezando por la axila (debe atender especialmente el cuadrante superior externo de la mama, cercano a la axila, por que en esta zona es donde se detectan más de la mitad de los casos de cáncer) hasta terminar en el pezón. Seguir siempre un mismo orden en su palpación.
4. Finalmente, tomar el pezón entre dedos índice y pulgar y presionar para comprobar si sale líquido. En caso de salida de líquido transparente, lechoso o sanguinolento acudir inmediatamente a la unidad de salud.
5. Repetir la exploración en la otra mama, efectuando todas las maniobras anteriores utilizando la mano contraria.

A pesar de que las evidencias acerca del impacto que han tenido la autoexploración y el examen clínico de mama en la detección de la enfermedad son inconsistentes, ambas prácticas pueden ser una herramienta para incrementar la concientización de las mujeres en cuanto a la salud de la mama, y por eso la instrucción formal puede ayudar a detectar el cáncer en etapas más favorables, además pueden ser útiles en los países con una alta prevalencia de tumores en fases avanzadas y que no cuentan con los recursos adecuados para realizar la mastografía.

El examen clínico de las mamas debe ser realizado por médico o enfermera capacitados, en forma anual, a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la usuaria.

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama señala que la prevención secundaria del cáncer de la mama se debe efectuar mediante la autoexploración, el examen clínico y la mastografía.²⁵

4.1.2.5 Tratamientos

El tratamiento puede abarcar desde el local, hasta el sistémico, mediante cirugía, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia.

En términos generales, el tratamiento comprende:

- Cirugía del tumor primario
- Extirpación de los relevos ganglionares axilares
- Utilización de terapias sistémicas con quimioterapia
- Radioterapia en casos específicos

²⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación, México: abril de 2001.

CIRUGIA

La cirugía es el tratamiento de elección en las primeras etapas. El principal objetivo del tratamiento quirúrgico es lograr el control local y regional de la enfermedad e identificar el estadio y determinar la posibilidad de que el cáncer se haya extendido más allá de la mama. La cirugía de mama presenta diferentes técnicas y existe actualmente la tendencia a practicar una cirugía tan conservadora como sea posible. Antes de que un tumor se logre palpar en una revisión clínica se puede observar en la mastografía, lo cual permite realizar un marcaje del sitio donde se observa la lesión y poder extirparlo, lo que se denomina lumpectomía. En esta cirugía se deben tener márgenes de entre 1 cm y como mínimo 3 mm de tejido sano en la extirpación de la lesión para considerar una cirugía como exitosa. Los tumores que ya son palpables, cuando miden idealmente menos de 25 mm se puede realizar el siguiente paso quirúrgico que es la cuadrantectomía, donde se reseca la cuarta parte de la mama.

Cuando el tumor es mayor de 3 cm pero menor de 5, se debe proceder a la extirpación de una mama completa, la cual se llama mastectomía.

El tratamiento quirúrgico depende de la etapa clínica en que se encuentre el proceso (tamaño del tumor, fijación a planos profundos, histología, ganglios, metástasis), los hallazgos en la mastografía (incluida la evidencia de células cancerosas en otras áreas de la mama separadas de la primaria), la localización del tumor, la historia clínica, el tamaño y forma de la mama y las preferencias de la paciente.

- **Mastectomía radical modificada** (también conocida como mastectomía total con vaciamiento ganglionar axilar): Se extirpa la mama entera, más los ganglios linfáticos axilares y la aponeurosis del músculo pectoral mayor, el cual no se reseca. El músculo pectoral menor puede o no resecarse.
- **Mastectomía total** (o mastectomía simple): Se extirpa todo el tejido de la mama, incluidos el pezón, la areola y la aponeurosis del músculo pectoral mayor. No hay vaciamiento ganglionar ni resección de los músculos de la pared torácica.
- **Tumorectomía** (Lumpectomía o escisión): Se extirpa el tejido maligno dejando la mayor parte de la mama. Una *tilectomía* se refiere a una resección amplia, que cubra por lo menos 3 cm de tejido mamario no afectado alrededor del tumor.
- **Escisión amplia** (resección limitada, mastectomía parcial): Escisión del tumor con grandes márgenes de tejido de la mama no afectado
- **Cuadrantectomía** (también conocida como mastectomía parcial): Se reseca todo el cuadrante de la mama que contiene el tumor junto con la piel que lo cubre y la aponeurosis del pectoral mayor.

Por lo general, la cirugía se acompaña de radioterapia y /o de quimioterapia.

Entre los efectos secundarios de la cirugía, se encuentran los siguientes: malestar psicológico añadido al impacto del diagnóstico de cáncer, alteración de la autoimagen por ausencia de la mama y presencia de cicatriz, cambios en el peso,

sensación de rigidez del brazo, pérdida de fuerza y limitación de los movimientos (temporal), entumecimiento e insensibilidad en el tórax, hombro y brazo, que desaparecen al cabo de semanas, meses o pueden ser permanentes, la extirpación de los ganglios linfáticos axilares, puede producir hinchazón del brazo (linfedema).

QUIMIOTERAPIA

Son medicamentos que bloquean y eliminan el crecimiento de las células tumorales. La vía de administración, es la intravenosa. El medicamento es introducido en la sangre, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células tumorales lejos del área de la mama.

Se aplica en ciclos, cada tratamiento es seguido por un período de descanso. El número total de ciclos oscila entre 4 y 8.

Está indicada en los casos en que no haya mejoría con otros tratamientos, en pacientes en las que se desconocen los receptores estrogénicos o cuando hay metástasis múltiples en pulmón o hígado. Los medicamentos que se utilizan con más frecuencia son: Ciclofosfamida; combinación de adriamicina, ciclofosfamida y 5-fluorouracilo; cisplatino y adriamicina combinados; fluoxilo, metrotexate y ciclofosfamida.

- **Quimioterapia Neoadyuvante:** Es la quimioterapia que se administra antes de la cirugía. Está indicada en los cánceres de mama localmente avanzados, y en aquellos que midan más de 3 cm o que tengan adenopatías axilares. Se suele utilizar adriamicina y taxanos. La intención

de la neoadyuvancia es principalmente la disminución del tamaño tumoral para practicar una cirugía conservadora y la valoración de la respuesta a la quimioterapia para posteriores tratamientos.

- **Quimioterapia Adyuvante:** Se administra después de la cirugía. Su indicación depende de los factores pronóstico clásicos que son la edad, el tamaño tumoral, la afectación ganglionar axilar, el grado de diferenciación celular (grado histológico) y los receptores hormonales. Si los ganglios axilares son negativos de infiltración tumoral las pacientes se clasifican en bajo y medio-alto riesgo. Las de bajo riesgo (receptores hormonales positivos, tumores menores de 2 cm, grado medio-alto I histológico y mayores de 35 años no son susceptibles de quimioterapia adyuvante. Las de riesgo (receptores hormonales negativos o receptores hormonales positivos pero con grado II-III histológico y tumores mayores de 2 cm), se benefician de la quimioterapia adyuvante. Las pacientes con ganglios axilares positivos, siempre se benefician de la quimioterapia adyuvante, excepto en mujeres mayores (70-75 años) o que padezcan otras enfermedades que contraindique la quimioterapia.
- **Quimioterapia Paliativa:** La quimioterapia ante una enfermedad diseminada o recaída está indicada de primera línea ante receptores hormonales negativos, enfermedad visceral, intervalo corto desde la cirugía o sintomatología relacionada con la recaída o la metástasis.

Los efectos secundarios dependen de los medicamentos utilizados, la dosis y la duración del tratamiento, sin embargo entre los más comunes se encuentran los

siguientes: Alopecia, neutropenia, mucositis, pérdida del sabor de la comida y aumento del sentido del olfato, náusea y/o vómito, estreñimiento, diarrea, problemas en la piel, dificultad de concentración. Además de efectos a largo plazo como: menopausia precoz, disminución del número de oocitos o células germinales que pueden ser fecundadas, falta de menstruación inducida por la quimioterapia, la toxicidad cardíaca a largo plazo es muy infrecuente porque se toman medidas de precaución.

RADIOTERAPIA

La radioterapia es el uso de radiaciones, para destruir las células malignas que se quedan en el área de la mama después de la cirugía (adyuvante), o para reducir el tamaño del tumor antes del tratamiento quirúrgico (neoadyuvante).

Se puede administrar a través de una máquina situada a cierta distancia del cuerpo (radioterapia externa) o bien a través de un material radioactivo colocado en el interior del tejido a través de agujas (braquiterapia).

Ya que la radioterapia tiene efectos localizados sobre el cáncer de mama, su función es como terapia adyuvante en el control local y regional de la enfermedad, así como en terapias combinadas para la enfermedad avanzada local, regional, o que han hecho metástasis.

Efectos secundarios de la radioterapia: Fatiga, alteraciones en la piel de la zona tratada: enrojecimiento, resequedad y aumento de la sensibilidad, hacia el final del

tratamiento la piel puede aparecer húmeda, (efectos transitorios, la zona se recuperará cuando el tratamiento haya concluido) y linfedema.

HORMONOTERAPIA

Las hormonas favorecen el crecimiento y proliferación de la célula mamaria y algunos tumores mamarios son hormonodependientes, es decir, su desarrollo está influido por la acción de las hormonas. Si éstas se eliminan con medicamentos el tumor dejará de crecer. Se indica en los tumores de mama provocados por las hormonas; estos tumores, constituyen alrededor del 70% de los cánceres de mama.

El empleo de hormonas puede producir: sofocaciones, irritación o resequedad vaginal, irregularidades en la menstruación y coágulos sanguíneos en las venas de las piernas.

TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Un tratamiento actualmente utilizado es el tratamiento biológico o de anticuerpos monoclonales (también denominado terapia biológica orientada o dirigida). Los anticuerpos son parte de la defensa normal del cuerpo contra las bacterias, los virus y las células anormales, como las células cancerosas. Los anticuerpos monoclonales son producidos por células que se desarrollan en un laboratorio y constituyen generalmente una terapia más orientada que la quimioterapia dado que impiden que las células se multipliquen, atacando únicamente las del tumor y

sin tener ningún efecto sobre las células sanas, por lo tanto sus efectos adversos suelen ser poco frecuentes.

4.1.2.6 Prevención

Definitivamente no se puede prevenir algo si se desconoce la causa que lo origina; sin embargo, como medidas preventivas eficaces para evita el cáncer de mama se sugieren las siguientes:

- Realizar exámenes de detección periódicamente
- Mantener peso ideal
- Realizar actividad física moderada de 30 a 60 minutos diariamente
- Comer a diario frutas y verduras, cítricos ricos en vitamina C y A y crucíferas
- Comer productos de grano entero, productos ricos en fibra y legumbres
- Evitar o reducir la ingesta de productos escabechados, curados o ahumados, así como aceite recalentado
- Disminuir el consumo de grasa
- No consumir más de 2 copas diarias de bebidas con alcohol
- Amamantar a los hijos por tres meses o más sin darles otros alimentos

Por otra parte si se tiene factores de riesgo no modificables el objetivo de la prevención primaria es evitar que aparezca la enfermedad y se debe incluir la quimioprevención y la profilaxis quirúrgica.

La mastectomía profiláctica se está realizando en mujeres de alto riesgo de cáncer de mama, sobretodo en Norteamérica, ésta debe incluir la extirpación de toda la mama, incluyendo el complejo areola-pezón. Existen diferencias claras en la aceptación entre mujeres europeas y norteamericanas, pero hay pocos estudios de calidad de vida de estas mujeres. ¹⁶

Actividades de enfermería para la detección oportuna

Por sus características profesionales y humanísticas, el personal de enfermería tiene un papel muy importante en el acercamiento de los servicios de salud a la comunidad. Sus intervenciones principales son:

- Orientación y consejería: motivación para el autocuidado.
- Enseñar a la usuaria la técnica de autoexploración.
- Indicar a la usuaria que todo abultamiento o signo encontrado debe ser examinado por el personal de enfermería o médico lo más pronto posible.
- Identificar factores de riesgo en la usuaria y referirla a la consulta médica.
- Hacer el seguimiento de casos detectados (visitas domiciliarias) con énfasis en el apego al tratamiento. (trabajar en equipo)
- Acciones de promoción y fomento a la salud: información, comunicación y difusión de contenidos relacionados con la detección del Ca de mama.
- Pláticas grupales e individuales aprovechando testimonios de pacientes de Ca de mama.

- Difusión de los beneficios de la detección oportuna a través de distintos medios de comunicación (periódicos murales, carteles, folletos)²⁶.

4.2. Generalidades de la sexualidad humana

En el lenguaje coloquial la palabra *sexo* se usa con frecuencia para aludir al varón o a la hembra (sexo biológico) o para referirse a una actividad física en la que interviene el aparato genital (hacer el acto sexual). Por regla general, la palabra *sexualidad* se emplea con un significado más amplio que el vocablo *sexo*, ya que pretende abarcar todos los planos del ser sexual. Al hablar de sexualidad nos referimos a una *dimensión de la personalidad* y no exclusivamente a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica.

Somos sexuados desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Todas las personas somos distintas, así como las sociedades, y la forma de manifestar la sexualidad es muy diferente en cada uno de nosotros.

Dimensión biológica de la sexualidad

La dimensión biológica de la sexualidad en el ser humano, provee del sustrato anatómico fisiológico sobre el que se desarrollarán los distintos matices de la sexualidad de la persona.

²⁶ Alemán Escobar ML. Detección del Cáncer de Mama: Aspectos centrales que debe conocer y manejar el personal de enfermería en el primer nivel de atención. Boletín de Información científica para el cuidado en enfermería. Instituto Nacional de Salud Pública. México Noviembre 2006 [Consultado Enero 2009] Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/boletines/icce_05.pdf

La dimensión biológica es crucial en distintos ámbitos de la vida sexual, como son: la procreación, el deseo sexual, la respuesta sexual, etc. Todos ellos están influenciados por la anatomía sexual. Así mismo la alteración física o fisiológica puede conllevar distintos trastornos sexuales o enfermedades, que afecten a la vida sexual de la persona.

Para fines de este estudio se define relación sexual como la dimensión biológica de la sexualidad humana con fines de procreación o satisfacción, que incluye el deseo sexual y la respuesta sexual de la pareja. Es decir, es la atracción sexual de una persona hacia otra, con el fin de tener contacto íntimo y que va desde caricias, besos, palabras; hasta la excitación y/o el orgasmo.

Sistema genético: La carga cromosómica del genoma humano "XX" "XY", que se define en la fecundación, es uno de los factores determinantes en la dimensión biológica del sexo de la persona.

Sistema hormonal: El sistema endocrino, gracias a las glándulas endocrinas es el encargado de mantener los niveles de hormonas necesarios para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. Concretamente las hormonas más directamente implicadas en la sexualidad humana son: la testosterona, la progesterona y los estrógenos.

Estos tres tipos de hormonas están presentes tanto en las mujeres como en los hombres, aunque en diferentes cantidades y proporciones, de modo que los hombres poseen principalmente testosterona y una pequeña cantidad de

estrógenos y progesterona, al contrario las mujeres segregan en su mayoría estrógenos y progesterona y sólo una pequeña cantidad de testosterona.

Los niveles de hormonas sexuales también varían de una persona a otra y dependiendo de los momentos de la vida.

Dimensión psicológica de la sexualidad

La mente humana juega un papel fundamental en nuestro modo de vivir y sentir nuestra sexualidad. Nuestra forma de percibir la belleza, nuestras ideas sobre lo que está bien o mal en cuanto al sexo, nuestra personalidad, nuestras convicciones, el temperamento de cada persona, son factores decisivos en nuestras relaciones sexuales. Nuestra propia identidad sexual, nuestra orientación sexual, depende en gran manera de nuestro modo de vernos y entendernos psicológicamente en relación a lo sexual.

Dimensión social de la sexualidad

La dimensión social, engloba el papel fundamental que ejerce la familia, los amigos, la educación recibida en la escuela, la religión, etc, sobre la sexualidad.

Las distintas sociedades poseen modelos distintos de entender y vivir la sexualidad.

En la vida diaria, la sexualidad cumple un papel muy importante, ya que, desde el punto de vista emocional, afectivo y social, va mucho más allá de la finalidad

reproductiva y compromete la vida de pareja, de familia, y los lazos afectivos interpersonales.

Estudio de la sexualidad

A pesar de impregnar todos los aspectos de la vida física y psíquica del ser humano, la historia de la sexualidad no ha sido materia de estudio formal sino hasta mediados del siglo XIX. Además, el acercamiento de los estudiosos y eruditos negaba todo concepto de placer sexual y fisiología, centrando el interés en lo puramente patológico. Estudiando las enfermedades y desviaciones (trastornos sexuales).

Esta negación del sexo en positivo (tanto a nivel científico como religioso), provocó un dualismo social, en el que las personas mantenían una doble moralidad, existiendo dos realidades sexuales: la teórica y la práctica.

Los cambios en la mentalidad y las nuevas concepciones de la persona de fines del siglo XIX han incitado a la ciencia a investigar y considerar la sexualidad como una realidad humana, capaz de unir la dimensión biológica y social del ser humano. Hasta ese momento la sexualidad se había vinculado únicamente a la reproducción y solamente por ésta se justificaban las relaciones sexuales. El sexo se regulaba por las normas morales de una sociedad aparentemente puritana.

La ciencia del siglo XX, ha iniciado también el camino hacia lograr una formulación científica de la sexualidad humana, sin embargo ha resultado una tarea poco sencilla debido principalmente a la naturaleza abstracta de la sexualidad y por lo

tanto se presenta la dificultad para medir de manera objetiva los fenómenos de la misma.

Cuando una dimensión humana, como es el caso de la sexualidad, se manifiesta en varios de los niveles estudiados, es posible que distintos científicos estudien la misma cosa, pero con metodologías distintas. Además la complejidad de la condición humana hace extremadamente difícil el estudio objetivo de algún aspecto humano

El Informe Kinsey de la década de los 50 y los estudios de Masters y Johnson en los 60 marcan el inicio de la revolución en el estudio de la sexualidad. Estos últimos estudiaron en un laboratorio, por primera vez en la historia, las reacciones sexuales fisiológicas del hombre y la mujer.

Finalmente otro de los problemas a los que nos enfrentamos al realizar investigación relacionada con la sexualidad, es que en una sociedad como la nuestra, continúa siendo un tema tabú.

4.2.1 Concepto

Como lo menciona Rubio Auriol los conceptos de sexualidad no son fácilmente identificables en los escritos de los diversos autores que han abordado el tema. Con frecuencia los autores empiezan a hablar de sexualidad asumiendo simplemente que se comprenden con claridad conceptos manejados de manera implícita.²⁷

²⁷ Rubio Auriol E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En: Pérez Fernández C, coordinador. Antología de la sexualidad humana. TIII México: Porrúa-CONAPO; 1994.

La sexualidad es un concepto complejo. No se refiere únicamente al líbido, deseo o actividad sexual, sino que también incluye conceptos como imagen corporal, autoestima, estado de ánimo, apoyo, conexión emocional e intimidad.

Es además un proceso continuado a lo largo de la vida, influido por multitud de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales. Es una vivencia íntima de lo que sentimos ser, de lo que nos atrae y, también, todo un repertorio de gestos de relación y convivencia con los otros.²⁸

A partir de lo anterior podemos definir a la **sexualidad** como **una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.**

Es importante resaltar que ninguna dimensión de la sexualidad, tomada aisladamente, tiene validez si es que se pretende hacer un estudio integral de la misma.

4.2.2 Sexualidad y enfermedad

Un proceso de enfermedad tiene posibilidades muy variadas de afectar la sexualidad, preocupaciones relacionadas con la muerte y problemas financieros pueden bloquear la habilidad para pensar en cualquier otra cosa. La enfermedad

²⁸ González Correales S. Los médicos y la sexualidad: Una breve revisión histórica. En: Castelo-Branco C, coordinador. Sexualidad Humana una Aproximación integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p.123-36.

tiene la capacidad de influenciar la autoestima de la persona al forzarla a cambiar de rol, impedirle continuar con su actividad laboral y volverla dependiente de otros. La depresión puede disminuir los niveles de energía o exacerbar la fatiga causada por los tratamientos. El dolor o alguna otra incomodidad física pueden interferir con la respuesta sexual.

En general, las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases de deseo y excitación sexual. Algunas enfermedades producen pérdida del interés sexual en etapas tempranas; por el contrario, otras patologías conservan la libido hasta etapas avanzadas de la enfermedad. En ocasiones, las enfermedades son utilizadas para poner fin a una sexualidad no satisfactoria y mantenida por obligación.

Aunque una parte significativa de los enfermos crónicos presenta algún tipo de disfunción sexual, la mayoría de las personas que los atienden no plantean, abiertamente, este problema. Por tanto, es importante que el personal de salud tenga en cuenta estas consideraciones si quiere prestar una atención integral a sus pacientes.

Las personas que tienen una enfermedad crónica pueden sentirse cansadas y deprimidas durante bastante tiempo. Es posible que tengan dolor, rigidez en alguna parte del cuerpo o dificultad para dormir. En ocasiones son necesarios medicamentos u otros tratamientos que afectan su vida sexual. Al someterse a una cirugía hay posibilidades de que la apariencia de su cuerpo cambie.

A consecuencia de todo lo anterior se puede tener menos interés por el sexo o no disfrutar de la vida sexual del mismo modo que solían hacerlo.

Las enfermedades crónicas con frecuencia están asociadas con disfunciones sexuales. En estas alteraciones de la sexualidad influyen en su desarrollo factores tanto físicos, como psicológicos. Los factores físicos incluyen los derivados de la propia enfermedad y las terapias empleadas ya sean quirúrgicas o médicas. Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad, y sobre todo de distrés o depresión asociada a la propia enfermedad.

Es importante tener en cuenta que los factores orgánicos no afectan de la misma manera a hombres y mujeres ni ejercen los mismos efectos sobre la respuesta sexual; por lo tanto hay que valorar las diferencias individuales, ya que un mismo proceso físico puede ejercer efectos completamente distintos sobre diferentes personas en función de su personalidad, historia sexual, sexualidad previa, etc.

4.2.3 El impacto del Cáncer de Mama en la sexualidad

El cáncer de mama y sus tratamientos tienen el potencial de afectar de diversas maneras la sexualidad, la intimidad y la respuesta sexual. Los niveles de energía y las actividades de la mujer pueden cambiar, las preocupaciones del proceso de enfermedad se pueden interponer en la vida diaria, además otros factores estresantes como dolor, tristeza, problemas financieros y efectos secundarios de los tratamientos tendrán su propio impacto. El CaMa puede cambiar la manera en la que la mujer ve su cuerpo y en qué tan atractiva se sienta. La manera en que la

mujer y su pareja manejen el proceso de enfermedad también puede alterar los sentimientos y las actitudes respecto a la sexualidad.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, porque que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos (y la amenaza que puede suponer para la vida), la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva. Estas alteraciones debidas al cáncer influyen de forma negativa en la imagen que la mujer tiene de su cuerpo (Anderson y Johnson, 1994; Carlsson y Hamrin, 1994; Freedman, 1994; Stanton y Reed, 2003), además de producir trastornos afectivos y alteraciones en la sexualidad y la autoestima

Aunque la mayoría de los tipos de cáncer tienen secuelas físicas importantes y en muchos casos el tratamiento necesario (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) produce alteraciones corporales significativas, se ha venido prestando especial atención en la literatura al tema de la imagen corporal y el cáncer de mama, probablemente por dos razones: a) por su importancia epidemiológica y su -cada vez mayor- carácter crónico y, b) por las importantes connotaciones psicosociales que conlleva para la mujer. En este sentido, el pecho tiene una importancia crucial en la identidad femenina. Para muchas mujeres son los senos lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de la feminidad (Carver, Pozo-Kaderman, Price, Noriega, Harris, Derhagopian, et al.,

1998). Además, el pecho de la mujer está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; por último, el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos. Además, no hay que olvidar que, en las sociedades occidentales, la imagen física de las mujeres constituye una parte importante de su valoración social, y es un componente importante de su identidad personal (Sebastián, Bueno y Mateos, 2002). Por ello, se comprueba una mayor susceptibilidad de las mujeres frente a los varones en el tema de su imagen o atractivo físico y de su propio valor, que también se pone de manifiesto en el tema que nos ocupa (Roberts, Piper, Denny y Cuddeback, 1997).

Gran parte de la investigación relacionada al CaMa y la sexualidad ha intentado describir los efectos de tratamientos específicos sobre la sexualidad, y comparar el grado de disfunción que cada uno de ellos provoca. Estos son intentos válidos para proporcionar información que pueda ser de ayuda al momento en que la mujer con cáncer de mama tenga que tomar una decisión respecto a su tratamiento, sin embargo esta información debe ser interpretada cuidadosamente dadas las limitaciones metodológicas de estos estudios.²⁹

Todos los tratamientos pueden afectar potencialmente de manera negativa la sexualidad de la mujer.

²⁹ Harwood K, O'Connor A. Sexuality and breast cancer: Overview of issues. *Innov Oncol Nurs* 1994; 10 (23)

Un punto muy relevante es la menopausia prematura causada por la quimioterapia, ya que ésta trae los mismos cambios que acontecen con una menopausia natural, pero en forma abrupta en vez de gradualmente. Esto puede ser desconcertante para la mujer. La reducción en la producción de estrógenos generalmente disminuye el deseo sexual, y reduce la lubricación, la elasticidad e incluso el tamaño de la vagina. Como las paredes de la vagina tienden a adelgazarse con la reducción de estrógenos, el acto sexual puede volverse doloroso y en algunas ocasiones causar sangrado.

Schover menciona que la menopausia inducida por las terapias sistémicas, es una de las causas principales que provoca disfunción en el área sexual.

4.2.4 Participación de Enfermería en la atención de la sexualidad de la mujer con CaMa

Robin Lally, una enfermera oncológica experta comenta que a pesar de que la enfermera encargada del cuidado de un paciente no siempre va a encontrar solución a los problemas de disfunción sexual, sí es su responsabilidad mantener en discusión este importante tema que tiene que ver con la calidad de vida, además de hacer la referencia y brindar los recursos de información útiles al paciente. Pero es importante tener en cuenta que la enfermera primero debe desarrollar un nivel adecuado de confianza para tratar el tema de la sexualidad.

Linda Robertson, coordinadora del Grupo de Estudio de la Sexualidad en la Sociedad de Enfermería Oncológica recomienda que las enfermeras recuerden la primera vez que colocaron un orinal o que dieron un baño de esponja. Así como

en algún momento esas eran interacciones un tanto incómodas, se volvieron parte de la rutina; de la misma manera debe de ser el valorar y asesorar acerca de la función sexual.

Muy frecuentemente enfermería es el personal con quien la mujer más interactúa a lo largo de la trayectoria de la enfermedad. La enfermera es el profesional más apropiado para valorar de manera consistente cuestiones como: afrontamiento, ansiedad, adaptación, etc., por lo tanto está situada en el punto ideal para preguntar respecto a situaciones relacionadas con la autoimagen e identificar problemas o dudas en diferentes áreas de la salud de las mujeres con CaMa.

Finalmente lo que la literatura propone en su mayoría, es que el personal de salud no omita educar a la mujer y su pareja acerca de los efectos adversos que tienen en la sexualidad los tratamientos, así como los cambios que se pueden presentar en esta área como consecuencia del proceso de enfermedad.

Valorar la sexualidad de la mujer con cáncer de mama, cuestionando de manera respetuosa acerca de inquietudes o dudas fomentará la apertura del tema y la prevención de complicaciones provocadas por la falta de información.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE INVESTIGACION

Es un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal.

5.2 POBLACIÓN

Población

La constituyen las mujeres con cáncer de mama que cumplieron los criterios de inclusión del estudio “Impacto del Apoyo Familiar y la Personalidad en las Respuestas Adaptativas de Cuidado en Mujeres con Cáncer de Mama” NEEGPSP-UNAM SDEI.PTID.05.3 y que se atendieron en el INCan durante el año 2008. Las cuales fueron 156.

Muestra

Por medio de un muestreo probabilístico se fueron eligiendo al azar los sujetos de estudio, a quienes se les pedía el consentimiento informado, de tal manera que 14 mujeres contestaron el instrumento; 2 se eliminaron por no cumplir con los criterios de inclusión al momento de contestar el instrumento, al final 12 sujetos de estudio conformaron la muestra.

Criterios de inclusión

- Mujer con cáncer de mama de máximo un año (12 meses) de diagnóstico
- Estar en tratamiento
- Saber leer y escribir
- Vivir en el Distrito Federal o área metropolitana
- Deseo de participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres con más de 12 meses de diagnóstico
- Mujeres sin tratamiento
- Mujeres que no quisieran participar.

Criterios de eliminación

- Mujeres que no llenen todos los reactivos del cuestionario
- Mujeres que decidan retirarse del estudio

5.3 VARIABLE

Creencias y prácticas sobre sexualidad

- ✓ Dimensión General: Creencias de mujeres con cáncer de mama sobre la sexualidad humana
- ✓ Dimensión Específica: Prácticas de mujeres con cáncer de mama sobre su propia sexualidad durante el padecimiento

5.3.1 Indicadores de la variable

Dimensión General

- Información sobre las relaciones sexuales y el cáncer de mama.
- Importancia de las relaciones sexuales.
- Afectación en la vida sexual.
- Calidad de vida sexual.
- Relaciones sexuales sin deseo.
- Libertad en las parejas para hablar de sexo.
- Disminución del valor sexual de una mujer con CaMa.
- Búsqueda y fuentes de información sobre relaciones sexuales y CaMa.

- Factores que dificultan la sexualidad en mujeres con CaMa.
- Creencia y práctica con relación al CaMa y la sexualidad.

Dimensión Específica:

- Relaciones sexuales durante los tratamientos.
- Relaciones sexuales posterior a los tratamientos.
- Presencia de cambios en las relaciones sexuales.
- Comunicación hacia la (s) personas sobre cambios en las relaciones sexuales.
- Razón por la que no habla de los cambios en las relaciones sexuales.
- Tipo de contacto físico con la pareja.
- Calificación otorgada a las relaciones sexuales antes del CaMa
- Calificación otorgada a las relaciones sexuales actualmente.

5.3.2 Operación de la variable

Definición Conceptual

Sexualidad: Serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Creencias: De acuerdo con Rokeach (1976), “Toda creencia es una predisposición a la acción y una actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación”. Con lo anterior podemos decir que las creencias son parte esencial de las actitudes, puesto que otorgan una cualidad positiva o negativa al objeto o situación hacia las que éstas se orientan. Las creencias también implican expectativas, que regulan nuestras acciones ante el mundo.

Existe la disposición a afirmarla verbalmente si realmente se cree en ella y si la situación lo amerita, permitirá su exteriorización. Por lo que:

- No toda creencia es un acto o una ocurrencia que existe solo mientras se manifiesta en un momento dado, sino que hay creencias latentes o inconscientes.
- Las creencias de una persona provienen de comportamientos observados de otros o de sí mismo, pero un comportamiento reiterado no nos conduce necesariamente a conocer la creencia correspondiente.

Las creencias al ser un estado proveniente del interior del sujeto, pueden explicar comportamientos diferentes ante estímulos variados, por lo que las creencias determinan una estructura general de conducta, guían y orientan acciones

Prácticas: Son el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales y mentales) que dan respuesta a los estímulos del ambiente en el que interactúa el individuo. Las prácticas se encuentran relacionadas con el comportamiento, conductas, procedimientos, reacciones y actitudes, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que él participa.

Esto al compartirse con un grupo, con cualidades similares, determinará la forma en que tomará parte en las acciones u eventos que acontecen en el lugar donde se vive.

Definición Operacional

Para medir las creencias y prácticas de sexualidad se elaboró un cuestionario con base a la literatura, el cual se titula “Creencias y prácticas sobre la sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama”

Dimensión General: Creencias de mujeres con cáncer de mama sobre la sexualidad		
Indicador	Tipo de variable	Escala
Información sobre las relaciones sexuales y el cáncer de mama.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Importancia de las relaciones sexuales.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Afectación en la vida sexual.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Calidad de vida sexual.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Relaciones sexuales sin deseo.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Libertad en las parejas para hablar de sexo.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Disminución del valor sexual de una mujer con CaMa.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Búsqueda y fuentes de información sobre relaciones sexuales y CaMa.	Cualitativa	<p>Categoría</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, en folletos. • Sí, en grupos de apoyo locales. • Sí, en grupos de apoyo internacionales. • Sí, en internet o libros. • No he buscado información
Factores que dificultan la sexualidad en mujeres con CaMa.	Cualitativa	<p>Categoría</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay suficiente comprensión por parte de la pareja. Su pareja las abandona. • No hay buena comunicación con la pareja. • La mujer pierde su feminidad. • La disminución o ausencia de relaciones sexuales. • La disminución o ausencia de deseo sexual • Los tratamientos. (Cirugía, quimioterapia, radioterapia)

Dimensión Específica: Prácticas de mujeres con cáncer de mama sobre su propia sexualidad durante el padecimiento		
Relaciones sexuales durante los tratamientos.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Relaciones sexuales posterior a los tratamientos.	Cualitativa	Dicotómica: Sí, No
Presencia de cambios en las relaciones sexuales.	Cualitativa	<p>Categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución o falta de deseo sexual • Incomodidad durante las relaciones sexuales • Dolor • Vergüenza • Miedo a que la actividad sexual le cause daño. • Usted se encuentra más concentrada en otros aspectos (económicos, tratamiento, etc.) • Su pareja no le ha pedido tener relaciones sexuales
Comunicación hacia la (s) personas sobre cambios en las relaciones sexuales.	Cualitativa	<p>Categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí, con mi pareja. • Sí, con un integrante del equipo de salud. • Sí, con un familiar o amiga. • No he hablado del tema con nadie
Razón por la que no habla de los cambios en las relaciones sexuales.	Cualitativa	<p>Categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me da pena preguntar. • El personal de salud se encuentra muy ocupado. • El personal de salud no me ha sabido responder. • No quiero incomodar a otras personas con este tipo de preguntas

Tipo de contacto físico con la pareja.	Cualitativa	<p>Categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Abrazos •Besos •Caricias •Coito •Otro •No tenemos contacto físico
Calificación otorgada a las relaciones sexuales antes del CaMa	Cuantitativa	Intervalar=Discontinua
Calificación otorgada a las relaciones sexuales actualmente.	Cuantitativa	Intervalar=Discontinua
Sentir con relación al CaMa y la sexualidad.	Cualitativa	<p>Categoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> •“Estoy agradecida de estar viva y cuestiones como la sexualidad son cosas de las que no debo ocuparme” •“Me he sentido temerosa de que el cáncer y el tratamiento afecten mi sexualidad” •“El cáncer es una experiencia que ha fortalecido los lazos de intimidad con mi pareja” •“El cáncer me ha quitado toda posibilidad de relacionarme sexualmente con mi pareja” •“La sexualidad es uno de los aspectos en los que he tenido que hacer ajustes debido al cáncer.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

5.4.1 Técnicas

Se aplicó la técnica de cuestionario autoadministrado en grupos pequeños (de 2-5 personas) y en caso necesario, por las características de las participantes (mujeres en tratamiento como quimioterapia y/o radioterapia que tienen efectos sobre el nivel de energía y la agudeza visual) se utilizó el método de entrevista personal.

5.4.2 Instrumentos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, con base a la literatura, el cual se tituló “Creencias y prácticas sobre la sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama”

Se aplicó una prueba piloto a 4 pacientes. A partir de las observaciones se modificó la redacción de la pregunta número 9, y se agregó una opción más de respuesta en la pregunta número 18.

Dicho instrumento es estructurado con preguntas cerradas de las cuales 9 son de tipo dicotómico y 9 son de opción múltiple.

Los 7 primeros reactivos se refieren a datos sociodemográficos: Edad, ocupación, lugar de origen, escolaridad, religión, estado civil y tratamiento que recibe actualmente.

Los siguientes 18 ítems miden **las variables creencias y prácticas de sexualidad**; los primeros 9 así como el último reactivo corresponden a la dimensión general (creencias) y se refieren a información relativa a la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama; los últimos 9 reactivos corresponden a la dimensión específica (prácticas) y se refieren a información relativa a la sexualidad de la propia mujer con el padecimiento; sumando un total de 25 reactivos.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de esta investigación nos adherimos a los principios de la “Declaración de Helsinki”¹ y a los de “La ley General de Salud”², Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Esta investigación se considera de riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21.

¹ Asociación Médica Mundial, “DECLARACIÓN DE HELSINKI. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989; 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996; y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

² Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Diario Oficial. México. 19 de junio de 2003

No obstante, se solicitó el consentimiento informado a cada una de las participantes y les informamos que estamos estudiando las creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama.

Asimismo les fue informado que no realizaremos procedimiento de diagnóstico o de tratamiento y que no tomaremos ningún tipo de muestra biológica como sangre, suero, orina, saliva, cabello, etc.

Les informamos que esta investigación no representa ningún riesgo para su salud, ni para su integridad física o moral.

Se les explicó además, que toda pregunta, duda o aclaración, será respondida a plena satisfacción por el responsable de este proyecto y que además la firma de la “Carta de consentimiento” no compromete al aceptante absolutamente a nada, ni siquiera a terminar de contestar el cuestionario y se le garantizó que no tendría represalia alguna, ni se le condicionaría ningún tipo de servicio o de atención médica o de enfermería.

Además, se le informó que no se divulgará ningún dato de manera individual y que toda la información que proporcione se analizará de manera conjunta y únicamente con fines estadísticos.

Finalmente se dejó muy claro que su participación es plenamente voluntaria y que no recibirá a cambio pago alguno ni en producto ni en especie a cambio de su participación en este proyecto de investigación.

La investigación atenderá a los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, veracidad, privacidad y confidencialidad, señalados en el código ético de Enfermería. Por otro lado sustentará su ejecución en el marco de lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud en los artículos 34, 36, 38 y 39 que se refieren reportar riesgo mínimo para los sujetos de estudio, al consentimiento informado, al anonimato y a la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio.

7. RECURSOS

7.1 Humanos

Una pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y un asesor metodológico

7.2 Materiales

Computadora, instrumentos de recolección de información, lápices y hojas blancas.

7.3 Financieros

Los recursos financieros para la elaboración de la presente investigación fueron cubiertos por la autora y adicionalmente se recibió un apoyo económico como becaria del proyecto: Impacto del Apoyo Familiar y la Personalidad en las Respuestas Adaptativas de Cuidado en Mujeres con Cáncer de Mama NEEGPSP-UNAM SDEI.PTID.05.3

7.4. CRONOGRAMA DEL PROYECTO DE TESIS

	Enero				Marzo				Abril				Junio				Agosto				
Actividad	2009																				
Problema	■	■	■	■																	
Objetivos	■	■	■	■																	
Material y métodos					■	■	■	■													
Instrumento					■	■	■	■	■												
Marco conceptual									■	■	■	■	■								
Recolección de datos													■	■							
Presentación de la información														■	■	■	■				
Análisis e Interpretación																	■	■	■		
Conclusiones y Recomendaciones																		■	■		

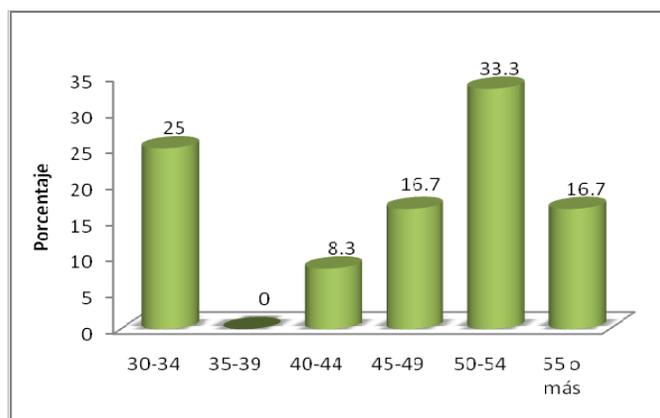
8. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Cuadro 1
Edad de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009

Intervalo – Edad	Fi	fr (%)
30-34	3	25
35-39	0	0
40-44	1	8.3
45-49	2	16.7
50-54	4	33.3
55 o más	2	16.7
Total	12	100

Fuente: Instrumento “Creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama” González CBC y Tapia MH. 2008 utilizado para la Investigación: “Creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, México 2008”.

Gráfica # 1
Edad de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009



Fuente: Instrumento “Creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama” González CBC y Tapia MH. 2008 utilizado para la Investigación: “Creencias y prácticas sobre sexualidad de mujeres mexicanas con cáncer de mama atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, México, 2008”.

Descripción: En esta gráfica se presenta la edad de las mujeres encuestadas donde se observa que el grupo de edad con más porcentaje fue el de 50 a 54 años con 33% y el de menor porcentaje lo tuvo el grupo de 35 a 39 años.

Cuadro 2
Ocupación de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	12	100
TOTAL	12	100

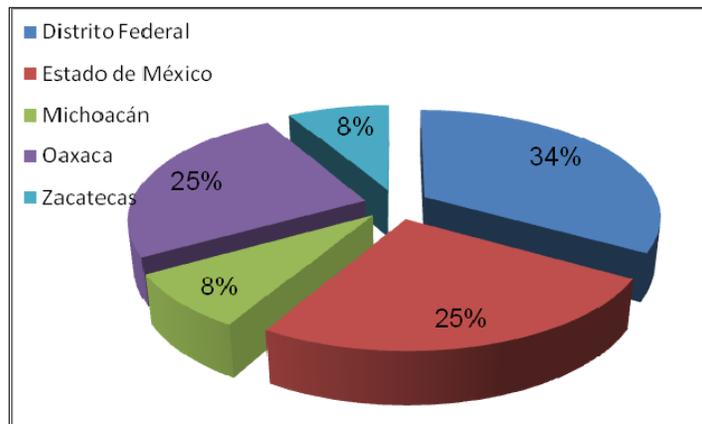
Fuente: Misma del cuadro 1

Cuadro 3
Lugar de origen de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009

Lugar de Origen	Frecuencia	Porcentaje
Distrito Federal	4	33.33
Estado de México	3	25
Michoacán	1	8.33
Oaxaca	3	25
Zacatecas	1	8.33
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 3
Lugar de origen de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

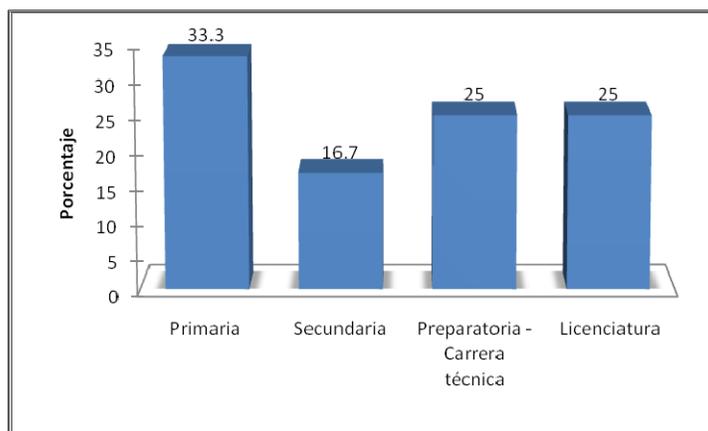
Descripción: Esta gráfica representa el lugar de origen de las mujeres participantes en el estudio, el grupo con más porcentaje fue el de las nacidas en el Distrito Federal con 34% y el de menor porcentaje lo obtuvieron las mujeres originarias de Zacatecas y Michoacán con 8% cada uno.

Cuadro 4
Nivel de Escolaridad de las mujeres con CaMa participantes en el estudio 2009

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	33.33
Secundaria	2	16.67
Preparatoria – Carrera técnica	3	25
Licenciatura	3	25
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 4
Nivel de Escolaridad de las mujeres con CaMa participantes en el estudio 2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

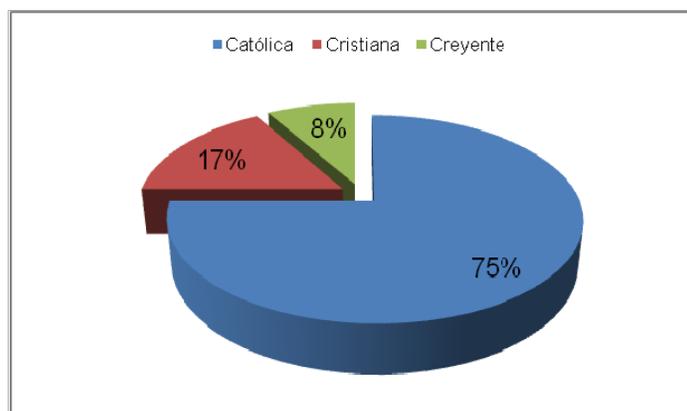
Descripción: El gráfico anterior muestra la escolaridad de las encuestadas y refleja que el 33% (4 pacientes), tienen estudios de primaria y casi el 17% estudió la secundaria, siendo respectivamente el mayor y menor porcentaje.

Cuadro 5
Religión de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	9	75
Cristiana	2	16.67
Creyente	1	8.33
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 5
Religión de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

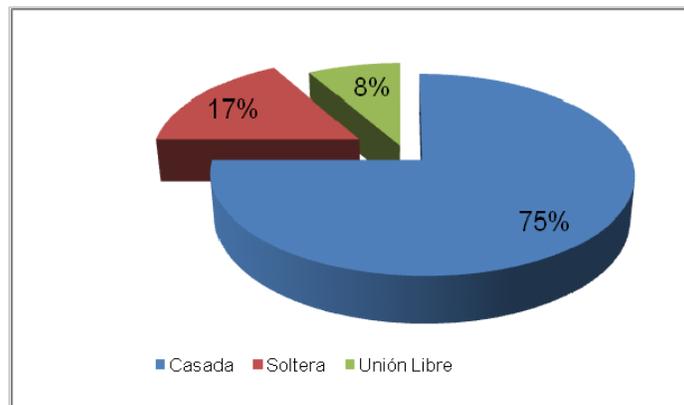
Descripción: La religión de las mujeres participantes del estudio fue en su gran mayoría católica teniendo este grupo un porcentaje de 75% mientras que la menor proporción la ocuparon las mujeres que se declaran como creyentes 8%.

Cuadro 6
Estado Civil de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	9	75
Soltera	2	16.67
Unión Libre	1	8.33
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 6
Estado Civil de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

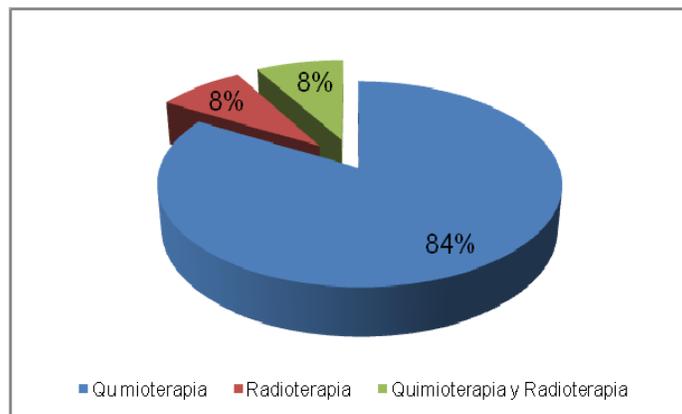
Descripción: En esta gráfica se indica el estado civil de las encuestada, se aprecia que el 75% de ellas es casada y 8% vive en un unión libre.

Cuadro 7
Tratamiento actual de las mujeres con CaMa participantes en el estudio 2009

Tratamiento actual	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	10	83.33
Radioterapia	1	8.33
Quimioterapia y Radioterapia	1	8.33
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 7
Tratamiento actual de las mujeres con CaMa participantes en el estudio 2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

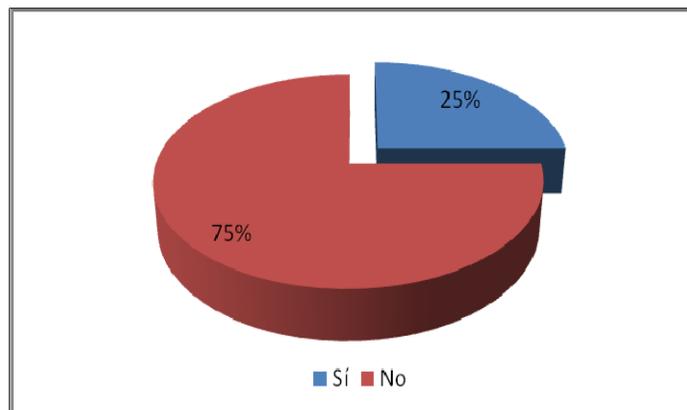
Descripción: El tratamiento que recibía la mayoría de las mujeres encuestadas fue la quimioterapia con 84%, mientras que la menor proporción del tratamiento fue radioterapia y el tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia con un 8%.

Cuadro 8
 Información suficiente para las mujeres con CaMa participantes en el estudio
 2009

Información suficiente	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	25
No	9	75
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 8
 Información suficiente para las mujeres con CaMa participantes en el estudio
 2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

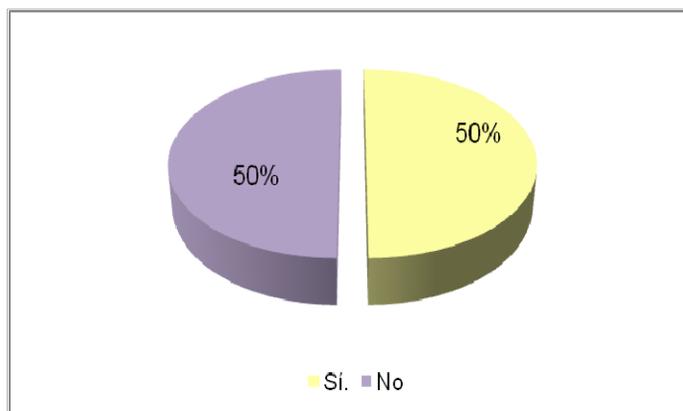
Descripción: En esta gráfica se indica la opinión de las mujeres encuestadas acerca de la existencia de suficiente información sobre las relaciones sexuales y el cáncer de mama. El 75% de ellas cree que no hay suficiente información acerca de este tema y el restante 25% de las mujeres opinan que sí hay suficiente información.

Cuadro 9
 Importancia de las relaciones sexuales para las mujeres con CaMa participantes
 en el estudio
 2009

Importancia de relaciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí.	6	50
No	6	50
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 9
 Importancia de las relaciones sexuales para las mujeres con CaMa participantes
 en el estudio
 2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

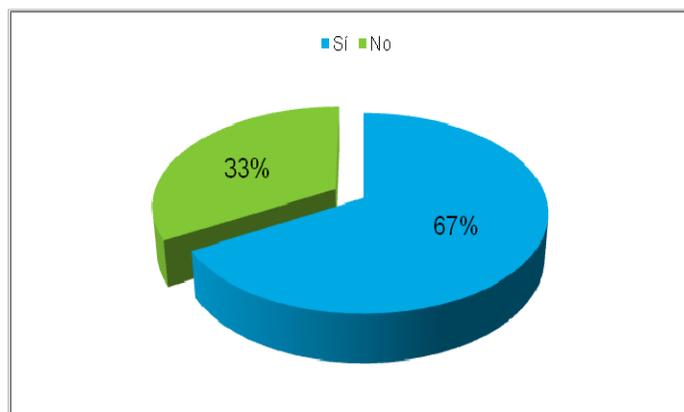
Descripción: Al ser cuestionada respecto a la importancia de las relaciones sexuales en la vida de las mujeres con cáncer de mama, el 50% manifestó que sí son importantes y la misma proporción, 50% opinó lo contrario.

Cuadro 10
Afectación de la vida sexual de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009

CaMa afecta vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
Sí	8	66.7
No	4	33.3
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 10
Afectación de la vida sexual de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

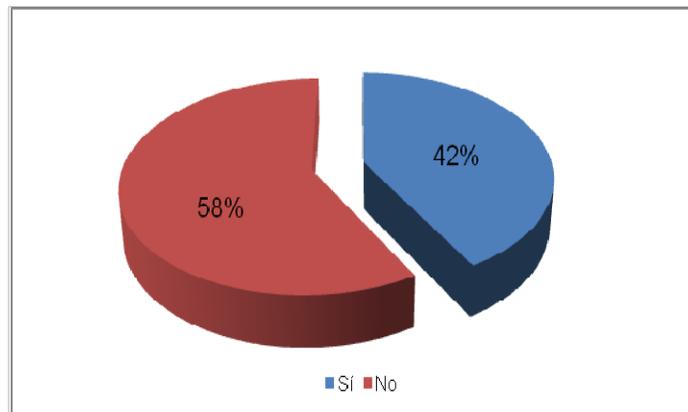
Descripción: Esta gráfica indica que el 67% de las mujeres encuestadas cree que la vida sexual de las mujeres con CaMa se ve afectada por la enfermedad, mientras que el 33% cree que no hay afectación a la vida sexual.

Cuadro 11
Disminución en la calidad de la vida sexual de las mujeres con CaMa participantes
en el estudio
2009

Vida sexual de menor calidad	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	41.7
No	7	58.3
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 11
Disminución en la calidad de la vida sexual de las mujeres con CaMa participantes
en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

Descripción: En cuanto a que el CaMa provoque que las mujeres que lo padecen tengan una vida sexual menos satisfactoria/de menor calidad, el 42% considera que esto es cierto y el 58% de las mujeres cree que el CaMa no tiene este efecto sobre la vida sexual.

Cuadro 12
Relaciones sexuales sin deseo de las mujeres con CaMa participantes en el estudio

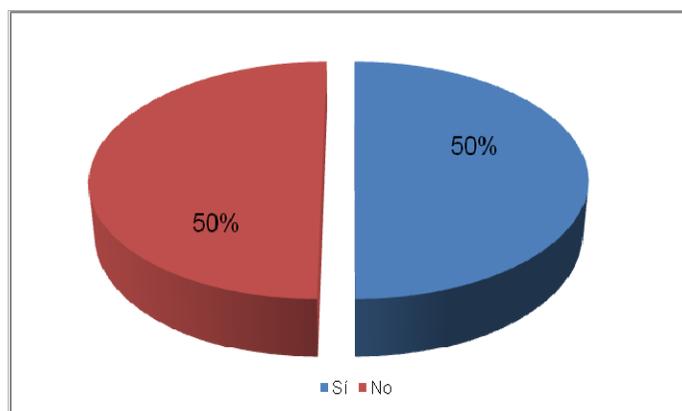
2009

Relaciones sin deseo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	50
No	6	50
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 12
Relaciones sexuales sin deseo de las mujeres con CaMa participantes en el estudio

2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

Descripción: En esta gráfica se exponen las respuestas obtenidas al preguntar a las mujeres participantes en el estudio si consideran que en ocasiones las mujeres con CaMa en ocasiones tienen relaciones sexuales sin desearlas. La opinión se dividió por igual, el 50% cree que esto sí sucede y el restante 50% opina lo contrario.

Cuadro 13
Libertad para hablar de sexo de las mujeres con CaMa participantes en el estudio

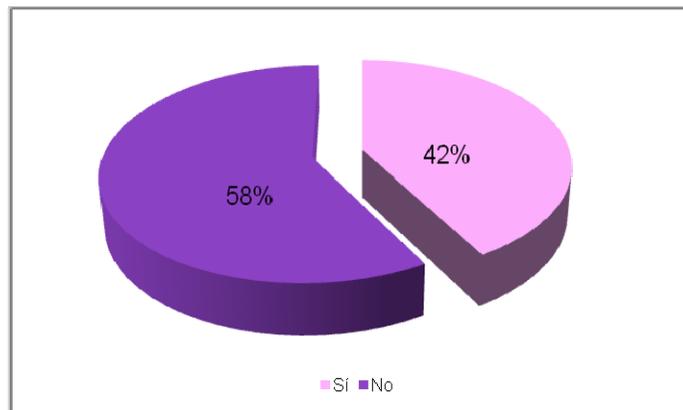
2009

Libertad para hablar de sexo	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	41.7
No	7	58.3
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 13
Libertad para hablar de sexo de las mujeres con CaMa participantes en el estudio

2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

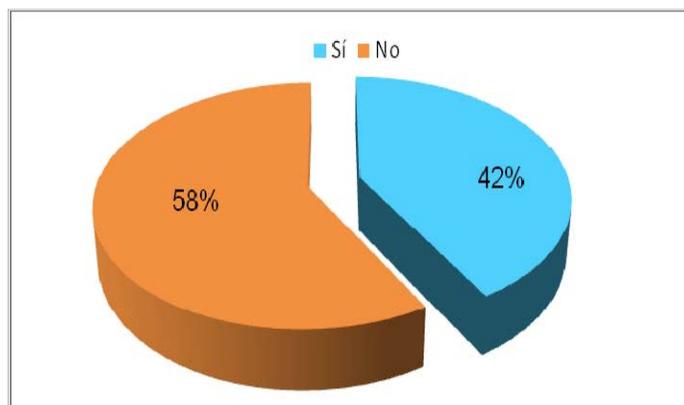
Descripción: El 58% de las mujeres encuestadas considera que en nuestro país no existe la suficiente libertad para hablar de sexo en la pareja, el 42% restante cree que sí existe dicha libertad. Este resultado está indicado en la gráfica anterior.

Cuadro 14
 Valor sexual de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
 disminuye
 2009

Valor sexual disminuye	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	41.7
No	7	58.3
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 14
 Valor sexual de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
 disminuye
 2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

Descripción: La presente gráfica revela que el 58% de las participantes **No** cree que el valor sexual de una mujer disminuye debido al CaMa, el 42% de las mujeres encuestadas considera que el valor sexual de una mujer **Sí** disminuye debido al CaMa.

Cuadro 15
Búsqueda de información por parte de las mujeres con CaMa participantes en el estudio

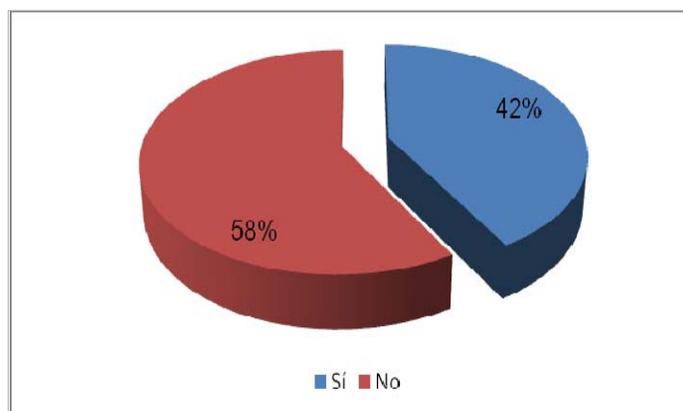
2009

Búsqueda de Información	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	41.7
No	7	58.3
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 15
Búsqueda de información por parte de las mujeres con CaMa participantes en el estudio

2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

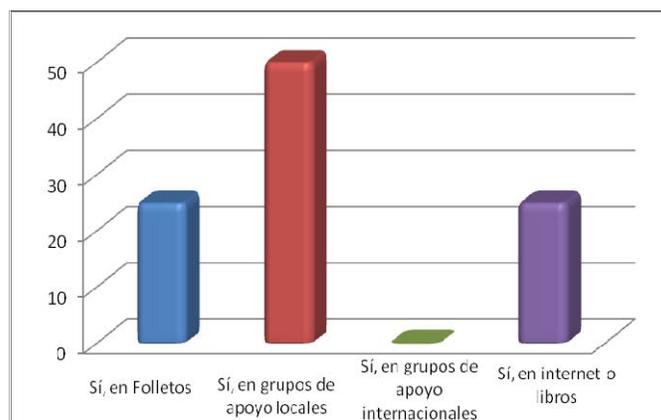
Descripción: En esta gráfica se indica que el 58% de las mujeres cuestionadas No ha buscado información sobre las relaciones sexuales y el cáncer de mama, mientras que el 42% restante manifestó haber buscado información relacionada al cáncer de mama y las relaciones sexuales.

Cuadro 15 bis
Fuente de la información de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009

Búsqueda de Información	Frecuencia	Porcentaje
Sí, en Folletos	2	25
Sí, en grupos de apoyo locales	4	50
Sí, en grupos de apoyo internacionales	0	0
Sí, en internet o libros	2	25
TOTAL		100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica #15 bis
Fuente de la información de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

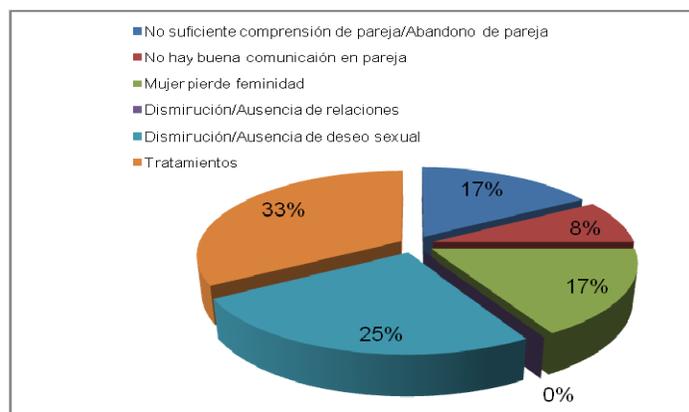
Descripción: La fuente más utilizada para obtener información sobre las relaciones sexuales y el CaMa fueron los grupos de apoyo locales con un 50% y los grupos de apoyo internacionales no fueron utilizados por ninguna de las encuestadas, obteniendo este grupo el 0%.

Cuadro 16
Principal factor que dificulta la sexualidad de las mujeres con CaMa participantes
en el estudio
2009

Principal factor que dificulta la sexualidad	Frecuencia	Porcentaje	2 Factor Frec.	Porcentaje
No hay suficiente comprensión de la pareja. Abandono de la pareja	2	16.7	1	8.3
No hay buena comunicación en la pareja	1	8.3	3	25.0
La mujer pierde su feminidad	2	16.7	1	8.3
La disminución o ausencia de relaciones sexuales	0	0.0	2	16.7
La disminución o ausencia de deseo sexual	3	25.0	3	25.0
Los tratamientos (Cirugía, quimioterapia, radioterapia)	4	33.3	2	16.7
TOTAL	12	100	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica #16
Principal factor que dificulta la sexualidad de las mujeres con CaMa participantes
en el estudio
2009

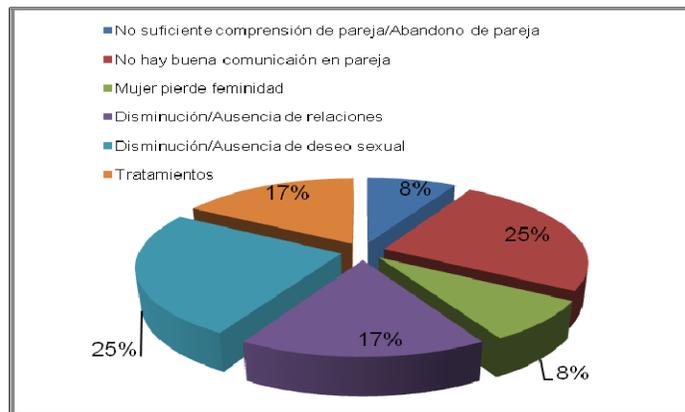


Fuente: Misma de la gráfica # 1

Descripción: En esta gráfica se presenta la opinión de las mujeres encuestadas en cuanto a cuál es el principal factor que dificulta la sexualidad de las mujeres con CaMa, el 33% cree que los tratamientos son el principal factor de afectación, el 8% considera que este factor es la falta de buena comunicación con la pareja.

Gráfica #16 bis
Segundo factor principal que dificulta la sexualidad de las mujeres con CaMa
participantes en el estudio

2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

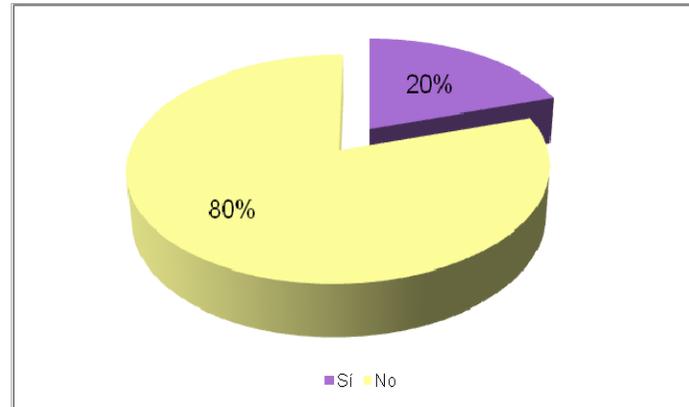
Descripción: En esta gráfica se presenta la opinión de las mujeres encuestadas en cuanto a cuál es el siguiente factor que dificulta la sexualidad de las mujeres con CaMa, el 25%.

Cuadro 17
Relaciones sexuales durante los tratamientos de las mujeres con CaMa
participantes en el estudio
2009

Rel. Sexuales durante tratamientos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	20
No	8	80
TOTAL	10	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 17
Relaciones sexuales durante los tratamientos de las mujeres con CaMa
participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

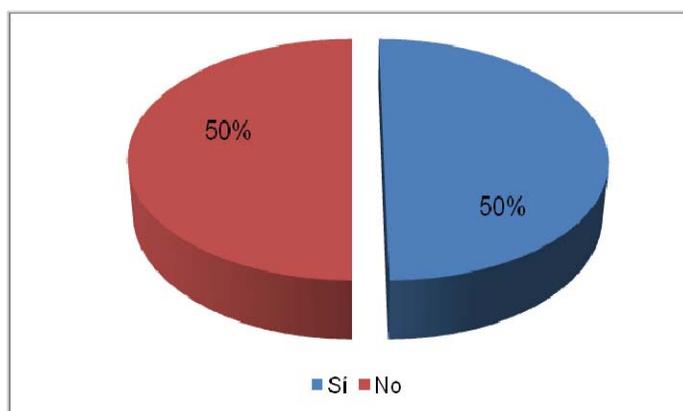
Descripción: En esta gráfica se presenta la información relativa a la práctica de relaciones sexuales de las mujeres encuestadas durante los tratamientos, el 80% manifestó no haber tenido relaciones sexuales durante el período de tratamiento y el 20% restante sí mantuvo relaciones sexuales en este período.

Cuadro 18
Relaciones sexuales después de los tratamientos de las mujeres con CaMa
participantes en el estudio
2009

Relaciones sexuales post Txs	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	50
No	5	50
TOTAL	10	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 18
Relaciones sexuales después de los tratamientos de las mujeres con CaMa
participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

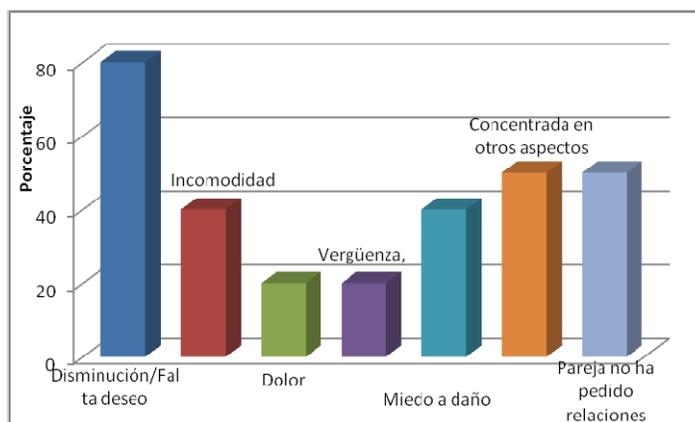
Descripción: Esta gráfica representa las respuestas de las participantes a la pregunta si mantuvieron relaciones sexuales posterior a los tratamientos, la respuesta se dividió en igual proporción 50% manifestó **No** haber tenido relaciones sexuales durante ese período y el 50% restante **Sí** mantuvo relaciones sexuales posterior a los tratamientos.

Cuadro 19
Cambios presentados en las relaciones sexuales de las mujeres con CaMa
participantes en el estudio
2009

Cambios presentados en las relaciones	Frecuencia	Porcentaje
Disminución o falta de deseo sexual	8	80
Incomodidad durante las relaciones sexuales	4	40
Dolor	2	20
Vergüenza	2	20
Miedo a que la activ. Sexual le cause daño	4	40
Se encuentra más concentrada en otros aspectos: económicos, tratamiento, etc.	5	50
Su pareja no le ha pedido tener relaciones sexuales	5	50
TOTAL		

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 19
Cambios presentados en las relaciones sexuales de las mujeres con CaMa
participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

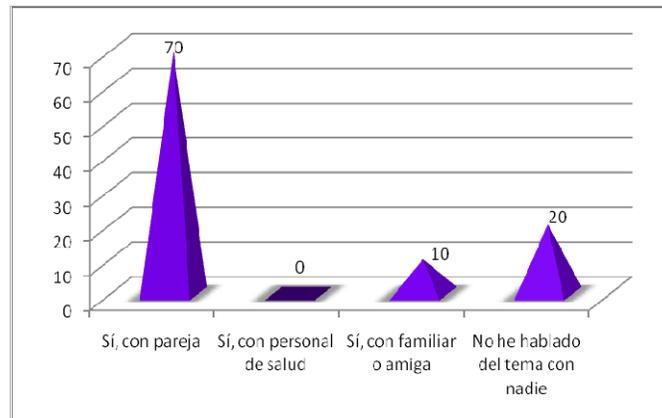
Descripción: El gráfico anterior muestra los cambios experimentados en las relaciones sexuales por las mujeres encuestadas (con pareja). El 80% ha presentado disminución o falta de deseo sexual, el 50% de ellas se encuentra concentrada en otros aspectos y en la misma proporción las mujeres manifiestan que su pareja no les ha pedido tener relaciones sexuales, el dolor y la vergüenza lo han experimentado el mismo porcentaje de las encuestadas con 20% cada uno.

Cuadro 20
 Hablar de cambios en la sexualidad de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
 2009

Hablar de cambios en sexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Sí, con pareja	7	70
Sí, con personal de salud	0	0
Sí, con familiar o amiga	1	10
No he hablado del tema con nadie	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 20
 Hablar de cambios en la sexualidad de las mujeres con CaMa participantes en el estudio
 2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

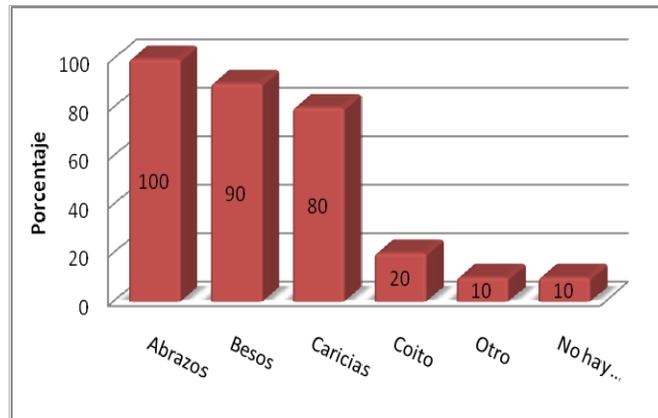
Descripción: El 70% de las mujeres refiere haber hablado con su pareja acerca de los cambios experimentados en las relaciones sexuales, el personal de salud no fue consultado por ninguna de las mujeres encuestadas para hablar de estos cambios y el 20% (2 personas) no han hablado del tema con nadie porque les pena preguntar, el personal de salud se encuentra muy ocupado, el personal de salud no les ha sabido responder ó no quieren incomodar a otras personas con este tipo de preguntas.

Cuadro 21
 Tipo de contacto físico de las mujeres con CaMa participantes en el estudio con su
 pareja
 2009

Contacto consiste en	Frecuencia	Porcentaje
Abrazos	10	100
Besos	9	90
Caricias	8	80
Coito	2	20
Otro	1	10
No hay contacto físico	1	10

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 21
 Tipo de contacto físico de las mujeres con CaMa participantes en el estudio con su
 pareja
 2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

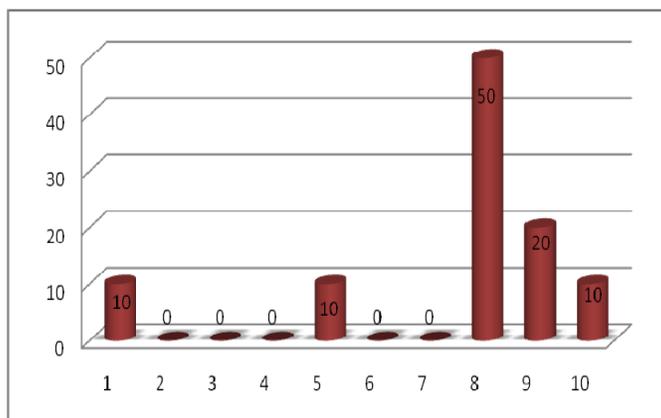
Descripción: El 100% de las participantes manifiesta que el contacto físico con su pareja consta de abrazos, el 20% lleva a cabo el coito como contacto físico con su pareja mientras que 10% refiere otro tipo de contacto físico y el mismo porcentaje de mujeres refiere no tener contacto físico con su pareja.

Cuadro 22
Calificación a las relaciones sexuales antes del CaMa de las mujeres participantes
en el estudio
2009

Calificación a las rel. Sexuales antes del CaMa	Frecuencia	Porcentaje
1	1	10
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	1	10
6	0	0
7	0	0
8	5	50
9	2	20
10	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 22
Calificación a las relaciones sexuales antes del CaMa de las mujeres participantes
en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

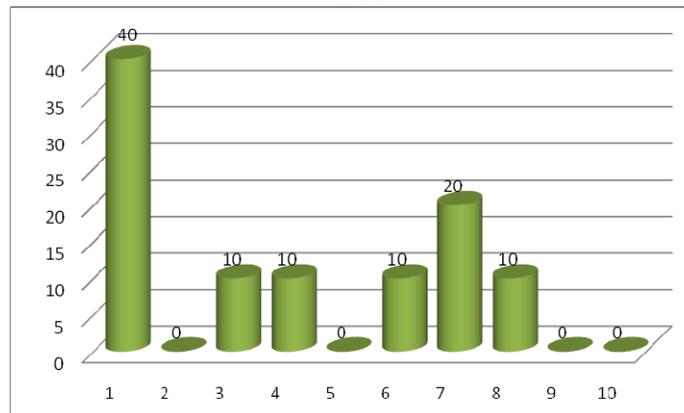
Descripción: En esta gráfica se presenta la calificación otorgada por las mujeres a sus relaciones sexuales antes de presentar CaMa. El 50% le otorgó una calificación de 8 y el 20% dio una puntuación de 9, las calificaciones de 10, 5 y 1 tuvieron la misma frecuencia obteniendo un porcentaje de 10% cada una.

Cuadro 23
Calificación a las relaciones sexuales después del CaMa de las mujeres
participantes en el estudio
2009

Calificación a las rel. Sexuales actualmente	Frecuencia	Porcentaje
1	4	40
2	0	0
3	1	10
4	1	10
5	0	0
6	1	10
7	2	20
8	1	10
9	0	0
10	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 23
Calificación a las relaciones sexuales después del CaMa de las mujeres
participantes en el estudio
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

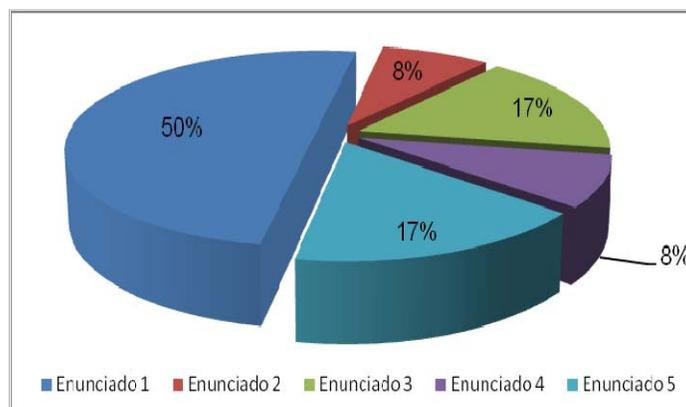
Descripción: En esta gráfica se presenta la calificación otorgada por las participantes a sus relaciones sexuales después de presentar CaMa. El 40% le otorgó una calificación de 1. El 20% dio una puntuación de 7, las calificaciones de 3, 4, 6 y 8 tuvieron la misma frecuencia obteniendo un porcentaje de 10% cada una. Las calificaciones de 2, 5, 9 y 10 no fueron elegidas por ninguna mujer para esta etapa.

Cuadro 24
Creencias y prácticas de las mujeres participantes en el estudio
con relación al CaMa y la sexualidad
2009

Creencia y práctica con relación al CaMa y la Sexualidad	Frecuencia	Porcentaje
"Estoy agradecida de estar viva y cuestiones como la sexualidad son cosas de las que no debo ocuparme"	6	50
"Me he sentido temerosa de que el cáncer y el tratamiento afecten mi sexualidad"	1	8.3
"El cáncer es una experiencia que ha fortalecido los lazos de intimidad con mi pareja"	2	16.7
"El cáncer me ha quitado toda posibilidad de relacionarme sexualmente con mi pareja"	1	8.3
"La sexualidad es uno de los aspectos en los que he tenido que hacer ajustes debido al cáncer"	2	16.7
TOTAL	12	100

Fuente: Misma del cuadro 1

Gráfica # 24
Creencias y prácticas de las mujeres participantes en el estudio
con relación al CaMa y la sexualidad
2009



Fuente: Misma de la gráfica # 1

Descripción: La presente gráfica muestra el sentir de las mujeres encuestadas en relación al CaMa y las relaciones sexuales. El 50% está agradecida de estar viva y considera que cuestiones como la sexualidad son cosas de las que no debe ocuparse, el 8% se ha sentido temerosa de que el cáncer y el tratamiento afecten su sexualidad y el mismo número e mujeres cree que el cáncer le ha quitado toda posibilidad de relacionarse sexualmente con su pareja.

9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

La población estudiada estuvo conformada por mujeres con una media de edad de 46 años, la frecuencia más alta de mujeres participantes corresponden al grupo de edad de 50 a 54 años (cuadro 1), la literatura reporta que la mayoría de los casos (80%) se diagnostican en mujeres mayores de 50 años¹² y que entre 1980 y 2005 se presentaron un total de 67 854 muertes por CaMa en mujeres mexicanas con una media de edad de 57.3 años¹.

Las mujeres participantes en este estudio fueron originarias del Distrito Federal 33%, Estado de México y Oaxaca ambas con 25% (gráfica 3), lo que podría explicar el nivel de escolaridad que predominó: Primaria 33% (cuadro 4)

La ocupación de las mujeres fue ama de casa 100%, la religión predominante fue la católica 75% y la mayoría casada, 75%. (cuadros 2, 5 y 6)

El 83% de las participantes se encontraba bajo tratamiento de quimioterapia al momento del estudio (gráfica 7).

La mitad de las participantes cree que las relaciones sexuales son importantes en su vida (cuadro 9) y 50% reporta haber tenido relaciones sexuales posteriores a los tratamientos (gráfica 18); sin embargo como ya se explicó anteriormente el diagnóstico y tratamiento del CaMa dificulta las relaciones sexuales por múltiples razones, lo que se evidenció en el presente estudio y que concuerda con

¹ Franco MF, Lazcano PE, López CL. Breast cancer mortality in Mexico. An age-period-cohort analysis. *Salud Publica Mex* 2009; 51 (suppl 2): S157-S164.

resultados de la literatura internacional^{2, 3}, ya que 80% de las mujeres no ha tenido relaciones sexuales durante los tratamientos (gráfica 17)

El 67% considera que este padecimiento afecta la vida sexual de las mujeres, y esta apreciación se reflejó en la dimensión prácticas de la sexualidad, con el reactivo calificación otorgada a las relaciones sexuales antes de la enfermedad (media 8.3) y posterior a ésta (media 3.9), (gráficas 10, 22 y 23) y se refuerza con el alto porcentaje (42%) que considera que la vida sexual es de menor calidad después del CaMa (cuadro 11); lo anterior concuerda con datos de dos estudios norteamericanos^{4, 5} que reportan resultados muy similares, así como un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología de México⁶.

El cambio más reportado (gráfica 19) fue la disminución o ausencia de deseo sexual (80%), múltiples investigaciones arrojan el mismo resultado y el principal factor que dificulta la sexualidad (cuadro 16) fueron los tratamientos (33%)

En este estudio, las mujeres no hablan de los cambios producto del cáncer de mama en las relaciones sexuales con el personal de salud, pero sí con sus parejas (cuadro 20) dato que concuerda con una investigación argentina⁷.

Es posible evidenciar el estigma del machismo, las barreras culturales y los falsos prejuicios contra las mujeres que padecen CaMa en nuestra sociedad, ya que 50%

² Huñis AP, Levin M, Turek AL, Glant FS. Comportamiento sexual en pacientes con cáncer bajo tratamiento oncológico. Rev. Asoc. Med. Argent. 1997; 110(4):51-67.

³ Katz A. My body my self: Body image and sexuality in women with cancer. Canadian Oncology Nursing Journal. 2009; 19: 1-4

⁴ Basen-Engquist K. La sexualidad después del cáncer ginecológico. OncoLog. 2004; 49 (10)

⁵ Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. Cancer control. 2001; 8(5): 442-48

⁶ Alvarado AS, Rojas CE, Diez MF, Dueñas GA, Zapata IMR. Disfunciones sexuales en pacientes con cáncer posquimioterapia, experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. Estudio piloto. Gamo 2008; 7(2): 35-39

⁷ Huñis AP, Levin M, Turek AL, Glant FS. Comportamiento sexual en pacientes con cáncer bajo tratamiento oncológico. Rev. Asoc. Med. Argent. 1997; 110(4):51-67.

de las participantes considera que las mujeres con CaMa sí tienen relaciones sexuales sin deseo (gráfica 12) y el 58% cree que no hay suficiente libertad para hablar de sexo en la pareja (gráfica 13); a pesar de que el 58% de las mujeres considera que el valor sexual de una mujer no disminuye a causa del CaMa (cuadro14), el 42% cree lo contrario. Estos resultados reflejan aspectos ya conocidos en nuestro país como lo menciona Julio Frenk en el editorial del suplemento 2 de la revista Salud Pública de México.

En cuanto a la búsqueda de información relacionada con las relaciones sexuales durante el CaMa, el 58% no ha llevado a cabo esta actividad; para las mujeres que sí han buscado información sobre sexualidad durante este proceso, la fuente más común de consulta son los grupos de apoyo locales con un 50% (cuadros 15 y 15bis)

El contacto físico con la pareja consta de 100% abrazos y 10% coito, otro 10% reporta que no hay contacto físico (cuadro 21).

La mayoría de las mujeres cree que no hay información sobre relaciones sexuales y CaMa (cuadro 8), lo que es un resultado relevante, ya que los estudios realizados en México no se proporcionan datos al respecto.

Finalmente, las creencias y prácticas de las mujeres cuestionadas, en relación al CaMa y sexualidad se englobaron en un enunciado, que mostró similitudes con

investigaciones en las que se menciona que de inicio lo más importante para la mujer es sobrevivir y muchos otros aspectos de su vida son dejados de lado por estar enfocadas en esta preocupación; el 50% está agradecida de estar viva y considera que cuestiones como la sexualidad son cosas de las que no debe ocuparse (gráfica 24).⁸

⁸ Akkerman D, Hordern A. Sexuality and breast cancer- Addressing the taboo subject. [Consultado el 22 Enero 2008] Disponible en: <http://www.icisg.org/Sexuality.pdf>

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El cáncer de mama presenta grandes desafíos para el profesional de enfermería en las áreas de la prevención, detección precoz y tratamiento. La enfermera debe tener conocimientos actualizados sobre esta enfermedad y su tratamiento, Así mismo debe ser realista, honesta y creativa cuando brinde cuidados y atención a las necesidades e intereses de las pacientes y sus allegados, es importante que esté dispuesta a participar tanto en la comunidad profesional como en la no profesional, para promover la salud de la mama.

En este trabajo se identificaron las creencias y se señalaron las prácticas de la sexualidad durante el proceso del cáncer de mama en mujeres mexicanas donde se destaca que la enfermedad afecta diferentes aspectos de la sexualidad femenina.

¹ Akkerman D, Hordern A. Sexuality and breast cancer- Addressing the taboo subject. [Consultado el 22 Enero 2008] Disponible en: <http://www.icisg.org/Sexuality.pdf>

Entre las creencias que se corroboraron como las más comunes se encontraron: que las mujeres consideran no hay suficiente información relativa al cáncer de mama y las relaciones sexuales, el CaMa afecta la vida sexual y la enfermedad disminuye el valor sexual de la mujer que la padece.

Las prácticas más relevantes fueron: Hablar con la pareja respecto a los cambios en la sexualidad pero nunca con el personal de salud, mantener relaciones sexuales posteriores a los tratamientos y la mayoría de las mujeres mantiene en su mente que debe estar agradecida por estar viva y no debería buscar su bienestar total (al ocuparse de temas como la sexualidad).

Aún falta mucho por conocer, pero la investigación existente sustenta que la evaluación y el manejo de las dificultades en la sexualidad deben ser parte del tratamiento y cuidados que reciba la mujer con cáncer de mama.

Finalmente se sugiere realizar estudios de mayor profundidad sobre los resultados más significativos, así como de aumentar la muestra.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Anthony C, Thibodeau G. Anatomofisiología. 10ª ed. México: Ineramericana; 1983.
2. Akkerman D, Hordern A. Sexuality and breast cancer- Addressing the taboo subject. [Consultado el 22 Enero 2008] Disponible en: <http://www.icisg.org/Sexuality.pdf>
3. Alemán Escobar ML. Detección del Cáncer de Mama: Aspectos centrales que debe conocer y manejar el personal de enfermería en el primer nivel de atención. Boletín de Información científica para el cuidado en enfermería. [Boletín on-line] Noviembre 2006 [Consultado Enero 2009] Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/boletines/icce_05.pdf
4. Algier L, Kav S. Nurses' approach to sexuality-related issues in patients receiving cancer treatments. Turk J Cancer 2008;38(3):135-141
5. Alvarado AS, Rojas CE, Diez MF, Dueñas GA, Zapata IMR. Disfunciones sexuales en pacientes con cáncer posquimioterapia, experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México. Estudio piloto. Gamo 2008; 7(2): 35-39
6. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2007-2008. Atlanta, GA:2007
7. Asociación Española Contra el Cáncer. Mujer y cáncer de mama. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2006
8. Basen-Engquist K. La sexualidad después del cáncer ginecológico. OncoLog. 2004; 49 (10)
9. Bloom L. Meeting sexuality needs of women with breast cancer. Innov Oncol Nurs 1994; 10 (2): 29, 46-51.

10. Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis N. Sexual Problems in Younger Women After Breast Cancer Surgery. *J Clin Oncol.* 2006; 24 (18).
11. Centro de Información para Decisiones en Salud Pública. Cáncer de Mama: Autocuidado, detección y recomendaciones [tríptico]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009
12. Couch FJ, Cerhan JR, Vierkant RA, Grabrick DM, Therneau TM, Pankratz VS. Cigarette smoking increases risk for breast cancer in high-risk breast cancer families. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2001; 10: 327-32.
13. Crane R. Cáncer de mama. En: Otto S, coordinador. *Enfermería Oncológica*. Vol.1 3ª ed. México: McGraw-Hill; 2004. p.83-123
14. Fernández MS, Ospina GB, Múnera GA. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paul e Instituto de Cancerología de la Clínica de las Américas, Medellín, 1999. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2002; 53 (2): 179-84.
15. Franco MF, Lazcano PE, López CL. Breast cancer mortality in Mexico. An age-period-cohort analysis. *Salud Publica Mex* 2009; 51 Supl 2: S157-S164.
16. Godínez Leal L. Cáncer de Mama, 1ª causa de muerte en mujeres de 25 años y más. *Cimac noticias*: 30 junio 2008.
17. González CA, Navarro C, Martínez C, Quirós JR, Dorronsoro M, Barricarte A, Tormo MJ, Agudo A, Chirlaque MD, Amiano P, Ardanaz E, Pera G. El estudio prospectivo Europeo sobre cáncer y nutrición (EPIC). *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 167-176

18. González Corrales S. Los médicos y la sexualidad: Una breve revisión histórica. En: Castelo-Branco C, coordinador. Sexualidad Humana una Aproximación integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p.123-36.
19. Gospodarowicz MK, Cazap E, Jadad AR. Cancer in the world-a call for international collaboration. Salud Publica Mex 2009; 51 Supl 2: S305-S308.
20. Grau Abalo G, Llantá Abreu M, Chacón Roger M, Fleites González G. La sexualidad en pacientes con cáncer: Algunas consideraciones para su evaluación y tratamiento. Rev Cubana Oncol. 1999; 15(1): 49-65.
21. Harwood K, O'Connor A. Sexuality and breast cancer: Overview of issues. Innov Oncol Nurs 1994; 10 (23).
22. Herbenick D, Reece M, Hollub A, Statinsky S, Dodge B. Young female breast cancer survivors: their sexual function and interest in sexual enhancement products and services. Cancer Nurs. [Consultado el 05 Febrero 2009] Disponible en: www.medscape.com/viewarticle/586166
23. Herrera SP, Barrientos FT, Fuentes SR, Alva RM. Anatomía integral. México: Trillas; 2008
24. Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs.
25. Huñis AP, Levin M, Turek AL, Glant FS. Comportamiento sexual en pacientes con cáncer bajo tratamiento oncológico. Rev. Asoc. Med. Argent. 1997; 110(4):51-67.
26. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. México: INEGI, 2009. [Consultado 02 Junio 2009] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2676&ep=8>

27. Katchadourian H, Lunde D. Las bases de la sexualidad humana 7ª imp. México: Editorial continental, 1991
28. Katz A. My body my self: Body image and sexuality in women with cancer. Canadian Oncology Nursing Journal. 2009; 19: 1-4
29. Katz Anne. The Sounds of Silence: Sexuality Information for Cancer Patients. *J Clin Oncol* 2005, 23 (1):238-41
30. Knaul FM. I am a woman who lives with breast cancer. *Reproductive Health Matters* 2008;16(32):133–138
31. Knaul FM, Lozano R, Arreola OH, Gómez DH. México: Numeralia de Cáncer de Mama. Programa Tómatelo a Pecho. Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Carso de la Salud. México: Marzo 2008. [Consultado 20 de Mayo 2008] Disponible en: <http://tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/11%20Numeralia.pdf>
32. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Publica Mex* 2009;51 supl 2:S335-S344.
33. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Support Care Cancer* (2009) 17:479–501
34. Lally Robin. Sexuality: Everything you might be afraid to ask but patients need to know. *Official Newsletter of the Oncology Nursing Society*, 2006 21(9): 1-5
35. Lewis S, Gómez Dantés H, Torres Sánchez L, López Carrillo L, Diagnóstico y detección del Cáncer Mamario. México: Instituto Carso de la Salud/Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Nacional de Salud Pública; 2008. Documento de trabajo [Consultado 2 de Febrero 2009] Disponible en: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/62Diagnostico%20y%20deteccion%20del%20cancer%20mamario.pdf>

36. López-Ríos O, Lazcano-Ponce EC, Tovar-Guzmán V, Hernández-Avila M. La epidemia de cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica? *Salud Publica Mex* 1997;39:259-265.
37. Lozano AR, Gómez DH, Lewis S, Torres SL, López CL. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud Publica Mex* 2009; 51 Supl 2: S147-S156.
38. Martínez Tlahuel JL, Boletín de práctica Médica Efectiva: Cáncer de Mama. Instituto Nacional de Salud Pública. México Octubre 2007 [Consultado Diciembre 2008] Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_19.pdf
39. Masters W, Johnson V, Kolodny RC. *La sexualidad Humana Vol. 1* 6a ed. Barcelona: Grijalbo; 1987.
40. Mohan I, Raj PH. Psychosocial Impact of Adjuvant Therapy in Breast Cancer. *Indian Journal of medical and pediatric oncology*. 2005; 26(4):18-27
41. Mondragón CH, Mondragón AH. *Gineco-Obstetricia. De la niñez a la senectud*. México: Trillas; 2001.
42. Montazeri Ali. Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Clin Cancer Res* 2008; 27 (32)
43. Muñoz M, Fernández P, Farrús B, Velasco M, Fontdevila J, Zanón G, et al. *El cáncer de mama. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración*. Barcelona: Fundación BBVA; 2007
44. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. *Diario Oficial de la Federación, México*: abril de 2001

45. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Publica Mex* 2009; 51 Supl 2:S208-S219.
46. Pasquote Vieira C, Baena de Moraes Lopes M, Kakuda Shimo A. Feelings and experiences in women with breast cancer's life. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):311-6.
47. Perlemuter L. coordinador. *Anatomo-fisiología*. Barcelona: Masson; 1999.
48. Poblano-Verástegui O, Figueroa-Perea JG, López-Carrillo L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Publica Mex* 2004;46:294-305.
49. Quereda SF, Castelo-Branco FC. Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales (VI) Sexualidad y cáncer de mama. En: Castelo-Branco C, coordinador. *Sexualidad Humana una Aproximación integral*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 271-81.
50. Romieu I, Lajous M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: Mexican experience. *Salud Publica Mex* 2009; 51 Supl 2: S172-S180.
51. Schover LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *CA Cancer J Clin*. 1991; 41(2): 112-20.
52. Secretaría de Salud. Comunicado de Prensa No. 8 30 junio 2008.
53. Tapia Martínez H, Pérez Zumano SE, Ostiguín Melendez RM, Sandoval Alonso L. Respuestas adaptativas de cuidado en mujeres mexicanas con cáncer de mama: supervivencia y dominio. Informe parcial NEEGPSP-UNAMSDEI.PTID.05.3. Documento de trabajo. México 2009.
54. Thors CL, Broeckel JA, Jacobsen PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer control*. 2001; 8(5): 442-48

55. Torres-Mejía G, Ángeles-Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *Salud Publica Mex* 2009;51 Supl 2:S165-S171.
56. Torres-Sánchez L, Galván-Portillo M, Lewis S, Gómez-Dantés H, López-Carrillo L. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud Publica Mex* 2009; 51 Supl 2: S181-S190.
57. Tortora GJ, Grabowski SR. Principios de anatomía y fisiología. 7ª ed. México: Oxford University Press; 2002
58. Vidal y Benito MC. Los trastornos emocionales y la conducta sexual del enfermo de cáncer. *Psiquiatría.com* 2007; 7(3).
59. Xercavins MJ, Salicrú RS, Sabadell MM. Cáncer de mama I. Epidemiología y factores de riesgo. Prevención primaria. Diagnóstico precoz. Lesiones no palpables. Clínica y desarrollo. Clasificación TNM. Biología del carcinoma mamario (marcadores). En: Cabrero RL, coordinador. Tratado de Ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Vol. 2. Buenos Aires: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia-Editorial Médica Panamericana; 2004. p.1692-702.

12. ANEXOS Y APÉNDICES

Facultad de Medicina



Esta encuesta forma parte de un estudio que se realiza con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM y el Instituto Nacional de Cancerología, cuya intención es obtener información de diferentes aspectos de las mujeres mexicanas con cáncer de mama, con el fin de favorecer la adaptación a esta enfermedad y consecuentemente el bienestar de mujeres y familiares. Entre estos aspectos se encuentra la sexualidad, de manera específica, las relaciones sexuales entendidas como: la atracción sexual de una persona hacia otra, con el fin de tener contacto íntimo y que va desde caricias, besos, palabras; hasta la excitación y/o el orgasmo.

Para que este estudio resulte provechoso, es muy importante que responda todas las preguntas con mucha atención y la mayor sinceridad posible. La información que se brinde a través de este cuestionario, es completamente confidencial, anónima y de uso exclusivo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Religión: _____

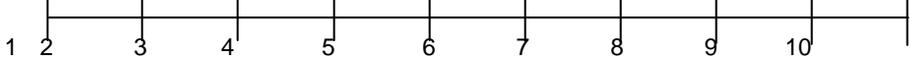
Lugar de Origen: _____

Estado civil: _____

Tratamiento que recibe actualmente: _____

1. ¿Considera que hay suficiente información sobre las relaciones sexuales y el cáncer de mama?	Si	No
2. ¿Cree usted que las relaciones sexuales son importantes en la vida de las mujeres con cáncer de mama?	Si	No
3. ¿Cree que el cáncer de mama afecta la vida sexual de las mujeres?	Si	No
4. ¿Considera usted que el cáncer hace que las mujeres tengan una vida sexual menos satisfactoria/de menor calidad?	Si	No
5. ¿Cree que las mujeres con cáncer de mama en ocasiones tienen relaciones sexuales sin desearlas?	Si	No
6. ¿Considera que en nuestro país existe la suficiente libertad para hablar de sexo en la pareja?	Si	No
7. ¿Cree que el valor sexual de una mujer disminuye con el cáncer de mama?	Si	No
8. ¿Usted ha buscado información sobre las relaciones sexuales y el cáncer de mama? (Puede marcar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Sí, en folletos. <input type="checkbox"/> Sí, en grupos de apoyo locales. <input type="checkbox"/> Sí, en grupos de apoyo internacionales. <input type="checkbox"/> Sí, en internet o libros. <input type="checkbox"/> No he buscado información.	
9. En orden de importancia, enumere los principales factores que dificultan la sexualidad en algunas mujeres con cáncer de mama. Señale en la casilla el número 1 como el principal factor; el número 2 como el segundo lugar y así sucesivamente.	<input type="checkbox"/> No hay suficiente comprensión por parte de la pareja. Su pareja las abandona. <input type="checkbox"/> No hay buena comunicación con la pareja. <input type="checkbox"/> La mujer pierde su feminidad. <input type="checkbox"/> La disminución o ausencia de relaciones sexuales. <input type="checkbox"/> La disminución o ausencia de deseo sexual <input type="checkbox"/> Los tratamientos. (Cirugía, quimioterapia, radioterapia)	
En caso de que usted actualmente tenga pareja conteste las siguientes preguntas		
10. ¿Ha tenido relaciones sexuales durante los tratamientos (quimioterapia, radioterapia)?	Si	No
11. ¿Posterior a los tratamientos (cuando no ha tenido síntomas) ha tenido relaciones sexuales?	Si	No

<p>12. Durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama se pueden presentar cambios en las relaciones sexuales. Señale si usted ha presentado alguno de éstos (puede marcar más de una opción)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disminución o falta de deseo sexual <input type="checkbox"/> Incomodidad durante las relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Vergüenza <input type="checkbox"/> Miedo a que la actividad sexual le cause daño. <input type="checkbox"/> Usted se encuentra más concentrada en otros aspectos (económicos, tratamiento, etc.) <input type="checkbox"/> Su pareja no le ha pedido tener relaciones sexuales
<p>13. ¿Ha platicado con alguien acerca de los cambios que ha presentado en sus relaciones sexuales? (puede marcar más de una opción).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí, con mi pareja. <input type="checkbox"/> Sí, con un integrante del equipo de salud. <input type="checkbox"/> Sí, con un familiar o amiga. <input type="checkbox"/> No he hablado del tema con nadie
<p>14. En caso de no haber platicado con nadie acerca de estos cambios, ¿cuál ha sido la principal razón?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Me da pena preguntar. <input type="checkbox"/> El personal de salud se encuentra muy ocupado. <input type="checkbox"/> El personal de salud no me ha sabido responder. <input type="checkbox"/> No quiero incomodar a otras personas con este tipo de preguntas.
<p>15. Actualmente el contacto físico con su pareja consta de: (puede marcar más de una opción):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abrazos <input type="checkbox"/> Besos <input type="checkbox"/> Caricias <input type="checkbox"/> Coito <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No tenemos contacto físico

<p>16. Antes del cáncer de mama en una escala del 1 al 10 califique como eran las relaciones sexuales con su pareja.</p>	
	
<p>17. Actualmente en una escala del 1 al 10 califique como son sus relaciones sexuales</p>	
	
<p>18. De los siguientes enunciados ¿cuál describe mejor su sentir con relación al cáncer y la sexualidad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> “Estoy agradecida de estar viva y cuestiones como la sexualidad son cosas de las que no debo ocuparme” <input type="checkbox"/> “Me he sentido temerosa de que el cáncer y el tratamiento afecten mi sexualidad” <input type="checkbox"/> “El cáncer es una experiencia que ha fortalecido los lazos de intimidad con mi pareja” <input type="checkbox"/> “El cáncer me ha quitado toda posibilidad de relacionarme sexualmente con mi pareja” <input type="checkbox"/> “La sexualidad es uno de los aspectos en los que he tenido que hacer ajustes debido al cáncer.